

Лобанов С.О., Зайчикова Т.В.

Психологія та психотерапія залежної поведінки



Психологія та психотерапія залежної поведінки

Навчальний посібник «Психологія та психотерапія залежної поведінки» є комплексним науково-методичним виданням, присвяченим вивченню феномену адикції як багатофакторного психологічного стану, що формується у взаємодії нейробіологічних, емоційних, когнітивних, поведінкових та соціокультурних чинників. Метою посібника є забезпечення глибокого розуміння механізмів виникнення, розвитку, підтримання та подолання залежних форм поведінки, поєднання клінічного та психологічного підходів, а також формування професійної компетентності у роботі з особами, які мають залежності.

У посібнику розглянуто історію розвитку наукових підходів до проблеми залежності, класифікацію та особливості хімічних і поведінкових адикцій, роль особистісних і соціальних факторів, вплив супутніх психічних розладів, специфіку змінених станів свідомості. Значну увагу приділено профілактиці та сучасним психотерапевтичним методам, зокрема когнітивно-поведінковій терапії, мотиваційному інтерв'ю, гештальт-підходу, травмоорієнтованим стратегіям та інтегративним моделям лікування.

Читач отримає систематизовані знання, практичні інструменти діагностики й корекції, приклади клінічних випадків та завдання для саморефлексії. Навчальний посібник сприяє розвитку емпатії, критичного мислення й навичок професійної взаємодії з людьми, що перебувають у стані залежності та їхніми родинами.

Посібник буде корисним студентам спеціальностей «Психологія» та «Соціальна робота», фахівцям у сфері психічного здоров'я, педагогам, соціальним працівникам, а також усім, хто прагне глибше зрозуміти психологічну природу та шляхи подолання залежної поведінки.

Автори посібника: **ЛОБАНОВ СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ, ЗАЙЧИКОВА ТЕТЯНА ВІКТОРІВНА**

Видавець: Futurity Research Publishing, Лодзь, Польща
Щоб отримати додаткову інформацію, пишть видавцю
за адресою: info@futurity-publishing.com

**Видавець: Futurity Research Publishing,
2025, Лодзь, Польща**

Лобанов С. О., Зайчикова Т. В.

Психологія та психотерапія залежної поведінки

ISBN 978-83-969744-9-5

Рекомендовано Вченою радою ПЗВО «Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика» для здобувачів вищої освіти за освітньо-професійними програмами «Психологія» і «Соціальна робота». (ВИТЯГ із протоколу № 1 від 27 серпня 2025 року).

Науковий консультант

Євдокимова Н. О.

доктор психологічних наук, професор, академік УАН, ректор ПЗВО "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"

Рецензенти

Ставицька С. О.

доктор психологічних наук, професор, професор кафедри педагогіки та психології, факультет менеджменту управління, соціології та психології Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана

Повереннова А. Г.

Президент Національної асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ), провідний тренер НАГТУ, член Профради

“

Створений підручник призначений для оволодіння широким спектром уявлень про феномен залежної поведінки та призвана забезпечити студентів різних рівнів достатнім базисом понять, підходів, інструментів діагностики та практичних навичок, поєднанням клінічного та психологічного мислення, щоб створити передумови для зацікавлення темою, глибокої її розуміння та ефективної роботи майбутніх фахівців із залежними особами та членами їх родин.

”

ISBN 978-83-969744-9-5

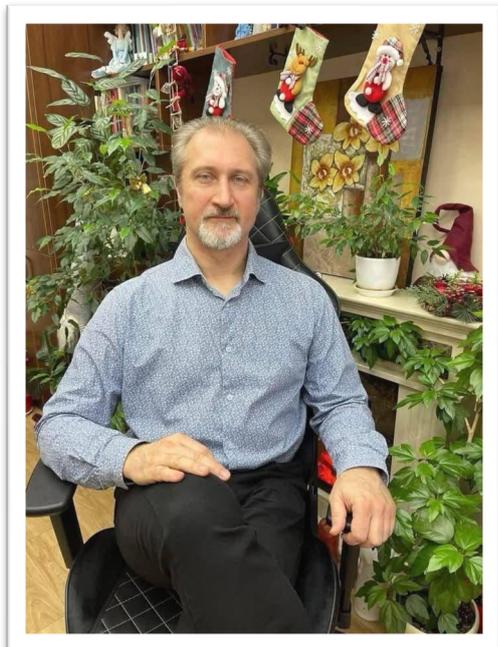


9 788396 974495



ЛОБАНОВ СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ
ЗАЙЧИКОВА ТЕТЯНА ВІКТОРІВНА

Про авторів



ЛОБАНОВ СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ

Кандидат медичних наук, провідний тренер Національної асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ), сертифікований та акредитований супервізор, гештальт-терапевт, індивідуальний психотерапевт, ведучий програм післядипломної підготовки 1-2-3 ступеня «Теорія і практика гештальт-терапії» НАГТУ, терапевтичних, супервізійних груп, спеціалізації «Гештальт-психотерапія залежної поведінки», співорганізатор щорічної Української конференції з питань залежної поведінки, співорганізатор щорічного зимового гештальт-інтенсиву

«Різдвяні зустрічі - ресурси стосунків» у м. Києві та щорічного літнього гештальт-інтенсиву у Карпатах «Близькість, залежність, прив'язаність».

У 2012р. захистив кандидатську дисертацію в області наркології, присвячену психотерапії та реабілітації наркозалежних осіб з обтяженням ВІЛ та СНІД, викладав курс спеціалізації «Гештальт-психотерапія залежної поведінки» у Всеукраїнському об'єднанні психологів що практикують гештальт-підхід (ВОППГП) з 2012р., та викладає даний курс в Національній асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ) з 2016р. дотепер. Працює провідним тренером в НАГТУ в області післядипломної підготовки студентів в області гештальт-підходу рівнів консультантів, психотерапевтів та супервізорів. Близько 13 років викладав дисципліни «Психологія залежної поведінки», «Наркологія та залежні стани», «Клінічна психологія», «Патопсихологія», «Пропедевтика психічних хвороб», «Основи нейропсихології», «Психотерапія та психокорекція персоналу», «Етнопсихологія» та ін. у Міжнародній Академії Управління персоналом, Міжнародній академії екології та медицини та Київському національному економічному університеті. Має приватну практику психодинамічної психокорекції, реабілітації та супервізії. Публікує дотепер роботи, присвячені дослідженню психосоціальних передумов та особливостей порушень раннього дитячого розвитку та виховання, що формують схильності до формування залежної поведінки. У підходах використовує принципи системності, етапності, послідовності та інтегративності підходів.

ЗАЙЧИКОВА ТЕТЯНА ВІКТОРІВНА

Кандидат психологічних наук, доцент, провідний тренер Національної асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ), сертифікований та акредитований супервізор, гештальт-терапевт, індивідуальний та сімейний психотерапевт, організаційний консультант, ведуча навчальних програм 1-2 ступеня «Теорія і практика гештальт-терапії» НАГТУ, терапевтичних, супервізійних груп, спеціалізації «Гештальт психотерапія залежної поведінки» та спеціалізації «Психотерапія розладів харчової поведінки в гештальт-підході», співорганізатор щорічної Української конференції з питань залежної поведінки, співорганізатор щорічного зимового гештальт-інтенсиву «Різдвяні зустрічі - ресурси стосунків» у м. Києві та щорічного літнього гештальт-інтенсиву у Карпатах «Близькість, залежність, прив'язаність» тощо.

Близько 20 років викладала в Національному педагогічному університеті імені М.П. Драгоманова такі дисципліни: «Організаційна психологія», «Глибинна психологія», «Психологія стресу», «Психологія емоційного вигорання», «Гендерна психологія та психологія статі», спецкурс «Гештальт-терапія», «Психологія сім'ї», «Психологія залежної поведінки» тощо. Працювала на посаді доцента в Центральному інституті післядипломної педагогічної освіти АПН України (зараз реорганізований в Університет менеджменту освіти). Близько 15 років викладає гештальт-терапію в галузі післядипломної підготовки студентів в НАГТУ. Автор та співавтор 120 наукових робіт з проблем психотерапії, гештальт-терапії, психології залежної поведінки, психології стресу, синдрому «професійного вигорання», емоційного інтелекту, організаційної психології, тощо. Автор, співавтор та науковий редактор навчальних посібників рекомендованих Міністерством освіти і науки України, навчально-методичних посібників та навчальних програм для ВУЗів. Основна спрямованість наукової, викладацької та практичної діяльності станом на сьогодні: має приватну практику як гештальт-терапевт, супервізор, провідний тренер НАГТУ, викладає гештальт-терапію в НАГТУ, займається науковою та освітньою діяльністю, публікує наукові статті щодо проблем психотерапії стресових станів, емоційного вигорання, залежної поведінки тощо, співпрацює з ВУЗами України як запрошений викладач, веде освітній психологічний канал на Youtube.



ВДЯЧНОСТІ



Виражаємо щирю вдячність Аллі Поверенній, Президенту Національної асоціації гештальт терапевтів України за підтримку розвитку колегіального та професійного простору, в якому створюються можливості наукового та педагогічного розвитку, та окремо виразити вдячність за особисте сприяння авторам у реалізації даного навчально-дидактичного проекту.

Окрема подяка доктору медичних наук, професору, Вячеславу Мішиєву, роботи якого вплинули на формування теоретичного бачення та практичної реалізації підручника.

Хочемо підкреслити внесок доктора психологічних наук, професора, Світлани Ставицької, за підтримки якої в ці буремні для країни часи вдалося віднайти енергії та насаги для наукової роботи.

Значний вплив на формування ідей, покладених до матеріалів підручника здійснила академік НАПН, доктор психологічних наук, професор Людмила Карамушка, що суттєво посприяла науковому розвитку одного з авторів.

Також хочемо вшанувати пам'ять колег Оксани Любарець, Костянтина Корольова та Надії Пов'якель, що внесли свій вклад у розвиток ідей, покладених в основу бачення гештальт-терапії залежної поведінки.

Зміст підручника

ПРО АВТОРІВ	4
ПЕРЕДМОВА ДО НАВЧАЛЬНОГО ПІДРУЧНИКА	8
ПЕРЕДМОВА АВТОРІВ	9
Тема 1	
ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПИТАННЯ ПРО ЗАЛЕЖНОСТІ	11
Тема 2	
ПРИЧИНИ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ АДИКЦІЙ	38
Тема 3	
КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ ТА РОЗВИТКУ АДИКЦІЙ	76
Тема 4	
СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ ЗАЛЕЖНОСТІ	138
Тема 5	
АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ПРОЯВ ПОРУШЕНЬ РОЗВИТКУ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЖИТТЯ	205
Тема 6	
СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ОКРЕМИЙ ВИПАДОК ЗАЛЕЖНОСТІ	267
Тема 7	
ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТРУКТУРІ СИСТЕМНОГО ПОСЛІДОВНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЕТАПНОГО ПІДХОДУ	315
ДОДАТКИ	358
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ ТА ВИЗНАЧЕНЬ	362
ПРИМІТКИ	381

ПЕРЕДМОВА ДО НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА

Дорогий читачу,

У моєму багаторічному досвіді роботи психотерапевтом та президентом Національної асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ), я мала змогу спостерігати, як еволюціонує наше розуміння залежності. Ми пройшли довгий шлях від суворого засудження, коли залежність сприймалася як моральна вада, до сучасного бачення її як складного психосоціального розладу. Ми усвідомили, що це не просто «слабкість волі», а результат взаємодії багатьох факторів – біологічних, психологічних та соціальних.

Сьогодні ми розуміємо, що залежність часто є спробою заглушити біль, що йде від давніх, іноді неусвідомлених травм. Це крик душі, яка шукає полегшення. Тому шлях до одужання починається не з «сили волі», а зі створення безпеки та стабільності, де людина може вперше почути себе.

Ми також бачимо, що залежність рідко є проблемою однієї людини. Вона впливає на всю сімейну систему, і дуже часто її підтримує несвідомий патерн, який ми називаємо співзалежністю. Цей посібник показує, що для справжніх змін необхідно працювати не тільки із залежністю, а й з динамікою стосунків.

Саме тому в основі цієї книги лежить гештальт-підхід. Це не просто одна з терапій, це погляд на людину як на цілісну систему. Гештальт допомагає відновити втрачений контакт із собою та світом, який так часто порушується при залежності. Замість того, щоб боротися із симптомом, ми пропонуємо шлях усвідомлення: навчитися бачити, що саме відбувається зі звичною поведінкою, яка потреба залишається на задньому плані, поки залежність стає єдиною «фігурою» вашого життя.

Я вірю, що знання, зібрані на цих сторінках, стануть для вас не просто теорією, а практичним інструментом. Нехай цей посібник буде вашим провідником на шляху до розуміння і відновлення цілісності, де кожен зможе знайти свій власний шлях до свободи.

©Алла Геннадіївна Повереннова

Президент Національної асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ), провідний тренер НАГТУ, член Профради, сертифікований та акредитований супервізор, гештальт-терапевт

ПЕРЕДМОВА АВТОРІВ

Навчальний посібник укладено з метою забезпечення ґрунтовного психологічного аналізу механізмів формування, причин виникнення, динаміки розвитку та наслідків адиктивної поведінки. В умовах стрімкого зростання поширеності різноманітних форм залежності – від вживання психоактивних речовин до поведінкових адикцій, таких як азартні ігри, ігроманія чи надмірне використання Інтернету – особливої ваги набуває потреба у детальному, науково обґрунтованому та психологічно виваженому підході до цього складного явища.

Адикція перестала розглядатися як прояв особистої слабкості або моральної неспроможності. Сучасне наукове трактування визначає її як багатофакторний психологічний стан, що формується внаслідок складної взаємодії нейробіологічних, емоційних, когнітивних, поведінкових і соціальних чинників.

Посібник розроблено як комплексний освітній ресурс для здобувачів спеціальності «Психологія», фахівців у сфері психічного здоров'я, соціальних працівників, педагогів, а також усіх, хто прагне глибше осмислити психологічну динаміку, що зумовлює, підтримує та репродукує залежні форми поведінки.

Завданням цього підручника є розкрити сутність залежності крізь призму психології та представити сучасні наукові знання і теоретичні засади, що пояснюють механізми виникнення, підтримання й подолання адиктивної поведінки. На відміну від попередніх праць, зосереджених переважно на медичних чи біохімічних аспектах, ця книга акцентує увагу на людському психологічному досвіді – на тому, як особа мислить, відчуває, ухвалює рішення й формує патерни залежності у відповідь на внутрішні та зовнішні стресові чинники.

Залежність розглядається не просто як поведінкова модель, а як симптом глибокого психологічного дистресу, незадоволених потреб, травматичного досвіду або порушень розвитку. Особлива увага приділяється ролі ідентичності, мотивації, стратегій копіngu, прив'язаності, процесів навчання та емоційної регуляції в адиктивному циклі.

Розглядаючи залежність у ширшому контексті людської поведінки та досвіду, підручник спрямовано на формування емпатії, поглибленого розуміння й професійної компетентності у вирішенні нагальних питань соціального та психічного здоров'я.

У підручнику розглянуто соціокультурні та системні виміри залежності, з визнанням того, що психологічна поведінка не формується ізольовано. Соціально-економічний статус, культурні установки, стигматизація, доступ до психіатричної допомоги, а також вплив середовища, що сприяє уникненню залежності, – усі ці чинники взаємодіють з індивідуальною психологією, формуючи моделі адиктивної поведінки. Особливу увагу приділено супутнім психічним розладам, таким як депресія, тривожні стани, посттравматичний стресовий розлад і розлади особистості, які часто супроводжують та ускладнюють перебіг залежності. У книзі підкреслюється важливість травмоорієнтованих підходів і висвітлюються психологічні аспекти процесів одужання та профілактики рецидивів, зокрема мотивація до змін, реконструкція ідентичності, функціонування систем підтримки, а також роль сенсу та життєвої мети у забезпеченні довготривалого зцілення.

Кожен розділ містить конкретні приклади, питання для обговорення, сучасні результати досліджень і практичні інструменти, які стимулюють як інтелектуальну взаємодію, так і особисту рефлексію. Хоча підручник орієнтований насамперед на академічне використання, його метою є досягнення емоційного резонансу на людському рівні – з урахуванням болю, складності та стійкості, які супроводжують життя осіб, що стикаються із залежністю. Автори пропонують не лише здобути знання про феномен залежності, а й переосмислити власні припущення, упередження та емоційні реакції, що є ключовими для формування компетентного фахівця у цій галузі.

©Лобанов С. О., Зайчикова Т. В.

ТЕМА 1

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПИТАННЯ ПРО ЗАЛЕЖНОСТІ



Вступ

Розділ присвячений всебічному аналізу адикції, або залежності, як складного багатофакторного явища, яке охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Основна увага приділяється історичному розвитку поглядів на залежність, механізмів її формування, а також сучасним підходам до вивчення, лікування та профілактики. Докладно розглядаються як традиційні форми залежності, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, так і новітні поведінкові залежності, що виникли на тлі сучасного технологічного прогресу.

У розділі представлено огляд основних концепцій адиктології – міждисциплінарної науки, яка займається дослідженням причин, механізмів і наслідків залежності. Розглядається роль генетичних, нейробиологічних, епігенетичних та екологічних факторів у формуванні адиктивної поведінки. Особливий акцент зроблено на впливі когнітивних спотворень, емоційної дисрегуляції і соціокультурних умов на розвиток залежності.

Крім того, аналізуються підходи до лікування залежностей, включаючи фармакологічні та психотерапевтичні втручання. Розкриваються методи, спрямовані на зміну дезадаптивних моделей мислення та поведінки, підвищення самомотивації і профілактику рецидивів. Також висвітлено значення змінених станів свідомості в контексті як посилення залежності, так і терапевтичної роботи.

Окрема увага приділяється профілактиці адикції. Обговорюються освітні та законодавчі ініціативи, громадські програми й індивідуальні заходи, спрямовані на зміцнення захисних чинників і зменшення ризиків розвитку залежностей, особливо серед підлітків та молоді.

Розділ завершується аналізом сучасних викликів у сфері адиктології, пов'язаних із появою нових форм залежності, таких як технологічна адикція, а також перспективними напрямками досліджень і міждисциплінарної співпраці у вирішенні цієї складної проблеми. Цей матеріал надає читачеві комплексне уявлення про природу залежності та шляхи її подолання, сприяючи поглибленню розуміння цього явища.

1.1. Вступ до адиктології. Опис поняття залежності - адикції

Наука про залежність (адиктологія) – це міждисциплінарна галузь, присвячена вивченню взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, які сприяють розвитку та підтримці залежності. В останні десятиріччя ця сфера науки набуває дедалі більшої популярності, адже залежність стала суттєвою проблемою охорони здоров'я в усьому світі, яка впливає на окремих людей, сім'ї і суспільство в цілому. Наркоманія, яку раніше вузько визначали як фізичну залежність від речовин, таких як алкоголь або наркотики, тепер розглядається як хронічний і рецидивуючий стан, що може проявлятися у компульсивній поведінці, пов'язаній як з речовинами, так і з діяльністю. Така поведінка зберігається, попри несприятливі наслідки, що відображає багатогранність проблеми, яка потребує комплексного дослідження та заходів втручання.

За своєю суттю, адиктологія спрямована на з'ясування механізмів, що знаходяться в основі адиктивної поведінки та переходу від первинного добровільного вживання до звичного і компульсивного вживання наркотиків. Такий процес пов'язаний з поєднанням генетичної схильності, нейробіологічних адаптацій, впливу навколишнього середовища та психологічної вразливості. Ключовою в цьому процесі стає роль системи винагороди мозку, зокрема мезолімбічного дофамінового шляху, який активується під час приємних відчуттів. Адиктивні речовини та поведінка блокують цю систему, що призводить до надмірного вивільнення дофаміну та посилення звички до вживання. З часом відбуваються нейроадаптивні зміни, які зменшують здатність мозку реагувати на природні винагороди і підвищують чутливість до стимулів, що викликають залежність, закріплюючи таким чином її цикл.

Адиктологія досліджує вплив генетичних та епігенетичних чинників на вразливість до залежності. Наукові дослідження визначили численні генетичні варіації, пов'язані з підвищеним ризиком виникнення залежності, багато з яких впливають на нейромедіаторні системи, чутливість рецепторів і шляхи реагування на стрес. Епігенетичні фактори додатково модулюють ці генетичні схильності, змінюючи вираженість генів у відповідь на вплив навколишнього середовища, наприклад, травми, стрес або вживання психоактивних речовин. Ці дані підтверджують важливість інтеграції генетичних та екологічних аспектів для повного осмислення індивідуальної природи залежності.

Психологічні виміри залежності є не менш важливими для адиктології. Поведінкові теорії вважають, що залежність виникає внаслідок неадекватного процесу пізнання, коли асоціації між стимулом, що викликає залежність, і позитивним стимулом призводять до повторного вживання наркотику. Когнітивні теорії наголошують на ролі спотворених моделей мислення, таких як заперечення, очікування задоволення та мінімізація ризиків у підтримці залежності. Причиною виникнення та закріплення адиктивної поведінки часто є емоційна дисрегуляція, в тому числі проблеми з подоланням стресу, тривоги або депресії. Тому наука про залежність приділяє значну увагу взаємодії між когнітивними, емоційними та поведінковими чинниками в дослідженні цього стану.

З соціальної та екологічної точки зору, адиктологія вивчає загальний контекст, в якому виникає залежність. Такі чинники, як соціально-економічний статус, культурні норми, вплив однолітків, доступність речовин або можливостей для адиктивної поведінки, суттєво впливають на індивідуальну сприйнятливність. Несприятливий життєвий досвід у дитинстві, наприклад, жорстоке поводження або занедбаність, а також постійні стресові фактори, такі як безробіття або соціальна ізоляція, сприяють подальшому підвищенню вразливості. Соціальна стигма, пов'язана із залежністю, часто посилює ці проблеми, перешкоджаючи доступу до лікування та посилюючи цикл відчуття сорому та секретності. Враховуючи ці системні та середовищні чинники, адиктологія спрямована на розробку ефективних стратегій профілактики та лікування залежностей.

Важливою галуззю науки адиктології є розробка й оцінювання методів лікування. Досягнення нейронауки призвели до фармакологічних інтервенцій, спрямованих на конкретні аспекти залежності, такі як симптоми абстиненції, зниження бажання або запобігання рецидивам. Прикладами є метадон і бупренорфін для лікування розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів, і також налтрексон для лікування алкогольної залежності. Поведінкові методи лікування, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), реагування на надзвичайні ситуації і мотиваційні інтерв'ю, спрямовані на зміну дезадаптивних моделей поведінки та посилення механізмів подолання проблем. Інтегративні підходи, що поєднують фармакологічні та психосоціальні інтервенції, виявилися перспективними у вирішенні проблеми багатофакторної природи залежності. Система підтримки відновлення, що включає групи за принципом «рівний-рівному», та ініціативи на місцевому рівні відіграють визначальну роль у підтримці довготривалого одужання.

Профілактика є іншою складовою науки про залежність, яка спрямована на зменшення факторів ризику та сприяння захисним факторам протягом життя. Профілактичні

стратегії передбачають освітні програми, законодавчі втручання, які спрямовані на обмеження доступності психоактивних речовин, та громадські ініціативи із зміцнення мереж соціальної підтримки. Новітні дослідження вказують на потенціал раннього втручання під час критичних періодів розвитку, таких як підлітковий вік, для пом'якшення появи адиктивної поведінки. За допомогою усунення першопричин залежності та формування стійкості до неї адиктологія прагне зменшити соціальний тягар, який несе цей стан.

Адиктологія за своєю суттю є міждисциплінарною та ґрунтується на знаннях з таких галузей як неврологія, психологія, психіатрія, соціологія й охорона здоров'я. Цей комплексний напрям дає змогу отримати всебічне бачення проблеми залежності та сприяє розробці науково обґрунтованих практик. Досягнення в галузі технологій, зокрема нейровізуалізації, генетичного аналізу та цифрових інструментів охорони здоров'я, ще більше сприяли розвитку цієї сфери, запропонувавши нове бачення механізмів виникнення залежності та інноваційні шляхи лікування і профілактики. Незважаючи на значний прогрес у цій сфері, залишаються численні проблеми, серед яких усунення нерівності в доступі до лікування, зниження стигматизації та адаптація втручань для різних груп населення.

Адикція і складним і багатовекторним явищем і визначається як хронічний та рецидивуючий стан, який характеризується надмірним залученням до задоволення, незалежно від несприятливих наслідків. У сфері психології і психотерапії дослідження адиктивної поведінки спрямоване на вивчення глибинних механізмів, причин та ефективних заходів для людей, які борються із залежністю. Історично поняття «залежність» переважно асоціювалося з вживанням психоактивних речовин, таких як алкоголь, нікотин чи заборонені наркотики. Сучасне бачення значно розширилося і охоплює поведінкові залежності, такі як залежність від азартних ігор, користування Інтернетом, ігроманія і навіть переїдання. Таке розширене тлумачення відображає сприйняття того, що залежність визначається не лише речовиною, але і компульсивними моделями поведінки, а також психологічним та фізіологічним впливом на особистість.

Особливістю залежності є взаємозв'язок між біологічними, психологічними та соціальними факторами. Біологічно залежність пов'язана зі змінами у схемі винагороди мозку, в першу чергу за участю нейромедіатора дофаміну. Мезолімбічний дофаміновий шлях, який часто називають системою винагороди мозку, відіграє ключову роль у посиленні поведінки, забезпечуючи відчуття задоволення або насолоди. Повторний вплив речовин або поведінки, що викликають звикання, може порушити регуляцію цієї системи, що призводить до зниження здатності відчувати задоволення від природних видів діяльності та посилення

потягу до стимулів, що викликають звикання. Цей нейроадаптивний процес зумовлює толерантність і симптоми відміни, які часто спостерігаються у людей із залежністю, коли для досягнення того ж ефекту потрібна більша кількість речовини або певної поведінки, а припинення призводить до фізичного й емоційного дистресу.

З психологічної точки зору, залежність тісно пов'язана з когнітивними й емоційними процесами. Такі чинники, як стрес, травма, депресія та тривога, можуть сприяти виникненню залежності, впливаючи на механізми подолання проблем. Адиктивна поведінка часто слугує дезадаптивною стратегією для подолання емоційного болю або уникнення реальності. Когнітивні викривлення, такі як заперечення, раціоналізація та мінімізація, поширені серед людей із залежністю, що дозволяє їм продовжувати поведінку, незважаючи на її негативні наслідки. Поняття очікування винагороди є ще однією психологічною складовою залежності, коли саме очікування отримання задоволення від адиктивної поведінки викликає значні емоційні та фізіологічні реакції, закріплюючи цикл залежності.

З соціальної точки зору, вплив оточення та міжособистісні стосунки істотно впливають на розвиток і підтримання залежності. Тиск з боку однолітків, соціальні норми, доступність наркотичних речовин і культура в цілому відіграють важливу роль у формуванні індивідуальної вразливості. Розвиток залежності може бути зумовлений сімейними обставинами, зокрема, наявністю в анамнезі наркозалежності, неблагополучними стосунками або недостатньою взаємодопомогою. Соціальна стигма, що супроводжує залежність, часто посилює проблему, перешкоджаючи зверненню за допомогою та посилюючи почуття сорому й ізоляції.

У межах психотерапії і лікування залежність одночасно розглядається як розлад вибору та хвороба мозку. Така подвійна оцінка наголошує на необхідності враховувати як добровільні, так і недобровільні аспекти адиктивної поведінки. Психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), мотиваційне інтерв'ювання (МІ) та керування в екстрених ситуаціях, спрямовані на зміну неадаптивних моделей мислення, посилення мотивації до змін і зміцнення позитивної поведінки. У психотерапії наголошується також на важливості лікування супутніх психічних розладів, які часто ускладнюють процес одужання. Для людей з важкою формою залежності може застосовуватися медикаментозне лікування (МПЛ) для зменшення симптомів відміни та потягу до наркотиків, що дозволяє їм зосередитися на терапевтичних утручаннях.

Поняття залежності включає в себе поняття відновлення як процесу, що триває протягом усього життя. Відновлення – це не просто припинення адиктивної поведінки, а

комплексна трансформація способу життя, механізмів боротьби та міжособистісних стосунків. Групи підтримки, такі як Анонімні Алкоголіки (АА) та Анонімні Наркомани (АН), відіграють вирішальну роль у формуванні почуття єдності та відповідальності серед людей, які перебувають на стадії лікування. Акцент на стійкості, самоефективності й особистісному зростанні наголошує на цілісній природі відновлення, що узгоджується з біопсихосоціальною моделлю залежності.

Загалом, поняття та визначення залежності в рамках психології і психотерапії адиктивної поведінки показують, що це стан, який стосується як особистості, так і її оточення та нейробіологічних схильностей. Залежність представляє собою складну взаємодію механізмів винагороди, емоційної регуляції і соціальних впливів, що вимагає міждисциплінарного підходу для ефективного вивчення та лікування.

1.2. Історія розвитку психології адиктивної поведінки (формування наукових поглядів на психологію адиктивної поведінки)

Залежна поведінка відноситься до набору компульсивних і звичних дій, до яких люди залучаються, незважаючи на несприятливі наслідки, часто через бажання досягти відчуття винагороди або позбавлення від дискомфорту. Поняття адиктивної поведінки суттєво змінювалося протягом історії, відображаючи зміни в наукових, культурних і суспільних парадигмах.

Історично залежність розглядалася переважно через моральні та релігійні призми. У стародавніх культурах поведінка, яку зараз класифікують як адиктивну, часто пояснювалася моральними вадами або відсутністю духовної дисципліни. Так, наприклад, надмірне вживання алкоголю в ранніх цивілізаціях, таких як Месопотамія або Стародавня Греція, іноді критикували як особистісну слабкість, тоді як інші розглядали сп'яніння як містичний або божественний стан. Поняття залежності як медичного стану з'явилося значно пізніше, під впливом Просвітництва та розвитку медичної науки у XVIII-XIX століттях. У цей період лікарі почали помічати закономірності залежності, особливо пов'язані з опіумом та алкоголем, і такі терміни, як «пияцтво» та «морфінізм» увійшли до медичного лексикону.

Ранні психологічні теорії створили фундаментальні основи для вивчення адиктивної поведінки. Зигмунд Фройд, засновник психоаналізу, опосередковано сприяв осмисленню залежності завдяки своїм теоріям про несвідоме та концепції поведінки, спрямованої на

пошук задоволення. Фройд припускав, що повторювана компульсивна поведінка може бути наслідком невирішених внутрішніх конфліктів або спробою придушити психологічний тиск. Подібно до нього, інші психоаналітичні вчені, такі як Карл Абрахам, досліджували роль досвіду раннього розвитку у формуванні схильності до залежності.

Згодом поведінкова психологія розширила ці ідеї, зосередившись на спостережуваних діях, а не на несвідомих процесах. Робота Б. Ф. Скіннера про оперантне формування висвітлила роль заохочення в адиктивній поведінці. Поведінку, пов'язану із залежністю, можна розуміти як вивчену реакцію на стимули, підкріплену миттєвим задоволенням або полегшенням, яке вони приносять. Приміром, азартні ігри можуть продовжуватися, оскільки періодичні винагороди підкріплюють поведінку, тоді як вживання психоактивних речовин може бути закріплено миттєвим полегшенням симптомів абстиненції або стресу. Цей підхід заклав основу для пізніших когнітивно-поведінкових теорій, які наголошували на взаємозв'язку між мисленням, емоціями та поведінкою у стані залежності.

Соціокультурний контекст відіграє важливу роль у формуванні уявлень про адиктивну поведінку. Ставлення суспільства до адикції і психоактивних речовин часто відображає загальні культурні норми та цінності. Наприклад, під час руху за тверезість у XIX столітті споживання алкоголю зображувалося як суспільне лихо, пов'язане з моральним занепадом і сімейною нестабільністю. Такий моралістичний погляд визначив залежність як суспільну, а не суто індивідуальну проблему, що відкрило шлях до колективних заходів у відповідь, таких як заборони та створення реабілітаційних програм.

У XX столітті соціокультурні чинники ще більше сформували розуміння залежності, особливо через призму глобалізації і засобів масової інформації. Культурне сприйняття певних речовин або поведінки (куріння чи азартні ігри) з часом змінювалося через кампанії з охорони здоров'я, економічні інтереси та зміни в законодавстві. Тим часом, стигматизація інших речовин (героїн або крэк-кокаїн) часто непропорційно впливала на соціально незахищені верстви населення, що підкреслює перетин проблеми залежності з питаннями раси, соціального класу та політики.

Досягнення нейронауки та фармакології дали біологічне пояснення адиктивної поведінки, наголошуючи на ролі мозкових шляхів винагороди, нейромедіаторів і генетичних схильностей. Але ці наукові знання не діють ізольовано, а поєднуються з соціокультурними уявленнями. Наприклад, класифікація такої поведінки (інтернет-ігри або надмірний шопінг)

як залежності в останніх діагностичних методиках відображає не лише наукові дані, але і мінливі суспільні норми та технологічний прогрес.

Перші концепції адиктивної поведінки були засновані на моральному та релігійному контекстах, поступаючись місцем психологічним і соціокультурним поясненням. Ранні теорії, такі як психоаналітичні погляди та поведінкові моделі, забезпечили важливе бачення, тоді як соціокультурні чинники постійно впливали на те, як визначають, сприймають і вирішують проблему залежності. Разом ці погляди свідчать про складний характер залежності, що вимагає міждисциплінарного підходу для повного розуміння та подолання її причин і наслідків.

Формування наукових підходів у психології адиктивної поведінки відбувалося завдяки внеску багатьох психологічних шкіл, кожна з яких запропонувала власні погляди та методології для дослідження і подолання цього явища. Від психоаналітичних витоків до когнітивно-поведінкових концепцій і емпіричних дослідницьких методологій еволюція наукової думки була позначена теоретичними інноваціями та зростаючим міждисциплінарним співробітництвом.

Психоаналіз став однією з перших психологічних шкіл, яка запропонувала систематичну основу для вивчення адиктивної поведінки. Акцент Зигмунда Фрейда на несвідомих процесах, зокрема на потребах і конфліктах, що лежать в основі людської поведінки, створив сприятливе підґрунтя для вивчення залежності. Хоча сам Фрейд не займався проблемою адиктивної поведінки, його теорії пригнічення, захисних механізмів і принципу задоволення непрямо вплинули на пізніші психоаналітичні інтерпретації. Його послідовники, такі як Едвард Гловер і Карл Меннінгер, розширили ці ідеї, запропонували розглядати залежність як форму самолікування невирішених внутрішніх конфліктів або як несвідому спробу заповнити емоційні порожнечі. Психоаналітичні погляди підкреслювали роль раннього дитячого досвіду та взаємозв'язок між потребами в залежності та залежністю, розглядаючи адиктивну поведінку як симптом глибшої внутрішньопсихічної боротьби.

Поведінкова психологія з'явилася як реакція на абстрактний та інтроспективний характер психоаналізу, зосередившись на спостережуваній поведінці й обставинах навколишнього середовища, які її формують. Ранні біхевіористи, зокрема Джон Б. Вотсон і Б. Ф. Скіннер, створили основу для вивчення залежності за допомогою принципів обумовленості. Класичне обумовлення, вперше досліджене Іваном Павловим, дало уявлення про те, як сигнали середовища можуть викликати бажання або рецидив у людей, які

страждають на залежність. Наприклад, зв'язок між запахом алкоголю та відчуттям сп'яніння може призвести до виникнення умовних реакцій, що ускладнюють утримання від вживання. Оперантне обумовлення Скіннера ще більше розкрило те, як заохочення та покарання впливають на поведінку. Поведінка, що викликає звикання (вживання психоактивних речовин чи азартні ігри) була розглянута як оперантна реакція, що підсилюється миттєвою винагородою, такою як ейфорія або фінансові прибутки, попри довгострокові негативні наслідки. Поведінкові підходи призвели до розробки інтервенцій, таких як управління в умовах надзвичайних ситуацій, де бажана поведінка закріплюється за допомогою структурованої винагороди.

Поява когнітивної психології у середині ХХ століття надала нового виміру вивченню залежності, наголосивши на ролі шаблонів мислення та переконань у керуванні поведінкою. Когнітивні теорії поставили під сумнів суто поведінкову перспективу, стверджуючи, що залежність пов'язана з дезадаптивними розумовими процесами, які підтримують проблемну поведінку. Наприклад, когнітивна теорія Аарона Бека висвітлила роль когнітивних спотворень, таких як катастрофізація або надмірне узагальнення, в закріпленні залежності. Так само теорія соціального навчання Альберта Бандури об'єднала когнітивні та поведінкові принципи, запропонувавши припущення, що залежність можна вивчити через спостереження та наслідування інших, особливо в соціальних контекстах, де вживання психоактивних речовин або адиктивна поведінка є нормою. Бандура також ввів поняття самоефективності, підкресливши важливість віри людини у свою здатність протистояти адиктивним спонуканням.

Емпіричні дослідження відіграли важливу роль у розвитку наукових підходів до адиктивної поведінки, поєднуючи теоретичні засади з практичним застосуванням. Ранні дослідження зазвичай ґрунтувалися на методах спостереження та клінічних дослідженнях, які давали якісне уявлення про життєвий досвід людей із залежністю. Згодом розвиток дослідницької методології дозволив застосовувати більш суворі кількісні підходи. Наприклад, лонгітюдні дослідження дозволили виявити траєкторії розвитку залежності та визначити фактори ризику, наприклад генетична схильність, рання травма та вплив однолітків. Експериментальні дослідження, проведені в контрольованих лабораторних умовах, дозволили зрозуміти механізми, що лежать в основі залежності, зокрема роль шляхів винагороди в мозку та вплив стресу на рецидив.

Однією з найважливіших сфер емпіричних досліджень було вивчення профілактики рецидивів. Марлатт і Гордон розробили моделі, які наголошують на важливості виявлення

ситуацій підвищеного ризику та розробки стратегій поведінки для їх подолання. Їхні наукові розвідки поєднували когнітивні та поведінкові дослідження, ілюструючи, як емпіричні дані можуть стати основою для практичних втручань. Ще одним значним внеском стало використання рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) для оцінки ефективності різних методів лікування від когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) до фармакологічних втручань. Ці дослідження надали переконливі докази ефективності конкретних підходів, допомагаючи вдосконалювати протоколи лікування й інформувати про нові стратегії охорони здоров'я.

Міждисциплінарна співпраця збагатила емпіричні дослідження залежності, об'єднавши знання з неврології, соціології та охорони здоров'я. Досягнення в методах нейровізуалізації, таких як функціональна МРТ, дозволили науковцям візуалізувати активність мозку в осіб із залежністю, виявляючи закономірності зміненої зв'язності в ланцюгах винагороди та прийняття рішень. Ці висновки доповнили психологічні теорії, забезпечивши більш повне розуміння біопсихосоціальних аспектів залежності.

Сучасні дослідження в галузі психології адиктивної поведінки відображають область, що активно розвивається, інтегрує міждисциплінарні підходи, вивчає глибинний вплив технологій і соціальних мереж та вирішує нові проблеми, досліджуючи при цьому нові можливості. В сучасних моделях вивчення залежності все більше акцентується увага на взаємодії біологічних, психологічних і соціокультурних чинників, визнаючи, що залежність – це багатовимірне явище, яке потребує різних наукових поглядів на нього.

Характерною рисою сучасних досліджень є інтеграція міждисциплінарних підходів. Досягнення в галузі нейронаук, генетики та фармакології розширили психологічні моделі залежності, давши уявлення про біологічні механізми, що знаходяться в основі компульсивної поведінки. Наприклад, дослідження системи винагороди мозку, зокрема ролі дофаміну в посиленні адиктивної поведінки, поглиблюють уявлення про фізіологічну основу залежності. Ці результати часто доповнюються психологічними теоріями, які досліджують суб'єктивний досвід тяги, прийняття рішень і саморегуляції. Антропологія та соціологія також роблять свій внесок, вивчаючи як культурні норми, соціально-економічні чинники та громадська поведінка впливають на поширеність і сприйняття адиктивної поведінки. Ця міждисциплінарна співпраця сприяла формуванню цілісної картини, що дозволило науковцям розробити більш комплексні моделі та цілеспрямовані інтервенції.

Розвиток технологій і соціальних мереж суттєво вплинув на сучасні уявлення про адиктивну поведінку, створивши як нові виклики, так і нові напрямки для досліджень.

Поведінкові адикції, такі як надмірне використання Інтернету, ігрова залежність і залежність від соціальних мереж, викликають все більшу увагу, оскільки технології стають дедалі поширенішими в повсякденному житті. Ці види поведінки часто мають схожі риси із залежністю від психоактивних речовин, зокрема компульсивність, толерантність і симптоми, подібні до абстиненції. Науковці визначили унікальні характеристики технологічних залежностей, такі як роль періодичних заохочень у вигляді вподобань, сповіщень і нагород на онлайн-платформах. Такі елементи експлуатують психологічні механізми, які стимулюють залученість, руйнуючи межу між звичним використанням і залежністю.

Зокрема, соціальні медіа трансформували соціальний простір, змінивши те, як люди взаємодіють, формують стосунки та сприймають себе. Дослідження показали, що платформи можуть сприяти формуванню адиктивної поведінки, сприяючи надмірному порівнянню, прагненню до зовнішнього схвалення та залежності від нього. До того ж, алгоритмічний принцип роботи багатьох платформ, який ставить на перше місце утримання та взаємодію з користувачами, може посилювати компульсивні моделі використання. Ці результати викликали необхідність враховувати етичні міркування при розробці цифрових технологій і підвищити обізнаність про їхній психологічний вплив.

Водночас технології забезпечують корисні інструменти для вивчення та подолання адиктивної поведінки. Мобільні додатки, портативні пристрої та онлайн-платформи сприяють збору даних у режимі реального часу, дозволяючи науковцям спостерігати за поведінкою, тригерами та емоційними станами в натуралістичних умовах. Віртуальна реальність (VR) стала потужним інструментом для експозиційної терапії і профілактики рецидивів, дозволяючи людям безпечно протистояти ситуаціям підвищеного ризику в контрольованому середовищі. Онлайн-втручання, такі як телетерапія та цифрові програми самопомоги, розширили доступ до лікування, особливо для верств населення, які не отримують достатньої кількості послуг.

Та попри ці досягнення, у психології адиктивної поведінки залишаються значні виклики. Однією з актуальних проблем є необхідність досягнення консенсусу щодо діагностичних критеріїв нових поведінкових залежностей. У той час як, наприклад, стан розладу залежності від інтернет-ігор, був відзначений в останніх діагностичних матеріалах, інші стани, як то залежність від соціальних мереж, не мають офіційної класифікації, що призводить до незгодженості в дослідженнях і клінічній практиці. Швидкі темпи технологічних змін ускладнюють вивчення їхнього довгострокового впливу на поведінку та психічне здоров'я.

Етичні проблеми постають і в дослідженнях залежностей, зокрема щодо балансу між вивченням адиктивної поведінки та захистом учасників від потенційної небезпеки. Наприклад, вплив на людей сигналів, пов'язаних із їхньою залежністю, під час експериментальних досліджень може спровокувати рецидив. Так само збір і використання персональних даних у цифрових втручаннях ставить питання про конфіденційність та згоду.

Дослідження в галузі психології адиктивної поведінки мають значні перспективи в майбутньому. Досягнення в галузі штучного інтелекту (ШІ) та машинного навчання відкривають можливості для аналізу складних масивів даних і виявлення закономірностей, які можуть стати основою для стратегій профілактики та лікування. Індивідуальні підходи, що використовують генетичні, психологічні й екологічні дані, мають потенціал для адаптації втручань до індивідуальних потреб, підвищуючи їхню ефективність. Зростаючий інтерес до проблем суспільного здоров'я стимулює застосування системних підходів до боротьби із залежністю, зокрема, зміни в політиці, ініціативи на рівні громад та освітні кампанії.

Для подолання комплексного характеру залежності необхідні об'єднання зусиль різних галузей, секторів і світових структур. Наприклад, партнерство між науковцями, медиками, органами влади та представниками технологічних компаній може сприяти розробці науково обґрунтованих рішень, які поєднують інновації з етичною відповідальністю. Посилення уваги до культурного різноманіття та соціальної справедливості в дослідженнях наркозалежності може допомогти забезпечити інклюзивність втручань і їхню чутливість до потреб різних груп населення.

1.3. Історія розвитку споживання

В історичному контексті формування споживання в межах адиктивної поведінки є складним історичним процесом, в якому переплітаються соціокультурні, економічні та психологічні виміри. Споживання як вид людської діяльності виходить за рамки простого задоволення фізіологічних потреб і відображає соціальні структури, культурні норми й індивідуальні бажання. В поєднанні з речовинами або поведінкою, що мають потенціал звикання, моделі споживання набувають рівнів складності, сформованих історичними епохами та громадськими перетвореннями.

З історичної точки зору, вживання психоактивних речовин, таких як алкоголь, тютюн та опіум, зафіксовано впродовж тисячоліть. Ці речовини нерідко були невід'ємною частиною ритуальних і релігійних практик стародавніх цивілізацій. Наприклад, алкоголь був

невід'ємною частиною церемоній у месопотамській та єгипетській культурах, слугуючи як засіб піднесення божествам, так і соціальним засобом спілкування серед еліти. Так само вживання листя коки в андських культурах і канабісу в давньоіндійських традиціях свідчить про раннє визнання психоактивних властивостей цих речовин. Але ці ранні форми споживання, як правило, регулювалися суспільними нормами та ритуалами, які функціонували як захисні механізми від надмірного вживання і залежності.

Поява міжнародної торгівлі та колоніальної експансії, починаючи з XVI століття, ознаменувала собою поворотний момент у моделях споживання наркотиків. Такі товари, як цукор, чай, кава, тютюн та опіум, стали ключовими для світової економіки, що формувалася. Цей період став початком комерціалізації речовин, які колись були притаманні лише певним регіонам і культурним практикам. Наприклад, трансатлантична работоргівля була тісно пов'язана з виробництвом цукру та рому, що свідчить про взаємозв'язок адиктивного споживання з системами експлуатації та економічної вигоди. Зростання доступності адиктивних речовин у цей період співпало з послабленням традиційного соціального контролю, що призвело до появи нових моделей споживання, які часто характеризувалися надмірністю.

Промислова революція XVIII-XIX століть ще більше пришвидшила зміни в моделях споживання. Індустріалізація сприяла масовому виробництву товарів, у тому числі алкоголю та тютюну, що зробило ці речовини більш доступними для міського населення, кількість якого постійно зростала. Міське середовище з його невідомістю та соціальним розшаруванням створило сприятливе підґрунтя для поширення адиктивної поведінки. У цей період з'явилася занепокоєність громадськості з приводу зловживання психоактивними речовинами, про що свідчать рухи за тверезість у Європі та Північній Америці. Рухи, керовані поєднанням моральних, релігійних і медичних імперативів, прагнули обмежити споживання алкоголю та зменшити його передбачувану суспільну шкоду.

XX століття додало нових вимірів до історичного дискурсу про споживання та залежність від алкоголю. Досягнення фармакології і хімії призвели до синтезу нових речовин, зокрема героїну, амфетамінів і барбітуратів. Паралельно з цим розвитком відбувалася медикалізація залежності, яка почала розглядатися як хвороба, а не як моральна вада. Середина XX століття ознаменувалася розвитком засобів масової інформації, які відіграли подвійну роль у формуванні споживацької поведінки. У той час як рекламні кампанії популяризували вживання алкоголю і тютюну, ініціативи у сфері охорони здоров'я

намагалися протистояти цим меседжам, наголошуючи на ризиках залежності та хронічних захворювань.

Психологічні теорії споживання та психотерапевтичні підходи до її вирішення в контексті адиктивної поведінки формують насичену галузь досліджень, яка постійно розвивається, наголошуючи на взаємодії між когнітивними, емоційними та соціальними чинниками, що впливають на формування адиктивних моделей поведінки. Вивчення споживання, особливо коли воно стає компульсивним або адиктивним, вимагає багатовимірного підходу, який враховує як психологічні механізми, що лежать в його основі, так і терапевтичні стратегії, спрямовані на пом'якшення його негативних наслідків.

З психологічної точки зору, споживання часто розглядається через теорії, які досліджують мотивацію, винагороду та формування звичок. Класична та оперантна моделі обумовленості наголошують на ролі вивченої поведінки, коли повторювана асоціація речовини або поведінки із приємними результатами посилює її вживання. Наприклад, дофамінергічний шлях винагороди пояснює, як речовини або поведінка, що стимулюють вивільнення дофаміну, створюють підсилюючий цикл бажання і споживання. З часом цей цикл знижує природну чутливість системи винагороди, що призводить до необхідності збільшення споживання для досягнення тих самих ефектів, що є ознакою залежності.

Когнітивні теорії додатково досліджують роль мислення в адиктивній поведінці. Когнітивно-поведінкова модель стверджує, що дисфункціональні переконання та неадаптивні стратегії подолання сприяють розвитку та підтримці звичок споживання. Наприклад, людина може почати вживати психоактивні речовини як неадекватну реакцію на стрес або негативні емоції, закріплюючи цикл залежності. Так само теорія самолікування припускає, що люди з глибоким психологічним дистресом можуть звертатися до адиктивних речовин або поведінки як до засобу полегшення своїх симптомів, хоча і тимчасово та часто за рахунок довготривалого благополуччя.

Психодинамічний підхід, заснований на теорії Фрейда, забезпечує іншу систему поглядів, зосереджуючи увагу на несвідомих процесах і ранньому життєвому досвіді, які можуть бути причиною схильності людей до адиктивної поведінки. Згідно з цим підходом, невирішені конфлікти, незадоволені потреби або дефіцит прив'язаності в дитинстві можуть проявлятися як схильність до адиктивної поведінки в дорослому віці, коли людина намагається знайти розраду або самореалізацію через споживання. Вважається, що ці глибоко закладені психологічні патерни впливають не лише на початок споживання, але і на складність відмови від нього.

Психотерапевтичні підходи до проблем споживання в контексті адиктивної поведінки спрямовані на вирішення цих психологічних проблем за допомогою цілеспрямованих втручань. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш досліджених і широко застосовуваних методів. Вона зосереджена на виявленні та зміні спотворених моделей мислення та поведінки, які закріплюють залежність. Такі методи, як когнітивна реструктуризація та поведінкові експерименти, допомагають людям розвинути здоровіші механізми подолання труднощів і зменшити залежність від адиктивних речовин чи поведінки.

Мотиваційне інтерв'ювання (MI, англ. Motivational Interviewing) – ще один важливий підхід, який вирішує проблему амбівалентного ставлення до змін, що є поширеним викликом у лікуванні наркоманії. Стимулюючи внутрішню мотивацію та надаючи можливість людям сформулювати свої цілі та цінності, MI сприяє готовності зменшити або припинити споживання. Цей метод добре узгоджується з транстеоретичною моделлю зміни поведінки, яка описує етапи, через які проходять люди в подоланні залежності.

Психодинамічна терапія та пов'язані з нею підходи, такі як психотерапія стосунків або терапія на основі прив'язаності, заглиблюються в емоційні та реляційні чинники, що лежать в основі адиктивної поведінки. Ці методи спрямовані на виявлення та вирішення несвідомих конфліктів, подолання почуття неадекватності або самотності, а також на розвиток здорових міжособистісних стосунків, тим самим зменшуючи психологічну тягу до споживання.

Інтегративні підходи, які поєднують усвідомленість, та стратегії на основі прийняття та соматичних практик набули популярності в останні роки. Профілактика рецидивів за допомогою усвідомленості (MBRP) поєднує медитацію з когнітивно-поведінковими методами для покращення самосвідомості й емоційної регуляції, надаючи людям інструменти для управління тягою та тригерами, не вдаючись до споживання. Терапія прийняття та зобов'язань (АКТ) наголошує на психологічній гнучкості, заохочуючи людей приймати тривожні думки та почуття без осуду, водночас зобов'язуючись до ціннісних дій.

Системна та сімейна терапія враховує соціальний контекст адиктивної поведінки, вважаючи, що моделі споживання часто існують у рамках відносин і стосунків з оточуючими. Втручання, які спрямовані на сімейні системи або соціальні мережі, мають на меті зруйнувати сприятливу поведінку, покращити комунікацію та створити сприятливе середовище для одужання.

Взаємодія між психологічними теоріями та психотерапевтичними підходами висвітлює складність споживання в контексті адиктивної поведінки. Звертаючись до

когнітивних, емоційних і соціальних аспектів залежності, ці теорії і втручання створюють потужну основу для вивчення та лікування проблем, пов'язаних із компульсивним споживанням.

1.4. Цінність стану зміненої свідомості

Змінені стани свідомості (ЗСС) – це порушення нормального стану свідомості, що охоплює широкий спектр переживань, які можуть виникати природним шляхом, під час медитації, гіпнозу або під впливом фармакологічних речовин. У контексті адиктивної поведінки ЗСС мають важливе значення не лише як потенційні механізми для вивчення залежності, але й як можливості для вирішення основних когнітивних та емоційних проблем, з якими зіштовхуються люди.

Адиктивна поведінка часто виявляється неадекватним механізмом подолання психологічних і середовищних стресів, що лежать в основі адикції. Для багатьох людей вживання психоактивних речовин забезпечує тимчасову втечу від реальності, позбавляючи від болю або незадоволеності за допомогою тимчасового зміненого стану. Ці стани характеризуються змінами у сприйнятті, настрої і пізнанні, які можуть тимчасово маскувати емоційний або психологічний дистрес. Водночас, повторювана залежність від таких станів породжує циклічну залежність, коли здатність людини обробляти емоції або протистояти викликам дедалі більше знижується.

Одним із важливих способів впливу змінених станів на адиктивну поведінку є перегляд цінностей і сприйняття. Викликані психоактивними речовинами АСС часто спотворюють самосвідомість людини, її пріоритети й етичні міркування. На ранніх стадіях залежності ці спотворення можуть здаватися непомітними, наприклад, незначною переоцінкою соціальних відносин або обов'язків. Проте з часом нав'язливе прагнення до цих станів може призвести до значних змін, коли цінності все більше підпорядковуються підтримці залежності, часто на шкоду здоров'ю, сім'ї і професійним цілям. Така зміна пріоритетів наголошує на вирішальній ролі зміненої свідомості в посиленні адиктивних патернів.

І навпаки, терапевтичне використання змінених станів, особливо через структуровані втручання, такі як керована психоделічна терапія або медитативні практики, показує здатність до позитивного перегляду цінностей. Дослідження психоделічних речовин (наприклад, псилоцибін чи ЛСД) показують, що ці стани можуть сприяти поглибленому аналізу власної поведінки та мотивації. Для багатьох людей, які проходять терапію, це

означає усвідомлення негативного впливу залежності та відновлення зв'язку з цінностями, які раніше були затьмарені нею. Такий досвід зазвичай супроводжується підвищеною самосвідомістю та відчуттям взаємопов'язаності, що сприяє відновленню прихильності до особистого зростання та добробуту.

Іншим важливим аспектом змінених станів у контексті залежності є розширення когнітивних можливостей. Адиктивна поведінка часто характеризується когнітивною ригідністю – звуженням мислення та поведінки, зосередженої на отриманні та вживанні речовин. Змінені стани можуть тимчасово порушити цю ригідність, створюючи можливості для нових поглядів і підходів до вирішення проблем. У терапевтичних умовах ця когнітивна гнучкість використовується для дослідження глибинних травм або дезадаптивних переконань, що сприяють виникненню залежності. Наприклад, практики, що базуються на усвідомленості, заохочують людей спостерігати за своїми думками і бажаннями без засудження, зменшуючи їхню силу і сприяючи розвитку більш здорових механізмів подолання.

Доведено, що нейробиологічні ефекти деяких АСК, особливо ті, що викликані психоделіками, посилюють нейропластичність – здатність мозку до реорганізації шляхом формування нових нейронних зв'язків. Підвищена нейропластичність під час змінених станів забезпечує біологічну основу для повідомлень про досягнення прогресу в подоланні стійких форм адиктивної поведінки. Сприяючи руйнуванню старих патернів і формуванню більш здорових, ці стани підтримують процеси одужання, які традиційні методи не можуть досягти.

Зважаючи на ці потенційні переваги, дуже важливим стає обережне ставлення до змінених станів. Неконтрольоване або неструктуроване досягнення АСС, особливо через вживання психоактивних речовин, може призвести до загострення залежності та пов'язаної з нею шкоди. Терапевтичний потенціал змінених станів полягає не лише в їхньому переживанні, але і в інтеграції у широкий контекст психологічної та поведінкової підтримки. Структуроване середовище, кваліфіковані фасилітатори та інтеграція після пережитого досвіду мають важливе значення для того, щоб отримані знання перетворилися на змістовні та довготривалі зміни.

Емоційна регуляція – базовий компонент, який часто порушується у людей, що борються із залежністю, та може зазнавати значного впливу від використання ДЗК. Адиктивна поведінка часто виникає як дезадаптивна стратегія подолання надмірних емоцій, таких як тривога, смуток або фрустрація. Змінені стани, особливо ті, що досягаються за допомогою практик усвідомленості або контрольованої психоделічної терапії, можуть

порушити цей цикл, дозволяючи людям обробляти емоції у нереактивний та інтегрований спосіб. Наприклад, дослідження зменшення стресу на основі усвідомленості показали, що такі практики сприяють кращому усвідомленню емоційних тригерів, зменшуючи ймовірність імпульсивної поведінки. Психоделічні переживання часто викликають катарсичне емоційне вивільнення, що дозволяє людям протистояти пригніченим емоціям і переосмислити їхню значимість у безпечному та структурованому контексті. Підвищуючи емоційну стійкість, ці стани можуть допомогти зменшити залежність від психоактивних речовин як механізму подолання труднощів.

Здатність змінювати перспективи є ще одною трансформаційною перевагою допомоги від фахівців у контексті залежності. Адиктивна поведінка часто замикає людей у жорстких шаблонах мислення та самосприйняття, посилюючи цикли провини, сорому та безнадійності. Змінені стани розривають ці когнітивні цикли, пропонуючи можливість ширшого та ґрунтовнішого розуміння власних обставин. Наприклад, люди, які проходять керовану психоделічну терапію, часто повідомляють про глибокі зміни в самосприйнятті, зокрема, про оновлене відчуття власної активності та взаємозв'язку. Такий вплив може зменшити відчуття ізоляції, заохочуючи людей дивитися на свої проблеми з більш близької до них перспективи, сповненої співчуття та сили. Така когнітивна гнучкість сприяє адаптивному прийняттю рішень і може бути основою для довгострокового одужання.

Змінений стан має потенціал для посилення соціальної взаємодії, яка часто є напруженою або послабленою в контексті залежності. Прагнення до адиктивної поведінки часто призводить до соціальної ізоляції, руйнування стосунків і відчуття роз'єднаності. АСК, що пов'язані з речовинами, які підвищують емпатію (наприклад, MDMA), можуть сприяти підвищенню обізнаності про емоції та погляди інших людей. Таке посилене соціальне пізнання спонукає людей до відновлення довіри та встановлення більш здорової міжособистісної взаємодії. Так само такі практики, як групова медитація чи дихальні практики, створюють спільні змінені стани, сприяючи зміцненню зв'язків у громаді та зменшенню відчуття ізоляції. Цей колективний досвід може бути дуже важливим у програмах відновлення від залежності, де підтримка однолітків відіграє важливу роль у підтримці мотивації та підзвітності.

Нейробіологічні механізми, що знаходяться в основі цих явищ, дають подальше бачення терапевтичного потенціалу змінених станів. Посилення зв'язку між ділянками мозку, що часто спостерігається під час АСС, сприяє інтеграції раніше роз'єднаних когнітивних та емоційних процесів. Ця нейропластичність підтримує формування нових поведінкових

патернів, замінюючи дезадаптивні реакції більш здоровими альтернативами. Окрім того, вивільнення нейромедіаторів, таких як серотонін та окситоцин, під час певних АСК сприяє стабілізації настрою та зміцненню соціальних зв'язків, створюючи сприятливе середовище для одужання.

1.5. Висновки

Залежність, або адикція, є складним і багатофакторним явищем, яке охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Вивчення адиктивної поведінки є важливим для розуміння причин, механізмів і способів ефективного лікування та профілактики. Кожна з ключових областей науки про залежність досліджує власні унікальні аспекти.

Залежність тісно пов'язана зі змінами у функціонуванні системи винагороди мозку, зокрема мезолімбічного дофамінового шляху. Адиктивні речовини та поведінка стимулюють надмірне вивільнення дофаміну, викликаючи відчуття ейфорії. З часом ці процеси призводять до зниження чутливості до природних стимулів і формування компульсивної поведінки. Генетичні фактори також відіграють важливу роль, оскільки певні варіації у генах, які контролюють нейромедіаторні системи, підвищують ризик залежності. Епігенетичні зміни, спричинені середовищем, наприклад стресом або травмою, додатково впливають на цю вразливість.

Психологічний вимір адикції включає дисфункціональні пізнавальні процеси, емоційну дисрегуляцію та неефективні стратегії подолання труднощів. Залежність часто виникає як спроба уникнути або полегшити негативні емоції, такі як тривога, депресія чи стрес. Когнітивні спотворення, наприклад заперечення та раціоналізація, підтримують компульсивну поведінку, незважаючи на її негативні наслідки. Вивчення цих механізмів дозволяє розробляти індивідуалізовані підходи до терапії, спрямовані на зміну моделей мислення та поведінки.

Соціальне оточення, культурні норми й економічні умови значно впливають на поширення залежності. Доступність речовин, соціальний тиск і стигматизація залежності часто визначають, як людина сприймає свою проблему та чи звертається вона за допомогою. Негативний досвід у дитинстві, включаючи жорстоке поводження або занедбаність, підвищує ризик формування адиктивної поведінки. Водночас підтримка сім'ї та соціальних спільнот є важливими захисними факторами.

Ефективне лікування залежності вимагає поєднання фармакологічних і психосоціальних утручань. Фармакотерапія спрямована на зменшення симптомів

абстиненції та попередження рецидивів. Прикладом є використання метадону для лікування опіоїдної залежності. Психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та мотиваційне інтерв'ювання, зосереджені на зміні дезадаптивних моделей мислення та поведінки. Інтеграція цих методів дозволяє враховувати індивідуальні особливості залежності та сприяти довготривалому одужанню.

Профілактика залежності є ключовим завданням суспільства, спрямованим на зменшення ризику і зміцнення захисних чинників. Освітні програми, спрямовані на підвищення обізнаності, законодавчі заходи для обмеження доступу до психоактивних речовин і громадські ініціативи з підтримки молоді демонструють високу ефективність. Особливе значення мають програми, спрямовані на роботу з вразливими групами, зокрема дітьми та підлітками, адже саме в цьому віці можна найкраще запобігти виникненню залежності.

Змінені стани свідомості (ЗСС) відіграють подвійну роль у контексті залежності. З одного боку, вони можуть сприяти формуванню залежності через посилення емоційного комфорту та зменшення стресу. З іншого боку, терапевтичне використання ЗСС, наприклад через медитацію чи керовану психоделічну терапію, відкриває нові можливості для подолання адиктивних моделей. Під час ЗСС люди можуть переосмислити свої поведінкові патерни та знайти нові джерела мотивації для змін.

Сучасний розвиток цифрових технологій спричинив появу нових форм залежності, таких як ігрова залежність або надмірне використання соціальних мереж. Ці явища мають багато спільного із залежністю від психоактивних речовин, зокрема компульсивність і толерантність. Водночас вони створюють нові виклики, адже технологічна залежність часто є важкою для ідентифікації та контролю. Розробка етичних підходів до використання технологій є важливим напрямом профілактики.

Наука про залежність постійно розвивається, інтегруючи досягнення нейробіології, психології та соціології. Застосування новітніх технологій, таких як нейровізуалізація, штучний інтелект і цифрові інструменти, відкриває нові можливості для вивчення та лікування залежностей. Індивідуалізовані підходи, що враховують генетичні, психологічні й екологічні фактори, можуть значно підвищити ефективність лікування.

1.6. Питання для самоконтролю

1. Що таке адиктологія та які аспекти вона вивчає?

1. Як зміни у функціонуванні мозкової системи винагороди впливають на формування залежності?
2. Чим відрізняється фізична залежність від поведінкової?
3. Яка роль дофаміну у формуванні залежності?
4. Що таке мезолімбічний дофаміновий шлях?
5. Як генетичні чинники можуть впливати на схильність до залежності?
6. Що таке епігенетика і як вона пов'язана із залежністю?
7. Які когнітивні викривлення сприяють розвитку адиктивної поведінки?
8. Як емоційна дисрегуляція пов'язана із залежністю?
9. Що означає концепція самолікування в контексті адикції?
10. Яку роль відіграє мотивація у лікуванні залежностей?
11. Як соціально-економічний статус впливає на розвиток залежності?
12. Які наслідки має соціальна стигма для людей із залежністю?
13. Як вплив оточення може сприяти адиктивній поведінці?
14. Як змінювалося розуміння залежності у різні історичні періоди?
15. Які історичні чинники сприяли поширенню споживання психоактивних речовин?
16. Як промислова революція вплинула на моделі споживання?
17. Які методи фармакотерапії використовуються для лікування залежностей?
18. Що таке когнітивно-поведінкова терапія і як вона застосовується у лікуванні залежностей?
19. Яку роль відіграє мотиваційне інтерв'ювання при терапії залежностей?
20. Які освітні програми спрямовані на профілактику залежностей?
21. Як обмеження доступності психоактивних речовин може впливати на рівень адикції?
22. Які підходи ефективні у роботі з підлітками для запобігання залежностям?
23. Що таке змінені стани свідомості (ЗСС) та їхня роль у контексті адикції?
24. Як медитація та психоделічна терапія можуть сприяти подоланню залежності?
25. Яку роль відіграють нейропластичні зміни під час ЗСС?
26. Чим технологічна залежність відрізняється від залежності від речовин?
27. Які виклики створює залежність від соціальних мереж?
28. Як цифрові інструменти використовуються для підтримки лікування залежностей?
29. Чому залежність вважається багатовимірним явищем, яке потребує міждисциплінарного підходу?

1.8. Тестові завдання

Тестові завдання з однією правильною відповіддю

1. Що є основною метою адиктології?
 - а) Зменшення рівня вживання алкоголю
 - б) Дослідження механізмів залежності

- c) Вивчення тільки біологічних причин залежності
- d) Розробка методів рекламування психоактивних речовин

2. Який нейромедіатор відіграє ключову роль у формуванні залежності?

- a) Серотонін
- b) Дофамін
- c) Адреналін
- d) Глутамат

3. Який чинник не впливає на формування адиктивної поведінки?

- a) Емоційна дисрегуляція
- b) Генетична схильність
- c) Постійне бажання уникати залежності
- d) Соціальний вплив

4. Що є прикладом поведінкової залежності?

- a) Залежність від тютюну
- b) Вживання алкоголю
- c) Азартні ігри
- d) Вживання наркотиків

5. Який підхід найчастіше використовується для корекції когнітивних викривлень у залежних осіб?

- a) Групова терапія
- b) Когнітивно-поведінкова терапія
- c) Фізіотерапія
- d) Рекламна терапія

6. Що не є характеристикою змінених станів свідомості?

- a) Зміна сприйняття реальності
- b) Тимчасове посилення самосвідомості
- c) Постійне зменшення когнітивних здібностей
- d) Зміна настрою

7. Що з наведеного є типовим проявом соціальної стигми щодо залежності?

- a) Зменшення доступу до лікування
- b) Збільшення мотивації до змін
- c) Посилення суспільної підтримки
- d) Поширення інформації про профілактику

8. Яка теорія розглядає залежність як стратегію самолікування?

- a) Теорія соціального навчання
- b) Теорія самолікування

- c) Когнітивна теорія
- d) Нейробіологічна теорія

9. Який підхід допомагає людям краще усвідомлювати свої емоційні тригери?

- a) Мотиваційне інтерв'ювання
- b) Усвідомленість
- c) Когнітивна реструктуризація
- d) Гіпноз

10. Який із чинників може посилити вразливість до залежності?

- a) Позитивний досвід у дитинстві
- b) Високий рівень освіти
- c) Неприятливий життєвий досвід
- d) Наявність сильної системи підтримки

Тестові завдання з декількома правильними відповідями

1. Що вивчає наука адиктологія?

- a) Генетичні чинники залежності
- b) Психологічні аспекти залежності
- v) Культурні впливи на залежність
- г) Стратегії реклами психоактивних речовин

2. Які чинники впливають на формування залежності?

- a) Біологічна схильність
- b) Соціально-економічний статус
- v) Наявність фізичного захворювання
- г) Культурні норми

3. Які нейробіологічні процеси пов'язані з формуванням залежності?

- a) Зміна системи винагороди мозку
- b) Збільшення активності дофамінового шляху
- v) Зменшення реакції мозку на природні винагороди
- г) Посилення регуляції емоцій

4. Які поведінкові моделі часто виявляються у людей із залежністю?

- a) Компульсивна поведінка
- b) Емоційна стабільність
- v) Уникнення стресових ситуацій
- г) Толерантність до наслідків

5. Які стратегії використовуються в лікуванні залежності?

- a) Фармакологічні інтервенції

- б) Мотиваційне інтерв'ювання
- в) Групова терапія підтримки
- г) Повна ізоляція від соціального оточення

6. Що належить до поведінкових залежностей?

- а) Залежність від азартних ігор
- б) Залежність від соціальних мереж
- в) Надмірне переїдання
- г) Фізична залежність від тютюну

7. Які чинники можуть вплинути на ризик рецидиву у людей із залежністю?

- а) Соціальна ізоляція
- б) Доступність психоактивних речовин
- в) Позитивний емоційний стан
- г) Наявність стресових ситуацій

8. Які методи дослідження використовуються в адиктології?

- а) Лонгітюдні дослідження
- б) Нейровізуалізація мозку
- в) Аналіз культурних традицій
- г) Кількісні підходи

9. Які соціальні чинники впливають на розвиток залежності?

- а) Підтримка родини
- б) Тиск однолітків
- в) Стигматизація залежності
- г) Наявність робочого місця

10. Які підходи до профілактики залежності є найбільш ефективними?

- а) Освітні програми
- б) Законодавчі ініціативи
- в) Медіакампанії проти вживання речовин
- г) Стимулювання соціальної ізоляції

Тестові завдання з розгорнутою відповіддю

1. Опишіть основні біологічні, психологічні та соціальні чинники, які сприяють формуванню залежності.
2. Розкрийте роль системи винагороди мозку в розвитку адиктивної поведінки. Які зміни відбуваються на нейробіологічному рівні?
3. Охарактеризуйте ключові етапи історичного розвитку наукових поглядів на адиктивну поведінку.

4. Поясніть, як когнітивно-поведінкові підходи допомагають подолати залежність. Які техніки використовуються в цьому методі?
5. Проаналізуйте, як несприятливий життєвий досвід у дитинстві впливає на ризик розвитку залежності в дорослому віці.
6. Поясніть, як соціальні та культурні чинники, такі як стигматизація або доступність речовин, впливають на поширення залежності в суспільстві.
7. Розгляньте сучасні підходи до профілактики залежності. Які програми або стратегії є найбільш ефективними?
8. Опишіть механізми впливу змінених станів свідомості на когнітивні процеси та їхню роль у подоланні адиктивної поведінки.
9. Проаналізуйте, як технологічні залежності (наприклад, від соціальних мереж або відеоігор) впливають на емоційне та соціальне благополуччя людини.
10. Охарактеризуйте значення інтегративних підходів у лікуванні залежності. Як поєднання фармакологічних і психотерапевтичних методів сприяє довготривалому одужанню?

Посилання на статті по темі розділу для конспектування:

1. Корнієнко В., Косенко М. Залежна поведінка як один з проявів психічної дезадаптації у юнацькому віці. *Молодий вчений*. 2021. №2 (90). С. 52-57. URL: https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/371?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 20.01.2025).
2. Короленко Ц. П., Донських Т. А. Адиктивна поведінка: психологічна природа та соціальні наслідки. *Психологічний журнал*. 2016. Т. 37, № 4. С. 118-128.
3. Менделевич В. Д. Психологічні аспекти адиктивної поведінки. *Психологія і суспільство*. 2015. № 2. С. 12-19.
4. Свідовська В. М. Профілактика адиктивної поведінки осіб юнацького віку. *Молодий вчений*. 2018. № 5. С. 123-126. URL: <http://surl.li/nyweeu> (дата звернення: 20.01.2025).
5. Хусейн Г. А. Адикція як форма прояву поведінки сучасної молоді. *Габітус*. 2023. № 45. С. 28-35.

Основна література:

1. Бітенський В. С., Личко С. В. Адиктивна поведінка : відхилення чи хвороба? *Медична психологія*. 2017. Т. 12, № 3. С. 36-42.
2. Вірітінов В. В. Формування психологічної готовності до подолання залежної поведінки у підлітків : монографія. Херсон: ХДУ, 2021. 180 с.
3. Гоголева А. В. Адиктивна поведінка українців як спосіб адаптації до умов сучасного суспільства. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2023. № 99. С. 45-52.

4. Карпенко Є. В. *Методи сучасної психотерапії : навчальний посібник*. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 200 с.
5. Лічко О. Є. Адиктивна поведінка молоді та її профілактика. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2016. № 4. С. 45–52.
6. Макаренко А. О., Калайтан Н. Л., Старовойт Т. П. *Психологія залежної поведінки : навчальний посібник*. Харків: ХАІ, 2021. 152 с.
7. Мудрик А. Б. *Психологія залежної поведінки : курс лекцій*. Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2022. 80 с.
8. Мудрик А. Б. *Психологія залежної поведінки : навчальний посібник*. Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.
9. Перша всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології : збірник матеріалів / за ред. О. В. Ковальчука. Київ: ІІТЗН НАПН України, 2023. 120 с.
10. *Психологічна робота з залежностями : методичні рекомендації* / за ред. Н. Ю. Максимової. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 256 с.
11. *Психологія залежної поведінки : методичні рекомендації до семінарських занять* / уклад. О. В. Ковальчук. Київ: ДКПП, 2020. 48 с.
12. *Психологія роботи із залежними станами : методичні рекомендації* / уклад. О. В. Ковальчук. Миколаїв: НУК, 2023. 64 с.
13. Тітяєва К. В. Профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Психологічні науки: теорія та практика*. 2023. № 1. С. 21–26.
14. Фільц О. О., Сєдих К. В. *Психологія адиктивної поведінки : навчальний посібник*. Одеса: ОНУ, 2019. 200 с.
15. Чулков О. М. *Типові взірці адиктивної поведінки : навчальний посібник*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. 150 с.
16. Klymenko I., Lobanov S., Zaichykova T., Ilchenko R., Vakal Y. Psychosocial rehabilitation of military personnel with post-traumatic stress disorder: the example of Ukraine. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2025. Vol. 5. Article 1298. URL: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1298> (date of access: 21.08.2025).

Додаткова література:

1. Боголюбська А. Залежності та шляхи їх подолання. *Психолог. Шкільний світ*. 2007. № 41. С. 25–28.
2. Лещенко Л. Комп'ютерна залежність – це небезпечно. *Початкова школа*. 2006. № 3. С. 42–46.
3. Малоголова О. О. Інтернет-залежність та її вплив на підлітків. *Актуальні проблеми психології*. 2019. № 1. С. 89–94.
4. Мудрик А. Б. *Психологія залежної поведінки : навчальний посібник*. Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.
5. Пушкар В. А. *Психологія адиктивної поведінки : методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів ІV курсу спеціальності «Психологія»*.

Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2010.
84 с.

6. Чулков О. М., Григорян А. З., Сінча К. А. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навч.-метод. посіб. до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів I та II мед. ф-тів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія». Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 126 с.

ТЕМА 2

ПРИЧИНИ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ АДИКЦІЙ



2.1. Вступ

Розділ спрямований на дослідження основних чинників, які впливають на виникнення та закріплення залежності, а також аналіз механізмів, що лежать в основі її формування. В цьому розділі представлено біопсихосоціальну модель залежності, яка інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти, забезпечуючи цілісний підхід до розуміння цього явища.

Головна увага приділена ролі генетичних чинників, нейрохімічних процесів, а також соціальних і культурних детермінант, які сприяють формуванню адиктивної поведінки. Розглянуто, як дитячий досвід, психологічні особливості та соціальний вплив взаємодіють між собою, створюючи умови для виникнення залежності. Також проаналізовано наслідки адиктивної поведінки, які охоплюють біологічні, психологічні, соціальні та духовні аспекти, визначено підходи до їх подолання.

Цей розділ підкреслює складність і багатомірність феномену адикції, наголошуючи на важливості інтегративного та міждисциплінарного підходу до профілактики та лікування. Він виступає основою для розробки ефективних стратегій втручання та спрямований на формування співчутливого і науково обґрунтованого підходу до вирішення проблем залежності.

2.2. Біопсихосоціальна модель виникнення адикцій.

Уявлення про види наслідків адикції у рамках біо-психо-соціо-духовної моделі

Біопсихосоціальна модель залежності – комплексне поняття, яке інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти для аналізу і подолання залежності. На відміну від редукціоністських моделей, які зосереджуються виключно на одному аспекті – генетиці або чинниках зовнішнього середовища – біопсихосоціальна модель визнає складність

залежності як багатомірного явища. Такий інтегративний підхід не лише покращує загальне розуміння залежності, але і сприяє розробці більш ефективних стратегій профілактики та лікування (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Головні аспекти біопсихосоціальної моделі залежності

Аспекти	Його характеристика
Біологічний	Дослідження генетичних, нейрофізіологічних, хімічних і фізіологічних чинників, які можуть сприяти розвитку залежності. Включає в себе генетичну схильність, рівень дофаміну й інших нейромедіаторів, фізіологічні зміни в мозку під впливом залежних речовин і хвороби, які можуть підвищувати ризик розвитку адикції.
Психологічний	Психологічні чинники, які впливають на виникнення адикцій: травматичний досвід, стрес і його подолання, порушення в емоційному розвитку, низька самооцінка, психічні розлади (депресія, тривожність тощо).
Соціальний	Соціальні чинники, які можуть сприяти розвитку адикцій: соціальне оточення (сім'я, друзі, колеги), сімейні обставини (недоліки виховання, насильство в родині), культурні норми та звичаї, статус та умови життя (бідність, безробіття, ізоляція), доступність і популярність психоактивних речовин або поведінкових залежностей.

Біологічні чинники відіграють найважливішу роль у виникненні залежності, оскільки генетична схильність може істотно впливати на схильність людини до розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Дослідження довели, що існують специфічні генетичні маркери, які є ознакою підвищеного ризику виникнення залежності та вказують на спадковість певних поведінкових тенденцій і нейробіологічних вразливостей. До того ж, нейрохімічні процеси, такі як порушення регуляції дофамінової системи винагороди, підтримують компульсивну природу вживання психоактивних речовин. Повторний вплив речовин, що викликають звикання, змінює структуру та функції мозку, що призводить до толерантності, залежності та симптомів відміни. Ці нейроадаптивні зміни зберігають цикл залежності, роблячи біологічні чинники основою для вивчення її хронічної і рецидивуючої природи.

В біопсихосоціальній моделі не менш важливими є психологічні компоненти, оскільки вони відображають психічні й емоційні стани людини, які сприяють виникненню залежності. Особистісні риси, такі як імпульсивність і прагнення до нових відчуттів, асоціюються з підвищеною схильністю до вживання психоактивних речовин. Психологічні розлади, в тому числі тривога, депресія та стани, пов'язані з травмою, часто поєднуються із залежністю, створюючи сценарій «подвійного діагнозу». Така взаємодія, яку іноді називають

коморбідною, ускладнює процес лікування, оскільки обидва стани необхідно вирішувати одночасно. Когнітивно-поведінкові теорії наголошують на тому, як неадаптивне мислення та механізми подолання можуть підтримувати залежність. Зокрема, люди можуть звертатися до психоактивних речовин як до способу самолікування або уникнення емоційного болю, що посилює цикл залежності.

Соціальний вимір біопсихосоціальної моделі наголошує на глибокому впливі соціальних та екологічних чинників на залежність. Соціальні детермінанти, такі як соціально-економічний статус, культурні норми та вплив однолітків, формують схильність людини до вживання психоактивних речовин та її ставлення до них. Сімейні обставини, зокрема модель вживання психоактивних речовин батьками або досвід недбалого ставлення та жорстокого поводження, можуть значно впливати на ймовірність розвитку залежності. До того ж, стигма, пов'язана із залежністю, часто виступає перешкодою для звернення за підтримкою, поглиблюючи проблему. Інтервенції на рівні громад, мережі соціальної підтримки та політика у сфері охорони здоров'я відіграють провідну роль у подоланні цих соціальних детермінант, наголошуючи на важливості колективного підходу до профілактики й одужання від наркозалежності.

Біопсихосоціальна модель акцентує увагу на взаємозв'язку цих сфер. Біологічна вразливість може взаємодіяти з психологічними стресами та соціальним тиском, створюючи синергетичний ефект, який збільшує ризик виникнення залежності. Наприклад, людина з генетичною схильністю до залежності, яка зазнає значних життєвих стресів у несприятливому соціальному середовищі, більш схильна до розвитку розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин. Цей взаємозв'язок вимагає мультидисциплінарного підходу до лікування, що поєднує фармакологічні, психологічні та соціальні втручання. Медикаменти, такі як метадон або налтрексон, спрямовані на біологічні аспекти, тоді як психотерапія та поведінкові інтервенції – на психологічні проблеми. Водночас, системи соціальної підтримки та програми на рівні місцевих громад спрямовані на широкий соціальний контекст, сприяючи довготривалому відновленню.

Загалом, біопсихосоціальна модель залежності забезпечує цілісну структуру, яка відображає складність цього багатогранного захворювання. Об'єднавши біологічну, психологічну та соціальну перспективи, вона забезпечує більш глибоке розуміння залежності і формує комплексні стратегії лікування. Ця модель підвищує ефективність втручань і сприяє співчутливому підходу до залежності, розглядаючи її як стан, який зумовлений взаємодією багатьох чинників, а не як моральну ваду.

Біопсихосоціальна модель залежності була сформована та розвинута багатьма вченими, чії роботи поєднують біологію, психологію та соціологію. Їхній внесок збагатив загальне бачення залежності як багатовимірного явища, на яке впливають генетичні, психологічні та середовищні чинники. Така комплексна концепція відображає зростаючу спільну думку про те, що залежність неможливо адекватно зрозуміти або лікувати через одну дисциплінарну призму, а потрібно залучати дані з різних галузей знань.

У біологічній сфері значний внесок у вивчення залежності зробив такий науковець, як Ерік Нестлер (Eric J. Nestler). Його дослідження були зосереджені на молекулярних і клітинних механізмах, які знаходяться в основі залежності, зокрема, на ролі експресії генів та епігенетики в розвитку розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Він висвітлив вплив повторного вживання наркотиків на схему винагороди мозку, а саме, як нейропластичні зміни сприяють хронічній і рецидивуючій природі наркоманії. Ці результати забезпечили біологічну основу для вивчення компульсивної поведінки, пов'язаної із вживанням психоактивних речовин, і наголосили на важливості цілеспрямованих фармакологічних утручань.

Нора Волков (Nora D. Volkow), видатний нейробіолог і директор Національного інституту з питань зловживання наркотиками (NIDA), теж була ключовою фігурою в просуванні нейробіологічного розуміння залежності. Її новаторські дослідження з використанням методів нейровізуалізації показали, як речовини, що викликають залежність, змінюють дофамінову систему мозку, призводячи до порушення процесу прийняття рішень і саморегуляції. Її наукові праці підкреслили важливість візуалізації мозку для виявлення біомаркерів залежності та моніторингу ефективності лікувальних заходів. Її діяльність щодо визнання наркоманії хворобою мозку сприяла зменшенню стигматизації і просуванню науково обґрунтованої політики та практики.

У галузі психології такі вчені, як Альберт Бандура, зробили внесок у біопсихосоціальне вивчення наркоманії завдяки своїм теоріям соціального навчання. Роботи Бандури, присвячені спостережливому навчанню та самоефективності, допомогли отримати інформацію про те, як люди розвивають і підтримують адиктивну поведінку. Його теорія стверджує, що люди часто моделюють поведінку, пов'язану з вживанням психоактивних речовин, яку спостерігають у їхньому соціальному середовищі. Вона посилюється сприйнятими винагородами або перевагами подолання проблеми. Цей погляд мав ключове значення для розробки поведінкової терапії, яка спрямована на подолання дезадаптивних патернів і розвиток навичок саморегуляції.

Значний внесок у галузь психології зробив Аарон Т. Бек, чії роботи з когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) мали значний вплив на лікування залежностей. Когнітивні теорії Бека наголошують на ролі дисфункціональних моделей мислення в підтримці адиктивної поведінки. Його розробка КПТ забезпечила науково обґрунтовану основу для подолання цих патернів мислення й озброєння людей ефективнішими механізмами подолання залежності. Широке використання КПТ у лікуванні залежностей відображає незмінну актуальність його внеску в біопсихосоціальну модель.

Соціологічну перспективу збагатили роботи таких науковців, як Брюс К. Александер (Bruce K. Alexander), чії експерименти в «Щурячому парку» поставили під сумнів домінуючий погляд на залежність як явище, яке зумовлене виключно фармакологічними властивостями психоактивних речовин. Дослідження Александера показали, що чинники навколишнього середовища, такі як соціальна ізоляція та відсутність змістовного спілкування, відіграють важливу роль у розвитку залежності. Його висновки наголошують на важливості роботи з соціальними детермінантами та створення сприятливого середовища для зниження ризику виникнення розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Дослідження Говарда Бекера з вивчення теорії ярликів дало важливе знання про соціальне конструювання наркоманії. Він стверджував, що реакція суспільства та ярлики, які прикріплюють до людей, котрі вживають психоактивні речовини, суттєво впливають на їхню ідентичність і поведінку. Його дослідження лягло в основу політики та інтервенцій, спрямованих на зменшення стигми і сприяння більш інклюзивним підходам до лікування наркозалежності.

Біопсихосоціальна модель отримала подальший розвиток завдяки міждисциплінарним дослідженням, які об'єднують ці підходи в єдине ціле. Джордж Куб, директор Національного інституту зловживання алкоголем та алкоголізму (NIAAA), зробив значний внесок у вивчення нейробіологічних і поведінкових компонентів залежності, запропонувавши концепцію - «темний бік» залежності, яка розглядає перехід від позитивного підкріплення (пошук задоволення) до негативного підкріплення (уникнення абстиненції), поєднує біологічну та психологічну сфери. Він наголосив на важливості врахування як гедоністичного, так і дисфоричного аспектів залежності у стратегіях лікування.

Всі разом ці науковці та їхні дослідження змінили уявлення про залежність і способи її подолання. Зроблений внесок висвітлює цінність біопсихосоціального підходу, який враховує взаємодію генетичної схильності, психологічної вразливості та соціальних впливів.

Інтеграція цих аспектів проклала шлях до ефективніших, персоналізованих утручань, які визнають складність проблеми залежності.

Біо-психо-соціально-духовна модель залежності забезпечує комплексну основу для дослідження різноманітних і взаємозалежних наслідків залежності. Ця модель виходить за межі традиційних підходів, адже визнає складну взаємодію біологічних, психологічних, соціальних і духовних вимірів. Залежність, як багатовимірний стан, призводить до широкого спектру наслідків, які впливають на людей на різних рівнях, нерідко закріплюючи цикл вживання психоактивних речовин і залежності. В цьому контексті наслідки залежності розглядаються не як ізольовані ефекти, а як взаємопов'язані явища, які впливають і підсилюють одне одного.

З біологічної точки зору, наслідки залежності є глибинними і часто довготривалими. Хронічне вживання психоактивних речовин змінює нейрохімічний баланс мозку, особливо у сферах, пов'язаних із винагородою, прийняттям рішень і самоконтролем. Ці зміни можуть призвести до розвитку толерантності, залежності та симптомів відміни, які є ознаками залежності. До того ж, вона може мати згубний вплив на фізичне здоров'я, зокрема спричиняти ураження печінки, викликати серцево-судинні захворювання, ослаблення імунної системи та неврологічні розлади. Ці біологічні наслідки не обмежуються лише людиною, оскільки пренатальний вплив речовин, що викликають залежність, може призвести до проблем із розвитком довгострокових проблем зі здоров'ям у майбутніх дітей. Біологічні наслідки залежності доводять необхідність проведення медичних і фармакологічних заходів, спрямованих на фізіологічні основи розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Психологічні наслідки залежності є не менш важливими та часто тісно взаємопов'язані з біологічними наслідками. У багатьох клінічних випадках залежність часто супроводжується розладами психічного здоров'я, такими як депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та біполярний розлад, створюючи сценарій подвійного діагнозу. Ці супутні захворювання значно ускладнюють перебіг залежності та її лікування, оскільки психологічний дистрес, пов'язаний із цими станами, часто призводить до вживання психоактивних речовин як форми самолікування. Залежність також впливає на когнітивні функції, погіршуючи пам'ять, увагу та процеси прийняття рішень. Емоційні наслідки, такі як почуття провини, сорому та безнадії, ще більше посилюють психологічний дистрес, створюючи замкнене коло, яке підтримує залежність. Психологічний вимір залежності

акцентує на важливості терапевтичних підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія та лікування з урахуванням травми, які спрямовані на подолання цих складних взаємозв'язків.

Соціальні наслідки залежності є масштабними та багатовимірними, вони впливають не лише на окремих людей, але і на їхні стосунки та суспільство в цілому. Залежність часто призводить до руйнування міжособистісних стосунків, оскільки довіра піддається сумніву і виникають конфлікти через поведінку, пов'язану з вживанням психоактивних речовин. Часто порушується родинна взаємодія, що має значний вплив на дітей, які можуть зазнавати бездоглядності, жорстокого поводження чи нестабільності. В більш широкому сенсі, залежність сприяє виникненню таких соціальних проблем, як безробіття, безпритульність і злочинна поведінка, створюючи значний тиск на державні системи, зокрема охорону здоров'я, правоохоронні органи та соціальні служби. Соціальна стигма, пов'язана із залежністю, ще більше ізолює людей, зменшуючи їхній вплив на підтримку та закріплюючи цикли відчуження й ізоляції. Ці соціальні наслідки наголошують на необхідності утручань на рівні суспільства та стратегій, які сприяють соціальній реінтеграції і зменшенню стигматизації.

Духовні наслідки залежності, хоча і менш відчутні, мають великий вплив і знаходять відгук в індивідуальному та культурному контекстах. Залежність часто призводить до відчуття відірваності – від себе, від інших і від вищої мети чи сенсу життя. Ця духовна роз'єднаність може проявлятися як почуття спустошеності, відчаю, втрати ідентичності чи цінностей. Багато хворих на залежність описують її як стан, що руйнує їхнє відчуття духовності, залишаючи після себе глибоку порожнечу. І навпаки, задоволення духовних потреб відіграє важливу роль у відновленні, оскільки люди прагнуть відновити почуття мети, приналежності та зв'язку. Духовні структури, зокрема програми «12 кроків» та інтервенції на основі усвідомленості, часто наголошують на таких принципах, як прийняття, вдячність і служба іншим, які можуть допомогти людям відновити їхнє духовне благополуччя.

Біо-психо-соціо-духовна модель враховує, що наслідки залежності є не статичними, а динамічними, часто взаємодіючи таким чином, що посилюють складність стану. Наприклад, біологічні зміни в мозку можуть посилити психологічний дистрес, що, у свою чергу, може призвести до поведінки, яка ускладнює соціальні відносини і поглиблює духовну роз'єднаність. І навпаки, вирішення проблеми в одній сфері може мати позитивний вплив на інші. Лікування біологічних аспектів залежності за допомогою медикаментозної терапії може полегшити симптоми відміни, дозволяючи людям повніше долучатися до психологічних і соціальних утручань. Аналогічним чином, сприяння духовному зростанню може надати

людям стійкість і мотивацію, які необхідні для відновлення соціальних відносин та вирішення психологічних проблем.

Інтегративна модель наголошує на важливості адаптації утручань до конкретних наслідків, яких зазнали особи. Для одних найбільш актуальними можуть бути біологічні наслідки, які потребують медичної стабілізації і детоксикації. Для інших основна увага може бути зосереджена на відновленні соціальних зв'язків або пошуку сенсу та мети за допомогою духовних практик. Цілісна природа біо-психо-соціо-духовної моделі гарантує, що інтервенції будуть не лише комплексними, але й особистісно-орієнтованими, враховуючи унікальні потреби та переживання кожної окремої людини.

2.3. Соціально-культурні чинники

Формування адиктивної поведінки є комплексним явищем, на яке впливає ціла низка чинників, серед яких значне місце посідають соціальні. Вони, насамперед, стосуються взаємодії, взаємовідносин, а також ширших культурних та екологічних контекстів, в яких людина живе і розвивається. Ці складові формують поведінку, ставлення та механізми подолання, часто виступаючи основою для виникнення, підтримання та прогресування залежності. Психологічний і психотерапевтичний погляди на залежність дають можливість глибше зрозуміти, як соціальні чинники взаємодіють з індивідуальною вразливістю людини, сприяючи формуванню адиктивної поведінки (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Характеристика соціально-культурних чинників, які впливають на виникнення залежностей

Чинник	Характеристика
Соціальний тиск	Вплив групи або оточення на індивіда, який може стимулювати прийняття залежних звичок. Це може включати тиск друзів, колег або соціальних мереж.
Нормативи та культурні цінності	Визначення того, що вважається соціально прийнятним або неприпустимим. У деяких культурах залежності можуть бути соціально прийнятними або навіть заохочуватися.
Соціальна ізоляція	Люди, які відчують себе ізольованими від суспільства, можуть шукати способи компенсувати відчуття самотності чи стресу через адиктивну поведінку.
Економічний статус і бідність	Низький рівень життя й економічні труднощі можуть сприяти розвитку адикцій, оскільки люди шукають відраду в наркотиках, алкоголі чи інших залежностях.

Наявність доступу до психоактивних речовин	Легкий доступ до наркотичних речовин, алкоголю або інших залежностей збільшує ймовірність виникнення адикцій, особливо в умовах низького контролю чи регулювання.
Сімейні обставини та виховання	Порушення в сімейному середовищі, насильство, абсентеїзм батьків або проблеми з вихованням можуть стати тригерами для розвитку адикцій у молоді.
Медіа та популярна культура	Реклама, фільми, музика та інші медіа можуть пропагувати певні звички або цінності, які впливають на поведінку та сприйняття адикцій як норми.
Традиції і соціальні обряди	У деяких культурах алкоголь чи інші психоактивні речовини є частиною ритуалів чи святкувань, що може сприяти формуванню залежності серед певних соціальних груп.

З точки зору психології розвитку, досвід раннього дитинства в сімейному середовищі відіграє визначальну роль у формуванні схильності до залежності. Сім'я виступає первинним середовищем соціалізації, що впливає на емоційну регуляцію, поведінкові патерни та стратегії подолання проблем. Дисфункціональна сімейна динаміка, така як нехтування, жорстоке поводження або непослідовне виховання, порушує процеси безпечної прив'язаності і може спонукати людину до пошуку зовнішніх джерел комфорту, в тому числі до вживання психоактивних речовин. Моделювання поведінки, що спостерігається в сім'ї, наприклад, вживання психоактивних речовин батьками, нормалізує таку практику, підвищуючи ймовірність передачі залежності від покоління до покоління.

Вплив однолітків є ще одним важливим соціальним чинником у генезі адиктивної поведінки. Підлітковий і ранній дорослий вік – це періоди розвитку, що характеризуються підвищеною чутливістю до схвалення з боку однолітків і соціальної конформності. Психологічна потреба в приналежності та схваленні часто спонукає людей імітувати поведінку своїх соціальних груп, у тому числі експериментувати з психоактивними речовинами. Теорія соціального навчання стверджує, що поведінка, пов'язана із залежністю, набувається шляхом спостереження та отримання підтримки від однолітків. Коли вживання психоактивних речовин сприймається як засіб здобуття соціального статусу або зменшення соціальної тривоги, воно вкорінюється як механізм подолання труднощів.

Значний вплив на поширеність і траєкторію розвитку залежності має соціально-економічний контекст. Бідність, безробіття, відсутність доступу до освіти й охорони здоров'я посилюють стрес та обмежують можливості для позитивної самореалізації, створюючи умови, сприятливі для виникнення залежності. Соціально-економічна нестабільність створює хронічні стресові чинники, які підвищують вразливість до дезадаптивних стратегій подолання, зокрема до вживання психоактивних речовин або компульсивної поведінки.

Модель діатезу-стресу в психології вказує на те, що соціальні стресори можуть активувати глибинні схильності до залежності, особливо серед осіб з уже наявною психологічною вразливістю.

Соціальне відчуження та соціальна ізоляція ще більше сприяють розвитку і закріпленню адиктивної поведінки. Дискримінація, стигматизація та системна нерівність віддаляють людей від основних соціальних систем, залишаючи їх без важливих джерел підтримки. Така ізоляція часто підштовхує людей до адикції як засобу самозаспокоєння або втечі від відчуття відсутності мети та зв'язків. Соціальна стигма, пов'язана із залежністю, часто заважає людям звертатися по допомогу, тим самим закріплюючи цикл залежності та відчуження. Роль сорому та внутрішньої стигми добре описана в психотерапевтичних дослідженнях, що свідчить про необхідність утручань, спрямованих на емоційні та соціальні аспекти залежності.

Психотерапевтичні підходи до лікування залежності враховують взаємодію соціальних чинників як у розвитку, так і в подоланні адиктивної поведінки. Такі методи лікування, як системна сімейна терапія, акцентують увагу на важливості вирішення проблем сімейної взаємодії, які сприяють виникненню залежності. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) фокусується на реструктуризації дезадаптивних моделей мислення, сформованих соціальним досвідом, тоді як групова терапія й інтервенції на рівні спільнот спрямовані на відновлення соціальних зв'язків і розвиток підтримуючих відносин. Біопсихосоціальна модель залежності ще раз підтверджує необхідність комплексних утручань, що поєднують соціальну, психологічну та біологічну перспективи.

Культурні особливості мають важливе значення у формуванні поширеності, проявів і суспільної реакції на залежність. Культура, що охоплює спільні вірування, цінності, норми та практики, суттєво впливає на індивідуальну поведінку, в тому числі на ставлення до вживання психоактивних речовин та інших видів діяльності, що викликають залежність. У свою чергу, ці культурні виміри впливають на те, як розвивається, поширюється та вирішується проблема залежності в конкретному суспільстві. Психологічні та психотерапевтичні погляди на залежність вказують на вирішальну роль культурного контексту в розумінні як етіології залежності, так і ефективності утручань.

Одним із найважливіших способів впливу культурних особливостей на залежність є нормалізація або стигматизація певної поведінки. У культурах, де вживання психоактивних речовин інтегроване в соціальні ритуали або традиції, такі як вживання алкоголю під час фестивалів, сімейних зустрічей або релігійних церемоній, люди більш схильні розглядати ці

речовини як прийнятні або навіть необхідні компоненти суспільного життя. Така «нормалізація» зменшує сприйняття ризиків і може знизити психологічні бар'єри для перших експериментів, збільшуючи ймовірність повторного вживання та виникнення потенційної залежності. Та навпаки, культури, які суворо забороняють вживання психоактивних речовин, можуть ненавмисно створювати середовище, в якому люди вдаються до таємної або ризикованої поведінки, щоб уникнути соціальних чи правових наслідків. Такі таємні практики часто посилюють небезпеку, пов'язану із залежністю, та перешкоджають ранньому втручанню в ситуацію.

Культурне ставлення до психічного здоров'я та залежності ще більше формує те, як люди сприймають і переживають адиктивну поведінку. У країнах, де залежність розглядається як моральна неспроможність або особиста слабкість, люди, які борються із нею, частіше відчувають сором і внутрішню стигму. Така культурна лінза не лише впливає на їхню готовність звернутися по допомогу, але і формує їхню Я-концепцію та механізми подолання. З психотерапевтичної точки зору, внутрішньо засвоєні культурні уявлення про залежність можуть створювати значні перешкоди на шляху до лікування, оскільки люди можуть не погоджуватися визнати свій стан через страх соціального ostracizmu або осуду. З іншого боку, культури, які розглядають залежність як медичний або психологічний стан, з більшою ймовірністю заохочують співчутливі та науково обґрунтовані підходи до лікування, тим самим зменшуючи бар'єри на шляху до допомоги.

Взаємозв'язок між культурними цінностями та залежністю проявляється і в тому, як суспільство справляється зі стресом та емоційною регуляцією. Для колективних культур, які віддають перевагу груповій гармонії і соціальній згуртованості, характерним є пригнічення негативних емоцій, щоб уникнути руйнування міжособистісних стосунків. У деяких контекстах ця цінність сприяє стабільності, але в той же самий час може призвести до придушення психологічного дистресу, залишаючи людей без здорового способу виплеснути емоції. У таких умовах вживання психоактивних речовин або інші види адиктивної поведінки можуть стати дезадаптивними стратегіями подолання труднощів. І навпаки, індивідуалістичні культури, які наголошують на особистій автономії та самовираженні, можуть заохочувати до відкритого вирішення емоційних проблем, але водночас можуть створювати тиск на досягнення й успіх, що призводить до адиктивної поведінки, пов'язаної зі стресом, як форми втечі від нього.

Вплив культурних особливостей на залежність опосередковується також реакцією суспільства на економічні та технологічні зміни. У культурах, що швидко модернізуються,

розбіжність між традиційними цінностями та вимогами сучасного суспільства часто створює значний психологічний стрес. Цей культурний перехід, який часто характеризується змінами в структурі сім'ї, урбанізацією та посиленням впливу глобалізованих медіа, може дестабілізувати соціальні норми та підвищити вразливість до залежності. Розвиток цифрових платформ і просування споживацьких цінностей призвели до появи нових форм залежності, таких як залежність від Інтернету та азартних ігор, які часто переплетені з культурним прагненням до успіху та соціального статусу.

Релігійні та духовні переконання, як невід'ємні компоненти багатьох культур, теж впливають на поширення залежності. Деякі культурні рамки, які наголошують на духовних практиках, можуть забезпечувати захисні механізми від залежності, такі як міцні громадські зв'язки, моральні настанови та впорядковані будні. Водночас, коли релігійна доктрина застосовується жорстко, люди, які борються із залежністю, можуть бути виключені або піддані покаранню замість того, щоб отримати підтримку у своєму одужанні. Психотерапевтичні підходи, які інтегрують культурні та духовні виміри, такі як культурно адаптовані практики усвідомленості або духовно інформоване консультування, демонструють ефективність у вирішенні особливих проблем, пов'язаних з цими культурними впливами.

Медійні та культурні репрезентації залежності ще більше формують суспільні погляди та поведінку. У культурах, де ЗМІ пропагують вживання психоактивних речовин або зображують адиктивну поведінку як гламурну чи бунтарську, серед людей, особливо у підлітків і молодих людей, може сформуватися викривлене сприйняття ризиків, пов'язаних із такою поведінкою. ЗМІ також відіграють важливу роль у формуванні образів про подолання залежності та стигматизації, адже позитивне зображення процесу одужання від залежності вселяє надію та відкритість до пошуку допомоги, в той час як сенсаційне зображення може увічнити стереотипи та стигму.

Додатковий рівень складності до культурної динаміки залежності додала глобалізація. Міжкультурний обмін товарами, ідеями та стилями життя призвів до швидкого поширення адиктивних речовин і поведінки, створюючи нові виклики для охорони здоров'я. Цей обмін часто посилює напругу між традиційними культурними практиками та світовими впливами, що вимагає культурно-чутливих підходів до профілактики та втручання. Психотерапія та консультування з питань залежності мають враховувати цю крос-культурну динаміку, щоб залишатися ефективними, адаптуючи втручання відповідно до культурної ідентичності та цінностей клієнтів.

2.4. Індивідуально-психологічні чинники

Адиктивна поведінка часто виникає внаслідок взаємодії різних психологічних механізмів, багато з яких ґрунтуються на нейробіологічних і когнітивних процесах (табл. 2.3). Одним з основних механізмів є дофамінергічне підсилення, яке є основою системи винагороди мозку. Діяльність або ж речовини, які стимулюють вивільнення дофаміну, створюють відчуття задоволення, посилюючи поведінку та стимулюючи цикл повторення. З часом у людини може розвинутихся толерантність, що вимагає збільшення дози для досягнення того ж ефекту, що й раніше, ще більше закріплюючи цикл звикання.

Таблиця 2.3

Характеристика індивідуально-психологічних чинників, що впливають на виникнення залежностей

Чинник	Характеристика
Схильність до ризику	Особистісна схильність до участі в ризикованих ситуаціях, що включає експерименти з новими досвідами, включаючи вживання психоактивних речовин, чи інші небезпечні поведінкові акти.
Низька самооцінка	Люди з низькою самооцінкою часто шукають способи самоствердження через залежність, відчуваючи себе невдахами або неадекватно реагуючи на стресові ситуації.
Психологічні травми	Негативний досвід, як-от фізичне чи емоційне насильство, зловживання чи втрати, може бути значущим чинником, який сприяє розвитку залежності як механізму втечі або захисту від болю.
Порушення емоційного саморегулювання	Нездатність контролювати емоції та імпульсивну поведінку може призвести до використання залежностей як способу зняття стресу або управління емоціями.
Психічні розлади	Різні психічні захворювання (депресія, тривожність, біполярний розлад) можуть підвищувати ризик розвитку залежності через використання психоактивних речовин для полегшення симптомів.
Потреба в соціальній належності	Бажання бути прийнятим у групі може спонукати до вживання речовин або участі в залежній поведінці, особливо в підлітковому віці, коли соціальний вплив є надзвичайно сильним.
Стрес і несприятливі життєві обставини	Хронічний стрес, проблеми на роботі, в особистому житті чи соціальній сфері можуть підвищувати ризик розвитку залежностей як способу уникнення болісних ситуацій.
Когнітивні порушення	Дефіцит у здатності до правильного оцінювання наслідків своїх вчинків може спровокувати схильність до залежної поведінки. Люди можуть недооцінювати чи ігнорувати негативні наслідки залежності.

Іншим важливим механізмом є емоційна дисрегуляція, коли люди намагаються ефективно керувати своїми емоціями або виражати їх. Адиктивна поведінка часто слугує неадекватною стратегією подолання негативних емоційних станів, таких як тривога, депресія або стрес, щоб уникнути або притупити їх. Когнітивні спотворення також відіграють значну роль у виникненні залежності. До них відносяться ірраціональні переконання про контроль над адиктивною поведінкою, заперечення наслідків і мінімізація шкоди. Наприклад, люди з ігровою залежністю можуть переоцінювати свою здатність впливати на результати, що призводить до постійного залучення до гри, незважаючи на неодноразові втрати.

Певні риси особистості постійно асоціюються з підвищеним ризиком розвитку адиктивної поведінки. Однією з найбільш досліджених рис є імпульсивність, яка відображає схильність діяти без обдумування або врахування наслідків.

Імпульсивні люди частіше прагнуть отримати миттєве задоволення, що робить їх надзвичайно вразливими до впливу адиктивних речовин або видів діяльності, які викликають залежність.

Невротизм, який характеризується підвищеною емоційною реактивністю та схильністю до негативних емоцій, є ще однією важливою рисою, пов'язаною із залежністю. Люди з високим рівнем невротизму можуть використовувати адиктивну поведінку як засіб самозаспокоєння або втечі від емоційного потрясіння.

Пошук відчуттів, прагнення до нових та інтенсивних переживань, часто пов'язаний із вживанням психоактивних речовин і ризикованою поведінкою. Люди з високою схильністю до пошуку відчуттів можуть піддаватися стимулюючим ефектам наркотиків, алкоголю або занять, спрямованих на пошук екстремальних відчуттів, таких як екстремальні види спорту або азартні ігри.

Низька сумлінність і погана саморегуляція є додатковими чинниками особистості, які сприяють адиктивній поведінці. Ці риси пов'язані з відсутністю дисципліни, поганим плануванням і труднощами в боротьбі зі спокусами, що ускладнює контроль над своїми імпульсами або дотримання довгострокових цілей.

Розвиток адиктивної поведінки вкрай рідко стає результатом впливу одного чинника, а скоріше взаємодією психологічних механізмів та індивідуальних особливостей. Наприклад, імпульсивна людина, яка відчуває хронічний стрес та емоційну неврівноваженість, може бути більш схильною до вживання психоактивних речовин або поведінки як механізму

подолання стресу. Схожим чином, людина, яка прагне відчуттів і перебуває в середовищі підвищеного ризику з легким доступом до стимулів, які викликають залежність, може бути більш схильною до експериментування і подальшої залежності.

До того ж, генетична схильність і вплив оточення, наприклад, сімейна атмосфера, тиск з боку однолітків і соціально-економічні чинники, часто взаємодіють із психологічними й особистісними чинниками. Наприклад, діти, які виховуються в умовах непослідовного виховання або високого рівня конфліктності, можуть розвинути погані навички емоційної регуляції, що підвищує їхню вразливість до залежності в дорослому віці.

Одним із широко використовуваних психотерапевтичних підходів у лікуванні залежності є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Вона спрямована на дезадаптивне мислення та переконання, які сприяють адиктивній поведінці, наприклад, переоцінка переваг вживання психоактивних речовин або недооцінка ризиків. Кидаючи виклик цим когнітивним викривленням і реструктуризуючи їх, люди краще розуміють, як протистояти потягам і робити більш здоровий вибір. Крім того, КПТ наголошує на розробці стратегій подолання тригерів і ситуацій підвищеного ризику, що зменшує ймовірність рецидиву.

Ще одним ефективним підходом є діалектична поведінкова терапія (ДПТ), яка є особливо корисною для людей з високим рівнем емоційної дисрегуляції або супутніми розладами особистості, такими як пограничний розлад. КПТ розвиває навички усвідомленості, стресостійкості, емоційної регуляції і міжособистісної ефективності, забезпечуючи людей більш здоровими альтернативами для управління емоційним станом та міжособистісними конфліктами. Акцент на прийнятті емоцій без засудження, з одночасною роботою над зміною поведінки, дуже добре підходить для людей, чиї залежності засновані на надмірних емоційних переживаннях.

Травмофокусовані терапії, такі як десенсибілізація та відтворення рухами очей (EMDR) чи травмофокусована КПТ, мають важливе значення для людей, залежність яких пов'язана з минулим травматичним досвідом. Ці методики допомагають опрацювати й інтегрувати травматичні спогади, знижуючи пов'язану з ними емоційну напруженість і реактивність.

Мотиваційне інтерв'ювання (MI) – це ще один важливий інструмент у психотерапії залежності, особливо для людей, які амбівалентно ставляться до змін. MI фокусується на посиленні внутрішньої мотивації шляхом дослідження та вирішення амбівалентності, підкреслюючи автономію людини та її здатність до змін. Завдяки підходу, що базується на

співпраці та емпатії, MI допомагає людям визначити власні причини для змін і розвинути почуття відповідальності за свій процес одужання.

На додаток до цих традиційних методів, все більшого поширення в лікуванні залежності набувають інтервенції, що базуються на усвідомленості, такі як профілактика рецидивів на основі усвідомленості (MBRP) та терапія прийняття і прихильності (ACT). Ці методики роблять акцент на усвідомленні та прийнятті складних емоцій і думок у теперішньому моменті, зменшуючи тенденцію до імпульсивної реакції або уникнення дискомфорту.

Розвиваючи неупереджене та співчутливе ставлення до себе, терапія, яка ґрунтується на усвідомленості, допомагає людям розвинути більшу емоційну стійкість і зменшити залежність від адиктивної поведінки як механізму подолання труднощів. Сімейна терапія теж відіграє важливу роль у подоланні індивідуальних психологічних чинників залежності, оскільки сімейна взаємодія часто впливає на розвиток і підтримання адиктивної поведінки.

Наприклад, згуртованість, конфлікти або співзалежність у сімейній системі можуть посилювати стрес та емоційну дисрегуляцію, сприяючи виникненню залежності. Сімейна терапія спрямована на покращення комунікації, встановлення здорових кордонів і подолання дисфункціональних моделей поведінки, створюючи сприятливе середовище, яке полегшує одужання.

Групова терапія має додаткові переваги, оскільки сприяє формуванню почуття зв'язку та взаєморозуміння між людьми, які борються зі схожими проблемами. Для багатьох людей із залежністю почуття ізоляції і сорому є значними перешкодами на шляху до одужання.

Групова терапія допомагає протидіяти цим почуттям, нормалізуючи їхній досвід і надаючи можливості для взаємної підтримки та навчання. Інтегровані підходи, які поєднують кілька методів, часто є найефективнішими, оскільки дозволяють терапевтам працювати зі складною сукупністю психологічних, емоційних і соціальних чинників, що сприяють виникненню залежності. Наприклад, людині з травмою в анамнезі та високою імпульсивністю може допомогти поєднання травмофокусованої терапії для роботи з минулим досвідом, КПТ для розвитку навичок емоційної регуляції і модифікації дезадаптивних моделей мислення.

2.5. Конституціонально-біологічні чинники

Вивчення залежностей вже давно стало міждисциплінарною діяльністю, що охоплює біологічну, психологічну та соціокультурну складові. Серед біологічних і психологічних аспектів конституційні чинники відіграють провідну роль у формуванні схильності людини до адиктивної поведінки (табл. 2.4). Вони відносяться до вроджених фізичних і психологічних особливостей, які формують основу темпераменту, характеру та фізіологічного функціонування людини.

Таблиця 2.4

Характеристика конституціонально-біологічних чинників, які впливають на виникнення адикції

Чинник	Характеристика	Приклади
Генетична схильність	Спадкові чинники, що впливають на схильність до розвитку адикцій. Індивіди з родинами, де були випадки алкоголізму, наркозалежності, мають вищий ризик.	Генетичні варіанти, що впливають на метаболізм наркотичних речовин.
Функціонування мозку	Особливості нейропередачі, яка може бути змінена під впливом наркотичних або алкогольних речовин. Нейрохімічні зміни в мозку можуть стимулювати залежність.	Порушення в роботі дофамінової системи, яке призводить до «пошуку задоволення» через вживання психоактивних речовин.
Відхилення в гормональному фоні	Гормональні зміни можуть сприяти розвитку залежності. Наприклад, порушення в рівнях кортизолу чи тестостерону можуть збільшити схильність до залежностей.	Зниження рівня серотоніну в мозку може підвищувати ризик депресії і залежності від алкоголю чи наркотиків.
Нейрофізіологічні чинники	Порушення в роботі нервової системи можуть спричинити порушення сприйняття та взаємодії із навколишнім середовищем, що підвищує ризик розвитку залежностей.	У людини з порушеннями в роботі гіпоталамуса можуть виникати розлади поведінки, пов'язані із залежностями.
Біологічна вразливість організму	Певні фізіологічні характеристики, як, наприклад, швидкість метаболізму речовин або чутливість до токсинів, можуть впливати на схильність до залежностей.	Люди з низьким рівнем активності ферментів, що розщеплюють алкоголь, можуть бути схильні до розвитку алкоголізму.

Термін «конституція» в загальному розумінні визначає сукупність соматичних, нервово-психічних і розумових особливостей людини. Ці особливості значною мірою визначаються генетичними, епігенетичними й екологічними чинниками і проявляються у різних типах конституції, які впливають на поведінку, реакцію на стрес і стан здоров'я.

Конституційні особливості відносно стабільні в часі і формують основу для вивчення того, чому деякі люди можуть бути більш вразливими до залежностей, ніж інші.

Конституційні типи традиційно поділяються на соматичні, психічні та нервово-психічні. Кожен тип охоплює низку особливостей, які взаємодіють між собою, формуючи вразливість до залежності.

Соматична конституція стосується фізичної будови та функціональної організації тіла. Класичні моделі, такі як типологія Кречмера, описують три основні типи статури: астенистичну, пікнічну й атлетичну.

Астеничний тип - характеризується стрункою, витягнутою статурою, люди з такою конституцією часто асоціюються з інтровертованими та чутливими натурами.

Атлетичний або спортивний тип (англ. Athletic) - характеризується м'язистою та міцною статурою, такі люди можуть характеризуватися підвищеною витривалістю та сенситивністю.

Пікнічний - відзначається більш округлою будовою тіла, люди з такою конституцією часто бувають комунікабельними, але емоційно врівноваженими.

Кожен соматичний тип корелює з певними вразливими місцями. Наприклад, пікнічний тип може проявляти більшу схильність до вживання психоактивних речовин через схильність до поведінки, спрямованої на отримання винагороди, в той час як астеники можуть бути більш схильні до тривожних залежностей.

Психічна конституція стосується когнітивних та емоційних рис. Такі чинники, як інтелект, емоційна регуляція та здатність вирішувати проблеми, є основними компонентами. Варіації психічної конституції впливають на механізми подолання труднощів і прийняття рішень, які є вирішальними на шляхах розвитку залежності.

Нервово-психічна конституція інтегрує аспекти темпераменту, характеру та функціонування нервової системи. Вона є основоположною у формуванні реакції на стрес, імпульсивності й емоційної стабільності, які пов'язані з адиктивною поведінкою. Наприклад, люди з підвищеною реактивністю нервової системи можуть проявляти підвищену чутливість до стресу, наслідком чого може стати пошук полегшення за допомогою адиктивних речовин або поведінки.

Результати досліджень свідчать про те, що певні конституційні особливості пов'язані з різним ступенем ризику виникнення залежності. Наприклад, імпульсивні риси, які часто пов'язані з певними типами темпераменту (наприклад, холерик або сангвінік), можуть схилити людей до зловживання психоактивними речовинами. Так само люди з високим

рівнем нейротизму (психологічна риса, яка пов'язана з нервово-психічною конституцією) більш схильні до вживання наркотичних речовин як механізму подолання стресу й емоційної нестабільності.

Психологічні аспекти конституції, зокрема темперамент і характер, відіграють дуже важливу роль у схильності до залежності. Ці риси впливають на те, як люди сприймають та реагують на подразники навколишнього середовища та внутрішні стани, зокрема потяг до наркотичних речовин і симптоми абстиненції, а також керують ними.

Темперамент відноситься до вроджених рис, таких як емоційна реактивність, рівень енергії та адаптивність. Класичні темпераменти (холеричний, сангвінічний, меланхолійний і флегматичний) мають чітко виражені емоційні та поведінкові тенденції.

Холерики характеризуються високою імпульсивністю та низькою толерантністю до фрустрації, тому їх може тягнути до залежностей як до способу каналізувати або приглушити свої сильні емоції. Сангвініки через їх комунікабельність і прагнення до новизни мають підвищений ризик вживання психоактивних речовин у соціальному контексті. Висока чутливість до негативних емоцій у меланхоліків може зробити їх схильними до вживання психоактивних речовин як механізму втечі. Флегматики, зазвичай, демонструють більшу стійкість до стресу, але у них може розвинутиися залежність у відповідь на хронічний стрес низького рівня або вплив однолітків. Характер, з іншого боку, складається з рис, сформованих життєвим досвідом і моральним розвитком. Дефіцит таких рис характеру як наполегливість, саморегуляція та відповідальність може посилити вразливість до залежності, особливо в умовах високого рівня стресу або недостатньої соціальної підтримки.

Чутливість до стресу є важливим конституційним чинником, що впливає на розвиток залежності. Люди з підвищеною чутливістю, часто пов'язаною з їхньою нервово-психічною конституцією, більш схильні до вживання психоактивних речовин або до адиктивної поведінки для самозаспокоєння. Наприклад, гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (ГНС) може призвести до перебільшеної реакції на стрес, підштовхуючи людину до адикції як форми полегшення.

Хронічний стрес також взаємодіє з конституційними особливостями, змінюючи шляхи мозку, пов'язані з винагородою та прийняттям рішень, такі як мезолімбічна дофамінова система, що відповідає за їх прийняття. Ця взаємодія закріплює цикл підвищеного потягу та зниження самоконтролю, посилюючи адиктивну поведінку.

Біологічна основа залежності охоплює генетичну схильність, нейрофізіологічні механізми та біохімічні процеси. Ці чинники постійно взаємодіють між собою, визначаючи ймовірність розвитку залежності, її прогресування й ефективність лікування.

Генетична схильність відіграє важливу роль у можливому виникненні залежності, причому оцінка спадковості для різних видів залежностей коливається від 40% до 60%. Генетичні чинники визначають вразливість людини, модулюючи ключові нейробіологічні системи, пов'язані з винагородою, стресом і самоконтролем. Особливо це стосується генів, що кодують дофамінові рецептори (наприклад, DRD2 і DRD4), транспортери дофаміну та ферменти, такі як катехол-О-метилтрансфераза (COMT). Варіації цих генів можуть змінювати чутливість системи винагороди мозку, роблячи людей більш-менш схильними до пошуку адиктивних речовин або поведінки. Наприклад, певні алелі гена DRD2 пов'язані з підвищеною чутливістю до винагороди та підвищеним ризиком розвитку розладів внаслідок вживання психоактивних речовин. Аналогічним способом поліморфізм генів, пов'язаних із опіоїдними рецепторами, гамма-аміномасляною кислотою (ГАМК) і серотоніною системою, впливає на нейронні шляхи, які опосередковують посилення ефекту від вживання адиктивних речовин.

Епігенетичні механізми ще більше підтверджують генетичну основу залежності. Епігенетичні зміни, такі як метилювання ДНК і модифікація гістонів, можуть бути спровоковані чинниками навколишнього середовища, зокрема впливом наркотиків, стресу та травм. Ці модифікації можуть регулювати експресію генів, пов'язаних із залежністю, не змінюючи послідовність ДНК, таким чином забезпечуючи активний взаємозв'язок між генетичною схильністю та впливом середовища. Наприклад, хронічне вживання наркотичних речовин може призвести до довготривалих епігенетичних змін у генах, що регулюють дофамінову передачу сигналу, закріплюючи адиктивну поведінку навіть за відсутності наркотичних речовин.

Нейрофізіологічні механізми є ще однією основою біологічного пояснення залежності. Схема винагороди мозку, зокрема мезолімбічна дофамінова система, є ключовою у розвитку та підтримці адиктивної поведінки. Ця система охоплює такі ключові структури, як вентральна тегментальна область (VTA), ядро (NAc), префронтальна кора та мигдалина. Коли вживається речовина, що викликає залежність, вона активує VTA для вивільнення дофаміну в NAc, створюючи відчуття ейфорії або задоволення. Цей сигнал винагороди ще більше посилюється префронтальною корою, яка шифрує цей досвід як бажаний результат, сприяючи повторюваній поведінці. З часом повторна активація цієї

схеми призводить до нейроадаптивних змін, таких як зниження регуляції дофамінових рецепторів і зміни синаптичної пластичності, які знижують чутливість мозку до природних винагород та посилюють потяг до адиктивних речовин.

Перехід від епізодичного вживання до компульсивної залежності є опосередкованим змінами в системах мозку, що відповідають за стрес і звички. Хронічний вплив речовин, що викликають залежність, порушує регуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГНС), підвищуючи чутливість мозку до стресу. Така підвищена чутливість до стресу може спричинити компульсивний пошук наркотичних речовин як неадекватний механізм подолання стресу. Водночас, перехід поведінки від спрямованої на досягнення мети до звичної залучає дорсальний стріатум, де синаптичні зміни посилюють автоматичну та компульсивну поведінку, пов'язану з пошуком наркотиків, часто незалежно від початкового ефекту винагороди.

Біохімічні процеси ще більше розкривають біологічні основи залежності. Речовини, що викликають залежність, взаємодіють із специфічними нейромедіаторними системами, посилюючи їхні ефекти. Приміром, опіоїди зв'язуються з мю-опіоїдними рецепторами, пригнічуючи вивільнення ГАМК у ВТА і збільшуючи вивільнення дофаміну в НАс. Алкоголь здійснює свій вплив, посилюючи ГАМК-ергічну активність і пригнічуючи глутаматергічну нейротрансмісію, що призводить до заспокійливого ефекту, який посилює споживання. Стимулятори, такі як кокаїн та амфетаміни, підвищують рівень дофаміну, блокуючи його зворотне поглинання або сприяючи його вивільненню, створюючи інтенсивну ейфорію і високий ризик виникнення залежності.

Хронічне вживання психоактивних речовин порушує баланс збудливої і гальмівної нейротрансмісії, сприяючи виникненню симптомів відміни та потягу до них. Наприклад, тривале вживання алкоголю призводить до компенсаторного підвищення активності глутаматних рецепторів і зниження активності ГАМК-рецепторів. Після припинення вживання цей дисбаланс призводить до підвищеної збудливості, що проявляється у вигляді симптомів абстиненції, таких як тривога, тремор і судоми. Тривале вживання опіоїдів викликає толерантність і залежність через зміну регуляції опіоїдних рецепторів і пов'язаних з ними внутрішньоклітинних сигнальних шляхів.

Ще одним важливим біохімічним чинником залежності є роль ендогенних нейропептидів, таких як динорфіни, ендорфіни й енкефаліни. Ці молекули модулюють активність систем винагороди та стресу мозку. Наприклад, динорфіни діють на каппа-опіоїдні рецептори, протидіючи позитивному впливу дофаміну, що сприяє виникненню дисфорії,

пов'язаної із синдромом відміни. І навпаки, ендорфіни й енкефаліни посилюють корисні властивості речовин, що викликають звикання, взаємодіючи з мю- та дельта-опіоїдними рецепторами.

Також важливим біохімічним процесом при залежності є нейрозапалення. Хронічне вживання наркотичних речовин активує мікроглію й астроцити в мозку, що призводить до вивільнення прозапальних цитокінів, які порушують нейронні ланцюги, що беруть участь у винагороді, прийнятті рішень та емоційній регуляції. Цей нейрозапальний стан не лише посилює адиктивну поведінку, але й ускладнює одужання, погіршуючи нейропластичність і сприяючи рецидивам.

Серед індивідуально-психологічних мотивів можна виокремити прагнення до емоційного комфорту, зняття стресу, пошук нових відчуттів, уникнення рутини, компенсацію внутрішніх конфліктів або невирішених психологічних травм. Знання цих глибинних мотивів має важливе значення для розробки ефективних профілактичних заходів і терапевтичних утручань.

Одним із найпоширеніших психологічних мотивів залучення до адиктивної поведінки є прагнення до емоційного комфорту та зняття стресу. Сучасне життя часто супроводжується безліччю стресових чинників, зокрема міжособистісними конфліктами, тиском на роботі та соціально-економічними проблемами. Люди, які відчувають підвищений рівень стресу, можуть шукати миттєвого полегшення за допомогою речовин, які викликають залежність, або поведінки, наприклад, вживання алкоголю, наркотиків, азартних ігор або навіть надмірної цифрової активності. Ці види діяльності забезпечують тимчасове полегшення негативних емоцій, створюючи ілюзію спокою та стабільності. Нейрохімічні ефекти деяких речовин, такі як підвищене виділення дофаміну, ще більше посилюють зв'язок між адиктивною поведінкою й емоційним полегшенням. Втім, цей короткостроковий механізм подолання стресу часто призводить до замкненого кола, оскільки першопричини стресу залишаються невирішеними, закріплюючи залежність.

Важливим мотивом адиктивної поведінки є бажання задовольнити потребу в нових відчуттях та уникнути буденності. Люди природно прагнуть до новизни, оскільки вона стимулює допитливість та активує системи винагороди в мозку. Для деяких людей, особливо тих, хто може сприймати своє життя як монотонне або нереалізоване, участь у ризикованих або стимулюючих діях може стати способом звільнитися від щоденних обмежень. Такі види діяльності, як експерименти з наркотиками, заняття екстремальними видами спорту або участь в азартних іграх, забезпечують приплив адреналіну та відчуття азарту, яких може не

вистачати в їхньому повсякденному житті. Таке прагнення до новизни може бути дуже сильним у людей, схильних до пошуку сенсацій, що робить їх вразливішими до розвитку адиктивних тенденцій. На жаль, постійне слідування патерну такої поведінки для стимуляції може призвести до залежності та нездатності знаходити задоволення в менш інтенсивному повсякденному житті.

Компенсація внутрішніх конфліктів, комплексів або невирішених психологічних травм є ще одним важливим мотивом, що сприяє адиктивній поведінці. Багато людей вдаються до адиктивних речовин або видів діяльності, щоб подолати почуття неадекватності, занижену самооцінку або невирішений емоційний біль, пов'язаний із минулими переживаннями. Психологічні травми, такі як занедбаність у дитинстві, жорстоке поводження або втрата близької людини, часто залишають тривалі наслідки, які проявляються у вигляді емоційного розладу або відчуття порожнечі. Наркоманія може служити дезадаптивною стратегією для заповнення цієї порожнечі або тимчасового маскуванню цих болючих почуттів. Наприклад, люди, які пережили відторгнення або покинуті, можуть шукати розради в алкоголі або наркотиках, які дають помилкове відчуття зв'язку чи самоповаги. Ті ж, хто бореться з почуттям провини чи сорому, можуть вдаватися до компульсивної поведінки як форми втечі або самопокарання. Ці механізми можуть приносити миттєве полегшення, але вони не вирішують основних проблем, часто посилюючи психологічні й емоційні складнощі людини.

Взаємодія цих мотивів вказує на складну природу адиктивної поведінки та наголошує на важливості цілісного підходу до її розуміння та лікування. Для подолання прагнення до емоційного комфорту необхідно допомагати людям розвивати здорові механізми подолання стресу, такі як усвідомленість, фізична активність або соціальна підтримка. Заходи, спрямовані на зменшення потреби в нових відчуттях, можуть бути зосереджені на сприянні залученню до конструктивних і стимулюючих видів діяльності, таких як творчість, подорожі або навчання. Зрештою, вирішення внутрішніх конфліктів і психологічних травм потребує терапевтичних підходів, які сприяють емоційному відновленню, таких як психотерапія, травмофокусовані втручання або когнітивно-поведінкові техніки.

Загалом, індивідуально-психологічні мотиви адиктивної поведінки глибоко сягають своїми витокami у прагнення людини до емоційного благополуччя, стимуляції і вирішення внутрішнього неспокою. Визнання та подолання цих глибинних мотивів допоможе суспільству краще підтримувати людей у подоланні залежності та формуванні життєстійкості.

2.6. Мотиви залучення до адиктивної поведінки

Адиктивна поведінка, що характеризується компульсивним залученням до діяльності, незважаючи на негативні наслідки, є одним із центральних питань у психології і психотерапії. Знання мотивів, що спонукають до такої поведінки, має важливе значення для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування. Ці мотиви є різними, складними та часто зумовлені поєднанням біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Одним з основних мотивів адиктивної поведінки є регуляція емоцій. Люди часто звертаються до психоактивних речовин або видів діяльності, що викликають залежність, таких як азартні ігри або надмірне використання Інтернету, як до механізму подолання негативних емоцій (тривога, депресія або стрес). Цей мотив до самолікування забезпечує тимчасове полегшення або втечу від дистресу, посилюючи поведінку, незважаючи на її довгострокову шкоду. Нейрохімічні зміни, спричинені адиктивними речовинами або поведінкою, такі як підвищене виділення дофаміну, створюють помилкове відчуття благополуччя, яке люди прагнуть повторити, що призводить до повторення циклу залежності.

Іншим важливим мотивом є прагнення до задоволення або ейфорії. Багато видів адиктивної поведінки спочатку дають відчуття піднесеності, збудження або задоволення. Наприклад, азарт від виграшу в азартних іграх, ейфорійний ефект від наркотиків або миттєве задоволення від онлайн-ігор можуть бути потужними мотиваторами. Таке гедоністичне прагнення набуває особливої актуальності для людей, які не мають у своєму житті альтернативних джерел задоволення чи стимуляції.

Соціальні впливи відіграють вирішальну роль у мотивації адиктивної поведінки. Тиск однолітків, суспільні норми та культурні чинники можуть заохочувати до таких видів поведінки, як куріння, вживання алкоголю або надмірне використання соціальних мереж. Наприклад, підлітки можуть експериментувати з психоактивними речовинами, щоб не відставати від однолітків або утвердити свою незалежність. Так само суспільна героїзація певної поведінки, наприклад, вживання алкоголю на вечірках, може нормалізувати та закріпити залежність.

Когнітивні чинники роблять суттєвий вплив на мотиви адиктивної поведінки. Хибні переконання, наприклад, уявлення про те, що можна контролювати вживання наркотиків або така поведінка є безневинною, можуть призвести до недооцінювання ризиків, пов'язаних з ними. Когнітивні спотворення, на кшталт катастрофізації чи чорно-білого мислення, можуть посилити емоційний дистрес і підштовхнути людину до адиктивних механізмів подолання проблеми.

Роль рис особистості у виникненні залежності – це ще одна критично важлива сфера, на якій варто зосередити увагу. Такі риси, як імпульсивність, пошук відчуттів і низький самоконтроль, тісно пов'язані зі схильністю до адиктивної поведінки. Імпульсивні люди можуть вдаватися до неї, не замислюючись про наслідки, тоді як шукачів сенсацій можуть приваблювати нові й інтенсивні відчуття, які дає адиктивна діяльність.

Досвід дитячого розвитку та виховання впливає на формування мотивів залежності. Травматичний досвід, занедбаність або нестабільне сімейне середовище можуть зробити людину більш вразливою до залежності. Відсутність безпечної прив'язаності та емоційної підтримки в дитинстві часто призводить до проблем у регулюванні емоцій і пошуку зовнішніх засобів для задоволення або уникнення. Цей ранній досвід може сформувати схильність до адиктивної поведінки як дезадаптивного механізму подолання труднощів.

З біологічної точки зору, генетична схильність і нейробіологічна вразливість є ключовими мотивами адиктивної поведінки. Наприклад, варіації генів, пов'язаних із регуляцією дофаміну, можуть зробити деяких людей більш сприйнятливими до залежності. Аналогічно, люди з недостатньо активною системою винагороди в мозку можуть шукати інтенсивні стимули, такі як наркотики або ризиковані види діяльності, щоб досягти відчуття винагороди або задоволення.

У психотерапії розуміння цих мотивів має важливе значення для адаптації заходів. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), наприклад, спрямована на усунення когнітивних викривлень і неадаптивних переконань, які підтримують залежність. Емоційно-орієнтована терапія має на меті подолання основних емоційних порушень, які підштовхують людей до адиктивної поведінки. Іншим ефективним підходом є мотиваційне інтерв'ювання, яке вивчає та зміцнює внутрішню мотивацію людини до зміни своєї поведінки, вирішуючи проблеми амбівалентності й узгоджуючи свої дії з цінностями і цілями.

2.7. Етапи формування залежності

Залежність як явище в межах психології і психотерапії являє складне поєднання індивідуальних схильностей, впливу оточення та соціокультурних чинників. Знання стадій формування залежності має велике значення для розробки ефективних інтервенцій і терапевтичних методів. Такі стадії відображають поступове прогресування адиктивної поведінки від початкового експериментування до повної залежності (рис. 2.1).

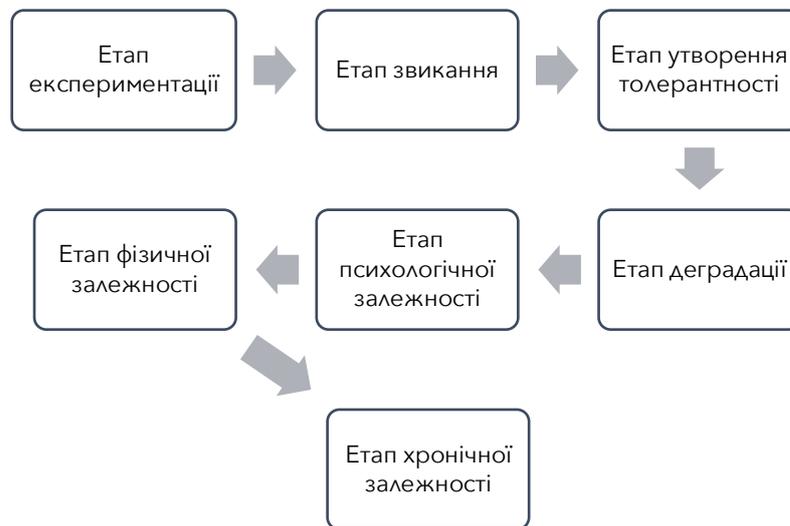


Рис. 2.1. Етапи виникнення залежностей

Формування адиктивної поведінки зазвичай починається з першого контакту або експериментування. Цей етап відзначається цікавістю, соціальним впливом або ситуативними чинниками, які спонукають людину до взаємодії із потенційно залежною речовиною або поведінкою. Психологічні чинники, такі як потреба в новизні, тиск з боку однолітків або бажання полегшити емоційний дистрес, часто відіграють значну роль. Наприклад, підлітки можуть експериментувати з алкоголем або наркотиками через тиск однолітків або як механізм подолання стресу.

На цьому етапі мозок людини починає реєструвати приємні ефекти, пов'язані з речовиною або поведінкою. Ці ефекти часто є результатом активації системи винагороди мозку, зокрема, вивільнення нейромедіаторів, таких як дофамін. При цьому поведінка ще не є звичною, і людина зберігає значний контроль над своїми діями.

Коли вплив продовжується, деякі особи переходять до регулярного вживання або залучення. Ця стадія характеризується збільшенням частоти та інтеграцією речовини або поведінки в повсякденне життя. На відміну від експериментування, регулярне вживання відображає закономірність, яка ще не призводить до залежності, але вказує на її зростання.

З психологічної точки зору така стадія часто виступає механізмом подолання невирішених емоційних чи психологічних проблем. Наприклад, люди, які перебувають у стані хронічного стресу, тривоги або депресії, можуть знайти тимчасове полегшення в адиктивних речовинах або поведінці, що посилює їх вживання. Регулярне вживання створює умовну реакцію, коли речовина або поведінка асоціюється з емоційним полегшенням або задоволенням.

Ризиковане вживання стає наступним етапом і позначає критичний перехід, коли людина починає віддавати перевагу адиктивній поведінці, незважаючи на потенційні

негативні наслідки. Саме в цей момент починає розвиватися психологічна залежність, яка проявляється у зростанні потреби у психоактивній речовині або поведінці для досягнення бажаного емоційного чи психологічного стану.

На цій стадії можуть з'явитися такі тривожні ознаки, як нехтування обов'язками, погіршення стосунків і ранні проблеми зі здоров'ям. Людина також може демонструвати знижену здатність регулювати свою поведінку, навіть перед загрозою несприятливих наслідків. З неврологічної точки зору система винагороди мозку стає гіперактивною, та може розвинути толерантність, що вимагає більшої залученості для досягнення того ж самого ефекту.

Коли залежність прогресує, звичка до вживання стає стійкою. Життя людини все більше обертається навколо адиктивної речовини або поведінки, що призводить до значних порушень в особистій, соціальній і професійній сферах. Поведінка переходить від вибору до компульсивної дії, зумовленої поєднанням психологічних, фізичних і соціальних чинників.

На цьому етапі префронтальна кора головного мозку, що відповідає за прийняття рішень і контроль імпульсів, зазнає порушень у функціонуванні через повторний вплив стимулів, що викликають звикання. Ці неврологічні зміни посилюють нездатність протистояти потягу, ще більше закріплюючи цикл залежності. З психотерапевтичної точки зору, ця стадія є ключовим моментом, коли зовнішнє втручання стає все більш необхідним.

Фінальна стадія характеризується повною залежністю та звиканням. Людина відчуває непереборний потяг до адиктивної поведінки, часто незважаючи на важкі фізичні, емоційні або соціальні наслідки. Залежність може проявлятися як фізично, через симптоми абстиненції за відсутності речовини або поведінки, так і психологічно, через нездатність уявити життя без неї.

На цій стадії залежність займає головне місце в ідентичності та повсякденному функціонуванні людини. Зазвичай люди відчувають сильне почуття провини, сорому та безпорадності, які ще більше закріплюють цикл звикання. Часто виникають або посилюються супутні психічні розлади, такі як тривога, депресія або розлади особистості, що ускладнює терапевтичний процес.

Для адаптації психологічних і психотерапевтичних утручань важливо знати етапи формування залежності. На ранніх стадіях, таких як експериментування та регулярне вживання, корисними є профілактичні заходи, в тому числі освіта, стратегії управління стресом і підвищення життєстійкості. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та мотиваційні інтерв'ю дуже ефективні в боротьбі з ризикованим вживанням і психологічною залежністю,

допомагаючи людям визначити тригери та розвинути здоровіші механізми для подолання труднощів.

Для тих, хто перебуває на пізніх стадіях звичного вживання та повної залежності, часто потрібен активніший підхід. Він може поєднувати психотерапію, фармакологічні втручання та структуровані програми реабілітації. Такі методи, як діалектична поведінкова терапія (ДПТ) і втручання на основі розуміння, можуть допомогти в управлінні емоційною дисрегуляцією і підвищенні самосвідомості.

Важливо також звернути увагу на основні психологічні чинники, що сприяють виникненню залежності. Це передбачає вивчення невирішених травм, дисфункціональної сімейної динаміки та соціально-середовищних стресових чинників.

2.8. Основні форми руйнівної поведінки

Деструктивна поведінка - це дії та шаблони, які шкодять благополуччю людини, її міжособистісним стосункам або суспільному функціонуванню. Адиктивна поведінка, яка є однією з форм деструктивної поведінки, посідає одне з провідних місць у психології і психотерапії. Вона характеризується компульсивним заняттям певною діяльністю або вживанням психоактивних речовин, попри несприятливі для здоров'я наслідки. Знання основних форм адиктивної поведінки вимагає вивчення їхніх психологічних, соціальних і неврологічних основ.

Адиктивна поведінка може проявлятися в різних формах, зокрема в залежності від психоактивних речовин, поведінкових залежностях і складних комбінаціях цих двох видів. Залежність від психоактивних речовин (алкоголь, нікотин чи заборонені наркотичні речовини) та поведінкова залежність (азартні ігри, користування Інтернетом або переїдання), хоч і відрізняються за своїми проявами, але мають низку спільних рис: втрата контролю, потяг, толерантність, симптоми абстиненції і постійне залучення, незважаючи на усвідомлення шкоди.

Залежність від психоактивних речовин часто розглядають як прототипну форму адиктивної поведінки. Вона охоплює звичне вживання речовин, які змінюють психічний стан або фізичне функціонування. Алкогольна залежність, наприклад, є поширеною проблемою з важкими наслідками для фізичного здоров'я, такими як ураження печінки, та психологічного благополуччя, зокрема, депресія та тривога. Глобальною кризою стала також опіїдна залежність, яка спричинена зловживанням рецептурними знеболювальними засобами та забороненими наркотиками. Залежність від психоактивних речовин діє через перехоплення

нейронних шляхів винагороди, зокрема, за участю дофаміну, що посилює компульсивне вживання.

Поведінкові залежності, не маючи прямої фізіологічної природи, пов'язаної із психоактивними речовинами, імітують її патерни через психологічне підкріплення. Яскравим прикладом такої поведінки є азартні ігри, коли очікування та невизначеність винагороди активують систему винагороди мозку, сприяючи компульсивній поведінці. Інші форми, такі як інтернет-ігри та залежність від соціальних мереж, також привертають увагу в останні роки. Ці форми поведінки пов'язані з надмірним проведенням часу перед екраном, порушенням повсякденного функціонування та негативним впливом на психічне здоров'я, наприклад, підвищеною тривожністю та соціальною ізоляцією.

Психологічні механізми, що зумовлюють адиктивну поведінку, полягають у складній взаємодії між індивідуальною вразливістю людини та впливом оточення. Когнітивні викривлення, такі як заперечення та раціоналізація, є поширеними серед людей, які виявляють адиктивну поведінку, що дозволяє їм виправдовувати свої дії, незважаючи на їхню шкоду. Емоційна неврівноваженість, яка часто пов'язана з невіршеною травмою чи стресом, також може підштовхувати людей до адиктивної поведінки як механізму подолання проблеми. До того ж, такі риси особистості, як імпульсивність і пошук відчуттів, підвищують схильність до адиктивної поведінки.

Соціальні аспекти адиктивної поведінки ще більше підтверджують її руйнівну природу. Люди з адиктивною поведінкою часто мають напружені стосунки з родиною, друзями та колегами через свої компульсивні дії. Соціальна ізоляція та стигма загострюють проблему, створюючи замкнене коло, яке посилює залежність. Деякі чинники оточення, такі як тиск з боку однолітків, культурні норми та соціально-економічний статус, відіграють важливу роль у формуванні та закріпленні адиктивної поведінки. Наприклад, нормалізація вживання алкоголю в певних соціальних середовищах може сприяти виникненню алкогольної залежності.

З терапевтичної точки зору боротьба з адиктивною поведінкою вимагає комплексного підходу. Психотерапевтичні методи, наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зазвичай застосовуються для виявлення та модифікації неадаптивних моделей мислення і поведінки. Мотиваційні інтерв'ю допомагають людям усвідомити необхідність змін і зміцнюють їхню прихильність до одужання. Крім того, групова терапія та мережі підтримки, такі як Анонімні Алкоголіки, забезпечують соціальне підсилення та відчуття приналежності, що є критично важливими для стійкого одужання.

Фармакологічні втручання відіграють важливу роль в управлінні адиктивною поведінкою, особливо залежністю від психоактивних речовин. Такі препарати, як метадон і бупренорфін, використовуються при лікуванні опіїдної залежності для зменшення симптомів абстиненції і потягу до наркотиків. Замісна нікотинова терапія також допомагає людям подолати шкідливу звичку. Однак ці методи лікування необхідно поєднувати з психологічною підтримкою для ефективного усунення першопричин залежності.

Профілактика є найважливішим аспектом зменшення поширеності адиктивної поведінки. Важливе значення мають освітні програми, які підвищують обізнаність про ризики вживання психоактивних речовин і пропагують здорові стратегії подолання проблем. Раннє втручання, особливо для осіб із груп ризику, може запобігти ескалації адиктивних тенденцій. Важливу роль у зменшенні впливу на суспільство відіграє також формування політики, зокрема, регулювання доступу до адиктивних речовин та обмеження реклами, яка їх популяризує, що також сприяє зменшенню впливу на суспільство.

2.9. Висновки

Залежність є складним багатоаспектним явищем, яке формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних і культурних чинників. Генетичні та епігенетичні механізми відіграють провідну роль у визначенні вразливості до залежності, впливаючи на функціонування систем мозку, зокрема дофамінової системи винагороди. Нейроадаптивні зміни, викликані тривалим впливом психоактивних речовин, посилюють компульсивний потяг і закріплюють цикли адиктивної поведінки.

Когнітивно-поведінкові механізми, включаючи ірраціональні переконання, низький рівень самоконтролю та неадаптивні способи реагування на стрес, створюють умови для виникнення залежності. Психологічні риси (імпульсивність чи невротизм) також підвищують ризик адиктивної поведінки, особливо в умовах хронічного стресу чи соціальної ізоляції.

Соціальні й економічні чинники, зокрема бідність, стигматизація та соціальна нерівність, значно впливають на поширення залежності. Стигматизація ускладнює доступ до допомоги та поглиблює соціальну ізоляцію, тоді як підтримка з боку суспільства і мереж соціальної допомоги може відігравати важливу роль у процесі реабілітації.

Травматичний досвід у дитинстві, наприклад, жорстоке поводження або нехтування, створює глибокі емоційні та психологічні розлади, які згодом можуть проявитися у формі

адиктивної поведінки. Водночас, сімейна динаміка та вплив однолітків формують моделювання залежності та її перехід до наступного покоління.

Культурні норми та традиції впливають на сприйняття і прийнятність певних видів адиктивної поведінки. В культурах, де вживання психоактивних речовин нормалізується або заохочується, ризик залежності зростає. На противагу, в суспільствах із жорсткими соціальними обмеженнями можливі інші ризики, зокрема формування прихованої поведінки, яка ускладнює профілактику.

Цифрові технології створили нові форми залежності, такі як адикція до соціальних мереж, відеоігор та онлайн-шопінгу. Ці нові виклики вимагають сучасних стратегій втручання, які б враховували швидкі темпи цифровізації.

Біо-психо-соціо-духовна модель залежності пропонує інтегративний підхід до її розуміння та лікування. Вона акцентує увагу на важливості взаємозв'язку між фізичним, емоційним, соціальним і духовним благополуччям людини, що забезпечує ефективніші стратегії профілактики та втручання.

2.10. Питання для самоконтролю

1. Що таке біопсихосоціальна модель залежності, і які її ключові компоненти?
2. Які відмінності між біопсихосоціальною моделлю та редукціоністськими підходами до залежності?
3. Як генетичні чинники впливають на схильність до адиктивної поведінки?
4. Яку роль відіграють нейрохімічні процеси в підтримці залежності?
5. Як повторне вживання психоактивних речовин змінює структуру та функції мозку?
6. Які особистісні риси найбільше пов'язані зі схильністю до адиктивної поведінки?
7. Що таке «подвійний діагноз», і як він ускладнює лікування залежності?
8. Як когнітивно-поведінкові теорії пояснюють механізми залежності?
9. Як соціальні детермінанти, такі як вплив ровесників, сприяють формуванню залежності?
10. Які наслідки соціальної стигматизації для людей із залежністю?
11. Як сімейні обставини впливають на розвиток залежності?
12. Яка роль культурних норм у поширенні залежності?
13. Що таке біо-психо-соціо-духовна модель залежності, і які її основні принципи?
14. Як залежність впливає на фізичне здоров'я людини?
15. Які основні психологічні наслідки залежності?

16. Які соціальні наслідки має адиктивна поведінка?
17. Як духовна роз'єднаність може впливати на формування залежності?
18. Які механізми можуть зменшити вплив соціальної ізоляції на формування залежності?
19. Як дитячий травматичний досвід впливає на схильність до адиктивної поведінки?
20. Які стратегії використовуються для лікування психологічних аспектів залежності?
21. Як культурна модернізація впливає на поширення залежності?
22. Що таке нейроадаптивні зміни, і як вони підтримують цикл залежності?
23. Як цифрові технології сприяють виникненню нових форм залежності?
24. Які методи є ефективними для лікування цифрової залежності?
25. Що таке когнітивно-поведінкова терапія, і як вона допомагає боротися із залежністю?
26. Які чинники можуть знизити ймовірність розвитку адиктивної поведінки?
27. Як генетичні та епігенетичні чинники взаємодіють у контексті залежності?
28. Які методи лікування найбільш ефективні для людей із «подвійним діагнозом»?
29. Як соціальні програми можуть сприяти реабілітації людей із залежністю?
30. Як інтегративні підходи до лікування залежності враховують її біологічні, психологічні та соціальні аспекти?

2.11. Тестові завдання

Тестові завдання з однією правильною відповіддю

1. Що є основою біопсихосоціальної моделі залежності?
 - a) Фокусування виключно на біологічних чинниках
 - b) Інтеграція біологічних, психологічних і соціальних аспектів
 - c) Використання лише генетичного підходу
 - d) Ігнорування соціальних чинників

2. Вплив якого чинника є основним при формуванні адиктивної поведінки за біологічною моделлю?
 - a) Соціальна ізоляція
 - b) Генетична схильність
 - c) Травматичний досвід у дитинстві
 - d) Культурні традиції

3. Який з компонентів найбільше підсилює цикл адиктивної поведінки?
- a) Соціальна підтримка
 - b) Нейроадаптивні зміни в мозку
 - c) Культурні норми
 - d) Сімейні цінності
4. Яка психологічна риса найбільше асоціюється з підвищеним ризиком залежності?
- a) Інтроверсія
 - b) Імпульсивність
 - c) Емпатія
 - d) Висока мотивація
5. Яка теорія наголошує на спостереженні за поведінкою інших у формуванні адикцій?
- a) Теорія соціального навчання
 - b) Психоаналітична теорія
 - c) Теорія когнітивного мислення
 - d) Екзистенціальна теорія
6. Що є основною причиною стресу, який впливає на формування адикцій?
- a) Генетичні чинники
 - b) Хронічна соціально-економічна нестабільність
 - c) Епігенетичні зміни
 - d) Вплив однолітків
7. Як називається модель, що враховує духовні аспекти у вивченні залежності?
- a) Психоаналітична модель
 - b) Біо-психо-соціо-духовна модель
 - c) Когнітивна модель
 - d) Біологічна модель
8. Які методи лікування найбільш ефективні для пацієнтів з адикціями, викликаними травмами?

- a) Медитація та йога
- b) Травмофокусовані терапії
- c) Короткострокове консультування
- d) Виключно фармакотерапія

9. Яка основна роль соціальної стигми у розвитку залежності?

- a) Підвищує доступ до допомоги
- b) Зменшує ізоляцію людей
- c) Виступає бар'єром для звернення по підтримку
- d) Покращує рівень саморегуляції

10. Який елемент культурного контексту може сприяти формуванню залежності?

- a) Соціальна підтримка
- b) Нормалізація вживання психоактивних речовин
- c) Зменшення соціальної ізоляції
- d) Популяризація здорового способу життя

Тестові завдання з декількома правильними відповідями

1. Що включає біопсихосоціальна модель залежності?

- a) Біологічні фактори
- b) Психологічні фактори
- v) Соціальні детермінанти
- г) Економічні переваги

2. Які зміни в мозку сприяють розвитку залежності?

- a) Підвищення регуляції дофамінових рецепторів
- b) Нейроадаптивні зміни
- v) Порушення дофамінової системи винагороди
- г) Зміни у функціях мигдалини

3. Які психологічні розлади найчастіше супроводжують залежність?

- a) Депресія

б) Тривожні стани

в) Біполярний розлад

г) Аутизм

4. Що може сприяти формуванню залежності у підлітків?

а) Соціальний тиск

б) Моделювання поведінки батьків

в) Позитивні приклади ровесників

г) Доступність психоактивних речовин

5. Які чинники впливають на духовний аспект залежності?

а) Відчуття відірваності від себе

б) Пошук сенсу життя

в) Стресові події у дитинстві

г) Відновлення зв'язків із суспільством

6. Які соціальні наслідки залежності можна виокремити?

а) Руїнування міжособистісних стосунків

б) Підвищення економічного статусу

в) Соціальна ізоляція

г) Стигматизація

7. Що знижує ймовірність розвитку залежності?

а) Сильна соціальна підтримка

б) Висока самооцінка

в) Стійкість до стресу

г) Генетична схильність

8. Які риси особистості пов'язані з підвищеним ризиком залежності?

а) Імпульсивність

б) Висока емпатія

в) Пошук відчуттів

г) Невротизм

9. Які методи лікування є ефективними при залежності?

- а) Когнітивно-поведінкова терапія
- б) Медитація
- в) Сімейна терапія
- г) Уникнення терапевтичного втручання

10. Що може бути соціально-культурним чинником залежності?

- а) Традиції, пов'язані з вживанням психоактивних речовин
- б) Стигматизація адиктивної поведінки
- в) Популяризація здорового способу життя
- г) Високий рівень соціальної підтримки

Тестові завдання з розгорнутою відповіддю

1. Охарактеризуйте роль генетичних та епігенетичних механізмів у формуванні залежності.
2. Опишіть нейроадаптивні зміни, які виникають у мозку при хронічному вживанні психоактивних речовин, і їхній вплив на поведінку.
3. Розкрийте, як саме когнітивно-поведінкові механізми сприяють розвитку та підтримці залежності.
4. Охарактеризуйте вплив стигматизації на соціальне функціонування людей із залежністю та можливості їх реабілітації.
5. Проаналізуйте взаємозв'язок між особистісними рисами (імпульсивність, невротизм) і схильністю до адиктивної поведінки.
6. Розгляньте соціально-економічні чинники, які створюють передумови для формування залежності, та запропонуйте можливі шляхи мінімізації їхнього впливу.
7. Поясніть, як травматичний досвід у дитинстві впливає на формування адиктивної поведінки в дорослому віці.
8. Проаналізуйте роль культурних норм і традицій у поширенні або профілактиці адиктивної поведінки.
9. Опишіть ключові принципи біо-психо-соціо-духовної моделі лікування залежності та їхню практичну реалізацію.

10. Розгляньте, як цифрові технології сприяють появі нових форм залежності, та запропонуйте можливі стратегії їх подолання.

Посилання на статті по темі розділу для конспектування:

1. Фільц О. Психотерапія у залежних (аддикцій): ескіз концепції. Український психоаналітичний журнал. 2024. Т. 2, № 3. С. 9-100. URL: <https://doi.org/10.32782/upj/2024-2-3-9> (дата звернення: 20.01.2025).
2. Мороз В. Аналіз поглядів на проблему ургентної адикції та адиктивної поведінки в сучасній психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 5 (75). С. 78-86. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-75-5-78-86> (дата звернення: 20.01.2025).
3. Бердичевська К., Лютий В. Сутність та чинники адиктивної поведінки молоді як проблеми сучасності. *Grail of Science*. 2023. № 26. С. 112-114. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.14.04.2023.018> (дата звернення: 20.01.2025).

Основна література:

1. Боголюбська А. Залежності та шляхи їх подолання. *Психолог. Шкільний світ*. 2007. № 41. С. 25-28.
2. Лещенко Л. Комп'ютерна залежність – це небезпечно. *Початкова школа*. 2006. № 3. С. 42-46.
3. Пив С., А. Бродські. Любов і залежність. Київ, 2005. 384 с.
4. Расселл Б. Відновлення. Звільнення від наших залежностей. Моноліт-Bizz, 2020. 306 с.

Додаткова література:

1. Андрушко Я.С. Психокорекція : навч.-метод. Посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 211 с.
2. Каліна Н.Ф. Психотерапія : підручник. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.
3. Професійно-психологічна підготовка працівників слідчих підрозділів : навч. посіб. / [І.В.Жданова, П.В.Макаренко, Н.Е.Мілорадова та ін..]; за заг. ред.. І.В. Жданової ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2014. 516 с.

4. Профілактика відхиленої поведінки у військовослужбовців: навчально-методичний посібник/ А.М. Романишин, Т.М. Мацевко «та ін.». Львів: НАСВ, 2017.- 322 с.
5. Юр'єва Л. Н., Больбот Т.Ю. Комп'ютерна залежність: формування, діагностика, корекція і профілактика. Дніпропетровськ : Пороги, 2006. 126 с.

ТЕМА 3

КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ ТА РОЗВИТКУ АДИКЦІЙ



3.1. Вступ

У цьому розділі висвітлюються ключові питання, пов'язані з феноменологією залежностей та їх клінічними аспектами. У цій темі розглядаються основні класифікаційні підходи, представлені в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ), та еволюція розуміння залежності через оновлення редакцій МКХ-10 [8] і МКХ-11 [9]. Також аналізуються типологія залежностей, клінічні синдроми, пов'язані з залежностями, та етапи їх розвитку.

Феноменологія відіграє важливу роль у розумінні та лікуванні залежностей, оскільки акцентує увагу на суб'єктивному досвіді індивідів, які стикаються з адиктивними розладами. У контексті сучасних змін у МКХ-11 феноменологічний підхід дозволяє глибше вивчити емоційні, психологічні та соціальні аспекти залежностей. Зокрема, він допомагає виявити, як особистісний досвід, сприйняття реальності та взаємодія з оточенням впливають на формування адиктивної поведінки.

У рамках нової класифікації МКХ-11, що підкреслює важливість індивідуальних відмінностей у розвитку залежностей, феноменологічний підхід може сприяти розумінню різних типів адиктивних розладів, їх специфічних проявів та контекстуальних факторів, що їх зумовлюють. Це дозволяє створювати більш персоналізовані програми лікування, які враховують не лише тип адиктивної поведінки, а й унікальний життєвий контекст кожного пацієнта.

Крім того, сучасні зміни в класифікації МКХ-11, які включають нові категорії та підходи до діагностики, сприяють інтеграції феноменологічних аспектів у клінічну практику. Це допомагає фахівцям враховувати не лише об'єктивні симптоми залежності, але й суб'єктивні переживання пацієнтів, що може покращити ефективність лікування та підтримку в процесі реабілітації. Таким чином, феноменологія стає важливим інструментом у розумінні та подоланні залежностей в умовах сучасної медицини, що спирається на нові принципи класифікації МКХ-11.

Залежності є багатограним явищем, яке поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. У цьому розділі акцентовано увагу на сучасних підходах до діагностики залежної поведінки, зважаючи як на вживання психоактивних речовин, так і поведінкові залежності. Проаналізовано значущі зміни в класифікаціях, зокрема інтеграцію поведінкових розладів у рубрики, присвячені залежності, що відображає нові наукові підходи.

Також у розділі обговорено феноменологію залежностей, яка розкриває клінічні прояви, типові для різних видів залежності, й дозволяє зрозуміти складні механізми їх формування. Особливу увагу приділено питанням нейропсихологічної адаптації, процесу розвитку толерантності, абстиненції та інших характерних ознак залежності.

Отже, розділ присвячено динаміці залежності, починаючи з початкових етапів експериментування і завершуючи хронічними стадіями, які характеризуються серйозними психофізичними наслідками. Таким чином, у розділі надано цілісну картину сучасного розуміння адиктивної поведінки, її діагностики та лікування.

3.2. Класифікаційні рубрики МКХ-10 та МКХ-11, що описують варіанти залежної поведінки

Класифікація адиктивної поведінки, що наведена в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ), забезпечує комплексну основу для виявлення та класифікації різних форм залежності. МКХ є міжнародно визнаним діагностичним інструментом, розробленим Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), а її 10-та редакція (МКХ-10) [8] активно використовується медичними працівниками в усьому світі. В останній редакції МКХ-11 [9] уточнено і розширено класифікацію, що міститься в МКХ-10, щоб відповідати сучасним уявленням про психічне здоров'я і залежність.

Адиктивна поведінка охоплює моделі, що характеризуються компульсивним потягом до дій або стимулів, які сприймаються як корисні, незважаючи на несприятливі наслідки. Ця поведінка класифікується в певних розділах МКХ, що відображають фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти залежності. У МКХ-10 основними класифікаційними рубриками для адиктивної поведінки є F10–F19, які охоплюють психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, та F63.0, виділена для патологічних азартних ігор.

Розділи F10–F19 у МКХ-10 стосуються розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, як-от алкоголь, опіоїди, канабіноїди, седативні засоби, стимулятори та інші речовини. Кожна категорія в цьому діапазоні складається з подальших підрозділів для

деталізації конкретних станів, зокрема гострої інтоксикації, шкідливого вживання, синдрому залежності, абстинентного синдрому, психотичних розладів та інших психічних та поведінкових розладів через вживання психоактивних речовин. Ці класифікації відображають різноманітність проявів і ступеня тяжкості таких розладів, урахувавши як безпосередній вплив психоактивних речовин на мозок, так і ширші соціальні наслідки їх вживання.

Наприклад, рубрика F10 стосується розладів, спричинених вживанням алкоголю, зокрема: F10.0 (гостра інтоксикація), F10.2 (синдром залежності) та F10.3 (абстинентний синдром). F11 стосується опіоїдів, F12 – канабіноїдів тощо, що забезпечує детальну категоризацію для лікарів з метою ефективного діагностування та лікування. Внесення у МКХ-10 шкідливого вживання (F10.1) свідчить про згубний вплив уживання психоактивних речовин на фізичне і психічне здоров'я, навіть за відсутності залежності.

Патологічна залежність від азартних ігор, що класифікується під рубрикою F63.0 у МКХ-10, є формою залежності, не пов'язаною з психоактивними речовинами. Цей розлад характерний стійкою та рецидивною дезадаптивною поведінкою в азартних іграх, яка порушує особисті, сімейні та професійні прагнення. На відміну від розладів, спричинених психоактивними речовинами, патологічна азартна гра не пов'язана з їх вживанням, але має схожі нейробиологічні та психологічні механізми, як-от порушення контролю імпульсів, дисрегуляція системи винагороди та прогресуючий характер поведінки. Залежність від азартних ігор стала важливим предметом дослідження в клінічній практиці, оскільки її вплив на пацієнтів може призводити до серйозних соціальних та економічних наслідків. Клініцисти повинні враховувати ці аспекти під час діагностики та лікування, оскільки раннє виявлення ігрового розладу може покращити прогнози лікування та загальний стан пацієнтів. Крім того, врахування емоційного і психічного стану пацієнтів, пов'язаного із залежністю, є важливим для розроблення ефективних терапевтичних стратегій, що можуть включати як психологічні, так і соціальні інтервенції.

Перехід на МКХ-11 призвів до помітних змін у класифікації адиктивної поведінки. У цій оновленій системі категорія «Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки» охоплює як розлади, пов'язані з уживанням цих речовин, так і поведінкові адикції, що відображає визнання щораз більшого поширення останніх. Своєю чергою патологічну залежність від азартних ігор було перекласифіковано як «Розлад азартних ігор» у рамках ширшої категорії «Розлади, зумовлені адиктивною поведінкою» поряд із такими станами, як розлад ігрової залежності. Ця зміна вказує на еволюцію розвитку

уявлень про залежність, наголошуючи на схожості нейрокогнітивних і психологічних процесів, що знаходяться в основі залежності від психоактивних речовин і поведінкових розладів.

У МКХ-11 також було реорганізовано та уточнено класифікацію розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. У фокусі уваги залишається вплив психоактивних речовин на психічне та поведінкове здоров'я, з посиленням специфічності діагностичних критеріїв і акцентом на моделях вживання та їх наслідках. Ці уточнення спрямовані на підвищення точності діагностики і покращення результатів лікування, сприяючи формуванню більш диференційованого підходу до управління залежністю.

Загальні характеристики класифікації адиктивної поведінки в МКХ-10 та МКХ-11 свідчать про багатогранний характер залежності. Ці розлади визначаються не лише наявністю компульсивної поведінки, але й значним дистресом і порушеннями, які вони спричиняють у різних сферах життя. Класифікації враховують біологічні, психологічні та соціальні фактори, що сприяють виникненню залежності, забезпечуючи цілісну основу для аналізу та подолання цих складних станів. Інтеграція в єдину систему залежностей, пов'язаних із психоактивними речовинами, та поведінкових залежностей відображає континуум адиктивної поведінки, що створює підґрунтя для розроблення ефективніших заходів лікування.

Зазначимо, що поява 11-ї редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) стала значним кроком на шляху до вивчення та класифікації адиктивних форм поведінки. Оновлена класифікація містить важливі зміни та доповнення, які відображають досягнення в галузі досліджень, клінічної практики та усвідомлення суспільством проблеми залежності. Зокрема, в МКХ-11 удосконалено підхід до психоактивних та поведінкових залежностей, підкреслено важливість розпізнавання та лікування різноманітних форм залежності, які впливають на психічне здоров'я та благополуччя.

Важливим доповненням до МКХ-11 є запровадження нового розділу 6C50 «Розлади внаслідок залежності від азартних ігор». У цій категорії розглядається поведінка, пов'язана з азартними іграми, як в онлайн-, так і в офлайн-контексті, що відображає зміну характеру цих ігор у цифрову добу. Класифікація містить конкретні діагностичні критерії, які вказують на стійкий і рецидивний характер проблемної ігрової поведінки, її вплив на особисту, сімейну, соціальну, освітню, професійну та інші важливі сфери життєдіяльності людини, а також на нездатність контролювати або зменшити кількість азартних ігор, незважаючи на їх негативні наслідки. Чітке виділення азартних ігор в інтернеті в окрему категорію відображає факт

зростання їх поширеності та характерні особливості, як-от постійна доступність, анонімність і здатність цифрових платформ викликати захоплення. Розмежовуючи азартні онлайн- і офлайн-ігри, МКХ-11 забезпечує комплексний підхід, який урахує особливості, зумовлені технологічним прогресом у гральному середовищі.

Ще однією знаковою зміною в МКХ-11 є визнання ігрової залежності, яка офіційно класифікується як 6C51 «Ігровий розлад». Це доповнення вперше офіційно визнає ігрову поведінку потенційним розладом психічного здоров'я в міжнародній діагностичній системі. Класифікація визначає ігровий розлад як модель ігрової поведінки – цифрової або відеоігор – яка характеризується порушенням контролю, пріоритетністю гри над іншими інтересами та видами діяльності, а також продовженням або ескалацією гри, незважаючи на несприятливі наслідки. Така поведінка людини має бути досить вираженою, щоб призвести до значних порушень в особистому, сімейному, соціальному, освітньому або професійному функціонуванні, й зазвичай повинна зберігатися протягом щонайменше 12 місяців, щоб досягти діагностичного порогу.

Введення ігрового розладу в МКХ-11 свідчить про те, що з'являється все більше доказів, які підтверджують паралелі між ігровою залежністю та іншими формами поведінкових і психоактивних залежностей. Дослідження показали спільні нейробіологічні механізми, зокрема зміни в системі винагороди та контролю імпульсів у мозку, а також психологічні риси, як-от підвищена імпульсивність і компульсивність. Класифікація також підтверджує значний вплив надмірної ігрової залежності на психічне здоров'я, соціальні стосунки, академічну та професійну успішність, а також загальну якість життя. Розмежування онлайн- та офлайн-ігор у діагностичних критеріях дозволяє краще зрозуміти розлад, оскільки онлайн-ігри часто мають такі особливі риси, як соціальна взаємодія, конкурентне середовище та стратегії монетизації, котрі можуть посилити адиктивні тенденції.

Зарахування цих поведінкових розладів до МКХ-11 свідчить про ширше концептуальне зрушення в розумінні залежності. Історично залежність насамперед асоціювалася з розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, але виокремлення пристрасті до азартних ігор та ігрових розладів наголошує на ролі поведінкових патернів у виникненні залежності та підкреслює необхідність більш комплексного підходу до цього питання. Цей крок відображає також зростання впливу цифрових та інтерактивних технологій на суспільство, які створили нові шляхи для залежності, руйнуючи традиційні кордони між дозволяям і компульсивною поведінкою.

Зазначені зміни в МКХ-11 також мають суттєві наслідки для державної політики у сфері охорони здоров'я, клінічної практики та наукових досліджень. Офіційне включення азартних ігор та ігрових розладів до розладів психічного здоров'я узаконює проблеми людей, які страждають від цієї поведінки, і полегшує доступ до відповідної допомоги та лікування. Це також сприяє розробленню цілеспрямованих втручань і стратегій профілактики, адаптованих до специфічних особливостей поведінкових залежностей. З погляду наукових досліджень класифікації забезпечують стандартизовану основу для вивчення цих розладів, що дозволяє проводити порівняння між різними групами населення і контекстами та сприяє міжнародному співробітництву.

Зокрема, включення цих розладів до МКХ-11 указує на важливість ранньої діагностики та їх лікування на ранній стадії. Діагностичні критерії акцентують увагу на необхідності диференціювати патологічну поведінку від нормальних варіацій рекреаційних азартних ігор, запобігаючи гіпердіагностиці та забезпечуючи своєчасне надання допомоги особам, які справді потребують підтримки. Такий баланс має вирішальне значення для розв'язання потенційних проблем щодо стигматизації, а також для підвищення обізнаності про ризики, пов'язані з надмірною залежністю від азартних ігор та гемблінгу.

Гармонізація Національного класифікатора хвороб НК 025:2021 з МКХ-10 забезпечує узгодженість у класифікації та діагностиці хвороб, що своєю чергою полегшує обмін інформацією між медичними установами та організаціями. Однак з переходом до нової класифікації МКХ-11 в Україні слід розглянути можливість адаптації національного класифікатора з огляду на сучасні зміни в розумінні та лікуванні адиктивних розладів [10].

Для клініцистів важливо впроваджувати нові класифікаційні критерії МКХ-11 у свою практику, зокрема під час проведення первинного оцінювання пацієнтів. Рекомендується використовувати структуровані інтерв'ю та стандартизовані опитувальники, які допоможуть чітко визначити симптоми ігрового розладу та його ступінь тяжкості. Крім того, важливо запровадити систематичні скринінги на предмет наявності симптомів залежності від азартних ігор у рамках регулярних медичних оглядів, що дозволить виявляти проблеми на ранніх стадіях. У разі підтвердження діагнозу клініцистам слід розробити індивідуалізовані плани втручання, включаючи психотерапію та підтримувальні програми, щоб забезпечити цілісний підхід до лікування та запобігання рецидивам.

Узагальнюючи результати аналізу впливу оновленої МКХ-11 на розуміння та лікування адиктивних розладів, можна стверджувати, що нова класифікація суттєво розширює концептуальні межі, в яких досліджуються ці порушення. У ній впроваджено більш

диференційований підхід до категоризації різних форм адиктивної поведінки, що дозволяє зосередитися на специфіці кожного випадку та адаптувати терапевтичні стратегії відповідно до індивідуальних потреб пацієнтів. Крім того, нова класифікація сприяє поліпшенню комунікації між медичними працівниками, дослідниками та пацієнтами, що своєю чергою може призвести до більш ефективного управління адиктивними розладами. Її зміст підкреслює важливість комплексного підходу до лікування, який урахує соціальні, психологічні та біологічні фактори, що впливають на розвиток адиктивної поведінки. Таким чином, оновлена класифікація МКХ-11 не лише покращує теоретичні уявлення про адиктивні розлади, але й може суттєво змінити практику їх лікування, орієнтуючи фахівців на більш ефективні та індивідуалізовані підходи.

3.3. Феноменологія залежностей. Клінічні синдроми

Залежність – це комплексне явище, яке охоплює психологічний, фізіологічний та соціальний виміри. Вона є хронічним, рецидивним станом, що характеризується компульсивною поведінкою та вживанням психоактивних речовин, незважаючи на несприятливі наслідки. Вивчення феноменології залежності передбачає дослідження її глибинних механізмів, типів і взаємодії між індивідуальними та соціальними факторами [3; 8; 9].

Термін «залежність (dependence)» у контексті застосування алкоголю та інших психоактивних речовин визначає необхідність у повторюваних дозах наркотику для того, щоб почуватися краще або не почуватися гірше. Стан залежності не обов'язково є шкідливим сам собою, але може призвести до вживання наркотику в дозах, що викликають згубні фізичні та поведінкові наслідки, які можуть спричинити медичні або соціальні проблеми. У DSM-III-R залежність описується як «група когнітивних, поведінкових і психологічних симптомів, які визначають, що людина має ослаблений контроль за споживанням психоактивної речовини і продовжує вживати цю речовину, незважаючи на несприятливі наслідки». Він приблизно еквівалентний синдрому залежності за МКХ-10. У 1964 році Експертний Комітет ВООЗ ввів термін «залежність» для заміни адикції та звикання. Він може використовуватися як у загальному плані, щодо всіх психоактивних речовин (наркотична залежність, хімічна залежність), так і в специфічному – щодо окремого наркотику або їх класу (алкогольна залежність, опіатна залежність). Залежність стосується як фізичних, так і психологічних елементів. Психологічна або психічна залежність означає ослаблення контролю над вживанням алкоголю або наркотиків, тоді як фізіологічна або

фізична залежність стосується толерантності та абстинентного синдрому. У біологічно орієнтованих дискусіях залежність використовується лише в значенні фізичної залежності.

Залежність характеризується нездатністю регулювати поведінку або споживання психоактивних речовин, що призводить до значного дистресу або погіршення повсякденного функціонування. Це явище зумовлене складною взаємодією між біологічною схильністю, психологічною вразливістю та впливом оточення. Ці фактори в сукупності формують схильність людини до розвитку залежності та перебіг її прогресування.

Психологічно залежність безпосередньо пов'язана із системами винагороди та мотивації мозку. Цикл залежності часто починається з пошуку задоволення або полегшення дискомфорту, чому сприяє вивільнення нейромедіаторів, зокрема дофаміну. Згодом у людини формується модель неадаптивних механізмів подолання, яка використовує залежну речовину або поведінку для подолання стресу, тривоги або емоційного болю. У таблиці 3.1. наведено клінічні прояви окремих видів залежностей (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Клінічні прояви окремих видів залежностей

Синдром	Клінічні прояви	Типові причини	Приклади
Синдром психологічної залежності	Постійна психічна потреба у вживанні речовини чи виконанні дії; емоційний дискомфорт без цього	Пошук задоволення, зняття стресу, самотність	Вживання алкоголю, ігрова залежність
Синдром фізичної залежності	Тяжкі фізіологічні симптоми в разі припинення вживання речовини; формування толерантності	Регулярне та тривале вживання психоактивних речовин	Алкоголізм, наркоманія
Синдром компульсивної поведінки	Неконтрольоване бажання виконувати певні дії, навіть із розумінням шкоди	Стрес, тривога, порушення нейрохімії мозку	Онїоманія (компульсивний шопінг), ігрова залежність
Синдром абстиненції (ломки)	Стан, що виникає в разі припинення або зменшення дози речовини: тремор, нудота, підвищення тиску, тривога, депресія	Різка відмова від речовини після тривалого вживання	Нікотинова ломка, героїнова ломка
Синдром толерантності	Зниження ефективності речовини чи дії, що змушує збільшувати дозу для досягнення ефекту	Хронічне вживання речовини	Толерантність до алкоголю, наркотиків

Синдром рецидиву	Повернення до залежності після періоду утримання	Тригери, стрес, соціальні фактори	Повернення до вживання наркотиків після реабілітації
Синдром соціальної залежності	Залежність від схвалення оточення чи соціальних мереж; постійна потреба у взаємодії чи порівнянні з іншими	Тиск суспільства, соціальна ізоляція	Залежність від соцмереж, репутації

Залежність, незважаючи на її тип, має складні механізми, що впливають на поведінку людини та її психічний стан. Розглянемо різні синдроми залежності та їх клінічні прояви.

Залежність часто пов'язана з когнітивними викривленнями, як-от заперечення або раціоналізація, які посилюють тенденцію до продовження певної поведінки. Люди можуть недооцінювати ризики або переоцінювати свій контроль над залежністю, закріплюючи тим самим її цикл. Психологічні супутні захворювання, зокрема депресія, тривожні розлади і травми, поширені серед людей із залежністю і ще більше ускладнюють їхній стан і процес одужання.

Стан зміненої свідомості – це психофізіологічний стан, у якому сприйняття, мислення, емоції та самосвідомість відхиляються від звичного рівня функціонування. Він може виникати під впливом різних факторів, таких як глибока медитація, гіпноз, вживання психоактивних речовин, тривале позбавлення сну або сильний емоційний стрес. У такому стані людина може переживати спотворене сприйняття часу і простору, інтенсивні сенсорні або містичні переживання, зміну рівня самоконтролю та критичності мислення. Це явище вивчається в нейропсихології, психіатрії та філософії свідомості, оскільки воно розкриває межі та пластичність людського сприйняття реальності.

З фізіологічного погляду залежність ґрунтується на змінах у структурі та функціях мозку. Тривалий вплив речовин або поведінки, що викликають звикання, спричиняє нейроадаптацію, коли система винагороди мозку стає все більш десенсибілізованою [1; 4; 5]. Це призводить до толерантності, що вимагає більших доз або частішого вживання для досягнення того ж ефекту.

Синдром відміни – це одна ознака фізіологічної залежності. Коли стимул, що створює залежність, зникає, організм реагує фізичним і психологічним дискомфортом, починаючи від легкого дискомфорту і закінчуючи важкими ускладненнями для здоров'я. Ці симптоми абстиненції відіграють значну роль у підтримці залежності, оскільки люди часто прагнуть уникнути пов'язаного з ними болю.

Дослідження вказують на роль генетичних та епігенетичних факторів у вразливості до залежності. Варіації генів, пов'язаних із нейромедіаторними системами, як-от дофамін і серотонін, впливають на індивідуальні відмінності у сприйнятливості. Також ранні стреси або травми можуть змінювати експресію генів, що беруть участь у формуванні залежності, збільшуючи ймовірність виникнення залежності.

Соціальні фактори так само відіграють важливу роль у розвитку та підтримці залежності. Тиск однолітків, сімейна ситуація та суспільні норми значною мірою впливають на ймовірність залучення індивіда до адиктивної поведінки. Наприклад, прийняття алкоголю або певних наркотичних речовин для розваг може нормалізувати їх вживання, збільшуючи ризик виникнення залежності.

Такі соціальні фактори, як культурні, економічні та сімейні аспекти, мають суттєвий вплив на формування і підтримку залежності. Серед цих факторів особливе місце займає тиск оточення, адже в групах однолітків можуть виникати норми, що сприяють споживанню алкоголю або наркотиків, особливо в підлітковому віці, коли молоді люди намагаються знайти своє місце в суспільстві. У таких групах вжиток певних речовин може сприйматися як знак приналежності, що підвищує ризик залучення до адиктивної поведінки.

Культурні норми також відіграють ключову роль у формуванні ставлення до вживання психоактивних речовин. Наприклад, у деяких культурах алкоголь є невід'ємною частиною соціальних заходів, святкувань та ритуалів. Це може призводити до нормалізації його споживання, зокрема серед молоді, яка, сприймаючи таку поведінку як прийнятну, може легко перейти до зловживання. У деяких регіонах, де вживання наркотиків сприймається як частина підліткової культури, доступність і легкість отримання таких речовин можуть сприяти формуванню залежності.

Впливають на ризик розвитку залежності й економічні фактори. У суспільствах із високим рівнем бідності та безробіття, де обмежені можливості для розвитку особистості, люди можуть звертатися до наркотиків чи алкоголю як до способу втечі від реальності або для полегшення стресу. Якщо економічна ситуація змушує людей шукати способи впоратися зі своїми проблемами, вживання психоактивних речовин може виглядати як єдине рішення, що підвищує ризик формування залежності.

Також має значення й сімейна ситуація. У сім'ях, де вживаються алкоголь або наркотики, діти можуть сприймати це як норму, що своєю чергою збільшує ймовірність того, що вони повторять цю поведінку в майбутньому. Брак підтримки, конфлікти або насильство

в родині можуть призводити до емоційних проблем, які спонукають до пошуку засобів для полегшення стресу у вигляді алкоголю чи наркотиків.

Отже, соціальні, культурні та економічні фактори суттєво впливають на розвиток залежності. Підтримка здорового середовища, яке заохочує позитивну поведінку та активну участь у соціальному житті, може допомогти зменшити ризик формування адиктивної поведінки, протидіючи тиску однолітків і вживанню психоактивних речовин.

Економічні фактори, зокрема бідність, безробіття та насильство, ще більше посилюють уразливість до залежності. Ці стресори створюють умови, в яких люди можуть звертатися до психоактивних речовин або певної поведінки як до засобу подолання несприятливих обставин. Соціальна стигма та дискримінація щодо людей із залежністю часто перешкоджають їх доступу до лікування та підтримки, тобто створюють замкнене коло.

Залежності можна умовно поділити на хімічні (пов'язані з речовинами) та нехімічні (поведінкові), кожна з яких має свої особливості та проблеми (рис. 3.1).

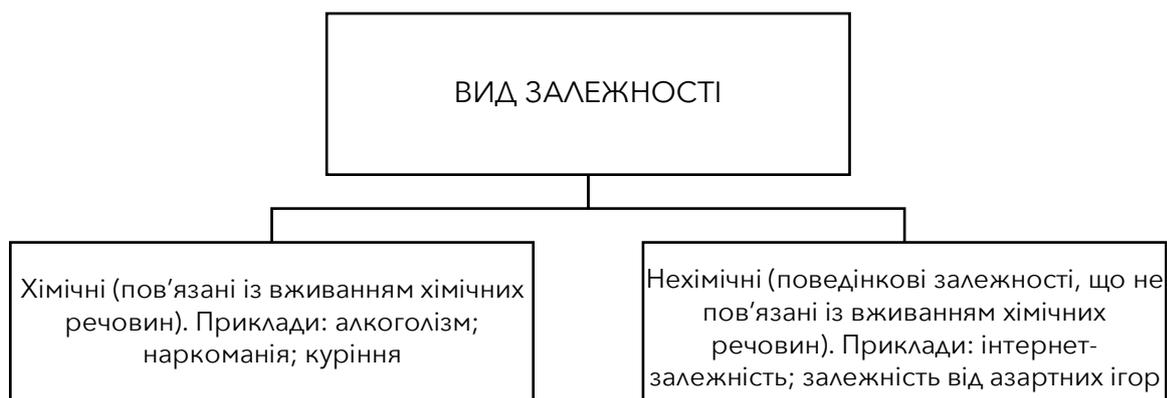


Рис. 3.1. Розмежування хімічної та нехімічної залежностей

Хімічна залежність - це залежність від психоактивних речовин, зокрема алкоголю, нікотину та наркотиків, як-от опіоїди, стимулятори та заспокійливі засоби. Ці речовини безпосередньо впливають на центральну нервову систему, змінюючи настрій, сприйняття та поведінку.

Алкогольна залежність, наприклад, є однією з найпоширеніших форм хімічної залежності, яка характеризується нездатністю контролювати споживання алкоголю, незважаючи на його шкідливий вплив. Водночас опіоїдна залежність стала світовою кризою через її зв'язок з передозуванням та смертністю.

Хімічна залежність є найбільш складною через її глибокий фізіологічний вплив, зокрема пошкодження органів, когнітивні розлади та підвищений ризик інфекційних

захворювань. Лікування часто вимагає поєднання медичних втручань, як-от детоксикація та фармакотерапія, і психологічної підтримки.

Нехімічні, або поведінкові залежності передбачають компульсивне захоплення діяльністю, яка не пов'язана з вживанням психоактивних речовин, але викликає подібну залежність. Прикладами є азартні ігри, шопінг та інтернет-залежність. Ці види поведінки активують систему винагороди мозку за аналогією з хімічними речовинами, що призводить до появи посилення та залежності.

Порівняльну характеристику двох видів залежностей надано в таблиці (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Спільні та відмінні риси хімічних і нехімічних залежностей

Критерій	Хімічні залежності	Нехімічні залежності
Природа залежності	Виникає внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголь, наркотики)	Виникає внаслідок поведінкових факторів (ігроманія, залежність від інтернету)
Фізичні симптоми	Явні фізичні симптоми (ломка, абстиненція)	Можливі психологічні симптоми, але без фізичних проявів абстиненції
Психологічні симптоми	Тривога, депресія, зміни настрою	Тривога, депресія, емоційна нестабільність
Вплив на організм	Негативний вплив на фізичне здоров'я, органи	Негативний вплив на психічне здоров'я та соціальну взаємодію
Лікування	Зазвичай включає медичне втручання (детоксикація, медикаменти)	Зазвичай включає психотерапію, групову підтримку
Соціальні наслідки	Може призводити до соціальної ізоляції, кримінальної діяльності	Може призводити до соціальної ізоляції, конфліктів у стосунках
Фактори ризику	Генетична схильність, соціальне середовище	Психологічні фактори, наявність тригерів у середовищі
Механізми розвитку	Формування толерантності, залежність від дії речовини на мозок	Психологічна залежність від поведінки або активності

Хімічні та нехімічні залежності мають як спільні, так і відмінні риси, що впливають на їх розвиток, прояви та лікування.

Спільними рисами обох типів залежностей є те, що вони можуть мати негативний вплив на психічне здоров'я, призводячи до стану тривоги, депресії та емоційної

нестабільності. Крім того, обидві залежності можуть спричиняти соціальні наслідки, включаючи ізоляцію та конфлікти в стосунках, що впливають на якість життя залежної особи.

Водночас відмінності між цими типами залежностей є значними. Хімічні залежності виникають унаслідок вживання психоактивних речовин, що викликає фізичні симптоми абстиненції та потребує медичного втручання для лікування. Нехімічні залежності натомість базуються на поведінкових факторах і зазвичай не мають виражених фізичних проявів, але можуть вимагати психотерапії та групової підтримки для подолання.

Наприклад, залежність від азартних ігор характеризується неконтрольованим бажанням робити ставки, незважаючи на фінансові та особисті наслідки. Так само інтернет-залежність, яка набуває все більшого поширення в цифрову епоху, пов'язана з надмірним використанням онлайн-платформ на противагу реальним обов'язкам і стосункам.

Поведінкові залежності часто менш помітні, ніж хімічні, що робить їх складнішими для виявлення та лікування. Проте їх психологічні та соціальні наслідки можуть бути настільки ж важкими, що вимагають комплексних підходів до лікування.

Феноменологія залежності є складним біопсихосоціальним явищем. Для розроблення ефективних стратегій профілактики та лікування необхідно розуміти взаємозв'язок між психологічними, фізіологічними та соціальними аспектами. І хімічна, і нехімічна залежність має такі спільні риси, як компульсивність, толерантність і синдром відміни, проте її прояви та наслідки дуже різняться. Подолання залежності вимагає цілісного підходу, який ураховує індивідуальну вразливість, соціальні впливи та активну взаємодію між ними.

Поняття клінічних синдромів залежності охоплює низку патологічних станів, які є результатом стійких і дезадаптивних моделей вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки. Ці синдроми характеризуються специфічними клінічними критеріями та проявами, що відображають значний вплив залежності на фізіологічні, психологічні та поведінкові функції. Знання нюансів цих синдромів має важливе значення для їх ефективної діагностики та лікування.

В основі клінічних синдромів залежності лежить синдром, який визначається сукупністю симптомів, що виникають унаслідок компульсивного вживання психоактивних речовин або залучення до певної поведінки, незважаючи на її несприятливі наслідки. Основними критеріями діагностики цього синдрому є порушення контролю, абстиненція і толерантність, кожен з яких відображає різні аспекти процесу звикання.

Порушення контролю є характерною ознакою синдрому залежності, що проявляється в нездатності регулювати початок, частоту чи кількість уживання психоактивних речовин або свою поведінку. Люди можуть висловлювати бажання або робити безуспішні спроби скоротити чи припинити вживання психоактивних речовин. Така втрата контролю часто призводить до продовження вживання, незважаючи на усвідомлення фізичної, психологічної або соціальної шкоди.

Синдром відміни – це фізіологічні та психологічні симптоми, які виникають у разі зменшення або припинення вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки. Ці симптоми залежать від конкретної речовини і можуть варіюватися від легкого дискомфорту до станів, що загрожують життю. Наявність абстиненції означає стан залежності, коли організм адаптувався до присутності стимулу, тобто виникло звикання, і негативно реагує на його відсутність.

Толерантність – ще одна визначальна риса, що характеризується потребою споживати більшу кількість речовини або більш інтенсивно займатися певними діями для досягнення того ж бажаного ефекту. Це явище є результатом нейроадаптивних змін у системі винагороди та регуляції мозку, що знижують чутливість людини до стимулів, які викликають звикання.

Разом ці критерії забезпечують основу для ідентифікації синдрому залежності та його відмінності від випадкового або непатологічного вживання.

Синдроми залежності проявляються в різних клінічних формах, кожна з яких має свої особливості та наслідки. Зокрема, гостра інтоксикація, абстинентний синдром і психотичні розлади, пов'язані із залежністю, є критичними клінічними станами, що потребують особливої уваги.

Гостра інтоксикація виникає, коли речовина вживається до такої міри, що порушує когнітивні, емоційні або фізичні функції. Клінічна картина інтоксикації сильно залежить від речовини, варіюючи від ейфорії та розслаблення до збудження і марення. Наприклад, алкогольна інтоксикація часто асоціюється з моторною некоординованістю, невиразністю мови та порушенням суджень, тоді як інтоксикація хімічними стимуляторами може призвести до гіперактивності, підвищеної настороженості та параної.

Ускладнення гострої інтоксикації можуть бути важкими: пригнічення дихання, серцево-судинна нестабільність і порушення свідомості. Гостра інтоксикація також підвищує ризик випадкових травм, насильства та іншої шкоди. Медичне втручання спрямоване на

стабілізацію фізіологічних параметрів та усунення безпосередніх ризиків, зважаючи при цьому на більш широкий контекст історії залежності людини.

Синдром відміни розвивається як прямий наслідок припинення або скорочення тривалого вживання психоактивних речовин. Синдром варіюється залежно від речовини, але зазвичай складається з низки фізичних і психологічних симптомів. Наприклад, опіоїдна абстиненція може супроводжуватися сильним потягом, болем у м'язах, діареєю та дисфорією, тоді як алкогольна абстиненція може варіюватися від легкого тремтіння і тривоги до важких станів, як-от судоми та делірій (біла гарячка).

Синдром відміни не лише спричиняє страждання, але й може бути потенційно небезпечним для життя, якщо йдеться про такі речовини, як алкоголь або бензодіазепіни. Синдром свідчить про фізіологічну залежність і підкреслює необхідність детоксикації та лікування симптомів під медичним наглядом.

Феноменологія залежностей охоплює досвід та сприйняття осіб, які страждають від залежності, акцентуючи увагу на їхньому внутрішньому світі та переживаннях. Основними аспектами є почуття втрати контролю, інтенсивне бажання або потяг до психоактивних речовин чи певної поведінки, а також переживання фізичних та психологічних симптомів у разі відмови. Люди із залежністю часто відчують самотність і стигматизацію, що поглиблює їхній стан. Феноменологія також підкреслює, що залежність не є лише особистісною проблемою, а соціально-культурним явищем, де важливими є контексти, в яких розвиваються залежності, та взаємозв'язки з оточенням. Цей підхід дозволяє краще зрозуміти, як залежність впливає на особистість, та які емоційні та когнітивні процеси супроводжують цей стан.

Гештальт-терапія розглядає залежність як процес, що виникає через незавершені гештальти та порушення контакту з реальністю. У контексті залежностей це означає, що людина використовує адиктивну поведінку як спосіб уникнення або компенсації незадоволених потреб, емоційних конфліктів чи травматичного досвіду. Адикція вважається своєрідним способом підтримки рівноваги, хоча вона не дає можливості повноцінно інтегрувати власний досвід і розвиватися.

Одним із ключових аспектів гештальт-терапії залежностей є розуміння того, що адиктивна поведінка виникає через порушення контакту із собою та оточенням. Гештальт-терапевти розглядають залежність як фіксовану поведінкову стратегію, що замінює гнучкі способи взаємодії зі світом. Такі механізми, як проєкція, ретрофлексія та уникнення,

сприяють формуванню залежності, оскільки людина не усвідомлює своїх справжніх потреб і шукає зовнішні способи їх компенсації.

Гештальт-терапія пропонує працювати із залежностями через усвідомлення власних почуттів, потреб та процесу контакту. Терапевтичний процес спрямований на дослідження того, як людина створює і підтримує свою залежність, які нерозв'язані конфлікти стоять за цим процесом і як можна завершити «незакриті гештальти». Особлива увага приділяється тілесним відчуттям, емоціям та способам побудови міжособистісних відносин, що дозволяє пацієнту знайти нові шляхи задоволення своїх потреб без використання адиктивної поведінки.

Гештальт-терапія передбачає, що важливим етапом терапії є відновлення відповідальності за власне життя. Людина вчиться розрізняти свої автентичні бажання та соціальні чи травматичні установки, що призвели до формування залежності. Завдяки розвитку усвідомлення та прийняття власного досвіду вона поступово набуває здатності будувати здоровіші форми поведінки й підтримувати контакт із собою та світом без необхідності вживання речовин або вдавання до компульсивних дій.

3.4. Етапи розвитку та перебіг залежностей

Розвиток залежностей є складним і поступовим процесом, який охоплює декілька послідовних етапів. Кожен із цих етапів має свої характерні ознаки, які відображають зміни у взаємодії людини з об'єктом залежності. На початкових стадіях вплив речовини чи поведінки може здаватися невинним або контрольованим, але згодом це перетворюється на серйозну проблему, яка впливає на всі аспекти життя людини. Етапи розвитку залежностей та їх послідовність представлено на рисунку 3.2.



Рис. 3.2. Етапи розвитку залежностей

Початковий етап формування адиктивних звичок – це критична фаза, коли людина вперше контактує з речовиною або поведінкою. Ця фаза характеризується поєднанням психологічних, соціальних та емоційних факторів, які взаємодіють, щоб ініціювати та посилити патерни, що призводять до залежності. Знання цього етапу є важливим у психології та психотерапії адиктивної поведінки, оскільки воно закладає основу для стратегій профілактики та раннього втручання.

Шлях до залежності зазвичай починається з першого контакту, який може бути різним залежно від речовини або поведінки, про яку йдеться. Для одних це може бути експериментування з алкоголем чи наркотиками, для інших – участь у таких формах поведінки, як ігроманія або нав'язливий шопінг. Цей момент першого контакту часто є результатом ситуативних факторів та індивідуальної вразливості.

У психології поняття доступності відіграє важливу роль у визначенні ймовірності першого контакту. Речовини або поведінка, які є легкодоступними або нормалізованими в оточенні людини, збільшують шанси на експерименти. Особиста схильність, наприклад, генетичні фактори або вже наявні психічні розлади, також можуть посилити ризик. Стадія розвитку людини є ще одним фактором, оскільки підлітковий і ранній дорослий вік – це періоди підвищеної допитливості та ризикованої поведінки.

Мотиви, що лежать в основі початкової взаємодії з психоактивними речовинами чи поведінкою, є різними, серед яких найбільш поширеною є цікавість, особливо серед молодих людей. Бажання дослідити невідоме та відчути новизну може призвести до

експериментування. Така внутрішня мотивація посилюється в середовищі, де психоактивні речовини або адиктивна поведінка подаються як щось привабливе або асоціюються з престижем та азартом.

Зняття стресу – ще один поширений мотиватор. Життєві стреси, як-от проблеми на роботі чи в навчанні або міжособистісні конфлікти, можуть спонукати людей шукати тимчасову розраду. Такі речовини, як алкоголь або певна поведінка, наприклад, переїдання, забезпечують короточасну втечу від негативних емоцій. Ці механізми боротьби, які спочатку сприймаються як ефективні, створюють підґрунтя для виникнення залежності.

Соціальний вплив на початкових етапах також відіграє значну роль. Тиск однолітків, бажання бути прийнятим у певне коло і страх соціальної ізоляції є потужними мотиваторами. Наприклад, людина може спробувати курити або пити на соціальній вечірці, щоби вписатися в компанію або здаватися дорослою. Репрезентації в засобах масової інформації, які зображують уживання психоактивних речовин або адиктивну поведінку як нормативну чи бажану, ще більше посилюють цей соціальний тиск.

Перехід від простого експериментування до формування звички часто залежить від досвіду позитивного підкріплення. Позитивне підкріплення – це корисні ефекти, які слідують за вживанням речовини або залученням до певної поведінки. Для багатьох людей початковий досвід характеризується відчуттям задоволення, ейфорії або позбавленням від дискомфорту, що надалі посилює поведінку.

Для таких речовин, як алкоголь, нікотин або опіоїди, біохімічна взаємодія із системою винагороди мозку призводить до вивільнення дофаміну, що створює відчуття задоволення і благополуччя. Схожим чином залучення до таких видів поведінки, як азартні ігри або скролінг у соціальних мережах, активує ланцюги винагороди, забезпечуючи швидке задоволення. Цей приємний досвід стає переконливою причиною для повторення поведінки, запускаючи цикл підкріплення.

Полегшення таких негативних станів, як тривога, смуток або нудьга, також служить потужною формою підкріплення. Люди, які вважають, що певна речовина або поведінка полегшує їх дистрес, з більшою ймовірністю будуть використовувати її знову. Згодом ця залежність може затьмарити початкові мотиви вживання, вкорінюючи звичку ще глибше.

Вивчаючи початковий етап формування адиктивних звичок, психологи та психотерапевти мають ураховувати взаємодію цих факторів, щоб розробити ефективні заходи. Усвідомлення таких мотиваційних чинників, як цікавість, зняття стресу та соціальний вплив, дозволяє фахівцям розробляти стратегії, спрямовані на усунення першопричин

експериментування. Наприклад, розвиток навичок подолання стресу та підвищення життєстійкості може зменшити залежність від психоактивних речовин чи поведінки для боротьби зі стресом.

Важливо також звернути увагу на механізми позитивного підкріплення. Терапія, спрямована на зміну шляхів отримання винагороди, як-от когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), може допомогти людям переосмислити свої асоціації з адиктивними речовинами чи поведінкою. Раннє виявлення та втручання на цій стадії може запобігти прогресуванню до більш укорінених форм залежності.

Стадія прогресування залежності являє собою значну ескалацію як частоти, так й інтенсивності вживання психоактивних речовин або залучення до адиктивної поведінки. На цій стадії люди виходять за межі експериментування або епізодичного вживання і починають демонструвати патерни, характерні для залежності та компульсивності. Ця стадія характеризується розвитком толерантності, формуванням психологічної та фізіологічної залежності, а також поступовою втратою контролю над поведінкою. Ці елементи в сукупності закріплюють процес звикання, створюючи глибокі проблеми для людини і вимагаючи цілеспрямованих психологічних і психотерапевтичних втручань.

Толерантність - одна з найбільш ранніх і визначальних рис стадії прогресування. Коли людина повторно вживає речовину або практикує певну поведінку, її організм і мозок адаптуються, зменшуючи ефект, який вона відчувала спочатку. Наприклад, ейфорія, яку колись викликала невелика кількість алкоголю або коротка сесія азартних ігор, поступово згасає. Щоб досягти того ж рівня задоволення або полегшення, людина повинна збільшити дозу або частоту вживання. Ця ескалація відображає нейроадаптивні зміни в системі винагороди мозку, зокрема зниження регуляції дофамінових рецепторів та зміни в інших нейромедіаторних системах. Згодом людина змушена вживати речовину або брати участь у певній поведінці не лише для того, щоб отримати задоволення, але й для того, щоб уникнути дискомфорту або симптомів відміни, що ще більше посилює її залежність.

Розвиток психологічної залежності стає помітним, коли людина починає використовувати психоактивну речовину або поведінку як основний механізм подолання проблеми. Ця залежність проявляється в стійкому потязі та стурбованості отриманням або залученням до діяльності, що викликає залежність. Речовина або поведінка часто займає центральне місце в ідентичності людини, витісняючи інші інтереси та джерела задоволення. Наприклад, людина, залежна від азартних ігор, може все більше часу витратити на планування ставок або пошук коштів для продовження гри, навіть на шкоду стосункам,

роботі чи іншим зобов'язанням. Психологічна залежність також передбачає посилення неадаптивних когнітивних моделей, як-от раціоналізація надмірного вживання, мінімізація наслідків або розвиток спотвореного почуття самоефективності, пов'язаного з адиктивною діяльністю.

Фізіологічна залежність виникає, коли організм звикає до присутності речовини або фізіологічних реакцій, викликаних поведінкою. У випадку з наркотичними речовинами це проявляється через симптоми абстиненції, якщо вживання зменшується або припиняється. Такі симптоми, як тремор, тривога, нудота або дратівливість, є поширеними, а їх інтенсивність залежить від речовини, яку вживають. Навіть дії без прямого біохімічного впливу, наприклад, надмірна гра, можуть викликати фізіологічні ознаки абстиненції, зокрема неспокій, безсоння або розлади настрою. Ці фізичні симптоми посилюють цикл уживання, оскільки люди прагнуть продовжувати свої звички, щоб уникнути дискомфорту.

Втрата контролю над поведінкою є характерною ознакою стадії прогресування і означає перехід від добровільного до примусового вживання. Людина виявляється нездатною регулювати свою взаємодію з речовиною або діяльністю, незважаючи на наміри скоротити або припинити її. Така втрата контролю – це не просто брак сили волі, вона відображає фундаментальні зміни у функціонуванні мозку, особливо в префронтальній корі головного мозку, яка відповідає за прийняття рішень і контроль імпульсів. Домінування системи винагороди над виконавчими функціями мозку призводить до непереборного прагнення шукати стимул, що викликає залежність, часто незважаючи на розуміння тяжких негативних наслідків.

З розвитком залежності життя людини все більше обертається навколо речовини або певних дій, що призводить до звуження інтересів і можливостей для особистісного зростання. Часто погіршуються стосунки, кар'єрні прагнення та фізичне здоров'я, що посилює почуття провини, сорому та безнадії. Ці емоційні стани ще більше посилюють цикл звикання, оскільки речовина або поведінка стають засобом самолікування. Взаємодія між психологічними та фізіологічними аспектами залежності створює замкнене коло, яке складно перервати без стороннього втручання.

Із психотерапевтичного погляду, боротьба з прогресуванням залежності вимагає багатостороннього підходу. Ефективне лікування має бути спрямоване на основні нейропсихологічні зміни, дезадаптивні когнітивні патерни та фактори оточення, які підтримують адиктивну поведінку. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) особливо ефективно допомагає людям розпізнавати та змінювати викривлені моделі мислення,

розвивати здорові механізми подолання залежності та відновлювати почуття власної активності. Мотиваційні інтерв'ю також можуть відігравати ключову роль на цьому етапі, посилюючи внутрішню мотивацію до змін і надаючи людям можливість уявити собі життя без залежності.

Лікування фізіологічної залежності, наприклад, медикаментозна детоксикація або фармакологічна підтримка, часто необхідне для подолання симптомів абстиненції та зменшення потягу до наркотичних речовин. Комплексні підходи, що поєднують психологічні та медичні втручання, дають найкращі результати, оскільки вони спрямовані на складну взаємодію між розумом і тілом, яка характерна для залежності.

Хронічна стадія залежності є кульмінацією тривалої та некерованої адиктивної поведінки, яка характеризується наявністю стійких патернів і серйозних наслідків у багатьох сферах життя людини. На цій стадії залежність виходить за межі простого звичного вживання і перетворюється на поширений розлад, що характеризується значними психологічними, фізіологічними та соціальними проблемами. Для психолога та психотерапевта розуміння складності цієї стадії є надзвичайно важливим, оскільки вона передбачає подолання складних наслідків довготривалої залежності, управління симптомами абстиненції, а також динаміку ремісії та рецидиву.

Характерною особливістю хронічної стадії є прояв абстинентного синдрому під час спроб зменшити або припинити вживання адиктивної речовини чи поведінки, що викликає залежність. Симптоми абстиненції варіюються залежно від характеру залежності, але зазвичай характеризуються фізичним дискомфортом і психологічним дистресом. Наприклад, люди, залежні від опіоїдів, можуть відчувати сильні грипоподібні симптоми, м'язовий біль і безсоння, тоді як люди, залежні від алкоголю, можуть страждати від тремору, судом або білої гарячки у важких випадках. Поведінкові залежності, зокрема компульсивна залежність від азартних ігор, можуть спричиняти сильну тривогу, дратівливість і депресивні симптоми. Ці ознаки абстиненції є вкрай неприємними і часто змушують людей повертатися до своєї залежності, щоб полегшити дискомфорт, тим самим продовжуючи замкнений цикл залежності.

Хронічна стадія також має значні соціальні наслідки. Відносини з родиною, друзями та колегами часто погіршуються через захоплення людини своєю залежністю, нехтування обов'язками та поведінкові зміни. Довіра часто знижується, а загальним результатом стає соціальна ізоляція, оскільки залежність забирає все більше часу та енергії. Фінансова нестабільність часто супроводжує цю стадію через втрату роботи, юридичні проблеми або

безрозсудні витрати, пов'язані із залежністю. Зазначені соціальні наслідки не лише посилюють психологічний дистрес людини, але й зменшують мережу підтримки, яка могла би допомогти в лікуванні.

Наслідки для фізичного здоров'я на хронічній стадії залежності стають усе більш помітними. Тривале вживання психоактивних речовин може призвести до важких медичних ускладнень, як-от: цироз печінки за алкогольної залежності, пошкодження серцево-судинної системи в разі вживання стимуляторів, проблеми з легенями за ніотинової залежності. Адиктивна поведінка, хоч і не впливає безпосередньо на фізичне здоров'я, все ж може сприяти виникненню вторинних фізіологічних проблем, наприклад, ожиріння через компульсивне переїдання або хвороб, пов'язаних зі стресом через хронічну залежність від азартних ігор, у тому числі комп'ютерних. Вплив залежності на систему винагороди та виконавчу систему мозку часто призводить до довготривалих когнітивних порушень, зокрема до дефіциту пам'яті, зниження здатності приймати рішення та розладу емоційної регуляції.

Психологічні наслідки залежності на хронічній стадії не менш важкі. Люди часто потерпають від супутніх порушень психічного здоров'я, як-от глибокий депресивний розлад, тривожні розлади або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Хронічний стрес, спричинений залежністю та її наслідками, може посилити ці стани, що ускладнює процес лікування. Почуття провини, сорому та безнадійності стають всеосяжними, ще більше знижуючи самооцінку та мотивацію до пошуку допомоги. Почуття ідентичності людини може бути настільки пов'язане з її залежністю, що уявити собі життя без неї здається неможливим.

Періоди ремісії та рецидиву є характерними ознаками хронічної стадії, що свідчить про циклічний характер залежності. Ремісія – це проміжки часу, коли людина утримується від адиктивної речовини або поведінки, часто після періоду інтенсивного лікування або особистої рішучості. Ці періоди можуть бути швидкоплинними або тривалими, залежно від наявних систем підтримки та прихильності людини до лікування. Водночас рецидив є поширеним явищем, оскільки психологічні й фізіологічні фактори, що зумовлюють уразливість до залежності, залишаються присутніми. Такі фактори, як стрес, вплив оточення або соціальний тиск, можуть знову викликати потяг до наркотичних речовин, що призводить до відновлення адиктивної поведінки.

Моделі профілактики рецидивів передбачають аналіз ситуацій підвищеного ризику та розроблення стратегій для їх ефективного подолання. Такі методи, як втручання на основі усвідомленості, можуть допомогти людям зрозуміти свої тригери і реагувати на потяг до

наркотичних речовин із більшим контролем. Групи підтримки, зокрема Анонімні Алкоголіки (АА) або подібні організації, забезпечують допомогу та підзвітність на рівні громади, що є життєво важливим на цьому етапі.

У випадках сильної фізичної залежності можуть знадобитися медичні втручання, зокрема фармакотерапія, щоби полегшити симптоми абстиненції та зменшити потяг до алкоголю. Зокрема, такі ліки, як метадон чи бупренорфін за опіоїдної залежності або налтрексон за розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та опіоїдів, можуть значно допомогти в стабілізації стану людини та підтримуванні її на шляху до одужання.

3.5. Хімічні залежності в рубриках МКХ-10 та МКХ-11

Класифікація хімічних залежностей згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) – це комплексна система, призначена для класифікації та діагностики розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин. Ці порушення об'єднані в розділі «Психічні та поведінкові розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин», що кодується рубриками F10–F19. Цей розділ містить систематизовану структуру для виявлення та лікування низки станів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, кожен з яких кодується відповідно до конкретної речовини та характеру розладу.

Коди F10–F19 побудовано на основі типу психоактивної речовини: алкоголь (F10), опіоїди (F11), канабіноїди (F12), седативні або снодійні засоби (F13), кокаїн (F14), інші стимулятори, в тому числі кофеїн (F15), галюциногени (F16), тютюн (F17), летючі розчинники (F18), а також інші психоактивні речовини (F19). У межах кожної з цих категорій у МКХ-10 виокремлено низку діагностичних станів. Первинні стани охоплюють гостру інтоксикацію, шкідливе вживання або зловживання, синдром залежності, абстинентний синдром, абстинентний синдром із маренням, психотичний розлад та амнезійний синдром. Кожен стан додатково визначений унікальною системою кодування, яка відображає ступінь тяжкості, супутні ускладнення та поведінкові прояви розладу.

Синдром залежності є однією з основних діагностичних категорій і характеризується кластером фізіологічних, поведінкових та когнітивних феноменів. Сюди входить сильне бажання вживати психоактивну речовину, труднощі з контролем над її вживанням, постійне вживання, незважаючи на шкідливі наслідки, пріоритет вживання психоактивної речовини над іншими видами діяльності або обов'язками, підвищена толерантність, а іноді й фізична абстиненція. Цей синдром кодується під рубрикою F1x.2, де «x» означає код конкретної

психоактивної речовини. Наприклад, алкогольна залежність кодується як F10.2, а опіоїдна залежність – F11.2.

Гостра інтоксикація (F1x.0) – це перехідний стан після вживання психоактивної речовини, що призводить до порушень свідомості, пізнання, сприйняття, афекту або поведінки. Ступінь інтоксикації може варіюватися від легкого до тяжкого і часто залежить від дози, способу введення й толерантності людини. Цей стан часто спостерігається в разі вживання всіх категорій наркотичних речовин і вимагає точного фіксування, щоб відрізнити його від інших розладів, зокрема синдрому відміни або психотичних станів.

Синдром відміни (F1x.3) виникає після припинення або зменшення вживання психоактивних речовин, яке було важким і тривалим. Він характеризується специфічними фізичними та психологічними симптомами, які варіюються залежно від речовини, що вживається. Наприклад, алкогольна абстиненція може супроводжуватися тремтінням, тривогою та судомою, тоді як опіоїдний синдром відміни часто проявляється болем у м'язах, діареєю та блювотою. Якщо стан відміни супроводжується делірієм, він кодується окремо під рубрикою F1x.4.

Шкідливе вживання, або зловживання (F1x.1) описує модель вживання психоактивних речовин, яка завдає шкоди фізичному або психічному здоров'ю. На відміну від залежності, шкідливе вживання не обов'язково пов'язане з примусом до вживання речовини або симптомами абстиненції. Це важливий діагноз для ідентифікації осіб, які ризикують перейти до більш тяжких станів, і передусім базується на доказах шкоди, як-от пошкодження печінки внаслідок хронічного вживання алкоголю або порушення свідомості, що призводить до нещасних випадків.

Психотичні розлади (F1x.5), пов'язані з вживанням психоактивних речовин, охоплюють галюцинації, марення та тяжкі розлади настрою або процесів мислення, безпосередньо спричинені впливом психоактивної речовини. Цей стан є особливо критичним щодо речовин із сильним психоактивним впливом, як-от галюциногени або стимулятори.

Система кодування МКХ-10 дозволяє детально описати хімічну залежність. Структура кодування використовує комбінацію букв і цифр, де префікс «F1» позначає психічні та поведінкові розлади, спричинені психоактивними речовинами, за яким йде конкретна категорія речовини та підтип розладу. Наприклад, F12.0 означає гостру інтоксикацію канабісом, а F19.5 – психотичний розлад, спричинений кількома іншими психоактивними

речовинами. Ця ієрархічна система забезпечує адаптацію діагнозів до стану людини, зберігаючи при цьому міжнародну уніфікацію в клінічній практиці.

Точне кодування хімічних залежностей передбачає детальне клінічне обстеження, що включає анамнез вживання психоактивних речовин, оцінювання фізичного та психічного здоров'я, а також визначення специфічних діагностичних критеріїв, викладених у МКХ-10. Клініцисти мають також зважати на супутні розлади та ускладнення, зокрема цироз печінки, серцево-судинні захворювання або психіатричні стани, як-от тривога чи депресія. Такий підхід дозволяє отримати повне комплексне бачення стану пацієнта і полегшує розроблення цілеспрямованих стратегій лікування.

Загалом, класифікація хімічних залежностей за МКХ-10 у рубриках F10-F19 забезпечує надійну основу для діагностики та лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Її структура, що включає залежність, гостру інтоксикацію, абстиненцію та шкідливе вживання, забезпечує повне охоплення всього спектру розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Система пропонує точні діагностичні коди та чіткі критерії, що покращує комунікацію між медичними працівниками та сприяє плануванню лікування на основі доказової медицини.

Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) містить значні зміни та інновації в класифікації розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин та адиктивною поведінкою, відображаючи досягнення в галузі досліджень і клінічної практики. Нова система знаменує зміну парадигми в дослідженні та діагностиці хімічних залежностей, акцентуючи увагу на більш детальному підході до взаємодії між біологічними, психологічними та соціальними факторами залежності. Ці зміни мають значні наслідки для психології та психотерапії, оскільки МКХ-11 пропонує вдосконалені інструменти для оцінювання, втручання та профілактики.

Однією з характерних змін у МКХ-11 є реорганізація розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин, у ширшу категорію під назвою «Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин або адиктивною поведінкою». Ця реструктуризація об'єднує традиційні хімічні залежності з поведінковими залежностями, як-от ігроманія, висвітлюючи спільні нейробіологічні та психологічні механізми, що знаходяться в основі цих станів. Об'єднуючи розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, і поведінкові залежності в єдину структуру, МКХ-11 сприяє більш повному вивченню залежності як спектра дезадаптивних форм поведінки, зумовлених порушенням систем винагороди і подолання проблем.

МКХ-11 розширює діагностичні критерії розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, і пропонує більшу специфічність і точність у виявленні проблемних моделей вживання. Наприклад, критерії відтепер включають більш широке визначення шкідливих наслідків уживання психоактивних речовин, навіть за відсутності залежності. Ця зміна враховує різні траєкторії розвитку залежності, що дозволяє лікарям виявляти та втручатися на ранніх стадіях проблемної поведінки. Введення рівнів тяжкості – легкого, помірного та важкого – дозволяє більш деталізовано оцінити розлад, відображаючи інтенсивність симптомів та ступінь функціональних порушень у пацієнта. Ця стратифікація підтримує індивідуальні терапевтичні підходи, які є ключовими для психологічних і психотерапевтичних втручань.

Помітним нововведенням у МКХ-11 є додавання нових категорій, що відповідають новим тенденціям у вживанні психоактивних речовин. Розлади, спричинені вживанням канабісу, тепер розмежовані з більшою точністю, зважаючи на кількість даних, що зростає, про ризики для здоров'я від цієї речовини, особливо з огляду на підвищену ефективність сучасних продуктів канабісу. Класифікація розрізняє гостру інтоксикацію, шкідливе вживання та залежність від канабісу, забезпечуючи структурований підхід до діагностики та лікування проблем, із ним пов'язаних. Також МКХ-11 вводить категорії розладів, спричинених вживанням нових психоактивних речовин (НПР), які охоплюють широкий спектр синтетичних наркотиків з непередбачуваними ефектами. Це доповнення відображає мінливий характер вживання психоактивних речовин і необхідність адаптації діагностичних систем до нових завдань охорони здоров'я.

З огляду на оцінювання тяжкості розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, МКХ-11 пропонує уніфіковану систему, яка враховує частоту, інтенсивність та вплив уживання психоактивних речовин на життя людини. Такий підхід відповідає сучасним психологічним теоріям, які розглядають залежність як континуум, а не як бінарний стан. Поєднання цих аспектів дає змогу отримати персоналізоване бачення розладу, що полегшує втручання, спрямовані на задоволення конкретних потреб кожної людини. Наприклад, легкі розлади можна лікувати короткими мотиваційними втручаннями, тоді як важкі випадки можуть потребувати інтенсивної психотерапії та мультидисциплінарної допомоги.

Внесення поведінкових залежностей, зокрема ігрових розладів, до МКХ-11 відображає зростання рівня визнання форм залежності, не пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Ігровий розлад характеризується порушенням контролю над грою, наданням пріоритету грі над іншими видами діяльності та продовженням гри, попри можливі

негативні наслідки. Віднесення до цієї категорії наголошує на спільних психологічних механізмах між поведінковими та хімічними залежностями, як-от компульсивна залученість, емоційна дисрегуляція та неадаптивні стратегії подолання. Це узгодження відкриває нові можливості для психологів і психотерапевтів застосовувати науково обґрунтовані моделі лікування залежностей, зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), до ширшого спектру адиктивних форм поведінки.

У МКХ-11 також акцентовано на інтеграції культурних і контекстуальних факторів у діагностиці розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Це відображає визначення того, що залежність є не лише нейробіологічним явищем, але й міцно пов'язана із соціальним та культурним середовищем. Для психологів і психотерапевтів це означає прийняття культурно-чутливих підходів до оцінювання та втручання, визначення впливу суспільних норм, стигми та доступу до ресурсів на вживання психоактивних речовин і лікування.

З психотерапевтичного погляду зміни в МКХ-11 сприяють переходу до медичної допомоги, орієнтованої на особистість та одужання. Удосконалені діагностичні критерії сприяють виявленню таких супутніх психічних розладів, як тривога та депресія, котрі часто взаємодіють із розладами, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Розв'язання проблеми супутніх розладів має важливе значення для ефективного лікування, оскільки вони часто закріплюють адиктивну поведінку та перешкоджають лікуванню. У класифікації акцентовано не тільки на тяжкості та функціональних порушеннях, але й на важливості втручання, які сприяють підвищенню життєстійкості, покращенню стратегій подолання і позитивним змінам у житті.

Порівняння двох класифікацій МКХ-10 та МКХ-11 показує значні відмінності в термінології, структурі рубрик і діагностичних підходах, які мають важливе значення для практики психологів і психотерапевтів, а також для клінічного менеджменту адиктивної поведінки (табл. 3.3).

У МКХ-11 розширено категорії психоактивних речовин, що дозволяє точніше визначати різні види залежностей. Введено нові діагностичні категорії: «Розлади, пов'язані з адиктивною поведінкою», що включають «Гральний розлад» та «Ігровий розлад». Це сприяє ранньому виявленню та інтервенції, особливо у випадках, коли залежність ще не призвела до серйозних наслідків.

Завдяки деталізації діагностичних критеріїв МКХ-11 сприяє розробленню індивідуалізованих планів лікування, що враховують специфіку кожного випадку. Це своєю

чергою підвищує ефективність терапевтичних втручань та покращує результати лікування. Крім того, введення нових категорій розладів дозволяє розширити спектр терапевтичних підходів, включаючи поведінкові та фармакологічні методи.

Оновлена класифікація підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу в лікуванні залежностей. Психотерапевти отримують чіткіші критерії для оцінювання стану пацієнтів, що сприяє вибору найбільш відповідних методів терапії. Наприклад, визнання ігрового розладу як окремої категорії дозволяє розробляти спеціалізовані психотерапевтичні програми саме для цієї групи пацієнтів.

Загалом, запровадження МКХ-11 покращує точність діагностики та ефективність лікування хімічних залежностей, сприяючи більш персоналізованому та своєчасному підходу до пацієнтів.

Таблиця 3.3

Порівняння ключових особливостей МКХ-10 та МКХ-11 щодо залежностей

Критерій	МКХ-10	МКХ-11
Структура діагнозу	Узагальнений підхід до залежностей без детальної специфікації	Розширені категорії, додано «Розлади, пов'язані з адиктивною поведінкою»
Розширення категорій	Обмежена кількість психоактивних речовин	Додано нові речовини та категорії поведінкових залежностей, зокрема ігровий розлад
Фокус на поведінкових залежностях	Поведінкові залежності не визнаються як окремий розлад	Введено окремі категорії, зокрема «Ігровий розлад» і «Гральний розлад»
Оцінювання важкості залежності	Загальні критерії без чіткого поділу на стадії чи важкості	Чіткий поділ на легкий, середній і важкий ступені залежності
Роль абстиненції	Згадується, але без особливого акценту	Визначається як ключовий критерій для діагностики фізичної залежності
Підхід до профілактики	Не передбачено окремих категорій для шкідливого патерну вживання без формальної залежності	Додано категорії, які дозволяють діагностувати та втручатися на ранніх стадіях залежності
Клінічне застосування	Менше уваги деталізації, через що можливі труднощі в стандартизації терапевтичних втручань	Сприяє індивідуалізованому підходу до лікування завдяки більш чітким критеріям діагностики

Однією з найбільш помітних відмінностей між МКХ-10 та МКХ-11 є зміна термінології. У МКХ-10 розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, в основному класифікуються в рубриці «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин», що наголошує на ролі саме психоактивних речовин у розладах психічного здоров'я. На противагу цьому в МКХ-11 прийнята ширша і більш інклюзивна категорія «Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки». Цей перехід свідчить про усвідомлення того, що залежність охоплює як хімічну залежність, так і поведінкові патерни, які мають схожу психологічну та нейробіологічну основу, наприклад, розлад через азартні ігри та розлад ігрової залежності. Оновлена термінологія відображає відхід від негативних формулювань і відповідає підходу, орієнтованому на людину та її лікування.

Організація рубрик у МКХ-11 також відрізняється від МКХ-10, маючи більш упорядковану та всеосяжну структуру. У МКХ-10 розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, згруповано в ряд категорій за типом речовини, наприклад, алкоголь (F10), опіоїди (F11) і канабіноїди (F12), а також визначено підкатегорії, як-от гостра інтоксикація, шкідливе вживання і залежність. Хоча у МКХ-11 збережено специфічні для кожної речовини категорії, в ній також підвищено чіткість і гнучкість цих рубрик. Наприклад, введення ступенів залежності – легкого, помірного та важкого – забезпечує більш тонкий підхід до оцінювання впливу вживання психоактивних речовин на життєдіяльність людини. Така стратифікація контрастує з менш диференційованою системою МКХ-10, яка часто вимагала від клініцистів прийняття бінарних рішень щодо наявності чи відсутності залежності.

Ще одним ключовим нововведенням у МКХ-11 є розширення діагностичних критеріїв для врахування сучасних тенденцій у вживанні психоактивних речовин. Розладам, пов'язаним з канабісом і новими психоактивними речовинами (НПР), приділяється більше уваги, що відображає їх поширеність і особливі проблеми, які вони створюють у клінічних умовах. Тоді як МКХ-10 включає канабіс і групує нові речовини в загальні категорії, МКХ-11 надає конкретні діагностичні шляхи для цих речовин, ураховуючи їхні відмінні фармакологічні профілі та ефекти. Така деталізація підвищує точність діагностики, допомагаючи психологам і психотерапевтам формулювати більш цілеспрямовані втручання.

З погляду діагностичних підходів МКХ-11 пропонує більш інтегративну перспективу, розглядаючи взаємодію біологічних, психологічних і соціальних факторів у розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Цей підхід відповідає сучасним

психологічним теоріям залежності, які розглядають її як багатогранний стан, на який впливають нейробіологічна вразливість, неадаптивні механізми подолання та стресові фактори навколишнього середовища. Додавання до МКХ-11 таких аспектів, як порушення контролю, значущість уживання психоактивних речовин і функціональні порушення, запропонувало цілісну структуру, яка відповідає психотерапевтичним практикам, що зосереджені на поведінці, пізнанні та емоційній регуляції.

Адаптація МКХ-11 у практиці психологів та психотерапевтів вимагає змін у клінічному оцінюванні та плануванні лікування. Нова класифікація наголошує на континуумі розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, заохочуючи клініцистів розпізнавати різні рівні тяжкості та адаптувати відповідне втручання. Наприклад, люди з легкими розладами вживання психоактивних речовин можуть отримати користь від мотиваційного інтерв'ю або коротких когнітивно-поведінкових втручань, тоді як пацієнти з важкими розладами можуть потребувати інтенсивної психотерапії та інтеграції з медикаментозним лікуванням. Внесення поведінкових залежностей до МКХ-11 розширює сферу психологічних втручань, дозволяючи лікарям застосовувати моделі лікування залежностей до їх нехімічних форм, як-от проблемна залежність від азартних ігор.

Практичне значення цих змін поширюється не лише на діагностику, але й на лікування та прогнозування. Надаючи більш деталізовану основу для оцінювання тяжкості та функціонального впливу, МКХ-11 полегшує виявлення супутніх психічних розладів (тривога, депресія або травма), які часто загострюють розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин. Цей комплексний підхід сприяє розробленню всебічних планів лікування, які спрямовані як на адиктивну поведінку, так і на її основні чинники, що відповідають доказовій психотерапевтичній практиці. Більша специфічність категорій МКХ-11 дозволяє лікарям відстежувати прогрес і динамічно адаптувати втручання, покращуючи результати лікування.

Впровадження МКХ-11 також впливає на підготовку та навчання психологів і психотерапевтів. Ознайомлення з новою класифікаційною системою необхідне для точної діагностики та ефективної комунікації з мультидисциплінарними командами. Освітні програми мають наголошувати на теоретичних і практичних аспектах МКХ-11, зокрема на розширених критеріях, оцінюванні тяжкості та інтеграції поведінкових залежностей. Ці знання допоможуть клініцистам правильно зрозуміти складність залежностей у різних групах населення та використати інформацію класифікації для надання доказової допомоги.

З клінічного погляду перехід від МКХ-10 до МКХ-11 відображає еволюцію в поглядах на залежність. Акцент нової класифікації на гнучкості, інклюзивності та особистісно-

орієнтованій допомозі відповідає сучасним психотерапевтичним підходам, які ставлять на перше місце досвід людини та контекстуальні фактори, що впливають на її поведінку. Ці зміни наголошують на тому, аби розглядати залежність не як суто медичний стан, а як динамічну взаємодію психологічних і середовищних чинників, що вимагає виваженого і турботливого втручання.

3.6. Характеристика окремих видів хімічних залежностей

Хімічні залежності є складними розладами, що виникають у результаті регулярного вживання психоактивних речовин, які впливають на фізичний і психологічний стан людини. Вони охоплюють широкий спектр розладів, кожен з яких має свої особливості перебігу та наслідків. Різновиди таких залежностей залежать як від властивостей самої речовини, так і від індивідуальних характеристик споживача. Класифікацію видів хімічних залежностей представлено на рисунку 3.3.



Рис. 3.3. Види хімічних залежностей

Алкогольна залежність є найбільш поширеною формою хімічної залежності, що характеризується регулярним вживанням алкоголю, розвитком толерантності до нього, а згодом і фізичною залежністю. Вона займає ключове місце в структурі розділу через високу поширеність у суспільстві та значні медико-соціальні наслідки.

Нікотинова залежність має схожу природу, але з акцентом на вплив нікотину на центральну нервову систему. Цей вид залежності демонструє, як навіть речовини з порівняно менш вираженим наркотичним ефектом можуть формувати сильну залежність.

Залежність від летких речовин включає зловживання такими субстанціями, як розчинники, бензин чи клей. Цей вид залежності ілюструє небезпеку речовин, які часто є легкодоступними, але мають серйозні токсичні ефекти на організм.

Залежність від лікарських препаратів охоплює випадки неконтрольованого використання медикаментів, зокрема опіоїдів, седативних або стимулюючих засобів. Ця категорія стосується ризиків самолікування та неправильного призначення лікарських засобів.

Наркотична залежність охоплює використання нелегальних наркотичних речовин, як героїн, кокаїн чи амфетаміни. Це найтяжчий вид залежності з точки зору фізичних, психологічних і соціальних наслідків.

Дослідження П'ятницької І. М. привели до необхідності додати до сучасної психіатрії поняття "великий наркомагічний синдром", що охоплює комплекс психічних і поведінкових змін, спричинених одночасним впливом наркотичних речовин та магічного мислення. Це явище поєднує класичні симптоми залежності з ілюзорними переконаннями про надприродні сили, що нібито допомагають чи навпаки – переслідують пацієнта. Така концепція дозволяє глибше зрозуміти механізми розвитку психозів на тлі вживання психоактивних речовин, особливо в умовах субкультур, де магічне мислення відіграє важливу роль.

Структура великого наркомагічного синдрому охоплює кілька стадій. Початковий етап характеризується посиленням сугестивності та появою так званих «ритуалів», пов'язаних із вживанням речовин. На другому етапі формується стійка впевненість у надприродному впливі наркотиків, що супроводжується галюцинаціями, параноїдальними ідеями та зниженням критичності. В останній стадії розвивається глибока дезінтеграція особистості, що ускладнюється важкими психотичними епізодами, втратою зв'язку з реальністю та незворотними когнітивними порушеннями. Введення цього поняття дозволяє краще діагностувати та лікувати пацієнтів із подібними станами, адаптуючи терапевтичні підходи до їхніх особливих когнітивних та емоційних змін.

Алкогольна залежність, також відома як розлад вживання алкоголю (РВА), – це хронічний стан, що прогресує і характеризується нездатністю контролювати вживання алкоголю, незважаючи на його негативні наслідки. Це комплексне явище уражає мільйони людей у всьому світі, призводячи до значних психологічних, поведінкових та соціальних наслідків.

Вплив алкоголю на психіку та поведінку людини є досить складним і багатограним. Алкоголь є депресантом центральної нервової системи, який змінює роботу мозку, впливає на настрій, пізнання та моторику. Спочатку вживання алкоголю може викликати відчуття розслаблення, ейфорії та зниження соціальних заборон. Однак зі збільшенням рівня алкоголю погіршуються свідомість і пам'ять, з'являється емоційна нестабільність. Хронічне вживання алкоголю змінює хімічний склад мозку, зокрема впливає на нейромедіатори, як от дофамін і гамма-аміномасляна кислота (ГАМК). Ці зміни можуть створити цикл залежності, оскільки мозок стає залежним від алкоголю, щоб підтримувати відчуття нормального стану. Згодом люди можуть відчувати підвищену толерантність, тобто потребу в більшій кількості алкоголю для досягнення тих самих ефектів, а також симптоми абстиненції, коли алкоголь недоступний.

У контексті поведінки алкогольна залежність (АЗ) може призвести до значних змін в особистості та вчинках. Люди можуть проявляти імпульсивність, агресію та ризиковану поведінку, наприклад, керувати автомобілем у стані алкогольного сп'яніння або вступати в небезпечні сексуальні стосунки. Згодом цикл звикання руйнує особисті та професійні стосунки, оскільки люди надають перевагу вживанню алкоголю, а не обов'язкам і соціальним зобов'язанням. Таке погіршення поведінки часто призводить до ізоляції, ще більше посилюючи психологічний дистрес і зміцнюючи залежність від алкоголю як механізму подолання проблем.

Розвиток алкогольної залежності зазвичай відбувається в кілька етапів. На початковій стадії, відомій як експериментування, люди можуть уживати алкоголь через цікавість, соціальний тиск або бажання відчувати його дію. Ця стадія часто передбачає епізодичне або помірне вживання без значних наслідків. Коли контакт з алкогольними напоями стає частішим, людина може перейти на стадію регулярного вживання, що інтегрується в повсякденне життя. На цьому етапі людина може почати вживати алкоголь як засіб для зняття стресу або емоційної підтримки.

Третя стадія – ризиковане вживання – характеризується надмірним споживанням, що призводить до таких негативних наслідків, як проблеми зі здоров'ям, юридичні проблеми або міжособистісні конфлікти. Попри ці наслідки, людина продовжує вживати алкоголь, що свідчить про формування залежності. На завершальній стадії, тобто безпосередньо залежності, людина втрачає контроль над своїми звичками пити, відчуваючи потяг до алкоголю та абстинентний синдром за його відсутності. На цій стадії вживання спиртних напоїв стає компульсивним, затьмарюючи всі інші аспекти життя.

Соціально-психологічні наслідки алкогольної залежності є значними та довготривалими. На особистому рівні люди з АЗ часто борються з почуттям провини, сорому та низької самооцінки. Ці емоції можуть сприяти виникненню супутніх розладів психічного здоров'я, як-от депресія та тривога. У соціальному плані алкогольна залежність порушує сімейну динаміку, часто призводячи до конфліктів, нехтування або жорстокого поводження. Діти людей з АЗ можуть зазнати емоційної травми, затримки розвитку або підвищеного ризику розвитку розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

У ширшому масштабі алкогольна залежність спричиняє значні економічні та соціальні витрати. Вона пов'язана зі зниженням продуктивності праці, збільшенням витрат на охорону здоров'я та підвищенням рівня злочинності. Суспільства, що потерпають від високого рівня алкогольної залежності, часто стикаються з хвильовим ефектом, з напруженою системою охорони здоров'я, перевантаженням правової системи та зниженою соціальною згуртованістю.

Розв'язання проблеми алкогольної залежності вимагає комплексного підходу, який включає профілактику, раннє втручання та лікування. Ініціативи у сфері охорони здоров'я, спрямовані на зменшення споживання алкоголю через освіту, зміни в політиці та підтримка громади, відіграють важливу роль у пом'якшенні наслідків алкогольної залежності. Для тих, хто вже бореться із залежністю від алкоголю, науково обґрунтовані методи лікування, як-от консультування, медикаментозна терапія та групи підтримки, можуть допомогти людині досягти одужання та відновити своє життя.

Наркозалежність – складне і багатовекторне явище, яке суттєво впливає на фізичне, психологічне та соціальне благополуччя людини. В основі наркоманії лежить поєднання біологічних, психологічних та екологічних факторів, вона характеризується компульсивним пошуком наркотиків, нездатністю контролювати їх використання та постійним вживанням, незважаючи на несприятливі наслідки. Психологічне та психотерапевтичне вивчення наркоманії дає критичне уявлення про її природу, перебіг та лікування, приділяючи особливу увагу типам наркотичних речовин, їх впливу на організм, поведінковим проявам і стадіям розвитку залежності.

Наркотичні речовини широко класифікуються на основі їх впливу на центральну нервову систему (ЦНС) та потенціалу розвитку залежності. Найпоширенішими категоріями є стимулятори, депресанти, опіоїди, галюциногени та канабіноїди. Стимулятори включають кокаїн, амфетаміни та метамфетамін, які підвищують активність ЦНС, що надає людині гіперактивність, ейфорію та приплив енергії. Однак тривале вживання може призвести до

появи тривоги, параної та значних серцево-судинних і неврологічних ушкоджень. Депресанти, зокрема бензодіазепіни, барбітурати та алкоголь, уповільнюють активність ЦНС, викликають розслаблення та седативний ефект. Зловживання ними часто призводить до пригнічення дихання, когнітивних порушень і фізичної залежності.

Опіоїди, зокрема героїн, морфін та їх синтетичні варіанти, як-от фентаніл, зв'язуються з опіоїдними рецепторами в мозку, викликаючи сильну ейфорію і полегшення болю. Хронічне вживання порушує природні механізми регуляції больового синдрому, однак згодом це призводить до толерантності, абстиненції та важкої психологічної залежності. ЛСД, псилоцибін і кетамін належать до категорії галюциногенів, які змінюють сприйняття, настрої і свідомість. Хоча ці препарати традиційно не асоціюються з фізичною залежністю, вони можуть призвести до психологічних проблем, зокрема до стійких галюцинацій або параної. Канабіноїди, в основному представлені марихуаною, впливають на пам'ять, координацію та настрої. Хоча вони часто сприймаються як такі, що не викликають звикання, їх постійне вживання може призвести до психологічної залежності та когнітивного дефіциту.

Поведінково наркозалежність проявляється в патернах, які значно відхиляються від нормативного функціонування. Залежні люди часто виявляють стурбованість щодо отримання і вживання речовини, нехтуючи особистими, професійними та соціальними обов'язками. Поведінкові зміни часто полягають у підвищеній потайливості, фінансовій безвідповідальності та участі в незаконних діях, щоб підтримувати рівень споживання наркотиків. Ще однією характерною ознакою є емоційна неврівноваженість, коли перепади настрою, дратівливість та імпульсивність стають помітними. Згодом залежність руйнує здатність людини до раціонального прийняття рішень і самоконтролю, посилюючи цикл компульсивного вживання, незважаючи на негативні наслідки.

З погляду психології залежність може слугувати дезадаптивним механізмом подолання основних проблем, наприклад, травми, стресу або розладів психічного здоров'я. Наркотики можуть тимчасово полегшити емоційний біль або дати відчуття порятунку, але в кінцевому підсумку вони посилюють психологічний дистрес, призводять до погіршення почуття власної гідності та ізоляції. Ці поведінкові моделі мають глибоке підґрунтя і часто потребують терапевтичного втручання для ефективного усунення їх першопричин.

Розвиток наркозалежності зазвичай відбувається в декілька послідовних етапів, кожен з яких має особливий вплив на психіку та поведінку людини. Початкова стадія – експериментування – передбачає добровільне вживання наркотичних речовин, часто зумовлене цікавістю, тиском однолітків або прагненням отримати приємні відчуття. На цій

стадії психологічні ефекти здебільшого епізодичні, з обмеженим впливом на загальне функціонування. Однак якщо вживання стає частішим, люди переходять до стадії регулярного вживання, коли наркотики починають відігравати центральну роль в їх повсякденному житті. Психіка починає адаптуватися до присутності речовини, з'являються перші ознаки психологічної залежності. Стадія ризикованого вживання характеризується ескалацією споживання, що призводить до помітних фізичних і психологічних наслідків. У людини може розвинути толерантність, що вимагає більших доз для досягнення бажаного ефекту, а симптоми абстиненції можуть почати проявлятися за відсутності речовини. Психологічно ця стадія характеризується підвищеною тривожністю, депресією та постійним відчуттям втрати контролю.

На завершальній стадії - залежності - наркотична речовина стає домінантною силою в житті людини, перебиваючи всі інші пріоритети. Хронічне вживання наркотиків спричиняє значні зміни в хімічній структурі мозку, особливо у сферах, пов'язаних з отриманням винагороди, контролем імпульсів та емоційною регуляцією. Ці зміни закріплюють цикл потягу, компульсивного вживання та абстиненції, глибоко погіршуючи психічне здоров'я та загальне функціонування. На цьому етапі люди часто опиняються в пастці циклу залежності, а їхня психіка перебуває під сильним впливом присутності або відсутності речовини.

З боку психології та психотерапії боротьба з наркозалежністю вимагає багатопланового підходу, який охоплює як біологічні, так і психологічні аспекти залежності. Психотерапевтичні втручання спрямовані на вивчення основних емоційних і когнітивних факторів, що лежать в основі адиктивної поведінки. Когнітивно-поведінкова терапія активно використовується для того, щоб допомогти людям виявити та змінити дисфункціональні моделі мислення та поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Мотиваційні інтерв'ю сприяють формуванню внутрішньої мотивації до змін, тоді як травмофокусована терапія спрямована на розв'язання невирішених проблем, які можуть сприяти виникненню наркотичної залежності.

Терапевтичний процес також включає надання пацієнтам механізмів подолання стресу та потягу до наркотиків, а також розвиток життєстійкості та самоефективності. Групова терапія та мережі підтримки, зокрема програми «12 кроків», забезпечують колективне підкріплення та спільний досвід, що може покращити результати одужання. Лікування наркозалежності вимагає цілісного, індивідуального підходу, який враховує складний взаємозв'язок між психологічними, біологічними та соціальними факторами.

Тютюнова залежність, яку насамперед спричиняє нікотин, є однією з найпоширеніших форм залежності від психоактивних речовин у всьому світі. Незважаючи на поширену обізнаність про ризики для здоров'я, мільйони людей борються із залежністю від куріння тютюну через те, що нікотин викликає сильне звикання та глибокий вплив на мозок і організм. Розвиток нікотинової залежності пов'язаний зі складними нейрохімічними процесами, а її наслідки поширюються як на фізичне, так і на психічне здоров'я. Для подолання цієї залежності потрібні сучасні, науково обґрунтовані підходи, що включають психологічні та психотерапевтичні стратегії, спрямовані на профілактику та одужання.

Механізм формування нікотинової залежності ґрунтується на його здатності маніпулювати системою винагороди мозку. Під час куріння або споживання в інших формах нікотин швидко потрапляє в кров і проникає через гематоенцефалічний бар'єр, стимулюючи вивільнення нейромедіаторів, зокрема дофаміну. Дофамін відіграє головну роль у схемі винагороди мозку, викликаючи відчуття задоволення і розслаблення, яке курці часто асоціюють зі зняттям стресу або покращенням настрою.

Згодом повторний вплив нікотину призводить до нейроадаптації, коли мозок пристосовується до надмірної стимуляції, зменшуючи кількість нікотинових рецепторів або їхню чутливість. Ця адаптація призводить до толерантності, що вимагає більших доз нікотину для досягнення тих самих ефектів. Крім того, відсутність нікотину викликає симптоми відміни – дратівливість, тривожність, труднощі з концентрацією уваги та сильний потяг до куріння. Ці симптоми посилюють цикл залежності, ускладнюючи відмову від шкідливої звички. Нікотин також впливає на інші нейромедіатори, як-от серотонін і норадреналін, додатково впливаючи на регуляцію настрою і цикл звикання.

Вплив тютюнової залежності на фізичне здоров'я є значним і добре вивченим. Куріння є основною причиною захворювань, що можна запобігти, і передчасної смерті, пов'язаної з такими станами, як серцево-судинні розлади, хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ), рак легенів і численні інші злоякісні новоутворення. Нікотин та хімічні речовини, що містяться в тютюнових виробах, пошкоджують дихальну систему, погіршують імунну функцію і прискорюють процес старіння. Куріння також збільшує ризик метаболічних порушень, як-от діабет, і негативно впливає на репродуктивне здоров'я, сприяючи безпліддю та ускладненням під час вагітності.

Наслідки тютюнової залежності для психічного здоров'я не менш важливі. Хоча курці часто повідомляють про тимчасове полегшення від стресу або тривоги, тривале вживання тютюну пов'язане з більш високими показниками розладів настрою, зокрема депресії та

генералізованої тривоги. Цей зв'язок є двонаправленим: люди із психічними розладами більш схильні до куріння, а куріння загострює симптоми психічних розладів. Нікотинова залежність також може погіршувати когнітивні функції, зокрема увагу, пам'ять та здатність до прийняття рішень, через вплив на структуру та функції мозку. Психологічний тягар залежності – почуття провини, розчарування та втрата контролю – може сприяти зниженню почуття власної гідності та самооцінки.

Сучасні підходи до профілактики та лікування куріння значно змінилися і охоплюють поведінкові, психологічні та фармакологічні стратегії. Профілактичні заходи включають освіту, проведення певної політики та залучення громадськості, щоб зменшити кількість випадків початку куріння, особливо серед вразливих груп населення, зокрема підлітків. Кампанії з охорони здоров'я наголошують на шкоді куріння, тоді як такі заходи, як податки на тютюнові вироби, обмеження реклами та заборона куріння, створюють екологічні бар'єри для вживання тютюну.

Для тих, хто вже має залежність, потрібний комплексний підхід до лікування, який ураховує як фізіологічні, так і психологічні аспекти нікотинової залежності. Поведінкові втручання займають центральне місце в боротьбі з тютюнокурінням, а когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є основою цього підходу. КПТ допомагає людям визначити тригери куріння, як-от стрес, нудьга або соціальні фактори, і розвинути більш здорові механізми подолання. Такі методи, як контроль стимулів і управління непередбачуваними ситуаціями, зміцнюють утримання від куріння, мінімізуючи вплив тригерів і забезпечуючи винагороду за прогрес.

Мотиваційне інтерв'ювання (MI) особливо ефективне для людей, які вагаються щодо відмови від куріння. Цей підхід досліджує цінності та цілі людини, допомагаючи їй узгодити своє прагнення до здорового способу життя із зусиллями, спрямованими на те, щоб позбавитися шкідливої звички. MI сприяє внутрішній мотивації та формує впевненість у здатності подолати залежність.

Такі заходи, як зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR), набувають усе більшої популярності як додатковий підхід. Ці методи терапії навчають людей спостерігати за негативними емоціями, не реагуючи на них імпульсивно, що знижує ймовірність рецидиву. Практики усвідомленості покращують емоційну регуляцію і сприяють підвищенню почуття контролю над адиктивною поведінкою.

Фармакологічне лікування відіграє важливу роль у подоланні симптомів відміни та зменшення потягу до тютюну. Нікотинозамісна терапія (НЗТ), доступна в таких формах, як

пластирі, жуйки та льодяники, забезпечує контрольовану дозу нікотину для полегшення переходу до утримання від куріння. Ненікотинові препарати, зокрема бупропіон і варениклін, впливають на шляхи винагороди мозку, щоб зменшити бажання курити й симптоми відміни. Поєднання фармакологічного лікування з поведінковою терапією підвищує ймовірність успішної відмови від куріння.

Групи підтримки та соціальні заходи надають додаткові рівні допомоги. Програми, подібні до тих, що пропонуються «Нікотиновими анонімами» або громадськими організаціями охорони здоров'я, створюють відчуття солідарності серед людей, які працюють над досягненням однієї мети. Підтримка сім'ї та однолітків також відіграє важливу роль, оскільки допомагає пом'якшити емоційні труднощі, пов'язані з відмовою від куріння.

3.7. Характеристика окремих видів нехімічних залежностей

Нехімічні залежності, або поведінкові адикції є розладами, які не пов'язані з вживанням психоактивних речовин, але мають схожі механізми розвитку. Вони проявляються у вигляді нав'язливих дій або поведінки, які спрямовані на досягнення емоційного задоволення чи зняття стресу. Такі залежності можуть мати значний вплив на психічне та фізичне здоров'я, а також на соціальне функціонування особистості. У таблиці 3.4 наведено характеристику найпоширеніших видів нехімічних залежностей для кращого розуміння їх специфіки.

Таблиця 3.4

Загальна характеристика деяких видів нехімічних залежностей

Вид залежності	Характеристика	Ознаки	Приклади
Ігрова залежність	Неконтрольована потреба грати в азартні або відеоігри, навіть у разі фінансових чи соціальних втрат	Постійне бажання грати, нехтування обов'язками, борги	Азартні ігри, залежність від відеоігор
Залежність від соцмереж	Надмірне використання соціальних мереж із втратою часу, впливом на емоційний стан та реальне життя	Постійна перевірка повідомлень, страх пропустити новини	Instagram, Facebook, TikTok тощо

Шопоголізм	Компульсивне бажання купувати речі, часто непотрібні, для отримання короткочасного задоволення	Борги, накопичення речей, почуття провини після покупок	Регулярний шопінг без реальної потреби
Залежність від роботи	Надмірне зосередження на роботі, нехтування іншими аспектами життя	Перевтома, втрата соціальних контактів, емоційне вигорання	Постійна робота поза графіком, ігнорування відпочинку
Залежність від харчової поведінки	Порушення контролю над споживанням їжі, використання їжі як способу зняття стресу чи емоційного напруження	Переїдання, голодування, почуття провини після їжі	Емоційне переїдання, булімія
Залежність від спорту	Надмірна зосередженість на фізичних тренуваннях, навіть зі шкодою для здоров'я чи соціального життя	Компульсивні тренування, ігнорування болю	Щоденні виснажливі тренування, навіть у разі травм
Залежність від стосунків (емоційна залежність)	Патологічна потреба в постійному контакті чи схваленні від іншої людини	Ревнощі, страх самотності, втрата власної автономії	Залежність від партнера чи батьків
Залежність від інтернету	Надмірне проведення часу онлайн, що заважає повсякденному життю та обов'язкам	Нехтування реальним життям, тривога без доступу до мережі	Онлайн-ігри, нескінченний серфінгв інтернеті

Ігрова залежність, зокрема лудоманія, – це поведінковий розлад, що супроводжується стійкою, рецидивною та дезадаптивною ігровою поведінкою, яка порушує особисте, сімейне або професійне життя. Як форма поведінки, що не пов'язана з вживанням психоактивних речовин, залежність від азартних ігор активно вивчається через її тяжкі наслідки для психологічного благополуччя, соціальної стабільності та загального психічного здоров'я [3; 7].

Причини залежності від азартних ігор різноманітні й зазвичай виникають через взаємодію біологічних, психологічних та екологічних факторів. Психологічні теорії залежності часто наголошують на роли винагороди, когнітивних викривлень і дефіциту емоційної регуляції.

В основі ігрової залежності знаходиться механізм переривчастого підкріплення – поняття з поведінкової психології. Непередбачуваний характер виграшів і програшів в азартних іграх створює потужний графік підкріплень, що заохочує до повторного залучення, незважаючи на негативні наслідки. Цей механізм пускає в дію систему винагороди мозку, насамперед дофамін, який пов'язаний з відчуттям задоволення та винагороди. Згодом ця нейрохімічна реакція може призвести до того, що мозок буде віддавати перевагу азартним іграм над іншими видами діяльності.

Когнітивні порушення відіграють важливу роль. Люди з ігровою залежністю часто проявляють хибні моделі мислення, як-от ілюзія контролю, коли вони вважають, що можуть впливати на результат азартних ігор, або омана гравця, коли вони припускають, що минулі події вплинуть на майбутні ймовірності. Ці когнітивні упередження закріплюють поведінку і роблять її стійкою до раціонального втручання.

Психологічна вразливість, зокрема низька самооцінка, висока імпульсивність і недостатня емоційна регуляція, є важливим фактором ризику. Багато людей звертаються до азартних ігор як до механізму подолання негативних емоцій – стресу, тривоги, депресії. Травматичні події в житті, бездоглядність у дитинстві або сімейне неблагополуччя в анамнезі ще більше посилюють схильність до розвитку залежності від азартних ігор.

Клінічні прояви ігрової залежності досить різноманітні та впливають на емоційну, когнітивну і поведінкову сфери. Діагностичні критерії, такі як ті, що викладені у «Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів» п'ятого видання (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), висвітлюють ключові симптоми. До них належать зацикленість на азартних іграх, потреба грати на все більші суми грошей для досягнення азарту, повторювані безуспішні спроби контролювати або припинити азартні ігри, а також використання азартних ігор як способу втечі від негативних емоцій.

До загальних ознак ігрової залежності відносяться (рис. 3.4):

- Емоційний дистрес, що включає постійну тривогу, дратівливість або перепади настрою, коли людина не грає в азартні ігри;
- Поведінкові зміни, зокрема підвищення потайливості, брехня щодо азартних ігор або участь у незаконних діях для фінансування азартних ігор;
- Фінансові проблеми, серед яких можуть бути накопичення боргів, часті позики або продаж особистих речей для підтримки ігрової поведінки;

- Нехтування обов'язками – зниження продуктивності на роботі, академічна неуспішність або відмова від сімейних та соціальних зобов'язань;
- Фізичні та психологічні симптоми абстиненції, неспокій, безсоння та хвилювання в разі спроби утриматися від азартних ігор.
- Ці симптоми часто ускладнюються запереченням, оскільки багато людей не усвідомлюють тяжкості своєї поведінки та її наслідків.

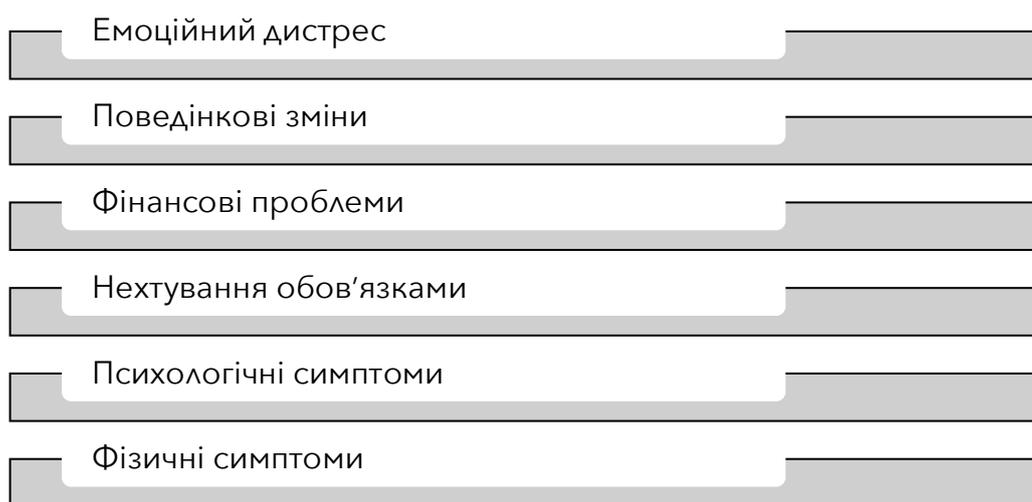


Рис. 3.4. Загальні ознаки ігрової залежності

Хвилеподібні наслідки ігрової залежності виходять за межі окремої людини, впливають на сім'ї, колективи та суспільство загалом. Фінансова нестабільність є одним із найперших наслідків, що призводить до напружених стосунків, розпаду сім'ї, а в тяжких випадках – до бездомності. Члени родини часто відчують емоційний дистрес, недовіру та розчарування, що може призвести до розриву сімейних зв'язків.

У соціальному плані залежність від азартних ігор пов'язана зі зростанням рівня безробіття, кримінальної активності, зокрема шахрайства або крадіжок, і більшим навантаженням на системи соціального забезпечення. На більш загальному рівні вона сприяє виникненню системних проблем, як-от збільшення витрат на охорону здоров'я та зниження продуктивності праці.

Знання та розв'язання проблеми залежності від азартних ігор із психологічної точки зору має важливе значення для ефективного втручання. Психотерапевтичні підходи є невід'ємною частиною лікування та одужання, спрямовані на виявлення першопричин, модифікацію дезадаптивної поведінки та формування стійкості.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – один із найефективніших методів лікування ігрової залежності. КПТ спрямована на когнітивні викривлення і допомагає людям розвинути здорові механізми боротьби із залежністю. Шляхом подолання ірраціональних переконань і навчання стратегіям управління прагненнями та пристрастями КПТ дає можливість людям відновити контроль над своєю поведінкою.

Мотиваційне інтерв'ювання (МІ) є також важливим підходом, особливо на ранніх стадіях лікування. МІ допомагає подолати амбівалентність щодо відмови від азартних ігор і посилює внутрішню мотивацію до змін, досліджуючи особисті цілі та цінності.

Групова терапія та групи підтримки, зокрема «Анонімні ігромани», забезпечують соціальну допомогу та обмін досвідом, зменшуючи відчуття ізоляції та стигматизації, пов'язані з ігровою залежністю. Таке середовище стимулює підзвітність і розвиток нових соціальних контактів, які сприяють одужанню.

У важких випадках фармакологічні втручання можуть доповнювати психотерапію. Такі ліки, як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або стабілізатори настрою, можуть допомогти впоратися із супутніми психічними розладами, серед яких депресія або біполярний розлад, котрі часто супроводжують залежність від азартних ігор.

Інтернет-залежність та залежність від соціальних мереж викликає все більше питань у цифрову епоху, яка характеризується надмірним і нав'язливим використанням онлайн-платформ, що призводить людей до психологічних, соціальних і функціональних розладів. На відміну від залежності від психоактивних речовин, ця поведінка базується на взаємодії між людським пізнанням і можливостями цифрових технологій, які використовують системи винагороди мозку та вразливі місця в психологічному функціонуванні [4; 5].

Цифрові технології мають сильний вплив на психіку через механізми, які переплітають елементи підкріплення, емоційної стимуляції та когнітивного залучення. Платформи соціальних мереж, ігрові середовища та стрімінгові сервіси продумані таким чином, щоб максимально залучати користувачів, застосовуючи алгоритми, які персоналізують контент відповідно до індивідуальних уподобань, викликаючи вивільнення дофаміну в мозкових ділянках, що відповідають за отримання винагороди. Така нейрохімічна реакція посилює повторне використання та сприяє формуванню залежності. Нескінченна прокрутка, соціальне схвалення через лайки та коментарі, а також оновлення в режимі реального часу створюють систему, де час спотворюється, а саморегуляція стає дедалі важчою.

Психологічні механізми, що зумовлюють залежність від інтернету та соціальних мереж, також передбачають взаємодію між зовнішніми тригерами та внутрішніми вразливими місцями. Постійна доступність цифрових пристроїв руйнує межі між дозволами і обов'язками, а страх утратити щось важливе посилює потребу залишатися на зв'язку. Люди з низькою самооцінкою, соціальною тривожністю або незадоволеними емоційними потребами найбільш схильні до цього, оскільки онлайн-взаємодія забезпечує легкодоступне, хоча й поверхневе, відчуття підтвердження та приналежності до спільноти.

Залежність від інтернету та соціальних мереж може проявлятися в різних формах, кожна з яких пов'язана з певними психологічними моделями та поведінковими наслідками. Кіберкомунікаційна залежність пов'язана з надмірним використанням додатків для обміну повідомленнями, соціальних мереж та онлайн-форумів. Цей тип залежності часто виникає через глибинну потребу в соціальних зв'язках або уникнення соціального дискомфорту в реальному житті. Згодом люди можуть надавати перевагу віртуальному спілкуванню, а не реальним стосункам, що призводить до ізоляції, викривлення соціальних навичок і залежності від онлайн-ствердження.

Ігрова залежність - ще один поширений тип інтернет-залежності, що характеризується одержимістю відео- або онлайн-іграми. На відміну від традиційних форм дозвілля, ігрове середовище є захопливим, змагальним і орієнтованим на винагороду, що дає відчуття досягнення та ескапізму. Ігри часто використовують психологічні принципи, наприклад, системи вирівнювання, часові винагороди та конкурентні рейтинги, щоб підтримувати взаємодію гравців. Для людей, які борються з низькою самооцінкою або долають несприятливі життєві обставини, ігри можуть виконувати роль притулку, хоча й на шкоду іншим аспектам життя.

Третя важлива форма - залежність від перегляду контенту - полягає в нав'язливому споживанні відео, стрімінгових сервісів та інших цифрових медіа. Така поведінка підкріплюється алгоритмами, які рекомендують контент відповідно до вподобань користувача, створюючи нескінченні цикли споживання. Для багатьох це є втечею від стресу чи негативних емоцій, але це також сприяє прокрастинації, порушенню режиму сну та зменшенню концентрації уваги, що, в кінцевому підсумку, погіршує когнітивне функціонування та продуктивність.

З погляду психології залежність від інтернету та соціальних мереж має спільні риси з іншими поведінковими залежностями, як-от порушення контролю, усталеність попри негативні наслідки та прогресивна ескалація використання. Водночас такі особливості

цифрових середовищ, як їх розповсюдженість й інтегрованість у повсякденне життя, роблять виявлення та лікування залежності більш складним завданням. Багато людей не знають про свої проблемні моделі використання, доки їм не буде завдано значної шкоди.

Трудоголізм, який часто сприймається як соціально прийнятна або навіть схвальна поведінка, є формою поведінкової залежності, що характеризується неконтрольованим примусом до надмірної та нав'язливої роботи, часто на шкоду особистому добробуту та соціальним відносинам. Суспільство зазвичай винагороджує відданість роботі, але трудоголізм є дезадаптивною моделлю поведінки, зумовленою психологічними, емоційними, а іноді й соціокультурними факторами, які відрізняють його від здорової наполегливої праці. Це складне явище вимагає вивчення його психологічного формування, диференціації від продуктивної праці та стратегій втручання з акцентом на психотерапевтичних підходах.

Психологічне формування трудоголізму є багатоаспектним, укоріненим в індивідуальних особливостях особистості, емоційних потребах і тиску оточення. У людей, схильних до трудоголізму, часто спостерігається перфекціонізм, орієнтація на високі досягнення та обсесивно-компульсивні тенденції. Ці риси особистості в поєднанні із суспільними цінностями, які ототожнюють успіх з продуктивністю, створюють сприятливе підґрунтя для компульсивної робочої поведінки. Самооцінка людини може ґрунтуватися насамперед на професійних досягненнях, що призводить до формування переконання, що для підтримання самоповаги та зовнішнього схвалення необхідно докладати невпинних зусиль.

Емоційна регуляція відіграє важливу роль у розвитку трудоголізму. Для багатьох людей надмірна робота слугує механізмом боротьби з емоційним дистресом, як-от тривога, самотність або відчуття власної неповноцінності, щоб уникнути конфронтації з глибокими емоційними проблемами. Трудоголізм може створити тимчасове відчуття контролю і мети, маскуючи нерозв'язані психологічні проблеми. Згодом ця залежність від роботи для емоційного розвантаження перетворюється на замкнене коло, коли людина використовує роботу, щоб уникнути негативних почуттів, що своєю чергою посилює залежність. Травматичний досвід, наприклад, рання батьківська зневага або критика і завищені очікування, також може сприяти формуванню трудоголізму, прищеплюючи віру в те, що гідність залежить від продуктивності.

Важливо розрізняти здорову працьовитість і трудоголізм, оскільки останнє часто помилково трактують як просту старанність. Наполеглива праця характеризується залученістю, збалансованістю та внутрішньою мотивацією. Працьовиті люди можуть

трудитися довгі години, але вміють установлювати межі, робити перерви й отримувати задоволення від різних сфер життя. Натомість трудоголізм передбачає нав'язливу надмірну зайнятість, нездатність відволіктися і невпинне прагнення, що стимулюється скоріше почуттям провини або страхом невдачі, ніж справжньою пристрастю до роботи. На відміну від працьовитих людей, трудоголіки часто відчують менше задоволення і більше страждань, оскільки потрапляють у всеосяжний цикл роботи.

Наслідки трудоголізму є глибокими і впливають на фізичне здоров'я, емоційний стан та міжособистісні стосунки. Хронічний стрес, емоційне вигорання та фізичні недуги, як-от серцево-судинні розлади та ослаблений імунітет, є поширеними серед трудоголіків. Емоційно вони можуть відчувати тривогу, дратівливість і відчуття порожнечі, коли не працюють. Часто страждають стосунки, оскільки трудоголіки надають перевагу професійним обов'язкам над особистими зв'язками, що призводить до ізоляції, подружніх конфліктів і напруженої сімейної атмосфери.

У контексті психології трудоголізм збігається з іншими видами адиктивної поведінки, що характеризуються втратою контролю, стурбованістю, толерантністю (збільшенням робочого часу для збереження того ж відчуття досягнення) і симптомами абстиненції, які виникають, коли людина не може працювати. Подолання трудоголізму вимагає розпізнавання цих залежних патернів і прийняття стратегій, які сприяють більш здоровій поведінці та емоційній регуляції.

Шопоголізм – це розлад, що характеризується нав'язливою та надмірною купівельною поведінкою, яка слугує дезадаптивною стратегією для задоволення емоційних потреб, подолання стресу або досягнення тимчасового задоволення. На відміну від випадкових імпульсивних покупок, поширених у суспільствах, орієнтованих на споживача, шопінг-залежність – це хронічний стан, який порушує особисту, фінансову та соціальну стабільність. Ця компульсивна поведінка тісно пов'язана з емоційними та психологічними факторами і часто зумовлена мотивацією та імпульсивністю, які оминають раціональне прийняття рішень.

Мотиваційні аспекти шопінг-залежності ґрунтуються на взаємодії між зовнішніми винагородами та внутрішніми психологічними станами. Багато людей з шопінг-залежністю відзначають, що відчують стан ейфорії під час здійснення покупки – явище, пов'язане із системою винагороди мозку. Вивільнення дофаміну під час шопінгу підкріплює поведінку, створюючи цикл потягу і задоволення. Згодом мозок починає асоціювати шопінг з емоційним полегшенням, що збільшує ймовірність повторного захоплення навіть тоді, коли це призводить до негативних наслідків.

Психологічно залежність від шопінгу часто є наслідком спроби заповнити емоційну порожнечу або впоратися з незадоволеними потребами. Почуття неадекватності, самотності або низької самооцінки може спонукати людей шукати зовнішнього підтвердження через матеріальні цінності. Придбання нових речей тимчасово підвищує самооцінку або полегшує емоційний дискомфорт, хоча цей ефект швидкоплинний. Такий цикл створює залежність від шопінгу як способу подолання внутрішнього дистресу. Соціальні та культурні чинники, зокрема пропаганда споживацтва та асоціація матеріального багатства з успіхом, ще більше посилюють цю мотиваційну динаміку.

Імпульсивність - ще один важливий компонент шопінг-залежності. Люди з імпульсивними тенденціями намагаються регулювати свої безпосередні бажання, що робить їх дуже вразливими до спокус сучасного шопінг-середовища. Рітейлери використовують цю вразливість, створюючи стратегії, що провокують імпульсивні покупки, - знижки протягом обмеженого часу, індивідуальні рекомендації та безперешкодні процеси онлайн-покупок. Для людей, схильних до шопоголізму, ці стимули обходять раціональний процес прийняття рішень і створюють середовище, в якому покупки зумовлені негайним задоволенням, а не реальною потребою.

Психологічні наслідки шопоголізму для людини є серйозними та багатогранними. На емоційному рівні шопоголізм часто призводить до почуття провини, сорому і жалю після епізоду покупки. Ці негативні емоції можуть посилювати відчуття неадекватності, продовжуючи цикл компульсивного шопінгу як способу втечі. Фінансовий стрес є ще одним важливим наслідком, оскільки надмірні витрати часто призводять до боргів, напружених стосунків і навіть юридичних проблем. Постійна стурбованість шопінгом може погіршити когнітивні функції, знижуючи концентрацію уваги, продуктивність і здатність приймати обґрунтовані рішення.

У соціальному плані шопінг-залежність часто ізолює людей від повноцінних стосунків. Оскільки залежність забирає час, ресурси та емоційну енергію, особисті зв'язки можуть страждати. Друзі та сім'я можуть розчаруватися через нездатність людини контролювати свої витрати, що призводить до конфліктів і зменшення системи підтримки. Згодом людина може ще більше поринути у свою залежність, щоб впоратися із цією напругою в стосунках, створюючи замкнене коло ізоляції.

Харчова залежність - це поведінковий стан, що характеризується компульсивним надмірним споживанням певних продуктів, часто з високим вмістом цукру, жиру або солі, незважаючи на негативні фізичні, емоційні або соціальні наслідки. На відміну від розладів

харчової поведінки, які передусім діагностуються на основі моделей невпорядкованої харчової поведінки і ставлення до ваги та образу тіла, харчова залежність ґрунтується на нейробіологічних і психологічних процесах, які зумовлюють неконтрольовану залежність від їжі як джерела емоційної регуляції та винагороди. Ця відмінність указує на особливий взаємозв'язок між емоційним харчуванням і властивостями їжі, котрі викликають звикання, що робить харчову залежність одним із найважливіших аспектів психології адиктивної поведінки.

В основі харчової залежності знаходиться система винагороди мозку, яка реагує на дуже смачну їжу так само, як і на речовини, що викликають залежність. Ця їжа викликає вивільнення дофаміну та інших нейромедіаторів у мозку, створюючи приємні відчуття і зміцнюючи поведінку. Поступово це призводить до толерантності, коли для досягнення того ж рівня задоволення потрібна більша кількість їжі, й симптомів відміни, як-от дратівливість, якщо доступ до такої їжі обмежений. Проте харчова залежність – це не лише нейробіологічне явище; вона також тісно пов'язана з психологічними та емоційними факторами, зокрема з концепцією емоційного харчування.

Емоційне харчування – основний аспект харчової залежності – полягає у вживанні їжі для подолання або пригнічення таких негативних емоцій, як стрес, смуток, тривога або нудьга. На відміну від фізіологічного голоду, який виникає через потребу організму в підтримці життєдіяльності, емоційний голод викликається психологічним дистресом і часто спричиняє потяг до певних продуктів для комфорту. Така їжа приносить тимчасове емоційне полегшення, але не розв'язує основних проблем, що призводить до закріплення циклу залежності. Згодом люди можуть почати використовувати їжу як основний механізм подолання труднощів, що знижує їхню здатність регулювати емоції за допомогою більш здорових стратегій. Така емоційна залежність від їжі відображає закономірності, що спостерігаються за інших форм залежності, коли вживання психоактивних речовин стає заміником адаптивного емоційного оброблення. Психологічне коріння харчової залежності часто пов'язане з раннім життєвим досвідом та нерозв'язаними емоційними конфліктами. Вплив непослідовної турботи в дитинстві, травми або середовища, де їжа використовувалася як винагорода або джерело комфорту, може сприяти розвитку дезадаптивних харчових патернів. Крім того, соціальні меседжі, які прирівнюють їжу до свята, винагороди або самозаспокоєння, ще більше нормалізують і посилюють емоційну харчову поведінку. Ці психологічні фактори взаємодіють з нейробіологічною вразливістю, створюючи підвищений ризик розвитку харчової залежності.

Незважаючи на свою схожість, харчова залежність і розлади харчової поведінки (РХП), як-от нервова анорексія, нервова булімія, є різними станами, що мають багато спільних рис. Розлади харчової поведінки визначаються специфічними діагностичними критеріями, зокрема, занепокоєнням щодо ваги та форми тіла, жорсткими харчовими патернами або компенсаторною поведінкою, наприклад, очищенням. На відміну від цього харчова залежність фокусується на компульсивному споживанні їжі у відповідь на емоційні або нейрохімічні тригери, незалежно від занепокоєння щодо зовнішності. Хоча розлад харчової поведінки має спільні риси з харчовою залежністю, зокрема епізоди неконтрольованого переїдання, він класифікується в межах РХП і зазвичай включає значний дистрес через епізоди переїдання. Харчова залежність, зі свого боку, наголошує на залежному відношенні до самої їжі, з меншим акцентом на вплив харчових патернів на самооцінку або сприйняття тіла.

Залежності будь-якого типу можуть мати серйозні наслідки для різних аспектів життя людини, включаючи фізичне, соціальне та психологічне здоров'я.

Ігрова залежність може призвести до значних фінансових втрат, що негативно позначається на матеріальному становищі особи та її сім'ї. Соціально такі особи можуть утрачати контакти з друзями та родиною через постійне перебування в іграх, а психологічно – відчувати тривогу та депресію через неможливість контролювати свою поведінку.

Залежність від соціальних мереж часто супроводжується зниженням продуктивності та якості життя, оскільки людина втрачає багато часу на безцільні дії. Соціальні контакти можуть страждати, адже реальні стосунки можуть замінюватися віртуальними. Психологічно такі особи часто мають низьку самооцінку і підвищену тривогу, особливо через порівняння себе з іншими.

Шопоголізм має наслідки, що стосуються фінансового становища, адже борги можуть призвести до серйозних матеріальних труднощів. Соціально це може спричинити конфлікти в стосунках через фінансові проблеми, а психологічно – почуття провини та сорому, що має наслідком депресію.

Залежність від роботи веде до фізичної виснаженості та емоційного вигорання, що впливає на здоров'я. Соціально особа може втратити важливі стосунки з друзями та родиною, оскільки робота стає пріоритетом. Психологічно надмірна зосередженість на роботі може призвести до тривоги та депресії.

Залежність від харчової поведінки може призвести до серйозних фізичних проблем, зокрема ожиріння або порушення харчування, що своєю чергою впливає на загальний стан

здоров'я. Соціально особи можуть уникати зустрічей через страх осуду за свою вагу чи поведінку, а психологічними наслідками є самозасудження, сором, депресивні стани.

Залежність від спорту може призвести до фізичних травм або виснаження, оскільки людина може ігнорувати сигнали свого тіла. У соціальному контексті це може викликати ізоляцію, адже особа проводить більшість часу на тренуваннях, нехтуючи спілкуванням. З погляду психології через таку залежність може розвиватися компульсивна поведінка і тривога, зумовлені потребою постійно тренуватися.

Залежність від інтернету може призвести до фізичних проблем через малорухливий спосіб життя, а також до соціальної ізоляції, оскільки людина проводить більше часу в мережі, ніж у реальному житті. Психологічно це може спричинити тривогу і депресію через неможливість відключитися від інтернету, а також через відчуження від реальних контактів.

Залежність від стосунків, яка часто виступає як любовна залежність або співзалежність, являє собою модель дисфункціональної прив'язаності, за якої люди стають емоційно залежними від іншої людини, щоб задовольнити свої потреби в самоповазі, безпеці та самоствердженні. На відміну від здорових стосунків, які характеризуються взаємною повагою та автономією, залежність у стосунках сприяє дисбалансу, коли один партнер надмірно покладається на іншого в регулюванні своїх емоцій або почутті власної цінності. Така поведінка ґрунтується на глибинних психологічних травмах та емоційній вразливості, які закріплюють цикл нездорової динаміки стосунків. Для розроблення ефективних психотерапевтичних втручань, спрямованих на розрив цих патернів, важливо розуміти особливості співзалежних стосунків і роль психологічної травми.

Співзалежні стосунки характеризуються наскрізною потребою контролювати, догоджати чи рятувати іншу людину, часто на шкоду власному благополуччю. Ця динаміка зазвичай складається із двох ролей: того, хто надає можливість, отримує відчуття мети та ідентичності від піклування, і залежного, який підкріплює цю модель, розраховуючи на емоційну або практичну підтримку того, хто надає можливість. Посередник часто жертвує особистими потребами і межами заради збереження стосунків, тоді як залежний демонструє поведінку, яка посилює потребу посередника «виправити» або «врятувати» його. Таке взаємне підсилення створює замкнене коло, яке важко розірвати, оскільки обидві особи опиняються в пастці своїх ролей.

Психологічна травма є основоположним фактором у розвитку залежності від стосунків та співзалежності. Багато людей, які борються із цими патернами, зазнали ранніх порушень прив'язаності, як-от занедбаність, непослідовний догляд або жорстоке

поводження. Цей несприятливий дитячий досвід часто сприяє формуванню ненадійних стилів прив'язаності, таких як тривожна прив'язаність або уникаюча прив'язаність, що впливають на підхід до стосунків у дорослому житті. Люди з тривожною прив'язаністю можуть боятися бути покинутими і прагнуть надмірної близькості, тоді як люди з уникаючою прив'язаністю можуть здаватися незалежними, але боротися з вразливістю і довірою. У контексті залежності від стосунків ця динаміка прив'язаності проявляється у вигляді сильного страху залишитися на самоті або бути покинутим, що зумовлює стійку потребу залишатися пов'язаним з іншою людиною, навіть якщо стосунки є шкідливими або нереалістичними.

Травма також погіршує здатність людини регулювати емоції, сприяючи залежності від зовнішніх джерел, у тому числі партнера, щоби впоратися з почуттям тривоги, смутку або неадекватності. Для багатьох залежні стосунки є механізмом подолання, що дозволяє уникнути зіткнення з невилікуваним емоційним болем. Максимуми близькості та мінімуми конфлікту або дистанції відображають цикли винагороди та абстиненції, що спостерігаються в інших формах залежності. Ця залежність від стосунків для емоційної регуляції закріплює брак автономії та відчуття безпорадності, що ускладнює вихід людини із цієї динаміки.

Вплив співзалежності виходить за межі безпосереднього контексту стосунків, часто руйнуючи самооцінку, психічне здоров'я та загальне благополуччя людини. Згодом співзалежні люди можуть утратити почуття ідентичності, оскільки їхні думки, емоції та дії все більше підпорядковуються потребам і реакціям партнера. Ця втрата себе може призвести до відчуття порожнечі, депресії та тривоги. Крім того, постійний стрес, пов'язаний з підтриманням незбалансованих стосунків, може призвести до проблем із фізичним здоров'ям – втоми, головного болю або шлунково-кишкових розладів. Залежний характер стосунків також ізолює людей від інших систем підтримки, оскільки їхня увага залишається зосередженою на партнері.

Загалом, нехімічні залежності, як-от азартні ігри, зловживання інтернетом, спортом, шопінг, трудоголізм і залежність від стосунків, створюють значні психологічні проблеми, оскільки вони зумовлені не зовнішніми речовинами, а поведінкою, яка активує системи винагороди мозку в неадекватний спосіб. Ці залежності часто є механізмами подолання більш глибоких емоційних або психологічних труднощів, зокрема душевних травм, стресу або емоційної дисрегуляції. Лікування нехімічних залежностей вимагає багатогранного психотерапевтичного підходу, який охоплює як поверхневу поведінку, так і глибинні психологічні процеси. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), емоційно сфокусована терапія,

психоаналітичні підходи, групова терапія та інтервенції на основі усвідомленості відіграють вирішальну роль у підтримці людей на шляху до одужання та формування емоційної стійкості.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – один із найбільш поширених і науково обґрунтованих методів лікування нехімічних залежностей. Вона передбачає виявлення та зміну дисфункціональних моделей мислення та поведінки, які підтримують адиктивні дії. Нехімічні залежності часто пов'язані з такими когнітивними викривленнями, як переоцінка короткострокового задоволення або віра в те, що адиктивна поведінка є єдиним засобом впоратися з дистресом. Наприклад, люди, залежні від азартних ігор, можуть мати ірраціональні переконання щодо своєї здатності «перемагати обставини», тоді як ті, хто має залежність від шопінгу, можуть виправдовувати покупки необхідністю покращити свій настрій. КПТ допомагає пацієнтам розпізнати ці викривлення, замінити їх більш точними думками і розробити більш здорові стратегії подолання. Поведінкові методи, як-от планування активності та експозиційна терапія, ще більше закріплюють нові моделі поведінки. Завдяки КПТ пацієнти вчаться розривати автоматичні цикли залежності, підвищуючи свою обізнаність про тригери та впроваджуючи стратегії адаптивного реагування на них.

Емоційно орієнтована терапія (ЕОТ) надзвичайно ефективна для подолання емоційного підґрунтя нехімічних залежностей. Адиктивна поведінка часто функціонує як неадаптивна спроба регулювати надмірні емоції або задовольнити потреби в стосунках. ЕОТ фокусується на дослідженні та реструктуризації емоційних переживань, які керують такою поведінкою, допомагаючи пацієнтам зрозуміти зв'язок між їхніми емоціями та адиктивними діями. Наприклад, у випадку залежності від стосунків за допомогою методу ЕОТ можна виявити страх бути покинутим, який підживлює залежність від інших людей. Завдяки більш глибокому зв'язку зі своїми емоціями пацієнти можуть почати реагувати на свої емоційні потреби більш здоровими і конструктивними способами. ЕОТ також посилює здатність людини до самоспівчуття, зменшуючи сором і самокритику, які часто супроводжують залежність і перешкоджають одужанню. Ця співчутлива взаємодія зі своїм емоційним «Я» сприяє довготривалій стійкості та зменшує ймовірність рецидиву.

Психоаналітичні підходи пропонують інший вимір лікування нехімічних залежностей, заглиблюючись у несвідомі мотивації та досвід раннього розвитку, які сприяють адиктивній поведінці. З погляду психоаналітики залежності часто виникають як захист від нерозв'язаних конфліктів, незадоволених потреб або емоційного болю, що впливають із раннього життєвого досвіду. Наприклад, компульсивна поведінка, як-от шопінг або трудоголізм, може

бути зрозуміла як спроба заповнити внутрішню порожнечу, спричинену почуттям неадекватності або втрати. Під час терапевтичного процесу пацієнти досліджують цю несвідому динаміку, отримуючи уявлення про глибинні витоки своєї залежності. Такі методи, як вільні асоціації та аналіз сновидінь, можуть виявити патерни та конфлікти, які людина може не усвідомлювати, сприяючи глибокому осмисленню своєї поведінки. Усуваючи ці першопричини, психоаналітична терапія допомагає пацієнтам досягти довготривалих змін, долаючи внутрішні конфлікти, які підтримують їхню залежність.

Групова терапія та групи підтримки, наприклад, засновані на моделі «12 кроків» («Анонімні азартні гравці», «Анонімні трудоголіки»), забезпечують спільний аспект у лікуванні нехімічних залежностей. Такі групи створюють простір, де люди можуть ділитися своїм досвідом, проблемами та успіхами з іншими, хто стикається з подібними проблемами. Спільна природа цих груп сприяє формуванню почуття приналежності та зменшує ізоляцію, яка часто асоціюється із залежністю. Структура груп підтримки, яка зазвичай передбачає спільну відповідальність, взаємне заохочення та можливість вчитися на досвіді інших, доповнює індивідуальну терапію, зміцнюючи прихильність до одужання. Модель «12 кроків», зокрема, наголошує на особистій відповідальності, духовному зростанні та розвитку здорових стосунків, які мають важливе значення для подолання залежності. Додатково групова терапія під керівництвом кваліфікованого терапевта може бути спрямована на покращення динаміки стосунків у групі, надаючи можливість учасникам практикувати навички спілкування, впевненості в собі та встановлення меж у сприятливому середовищі.

Техніки усвідомленості та релаксації все частіше розглядаються як важливі інструменти в лікуванні нехімічних залежностей. Адиктивна поведінка часто виникає через нездатність переносити дистрес або регулювати негативні емоції, що змушує людей шукати негайного полегшення за допомогою компульсивних дій.

Втручання, засновані на усвідомленості, такі як програма зниження стресу через усвідомленість (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) і когнітивна терапія, заснована на усвідомленості (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT), навчають людей спостерігати за своїми думками, емоціями і бажаннями без осуду, створюючи простір між імпульсом і дією. Така підвищена обізнаність допомагає пацієнтам розпізнати і перервати автоматичні цикли, які призводять до залежності. Наприклад, людина, яка бореться з інтернет-залежністю, може використовувати усвідомленість, щоб звернути увагу на бажання перевірити свій телефон, дослідити основну емоцію або думку, що викликає це бажання, і вибрати більш конструктивну відповідь. Такі методи релаксації, як глибоке дихання,

поступове розслаблення м'язів і керовані образи, додатково підтримують емоційну регуляцію, зменшуючи фізіологічне збудження і сприяючи досягненню стану спокою. Ці практики підвищують здатність людини справлятися зі стресом і дискомфортом, не вдаючись до адиктивної поведінки.

Дослідження нехімічних залежностей є надзвичайно актуальними для сучасного суспільства, оскільки вони відображають мінливі тенденції в поведінці людей на тлі технологічного прогресу та соціальних трансформацій. Нехімічні залежності, як-от ігрова, соціальна або інтернет-залежність, можуть негативно впливати на психічне, фізичне та соціальне здоров'я особи, викликаючи серйозні проблеми в різних сферах життя. Актуальність цих досліджень зростає через збільшення їх розповсюдження, особливо серед молоді, що потребує розроблення ефективних профілактичних та лікувальних стратегій. Крім того, розуміння механізмів формування і розвитку таких залежностей може сприяти створенню більш безпечного соціального середовища. В умовах глобалізації та технологізації суспільства важливо зосереджувати увагу на психологічних і соціальних аспектах поведінки, що допоможе в запобіганні та лікуванні різних типів залежностей.

3.8. Висновки

У цьому розділі висвітлено широкий спектр питань, пов'язаних з феноменологією, класифікацією, клінічними проявами та етапами розвитку залежностей, що дає змогу глибше зрозуміти сутність цього складного явища.

Аналіз класифікаційних рубрик МКХ-10 та МКХ-11 демонструє значну еволюцію у підходах до опису адиктивної поведінки, особливо в контексті визнання таких поведінкових залежностей, як азартні ігри та ігрова залежність. Це відображає зростання уваги до психологічних та соціальних аспектів залежностей поряд із фізіологічними. Впровадження нових категорій і рубрик у МКХ-11 свідчить про адаптацію діагностичних систем до сучасних викликів, зокрема цифрової трансформації суспільства.

Феноменологія залежностей ілюструє їх як біопсихосоціальні явища, що виникають унаслідок складної взаємодії між індивідуальними, генетичними, соціальними та культурними чинниками. Спільними ознаками є компульсивність, утрата контролю та наявність значних негативних наслідків для різних сфер життя, що вимагає інтегрованого підходу до лікування та профілактики.

Клінічні синдроми залежності, як-от толерантність, синдром відміни та порушення контролю, підтверджують прогресію цих розладів. Їх прояви варіюються відповідно до типу

залежності, але всі вони викликають суттєві фізіологічні та психологічні зміни, які підтримують патологічне коло адиктивної поведінки.

Етапи розвитку залежностей – від початкового експериментування до хронічної стадії – дають змогу зрозуміти динаміку формування адиктивної поведінки. Знання ключових факторів, зокрема таких, як роль позитивного підкріплення, толерантності та соціального впливу, є важливим для розроблення ефективних стратегій профілактики та лікування.

Загальний огляд хімічних залежностей у рубриках МКХ-10 та МКХ-11 підтверджує важливість систематизації у виявленні та лікуванні розладів, спричинених психоактивними речовинами. Відмінності між двома редакціями підкреслюють сучасну тенденцію до ширшого підходу, що враховує не лише біологічні, а й поведінкові аспекти залежностей.

Таким чином, систематизація знань про феноменологію, клінічні прояви та етапи розвитку залежностей є основою для ефективного управління цими розладами, створення цільових програм терапії та підвищення обізнаності про їх багатогранну природу.

Результати дослідження можуть стати основою для розроблення цілеспрямованих втручань, покликаних підвищити ефективність профілактики та лікування залежностей, сприяючи зміцненню психічного здоров'я та соціальної інтеграції осіб, які страждають від адиктивної поведінки.

3.9. Питання для самоконтролю

1. Які основні рубрики МКХ-10 охоплюють психічні та поведінкові розлади, пов'язані з адиктивною поведінкою? Які специфічні категорії, як-от алкогольна залежність, наркотична залежність та ігрові розлади, включені в ці рубрики, і які критерії діагностики застосовуються для кожного із цих розладів?
2. Які зміни були внесені до класифікації адиктивної поведінки у МКХ-11 порівняно з МКХ-10? Які нові рубрики були введені, та які критерії діагностики були адаптовані або переглянуті в новій класифікації?
3. Як класифікуються розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, у МКХ-10? Які конкретні рубрики охоплюють різні типи залежностей, як-от алкогольна залежність (F10), залежність від канабісу (F12) та опіоїдні залежності (F11)? Які критерії діагностики та симптоми є характерними для кожної із цих рубрик, зокрема в аспектах толерантності, синдрому відміни та інших клінічних проявів?
4. Яка роль рубрики F63.0 у МКХ-10 для класифікації поведінкових залежностей?

5. Чим відрізняється «шкідливе вживання» від «синдрому залежності» у класифікації МКХ-10?
6. Які нейробіологічні механізми лежать в основі розвитку залежності?
7. Чому феноменологія залежності включає біопсихосоціальний підхід до її аналізу?
8. Як впливає дофамінова система на формування адиктивної поведінки?
9. Проаналізуйте конкретний клінічний випадок або вплив синдрому відміни на функціонування організму людини.
10. Які особливості поведінкових залежностей відрізняють їх від хімічних?
11. Які три основні етапи розвитку залежності виокремлюють у науковій літературі?
12. Які фактори сприяють переходу від експериментального вживання речовин до компульсивної залежності?
13. Як соціальні фактори, зокрема соціальне оточення, впливають на розвиток залежності?
14. Як друзі впливають на формування адиктивної поведінки в підлітків?
15. Яке значення має толерантність у прогресуванні залежності?
16. Як такі поведінкові залежності, як гемблінг або ігрова залежність, класифікуються у МКХ-11?
17. Які категорії введено в МКХ-11 для діагностики залежності від нових психоактивних речовин?
18. Яка роль позитивного підкріплення в розвитку адиктивної поведінки?
19. Які зміни в структурі мозку характерні для хронічної стадії залежності?
20. Яким чином стигма впливає на доступність лікування для осіб із залежністю?
21. Чому синдром відміни може стати фактором, що підтримує залежність?
22. Як впливають соціальні норми на формування та підтримання залежності?
23. У чому полягає різниця між гострою інтоксикацією та синдромом залежності?
24. Які клінічні особливості має патологічна залежність від азартних ігор?
25. Які ключові риси визначають розлад ігрової залежності згідно з МКХ-11?
26. Як ранній стрес або травма можуть впливати на формування залежності?
27. Чому хронічна стадія залежності вимагає інтегративного підходу до лікування?
28. Як класифікуються психотичні розлади, викликані вживанням психоактивних речовин?
29. Яке значення має міждисциплінарний підхід у лікуванні залежностей?

30. Чому залежність вважається багатofакторним явищем, що вимагає міждисциплінарного підходу?

3.10. Тестові завдання

Тестові завдання з однією правильною відповіддю

1. Що є основною метою впровадження МКХ-11 у класифікації адиктивних розладів?
 - a) Збільшення кількості діагнозів
 - b) Спрощення класифікації до єдиної рубрики
 - c) Удосконалення діагностичних критеріїв і врахування поведінкових залежностей
 - d) Усунення поведінкових залежностей із класифікації
2. Що таке синдром відміни?
 - a) Стан, що виникає під час гострої інтоксикації
 - b) Комплекс фізіологічних і психологічних симптомів у разі припинення вживання речовини
 - c) Здатність організму потребувати менше речовини для ефекту
 - d) Виключно психологічна залежність від речовини
3. В якій рубриці МКХ-10 класифікуються розлади, спричинені патологічною азартною грою?
 - a) F10
 - b) F12
 - c) F19
 - d) F63.0
4. Який ключовий механізм лежить в основі поведінкових і хімічних залежностей?
 - a) Підвищена чутливість до стресу
 - b) Порушення роботи системи винагороди мозку
 - c) Виключно генетичні чинники
 - d) Соціальна ізоляція
5. Що є характерною ознакою толерантності?
 - a) Зниження ефекту від постійної дози речовини
 - b) Залежність лише на психологічному рівні
 - c) Відсутність синдромів відміни
 - d) Розвиток інших супутніх розладів
6. Яка залежність була офіційно визнана в МКХ-11?
 - a) Залежність від кави
 - b) Інтернет-залежність
 - c) Розлад ігрової залежності
 - d) Залежність від новин
7. Який основний аспект ураховано в класифікації залежностей у МКХ-11?
 - a) Лише фізіологічні прояви

- b) Соціально-культурні чинники
- c) Поєднання поведінкових і хімічних залежностей
- d) Тільки нейробіологічні основи

8. Яке із тверджень стосується шкідливого вживання (F1x.1) у МКХ-10?

- a) Завжди супроводжується компульсивною поведінкою
- b) Передбачає наявність толерантності
- c) Не обов'язково включає синдром залежності
- d) Визначається як залежність із симптомами абстиненції

9. Чим характерний початковий етап розвитку залежності?

- a) Розвитком толерантності
- b) Пошуком джерела задоволення та позитивного підкріплення
- c) Втратою контролю над поведінкою
- d) Виникненням психотичних розладів

10. Як класифікується гостра інтоксикація у МКХ-10?

- a) F1x.0
- b) F1x.1
- c) F1x.2
- d) F1x.3

Тестові завдання з декількома правильними відповідями

1. Які фактори сприяють формуванню залежності?

- a) Генетична схильність
- b) Наявність системи винагороди мозку
- c) Соціальний тиск
- d) Відсутність хімічних речовин

2. Які категорії розладів включає МКХ-11 у класифікацію залежностей?

- a) Розлади вживання психоактивних речовин
- b) Розлад азартних ігор
- c) Розлади залежності від харчування
- d) Ігровий розлад

3. Які наслідки має синдром відміни?

- a) Фізичний дискомфорт
- b) Зменшення толерантності
- c) Психологічний дистрес
- d) Покращення контролю над поведінкою

4. Які критерії характерні для синдрому залежності?

- a) Втрата контролю над вживанням речовини
- b) Наявність толерантності
- c) Соціальна адаптація
- d) Компульсивна поведінка

5. Які поведінкові залежності згадуються в МКХ-11?

- a) Розлад азартних ігор
- b) Інтернет-залежність
- c) Надмірна залежність від кави
- d) Ігровий розлад

6. Що є ключовими рисами прогресивної стадії залежності?

- a) Толерантність
- b) Розвиток фізіологічної залежності
- c) Поява супутніх психічних розладів
- d) Соціальна інтеграція

7. Які психосоціальні фактори впливають на розвиток залежності?

- a) Наявність підтримки з боку сім'ї
- b) Культурні норми
- c) Соціальна стигма
- d) Статус у суспільстві

8. Які стани включає рубрика F10 у МКХ-10?

- a) Гостра інтоксикація алкоголем
- b) Синдром залежності від алкоголю
- c) Алкогольна абстиненція з маренням
- d) Розлад азартних ігор

9. Які етапи розвитку залежностей виділяються в дослідженнях?

- a) Початковий контакт із речовиною
- b) Прогресування звички
- c) Хронічна стадія
- d) Повне одужання

10. Які зміни в системі винагороди мозку відбуваються в разі залежності?

- a) Підвищення чутливості до стимулів
- b) Зниження дофамінових рецепторів
- c) Збільшення емоційної регуляції
- d) Нейроадаптація до речовини

Тестові завдання з розгорнутою відповіддю

1. Поясніть, як еволюція класифікаційних підходів у МКХ-11 впливає на медичну практику.
2. Опишіть роль позитивного підкріплення на етапі знайомства в розвитку залежності та наведіть приклади, як цей механізм впливає на формування адиктивної поведінки.
3. Поясніть взаємодію генетичних і епігенетичних факторів на прикладі залежності від алкоголю.
4. Розкрийте загальне значення соціальних і культурних чинників у нормалізації певних видів залежної поведінки.

5. Визначте ключові особливості патологічної азартної гри та поясніть, як вони проявляються в поведінці людини.
6. Порівняйте психологічні прояви синдрому відміни в разі хімічних залежностей, як-от алкоголізм, та поведінкових залежностей, як-от ігровий розлад.
7. Опишіть основні фінансові виклики, з якими стикається система охорони здоров'я під час лікування хронічних стадій залежностей.
8. Визначте, як нейроадаптація в системі винагороди мозку впливає на розвиток толерантності та синдром відміни.
9. Охарактеризуйте зміни в класифікації хімічних залежностей між МКХ-10 та МКХ-11.
10. Поясніть, чому впровадження нових категорій у МКХ-11, як-от розлад ігрової залежності, є важливим для сучасного суспільства.

Посилання на статті з теми розділу для конспектування:

1. Бочаріна Н. О., Костюк О. Г. Особливості прояву адиктивної поведінки в юнацькому віці. *Молодий вчений*. 2017. № 5. С. 196-199. URL: <http://surl.li/uchhrc>
2. Железнякова Ю. В. Основні характеристики адиктивної поведінки. *Теорія і практика сучасної психології*. 2016. № 2. С. 4-8. URL: <http://surl.li/cjnmyk>
3. Михайлишин У. Б. Теоретико-методологічне дослідження детермінант виникнення адиктивної поведінки у студентів. *Проблеми сучасної психології*. 2018. № 41. С. 176-187. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-41.176-187>
4. Виноградова В. Є., Пузирьов Є. В. Особливості соціально-педагогічної профілактики ігрової та інтернет-залежності підлітків. *Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського. Серія: Психологія*. 2020. № 31 (70). С. 70-75. DOI: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.3/12>
5. Мозгова Т. П., В'юн В. В., Гайчук Л. М. Інтернет-адикція як прояв сучасних дезадаптивних станів. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2021. № 90 (1). С. 71-76. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.1.mvg>
6. Чернецька Ю., Тарасенко Н., Бондаренко М. Соціально-педагогічна підтримка сімей наркозалежних у процесі реабілітації: гендерний аспект. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 13 (31). С. 381-395. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-381-395](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-381-395)

7. Сальникова А. Алекситимія як предиктор високої вірогідності виникнення лудоманії. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2023. № 5 (14). С. 122-128. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-5-20>
8. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету*. 2020. № 6. С. 108-114. DOI: <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-16>
9. Семиченко В. А., Зубченко Н. М. Зовнішня і внутрішня детермінація виникнення залежності у підлітків. *Вісник НАУ. Серія: Педагогіка. Психологія*. 2023. № 1 (22). С. 144-152. URL: <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/59881>
10. Уркаєв В. С. Зміст феномену ігрової залежності: особливості та специфіка. *Технології розвитку інтелекту*. 2019. № 3 (3). URL: <http://surl.li/jmlvra> (дата звернення: 08.01.2025).

Основна література:

1. Moskalewicz M. Lived time disturbances of drug addiction therapy newcomers. A qualitative, field phenomenology case study at Monar-Markot Center in Poland. *International journal of mental health and addiction*. 2016. Vol. 14, No. 6. P. 1023-1038. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9680-4>
2. O'Shiel D. Drives as original facticity. *Sartre Studies International*. 2013. № 19 (1). P. 1-15. DOI: <https://doi.org/10.3167/ssi.2013.190101>
3. Petta G. Psychopathology of addictions. *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 2014. № 3 (2). P. 16-37. DOI: <https://doi.org/10.37067/rpfc.v3i2.1021>
4. Schlimme J.E. Addiction and self-determination: A phenomenological approach. *Theor. Med. Bioeth.* 2010. № 31. P. 49-62. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9134-0>
5. Shinebourne P., Smith J. 'It is just habitual': an interpretative phenomenological analysis of the experience of long-term recovery from addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2011. № 9. P. 282-295. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-010-9286-1>
6. Брух І. І. Емоційна залежність у романтичних стосунках: вплив негативного дитячого досвіду та ранніх дисфункційних схем. *Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2021. № 2 (20). С. 143-158. URL: <http://surl.li/nbyscv> (дата звернення: 08.01.2025)

7. Камінська О. В. Психологічна характеристика різних типів інтернет-залежності. *Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації*. 2013. № 4. С. 285–290. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/1225> (дата звернення: 08.01.2025)
8. МКХ-10: Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб, 10-й перегляд (МКХ-10). Женева: ВООЗ, 1992. URL: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases> (дата звернення: 08.01.2025)
9. МКХ-11: Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд (МКХ-11). Женева: ВООЗ, 2019. URL: <https://icd.who.int/en> (дата звернення: 08.01.2025)
10. НК 025:2021: Міністерство охорони здоров'я України. (Національний класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (НК 025:2021). Київ: МОЗ України, 2021. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/nacjonalnyj-klasifikator-nk-025.pdf> (дата звернення: 08.01.2025)

Додаткова література:

1. Crofts P. Problem gambling and property offences: An analysis of court files. *International Gambling Studies*. 2003. № 3. P. 183–197. DOI: 10.1080/1356347032000142289
2. Kalle Lind, Juha Kääriäinen, Sanna-Mari Kuorppamäki. From problem gambling to crime? Findings from the Finnish National Police Information System. *Journal of Gambling Issues*. Centre for Addiction and Mental Health. 2015. DOI: 10.4309/jgi.2015.30.10
3. Железнякова Ю.В. Основні характеристики адиктивної поведінки. *Теорія і практика сучасної психології*. 2016. № 2. С. 4–8.
4. Сорокіна О.А. Психологія залежності: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: ПП Буйницький О.А., 2014. 180 с.

ТЕМА 4

СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ ЗАЛЕЖНОСТІ



4.1. Вступ

У цьому розділі розглянуто сучасні теоретичні концепції, які пояснюють формування та розвиток залежності з погляду психології. Проаналізовано основні підходи до вивчення особистості, включаючи психодинамічний, гуманістичний, когнітивний і поведінковий. Детально досліджено, як ці теоретичні рамки допомагають зрозуміти причини виникнення залежності, її психологічну природу та механізми підтримки.

Розглянуто питання впливу особистісних, когнітивних і емоційних факторів на формування адиктивної поведінки, а також роль мотивації, саморегуляції, соціальних взаємодій і життєвих обставин у розвитку залежності. Особливу увагу приділено захисним механізмам психіки, як-от проєкція, раціоналізація та сублімація, які впливають на стратегії подолання внутрішніх конфліктів.

Крім того, в розділі проаналізовано вплив дитячого досвіду, соціального оточення та культури на психологічну вразливість до залежності. Інтеграція різних теоретичних підходів, зокрема біопсихосоціальної моделі, дозволяє отримати цілісне уявлення про природу залежності, її діагностику та профілактику.

Розділ завершується обговоренням практичного застосування теорій особистості для розроблення ефективних терапевтичних стратегій з огляду на індивідуальні особливості кожної людини. Ці концепції є основою для створення сучасних підходів до подолання залежності, спрямованих на довготривале психологічне здоров'я та соціальну адаптацію.

4.2. До питання про розуміння теорій особистості в дослідженні психологічних механізмів залежності

Аналіз особистості – це комплексна область психологічних досліджень, яка спрямована на вивчення складних патернів мислення, емоцій та поведінки, що характеризують особистість. Він базується на різних теоретичних перспективах, кожна з яких дає унікальні уявлення про природу особистості. Ця галузь охоплює різні концепції та методології, які спрямовані на розшифрування того, як розвивається особистість, як вона функціонує і як впливає на життя людини, зокрема на її схильність до певних видів поведінки, в тому числі залежності.

За своєю суттю особистість часто описується як динамічний і організований набір характеристик, які поступово впливають на оточення, пізнання, емоції, мотивації та поведінку людини. У психології центральне місце у вивченні особистості займають такі поняття, як: риси, що являють собою стійкі моделі поведінки; темперамент, який відображає вроджені емоційні схильності; Я-концепція, тобто сприйняття людиною своєї ідентичності. Ці основоположні ідеї забезпечують основу для вивчення того, як особистість формується і виражає себе в різних контекстах.

У вивченні особистості сформувалося кілька теоретичних підходів, кожен з яких наголошує на різних аспектах людської поведінки та розвитку. Серед них виділяються психодинамічний, гуманістичний, когнітивний та поведінковий підходи як основні парадигми (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Теорії особистості в дослідженні психологічних механізмів залежності [7; 10]

Теорія особистості	Головні положення	Використання в дослідженні адикції	Вчені, що зробили значний внесок	Приклади досліджень
Психоаналітична теорія	Підсвідомі конфлікти, потяги та захисні механізми визначають поведінку	Залежність може виникати як спосіб уникнення внутрішніх конфліктів або компенсації незадоволених потягів	З. Фройд, А. Адлер, К. Юнг	Дослідження, які показують, що вживання алкоголю може бути способом уникнення дитячих травм або пригнічених емоцій
Біхевіористична теорія	Поведінка формується через підкріплення і наслідування	Залежність розглядається як результат підкріплення (позитивного або негативного)	Дж. Вотсон, Б. Скіннер	Експерименти, що демонструють формування наркотичної залежності у

		певних моделей поведінки, наприклад, зловживання речовинами		тварин через позитивне підкріплення
Гуманістична теорія	Прагнення до самореалізації, унікальність особистості, важливість свободи вибору	Залежність може розглядатися як порушення процесу самореалізації через несприятливі умови середовища або внутрішню кризу	К. Роджерс, А. Маслоу	Дослідження, які виявляють зв'язок між наркоманією та браком підтримки в оточенні, що ускладнює самореалізацію
Когнітивна теорія	Поведінка залежить від когнітивних схем, переконань і стилю мислення	Залежність формується через дисфункціональні когнітивні схеми, які викликають і підтримують вживання речовин або іншу адиктивну поведінку	А. Бек, А. Еліс	Аналіз, що виявляє роль негативного мислення у формуванні залежності від азартних ігор
Риси особистості	Особистісні риси є стійкими і визначають поведінкові реакції	Залежність пов'язується з певними рисами, наприклад, імпульсивністю, низькою стресостійкістю або схильністю до ризику	Р. Кеттел, Г. Айзенк	Дослідження підтверджують зв'язок між високою імпульсивністю та ризиком розвитку нікотинової залежності
Системний підхід	Особистість розглядається як система, що взаємодіє із середовищем	Вплив залежності аналізується у взаємозв'язку із сімейними, соціальними та культурними факторами	У. Бронфенбреннер, Д. Леві	Дослідження демонструють вплив сімейного середовища на формування алкогольної залежності в підлітків
Соціально-когнітивна теорія	Поведінка залежить від взаємодії особистісних характеристик, соціального середовища та когнітивних процесів	Залежність розглядається як результат соціального навчання, зокрема, моделювання поведінки в оточенні або	А. Бандура, Дж. Роттер	Дослідження, які підтверджують вплив груп однолітків на формування залежності від психоактивних речовин

Психодинамічний підхід, що бере свій початок у роботах Зигмунда Фрейда та його послідовників, наголошує на впливі несвідомих процесів, раннього дитячого досвіду та внутрішніх конфліктів на формування особистості. Згідно із цією думкою, свідомість поділяється на три складники: ідентичність (Ід), що керується первинними бажаннями; еґо, яке є посередником між ідентичністю та реальністю; і супер-еґо, яке втілює моральні цінності та суспільні норми. Захисні механізми, як-от пригнічення та проєкція, відіграють вирішальну роль в управлінні внутрішніми конфліктами. Тоді як модель Фрейда акцентувала переважно на сексуальних та агресивних інстинктах, пізніші теоретики, зокрема Карл Юнг та Ерік Еріксон, розширили межі, додавши до них такі поняття, як архетипи та психосоціальний розвиток відповідно.

Психодинамічний підхід пояснює залежність як наслідок несвідомих внутрішніх конфліктів, часто сформованих у ранньому дитинстві. Наприклад, вживання психоактивних речовин може бути інтерпретовано як захисний механізм, спрямований на уникнення болісних спогадів або компенсацію незадоволених емоційних потреб. Ідентичність може прагнути негайного задоволення через залежність, тоді як еґо намагається врівноважити ці імпульси із зовнішньою реальністю. Конфлікт із супер-еґо, яке диктує моральні норми, може призводити до почуття провини, яке своєю чергою посилює залежність як спосіб втечі від емоційного болю.

На противагу цьому, гуманістичний підхід наголошує на закладеному в кожній людині потенціалі для зростання і самореалізації. Головні фігури цієї парадигми, як-от Карл Роджерс і Абрахам Маслоу, стверджують, що особистість формується під впливом прагнення до самореалізації та потреби в позитивному ставленні. Концепція Роджерса про людину, що повноцінно функціонує, та ієрархія потреб Маслоу ілюструють, як прагнення до самовдосконалення і пошуку сенсу впливає на особистість. На відміну від детерміністських поглядів психодинамічних теорій, гуманістична психологія відзначає свободу волі та здатність людини до особистісного зростання, що робить її особливо оптимістичною у своєму світогляді. Наприклад, якщо основні потреби в безпеці чи соціальному прийнятті (згідно з ієрархією Маслоу) не задоволені, людина може шукати тимчасового полегшення у вживанні речовин. Карл Роджерс вважав, що залежність виникає, коли існує значний розрив між ідеальним «Я» та реальним «Я», і людині бракує безумовного позитивного ставлення для

розв'язання цього конфлікту. Таким чином, залежність виступає як спосіб подолання внутрішніх суперечностей та пошуку сенсу в умовах, де свобода вибору обмежена.

Когнітивний підхід до особистості наголошує на ролі таких психічних процесів, як сприйняття, пам'ять і прийняття рішень, у формуванні поведінки. Ця перспектива розглядає особистість як систему мисленневих патернів і переконань, які визначають, як індивіди інтерпретують світ і реагують на нього. Соціально-когнітивна теорія Альберта Бандури, з її акцентом на взаємному детермінізмі, наголошує на взаємодії між особистісними факторами, поведінкою та впливом оточення. Бандура ввів поняття самоефективності, наголошуючи на важливості віри у власну спроможність досягти успіху у формуванні особистості та мотивації поведінки. Наприклад, підліток, який бачить, як його друзі регулярно вживають нікотин і отримують схвалення, може наслідувати цю поведінку, особливо якщо вірить у свою здатність «вписатися» в групу. Таке моделювання часто сприяє формуванню залежності в соціальних контекстах.

Поведінковий підхід, навпаки, фокусується на спостережуваній поведінці та способах, якими вона засвоюється через взаємодію з оточенням. Цей підхід, що бере свій початок у роботах таких дослідників, як Джон Вотсон і Б. Ф. Скіннер, розглядає особистість як результат зумовленості та закріплення. Оперантне зумовлювання Скіннера акцентує увагу на тому, як винагороди і покарання формують поведінку, тоді як класичне зумовлювання Івана Павлова досліджує асоціативні процеси, що лежать в основі вивчених реакцій. Цей підхід дуже ефективний для пояснення звичок і моделей поведінки, оскільки він мінімізує вплив внутрішніх психічних станів на користь зовнішніх стимулів та їх наслідків.

Поведінковий підхід розглядає залежність як результат зумовлення і закріплення певних моделей поведінки. Наприклад, підліток може почати вживати наркотики, якщо бачить, що це приносить позитивні наслідки, наприклад, соціальне визнання або уникнення стресу. Винагороди, як-от схвалення групи, підсилюють цю поведінку, тоді як відсутність негативних наслідків зміцнює переконання, що залежність безпечна. У таких випадках соціальне оточення виступає ключовим фактором, що закріплює шкідливі звички, через асоціативні та оперантні механізми.

Порівнюючи ці підходи, можна виокремити кілька відмінностей. Психодинамічний підхід досліджує глибини несвідомого та раннього досвіду, пропонує глибокі ідеї, але часто критикується за брак емпіричної підтримки. Гуманістична психологія дає оптимістичний погляд на людський потенціал, але може розглядатися як надто ідеалістична. Когнітивний підхід поєднує внутрішні процеси та поведінку, яку можна спостерігати, уявляючи

збалансовану та емпірично обґрунтовану перспективу. Водночас залежність поведінкового підходу від вимірюваних явищ піддається науковому аналізу, але може недооцінювати складність внутрішнього досвіду.

Аналіз особистості включає вивчення факторів, які впливають на поведінку, наприклад, на залежність. Залежність, що характеризується компульсивним залученням до певних стимулів або дій, незважаючи на несприятливі наслідки, формується під впливом особистісних, екологічних і біологічних факторів. Особистісні фактори, зокрема, такі риси характеру, як імпульсивність, прагнення до відчуттів і низька сумлінність, відіграють значну роль у розвитку адиктивної поведінки. Наприклад, люди з високим рівнем невротизму можуть бути більш схильними до вживання психоактивних речовин як засобу подолання стресу або негативних емоцій. До когнітивних факторів належать викривлені переконання щодо вживання психоактивних речовин, а також вплив оточення, наприклад, тиск із боку однолітків та доступність.

У контексті психодинамічного підходу залежність може трактуватися як прояв нерозв'язаних внутрішніх конфліктів або незадоволених потреб, тоді як гуманістичний погляд може наголошувати на ролі зниженого почуття власної гідності або відсутності сенсу життя. Когнітивні теорії наголошують на ролі дезадаптивних моделей мислення та підкріплення поведінки, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин, через уявну винагороду. Поведінковий підхід, що зосереджується на вивчених асоціаціях і підкріпленні, забезпечує основу для усвідомлення того, як формуються і підтримуються звички до вживання психоактивних речовин.

Залежність як психологічний феномен є складною взаємодією розумових, емоційних і поведінкових процесів, які призводять до компульсивного захоплення певними видами діяльності або речовинами, незважаючи на несприятливі наслідки. Психологічна залежність, на відміну від фізіологічної, визначається інтенсивним, часто неконтрольованим потягом до певних переживань або станів, зокрема, ейфорії, зняття стресу або зменшення болю. Її структура охоплює стійку схильність до адиктивної поведінки, втрату контролю над нею та її продовження, незважаючи на усвідомлення її шкідливого впливу. Ці елементи в сукупності формують ядро психологічної залежності, що підкреслює її вкоріненість у когнітивній та емоційній сферах індивіда.

Мотивація відіграє важливу роль у виникненні та збереженні психологічної залежності. Залежність часто починається зі свідомого чи несвідомого бажання досягти певного емоційного чи психологічного стану, наприклад, задоволення, уникнення або

полегшення. Згодом ця мотивація спотворюється, переходячи від добровільного прагнення до мимовільного примусу. Мотиваційна система в залежності нерозривно пов'язана з механізмами оброблення винагороди в мозку, де очікування і переживання винагороди підкріплюють адиктивну поведінку. Це підкріплення створює петлю зворотного зв'язку, завдяки якій мотивація до адиктивної поведінки посилюється, оскільки людина все частіше асоціює її з бажаними результатами. Водночас у міру розвитку залежності початкова винагорода може зменшуватися, і поведінка починає мотивуватися більше потребою уникнути негативних емоційних станів, як-от тривога або депресія, а не отримати задоволення.

Саморегуляція, або здатність контролювати свої думки, емоції та поведінку значно порушується в разі залежності. Порушення процесів саморегуляції є як причиною, так і наслідком адиктивної поведінки. Спочатку людині може бути важко протистояти спокусі втягнутись в адиктивну поведінку через слабку здатність до саморегуляції або відсутність механізмів подолання проблем. Згодом повторюване задоволення поведінкою ще більше послаблює саморегуляцію, і стає все важче здійснювати контроль. Порушення саморегуляції в разі залежності часто пов'язане з дефіцитом таких виконавчих функцій, як контроль імпульсів і прийняття рішень, що посилює цикл компульсивної поведінки. Психологічно ці порушення створюють відчуття безпорадності та закріплюють переконання, що людина не здатна змінити свою поведінку, а це ще більше посилює залежність.

Емоційна сфера тісно взаємопов'язана з психологічними механізмами залежності. Емоційна дисрегуляція, що характеризується проблемами в управлінні та реагуванні на емоційні переживання, є одним із ключових факторів розвитку та підтримки залежності. Багато людей звертаються до адиктивної поведінки, щоб впоратися з такими сильними емоціями, як смуток, гнів або страх. Така поведінка часто приносить тимчасове полегшення або відволікання, створюючи дезадаптивне циклічне коло, в якому залежність стає основною стратегією емоційної регуляції. Згодом така залежність від адиктивної поведінки для управління емоціями зменшує здатність людини розвивати більш здорові стратегії подолання проблем, що ще більше закріплює залежність. Хронічне втягування в адиктивну поведінку може призвести до емоційного ослаблення, коли здатність людини відчувати повний спектр емоцій зменшується, що ще більше посилює її залежність від поведінки для емоційної стимуляції або полегшення.

Психологічні механізми, що зумовлюють формування адиктивної поведінки, є багатогранними і передбачають складну взаємодію когнітивних, емоційних і соціальних

чинників. На когнітивному рівні ключову роль відіграють викривлені переконання та очікування. Наприклад, у людей можуть сформуватися ірраціональні переконання щодо переваг адиктивної поведінки, наприклад, уявлення про те, що вона забезпечує суттєве полегшення від стресу або підвищує працездатність. Ці когнітивні викривлення часто посилюються вибірковою увагою до позитивних результатів і мінімізацією негативних наслідків, що створює упереджене сприйняття поведінки. На емоційному рівні травми, стрес або емоційний біль часто є основними рушійними факторами залежності, а поведінка функціонує як неадекватний механізм подолання. Соціальні фактори, як-от вплив однолітків, культурні норми та доступність, додатково сприяють розвитку залежності, формуючи ставлення та можливості для залучення до поведінки.

Вивчення теорій особистості в контексті дослідження залежності розкриває багатий діапазон поглядів, які сприяють аналізу складної динаміки поведінки, що викликає адиктивні стани. Кожна теоретична концепція дає можливість отримати глибоке знання про психологічні основи залежності, надаючи важливі рекомендації для ефективного втручання та психотерапії. Від глибин несвідомого до взаємодії соціальних впливів – усі ці теорії висвітлюють шляхи, якими розвивається і зберігається залежність, а також указують на потенційні можливості терапевтичних змін.

Психоаналітична теорія, що бере свій початок у роботах Зигмунда Фрейда, наголошує на провідній ролі несвідомого в поведінці людини, в тому числі у розвитку залежності. Згідно із цією теорією, нерозв'язані конфлікти та незадоволені потреби, що виникають у ранньому дитинстві, витісняються в несвідоме і згодом проявляються у вигляді дезадаптивної поведінки, наприклад, залежності. Крім того, адиктивна поведінка може виступати як заміник незадоволених емоційних потреб, забезпечуючи тимчасове відчуття комфорту або безпеки. Поняття захисних механізмів, як-от заперечення або витіснення, є надзвичайно актуальним у разі залежності, оскільки люди часто несвідомо спотворюють реальність, щоб уникнути зіткнення з глибинним болем або травмою, які керують їхньою поведінкою. Психоаналітична терапія прагне вивести ці несвідомі конфлікти на рівень усвідомлення, дозволяючи людині обробити і розв'язати їх. Цей процес може допомогти людині звільнитися від нав'язливих циклів залежності, усуваючи її глибинні психологічні причини, сприяючи кращому саморозумінню та розвиваючи більш здорові механізми розв'язання проблем.

Гуманістичний підхід, представлений такими теоретиками, як Карл Роджерс і Абрахам Маслоу, зміщує акцент на вроджений потенціал людини до зростання і

самореалізації. У межах цього підходу залежність часто розглядається як симптом більш глибокої екзистенційної кризи або нездатності реалізувати свій потенціал. Ієрархія потреб Маслоу передбачає, що залежність може виникнути, коли фундаментальні психологічні потреби, як-от любов, приналежність або самоповага, залишаються незадоволеними. Людина може вдаватися до адиктивної поведінки як засобу компенсації цих дефіцитів або як втечі від відчаю, пов'язаного з відсутністю мети чи сенсу життя. Гуманістична терапія наголошує на важливості розвитку самосвідомості, самоприйняття та особистісного зростання. Створюючи терапевтичне середовище, що характеризується емпатією, безумовним позитивним ставленням і щирістю, терапевти можуть допомогти людям відновити зв'язок з їхніми внутрішніми цінностями і прагненнями, що дозволяє їм рухатися до більш повноцінного життя без залежності. Ця перспектива акцентує увагу на ролі ціннісних криз у залежності, коли відсутність узгодженої системи цінностей або мети посилює вразливість до компульсивної поведінки.

Соціально-когнітивна теорія, розроблена Альбертом Бандурою, дозволяє зрозуміти роль соціального впливу та когнітивних процесів у виникненні залежності. Ключовим у цій теорії є поняття самоефективності, або віра людини у свою здатність контролювати свою поведінку та оточення. Низька самоефективність тісно пов'язана з вразливістю до залежності, оскільки люди, які вважають себе безсилими протистояти спокусі або змінити обставини, з більшою ймовірністю піддаються адиктивній поведінці. Соціально-когнітивна теорія також наголошує на важливості навчання на основі спостереження та соціального заохочення у формуванні поведінки. Вплив рольових моделей, які практикують адиктивну поведінку, особливо в сім'ї або в середовищі однолітків, може нормалізувати таку поведінку і підвищити ймовірність її прийняття. І навпаки, позитивні соціальні впливи та мережі підтримки можуть поліпшити самооцінку та забезпечити фактори захисту від залежності. Терапевтичні втручання, що ґрунтуються на соціально-когнітивній теорії, часто зосереджені на підвищенні самоефективності через розвиток навичок, установлення цілей і створення сприятливого соціального середовища. Ці стратегії допомагають людям робити здоровий вибір і протистояти потягу до адиктивної поведінки, зміцнюючи почуття власної спроможності.

Біопсихосоціальний підхід інтегрує ідеї теорій особистості з біологічними, психологічними та соціальними факторами, забезпечуючи комплексну основу для вивчення залежності. Ця багатовимірна позиція визнає, що залежність – це не результат однієї причини, а, скоріше, взаємодія різних впливів. Біологічна схильність, як-от генетична

вразливість або нейрохімічний дисбаланс, може створювати базову сприйнятливність до залежності. Психологічні фактори, зокрема такі особистісні риси, як імпульсивність або низька сумлінність, ще більше формують профіль ризику людини. Соціальні детермінанти, які включають культурні норми, соціально-економічний статус і схильність до стресу, взаємодіють із цими біологічними та психологічними факторами, впливаючи на ймовірність виникнення залежності.

Біопсихосоціальний підхід демонструє інтеграційну природу, оскільки враховує взаємозв'язок між різними рівнями впливу та підкреслює, що залежність не може бути зрозуміла чи подолана без розгляду цих взаємодій у комплексі. Наприклад, генетична вразливість до залежності може реалізуватися лише за наявності відповідних психологічних і соціальних тригерів, як-от дитячі травми або вплив середовища, де зловживання речовинами є нормою. Так само ефективність терапії залежить від урахування біологічних аспектів (наприклад, медикаментозної корекції), психологічних стратегій (когнітивно-поведінкова терапія) та соціальних чинників (групова підтримка або стабільність життєвих умов). Таким чином, цей підхід підкреслює важливість багаторівневого аналізу та індивідуалізації втручання, що робить його одним із найбільш адаптивних і всебічних інструментів для вивчення та лікування залежності.

У контексті психотерапії біопсихосоціальний підхід забезпечує схему комплексного лікування. Наприклад, терапевтичний план може поєднувати когнітивно-поведінкові методи для подолання неадекватного мислення, сімейну терапію для покращення стосунків та практики усвідомленості для покращення емоційної регуляції. Інтеграція цих стратегій наголошує на складності проблеми залежності та необхідності її розв'язання на різних рівнях.

Сучасні дослідження у сфері психологічних механізмів залежності підтверджують важливість взаємодії когнітивних, емоційних та соціальних чинників в її формуванні. Наприклад, дослідження дисфункціональних когнітивних схем показали, що в людей із залежністю часто спостерігаються переконання, спрямовані на самозаперечення чи уникнення відповідальності, які підсилюють їхню схильність до адиктивної поведінки. Крім того, вивчення нейропластичності демонструє, що повторювана адиктивна поведінка створює стійкі нейронні шляхи, які підсилюють звичку й ускладнюють контроль над нею. Емпіричні дані також свідчать, що низька самоефективність є значущим прогностичним чинником для рецидивів, тоді як соціальна підтримка і навички саморегуляції сприяють довготривалому відновленню. Ці результати підкріплюють теоретичні концепції,

наголошуючи на багатогранному характері залежності та необхідності інтегративного підходу до її вивчення і лікування [6; 7; 10].

Практичне застосування теорій особистості у вивченні залежності дає можливість отримати важливі відомості для діагностики, профілактики та лікування адиктивної поведінки. Інтеграція теоретичних поглядів у практичну площину дозволяє психологам і терапевтам створювати ефективні індивідуальні стратегії, спрямовані на задоволення унікальних потреб людей, які борються із залежністю. Ці методи наголошують на важливості вивчення взаємозв'язку між особистісними рисами, психологічними механізмами та факторами зовнішнього середовища, що дає змогу створити всеосяжну основу для діагностики, профілактики та реабілітаційних заходів.

Діагностика залежностей на основі теорій особистості виходить за межі простої ідентифікації симптомів і зосереджена на виявленні основних психологічних і поведінкових патернів, що лежать в основі адиктивної поведінки. Психоаналітична теорія, наприклад, припускає, що залежність може бути наслідком несвідомих конфліктів або незадоволених емоційних потреб, що виникли в ранньому віці. У діагностичному контексті психоаналітичні принципи можуть допомогти фахівцям дослідити історію людини, виявити пригнічені емоції та визначити такі захисні механізми, як заперечення або раціоналізація, що підтримують залежність. Гуманістичні теорії, навпаки, заохочують екзистенційний підхід до діагностики, зосереджуючись на тому, чи має людина почуття мети, самореалізації та відповідності своїм цінностям. Розбіжності між поведінкою людини та її глибокими прагненнями можуть бути індикаторами психологічного дистресу, що сприяє виникненню залежності. Соціально-когнітивні теорії додають акцент на самоефективності, наголошуючи на важливості оцінювання віри людини у свою здатність подолати залежність. Ці різні діагностичні підходи дають детальне знання про залежність, що дозволяє терапевтам адаптувати втручання з урахуванням специфічної особистісної динаміки та когнітивних патернів кожної окремої людини.

У сфері профілактики застосування теорій особистості вказує на важливість раннього втручання та індивідуальних стратегій. Профілактичні заходи, що базуються на теорії особистості, часто спрямовані на людей з підвищеним ризиком виникнення залежності через певні риси характеру або фактори середовища. Наприклад, люди з високою імпульсивністю або прагненням до гострих відчуттів – рисами, які зазвичай асоціюються із залежністю, – можуть отримати користь від цілеспрямованого навчання навичкам саморегуляції та прийняття рішень. Соціально-когнітивні підходи до профілактики

наголошують на формуванні життєстійкості через розвиток самоефективності та створення сприятливих соціальних контактів, які перешкоджають залученню до адиктивної поведінки. Освітні програми, що ґрунтуються на цих теоріях, часто зосереджені на тому, щоб забезпечити людей інструментами для протистояння тиску з боку оточення, ефективного управління стресом і прийняття усвідомленого вибору щодо вживання психоактивних речовин. Гуманістичні підходи до профілактики можуть передбачати створення середовища, яке сприяє самовираженню, особистісному зростанню та змістовній взаємодії, що зменшує ймовірність того, що люди вдаватимуться до адиктивної поведінки як засобу подолання незадоволених психологічних потреб.

Терапія залежності, що ґрунтується на теоріях особистості, все більше застосовує індивідуальний підхід, який інтегрує уявлення з різних теоретичних поглядів. Індивідуальна терапія враховує, що залежність – це комплексний стан, на який впливають індивідуальні риси особистості, психологічні механізми та умови оточення. Наприклад, люди з глибинними несвідомими конфліктами можуть отримати користь від психоаналітичної або психодинамічної терапії, яка спрямована на усвідомлення цих конфліктів і усунення першопричин адиктивної поведінки. Такі методи, як вільні асоціації та аналіз сновидінь, можуть допомогти людям виявити приховані рушійні сили їхньої залежності, створюючи основу для суттєвих змін.

Емпіричні дослідження підтверджують ефективність застосування теорій особистості в терапії залежності, хоча їх результати можуть бути неоднозначними. Наприклад, дослідження, проведене на основі психоаналітичної терапії, показало, що в пацієнтів із залежністю від алкоголю, які проходили довготривале лікування з використанням методів аналізу несвідомих конфліктів, значно знижувалась частота рецидивів. Інше дослідження виявило, що психодинамічна терапія є особливо ефективною для пацієнтів із залежністю, які мали історію дитячих травм або депресії. Водночас метааналіз, проведений для оцінювання психоаналітичних методів у лікуванні залежності, вказує на необхідність інтеграції цих підходів із більш структурованими терапіями, як-от когнітивно-поведінкова терапія, для досягнення довгострокових результатів. Ці дані підкреслюють важливість адаптації терапевтичних підходів до індивідуальних потреб пацієнта [6; 7].

Для когось гуманістичний підхід може бути ефективнішим, особливо якщо їх залежність пов'язана з відчуттям відсутності мети або самореалізації. Гуманістична терапія підкреслює емпатію, автентичність і беззаперечне позитивне ставлення, створюючи безпечний терапевтичний простір, де люди можуть дослідити свої цінності та прагнення. Цей

метод допомагає пацієнтам відновити зв'язок з їх внутрішньою мотивацією до змін, а також сприяє розвитку почуття власної спроможності та самовизначення. Соціально-когнітивні підходи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), добре підходять для подолання неадаптивних моделей мислення та поведінки, які підтримують залежність. Завдяки тому, що КПТ допомагає людям виявляти та долати когнітивні викривлення, розробляти стратегії подолання та розвивати самоефективність, вона надає практичні інструменти для подолання залежності та запобігання рецидивам.

Психологічна підтримка та реабілітація є важливими компонентами лікування залежності, а їх реалізація часто ґрунтується на теоріях особистості. Реабілітаційні програми, що базуються на цих теоріях, наголошують на важливості цілісної підтримки, яка охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти залежності. Психосвіта, яка спирається на соціально-когнітивні принципи, є ключовим елементом багатьох реабілітаційних програм. Роз'яснюючи людям психологічні та неврологічні механізми, що становлять основу залежності, психосвіта сприяє підвищенню самосвідомості й надає пацієнтам знання, необхідні для прийняття обґрунтованих рішень щодо їх лікування.

Гуманістичні принципи часто інтегровані в групову терапію та мережі підтримки, де людей заохочують ділитися своїм досвідом, виражати свої емоції та налагоджувати зв'язки з іншими людьми, які проходять подібний шлях. Таке середовище сприяє формуванню почуття приналежності та взаєморозуміння, долаючи соціальну ізоляцію, яка часто супроводжує залежність. Психоаналітичні уявлення можуть бути включені в індивідуальні консультації, де терапевти працюють із пацієнтами, щоб дослідити глибокі емоційні та несвідомі фактори, що формують залежність, задля довготривалого психологічного лікування.

Профілактичні та реабілітаційні заходи сприяють інтеграції біопсихосоціального підходу, який забезпечує всеосяжну основу для розв'язання проблеми багатогранної природи залежності. Цей метод наголошує на необхідності співпраці між медичними, психологічними та соціальними системами підтримки. Наприклад, медичні методи лікування, як-от медикаментозна терапія, можуть поєднуватися із психологічними втручаннями та соціальними програмами для розв'язання повного спектру проблем, з якими людина стикається на шляху до відновлення. Така інтеграція забезпечує ефективність терапії не тільки в найближчій перспективі, але й стійкість у довгостроковій, підтримуючи пацієнтів у процесі лікування.

4.3. Психоаналітична модель поведінки (З. Фройд)

Сучасна інтерпретація психоаналітичної теорії Фрейда через призму нейрпсихологічних досліджень передбачає інтеграцію його концепцій з даними про роботу мозку. Наприклад, структура психіки (Id, Ego, Superego) тепер розглядається через функціональну взаємодію між лімбічною системою, яка відповідає за емоції та базові потяги (аналог інстинктів (Id)), та префронтальною корою, що виконує регулятивну роль і корелює з его. Супер-его як носій моральних норм співвідноситься із соціальною когніцією, яка базується на активації медіальної префронтальної кори. Нейровізуалізаційні дослідження підтверджують, що конфлікти між імпульсивними й регулятивними процесами можуть проявлятися у вигляді адиктивної поведінки, коли активність у лімбічній системі переважає над контролем із боку префронтальної кори. Таким чином, психоаналітична концепція несвідомого конфлікту набуває нейробиологічного підґрунтя, що дозволяє ефективніше інтегрувати її в сучасну психотерапевтичну практику [2; 3].

Структура психіки, яку запропонував Зигмунд Фройд, є основоположною ідеєю психоаналітичної теорії, що забезпечує всеосяжну основу для вивчення людської поведінки та психічних процесів. Фройд розділив психіку на три окремі, але взаємопов'язані компоненти: свідоме (его), несвідоме (Id) та надсвідоме (супер-его). Ці елементи активно взаємодіють, часто вступаючи в конфлікт, формуючи думки, емоції та дії (табл. 4.2).

Таблиця 4.2.

Структура моделі З. Фрейда

Елемент моделі	Характеристика	Використання в аналізі поведінки	Приклади
Структура психіки	Id – джерело інстинктів і потягів, орієнтованих на задоволення; его – посередник між Id і зовнішнім світом; супер-его – внутрішній цензор, що відповідає за мораль і соціальні норми	Поведінка визначається конфліктом між інстинктивними потягами (Id), реальністю (его) і моральними вимогами (супер-его). Залежність може бути наслідком слабкості его або домінування Id	Людина з алкогольною залежністю може нестримно тягнутися до алкоголю (Id), тоді як слабке его не здатне врівноважити цей потяг. Супер-его своєю чергою може викликати відчуття провини за свої вчинки, що сприяє подальшій адиктивній поведінці
Психосексуальні стадії	Розвиток особистості відбувається через послідовні стадії:	Залежність (наприклад, алкоголізм) може бути	Алкоголь чи куріння можуть розглядатися як прояв фіксації на оральній

	оральна, анальна, фалічна, латентна, генітальна. Фіксація на певній стадії може впливати на поведінку в дорослому віці	результатом фіксації на оральній стадії, що проявляється в пошуку задоволення через ротову стимуляцію	стадії, коли доросла людина продовжує шукати задоволення, пов'язане з ротовою стимуляцією, компенсуючи незадоволені потреби з дитинства
Потяги та лібідо	Лібідо – енергія життя, спрямована на задоволення інстинктів; танатос – потяг до смерті, що проявляється в агресії або саморуйнуванні	Адиктивна поведінка може пояснюватися спробою трансформувати лібідо або подолати потяг до саморуйнування (танатос) через зовнішні стимули, як-от наркотики чи алкоголь	Споживання наркотиків може бути інтерпретоване як несвідома спроба сублимації лібідо або, навпаки, прояв танатосу через саморуйнівну поведінку, спрямовану на уникнення реальності
Захисні механізми	Несвідомі стратегії его для захисту від внутрішніх конфліктів: витіснення, проєкція, раціоналізація, регресія, сублимація тощо	Наприклад, регресія може проявлятися як повернення до інфантильної поведінки, включаючи залежність; раціоналізація використовується для виправдання адиктивної поведінки	Людина може виправдовувати алкоголізм (раціоналізація), наприклад, словами «Я п'ю, щоб розслабитися». Регресія може проявитися у формі дитячого пошуку комфорту через споживання шкідливих речовин
Несвідоме	Несвідоме є сховищем витіснених бажань, потягів і страхів, які впливають на поведінку	Залежність може бути спробою уникнути несвідомих страхів або задовольнити витіснені бажання	Пацієнт із залежністю до ігрових автоматів може неусвідомлено намагатися подолати страх невдачі чи відсутності визнання, витіснені ще з дитинства
Методи психоаналізу	Аналіз сновидінь, асоціативний метод, аналіз переносу, вільні асоціації	Використовуються для виявлення витіснених конфліктів і розуміння прихованих мотивів залежності	Під час терапії пацієнт, який залежить від наркотиків, може виявити через аналіз сновидінь, що його потяг до речовин викликаний бажанням уникнути почуття покинутості, яке він пережив у ранньому віці
Роль дитячих травм	Ранні психоемоційні травми залишають відбиток на структурі особистості, визначаючи схильність до певних форм поведінки	Адиктивна поведінка може бути результатом витіснених дитячих травм або незадоволення	Дитина, яка зазнала насилля або нехтування, в дорослому віці може вдаватися до алкоголю чи наркотиків, щоб заповнити емоційну порожнечу або зменшити тривогу, пов'язану з

В основі теорії З. Фрейда лежить несвідоме (Ід), яке є сховищем первинних інстинктів і бажань. Воно діє за принципом задоволення, прагнучи миттєвого задоволення своїх потягів, незважаючи на суспільні норми чи наслідки. Воно повністю несвідоме і позбавлене моральних чи логічних міркувань. Бажання, що походять від Ід, часто пригнічуються через їх соціально неприйнятну природу, але їх вплив зберігається, невловимо проявляючись у поведінці, снах і помилках, які зазвичай називають «Фройдистськими помилками».

Его, що представляє свідомий розум, виступає посередником між вимогами Ід та обмеженнями реальності. Згідно із принципом реальності, его використовує розум і логіку, щоб керувати зовнішнім світом, водночас керуючи імпульсами Ід. Роль его полягає в тому, щоб відкласти задоволення і забезпечити відповідність дій суспільним очікуванням і практичним аспектам. Однак его не є повністю раціональною сутністю – воно постійно перебуває під впливом несвідомих сил і витісненого матеріалу. Ця подвійна відданість свідомому усвідомленню та несвідомим імпульсам ставить его в нестабільне становище, що часто призводить до внутрішніх конфліктів.

До цієї комплексності додається супер-его, яке втілює інтерналізовані моральні стандарти та ідеали, нав'язані батьками, культурою та суспільством. Супер-его виступає в ролі моральної сили психіки, яка прагне до досконалості й дотримання моральних цінностей. Воно критикує і засуджує рішення его, часто викликаючи почуття провини або сорому, коли дії відхиляються від його високих ідеалів. Супер-его частково усвідомлене, але здебільшого діє на несвідомому рівні, спираючись на глибоко закріплені моральні вчення та суспільні очікування.

Взаємодія між цими трьома компонентами – Ід, его і супер-его – створює активний і часто неспокійний внутрішній світ. Неконтрольовані бажання Ід часто конфліктують із жорсткими моральними імперативами супер-его, змушуючи его шукати хисткий компроміс. Наприклад, людина може відчувати сильне несвідоме бажання отримати заборонене задоволення (Ід) і водночас відчувати провини або тривогу через потенційне порушення моральних норм (супер-его). Его опосередковує цю напругу, розробляючи стратегії примирення цих протилежних сил, часто за допомогою захисних механізмів, як-от стримування, заперечення, проєкція або раціоналізація. Ці механізми дозволяють людині впоратися з внутрішніми конфліктами і зовнішнім тиском, хоча і ціною повного протистояння основним проблемам.

3. Фройд наголошував, що значна частина людської поведінки зумовлена несвідомими прагненнями та витісненими переживаннями. Травматичні події, нерозв'язані конфлікти та нездійснені бажання часто витісняються в несвідоме, де вони продовжують впливати. Ці приховані сили можуть проявлятися по-різному, зокрема в снах, невротичних симптомах та ірраціональній поведінці. Наприклад, людина, яка пережила відторгнення в дитинстві, може несвідомо плекати почуття власної неповноцінності, що може вплинути на її дорослі стосунки чи вибір професії. Попри неусвідомлення цих глибинних чинників, витіснений матеріал формує людське сприйняття та рішення, часто призводячи до моделей самосаботажу або емоційного дистресу.

Аналіз сновидінь є основою психоаналітичного методу З. Фрейда і слугує певним ключем до несвідомого. З. Фройд вважав, що сновидіння – це «королівський шлях до несвідомого», тобто до витіснених бажань і нерозв'язаних конфліктів. Через символічні образи несвідоме передає свій прихований зміст, який его спотворює, щоб захистити людину від дискомфорту прямої конфронтації. Інтерпретуючи ці символи, психоаналіз має на меті розкрити прихований зміст сновидінь, тим самим виводячи несвідомий матеріал на рівень свідомого усвідомлення.

Теорія З. Фрейда підкреслює, що дитячий досвід має значний вплив на поведінку дорослої людини. Структура і динаміка психіки формуються на ранніх стадіях розвитку, де взаємодія з тими, хто піклується про дитину, відіграє вирішальну роль. Нерозв'язані конфлікти цих років формування часто витісняються в несвідоме, де вони зберігаються і впливають на розвиток особистості та міжособистісні стосунки. Концепція психосексуального розвитку З. Фрейда наголошує на цьому, що зацикленість на певних етапах може призвести до стійких поведінкових патернів і психологічних проблем.

Взаємодія між свідомим, підсвідомим і несвідомим указує на складність людської поведінки. Намагання его врівноважити первісні потяги Ід з моральними вимогами супер-его свідчать про внутрішню напругу в психіці. Тоді як свідомий розум прагне до раціональності та послідовності, на нього постійно впливають приховані бажання та витіснений матеріал несвідомого. Модель Фрейда демонструє, що багато з того, що мотивує людські вчинки, знаходиться під поверхнею, поза межами безпосередньої досяжності усвідомлення.

Психосексуальні стадії розвитку, запропоновані Зигмундом Фрейдом, дають всеосяжну основу для аналізу того, як особистість формується під впливом дитячого досвіду. З. Фройд стверджував, що розвиток людини визначається вродженою лібідною енергією,

яка шукає задоволення через різні ерогенні зони на різних етапах життя. Ці стадії – оральна, анальна, фалічна, латентна та генітальна – є критичними періодами у формуванні особистості, поведінки та психологічного благополуччя людини. Кожна стадія ставить перед людиною особливі виклики та вимоги, і розв'язання цих суперечок глибоко впливає на все подальше життя. Однак якщо конфлікти залишаються нерозв'язаними чи коли задоволення або надмірне, або відсутнє, може виникнути зацикленість, що призводить до невротичних тенденцій і поведінкових відхилень.

Оральна стадія, перша фаза психосексуального розвитку, починається з народження і триває приблизно до 18 місяців. У цей період основним джерелом задоволення і дослідження є рот, оскільки немовлята отримують задоволення від таких дій, як смоктання, кусання і жування. Цей етап має важливе значення для встановлення довіри та відчуття безпеки, оскільки взаємодія немовляти з тими, хто за ним доглядає, відіграє вирішальну роль у задоволенні його базових потреб. Якщо ці потреби постійно задовольняються, в дитини розвивається відчуття комфорту і стабільності. Однак такі порушення на цьому етапі, як недостатнє або надмірне задоволення, можуть призвести до оральної фіксації. Особи, зациклені на цій стадії, можуть проявляти поведінку, пов'язану із залежністю, пасивністю або шкідливими оральними звичками, як-от переїдання, куріння або гризіння нігтів. Ці тенденції відображають несвідому спробу отримати задоволення, в якому було відмовлено або надмірно надано в дитинстві.

Анальна стадія настає приблизно у віці від 18 місяців до трьох років, під час якої фокус уваги зміщується на анус як основну ерогенну зону. Ця стадія збігається з привчанням до туалету, коли дитина вчиться контролювати і регулювати функції свого тіла. Цей процес вводить поняття автономії, самоконтролю і дисципліни, що робить його важливим періодом для формування ставлення до влади і порядку. Здоровий перебіг цієї стадії призводить до формування збалансованої особистості, яка характеризується гнучкістю та саморегуляцією. Однак зацикленість на цій стадії може призвести до формування двох різних типів особистості. Якщо вихователь надмірно суворий або караючий, у дитини може розвинути «анально-резистентна» особистість, яка характеризується надмірною впорядкованістю, впертістю і ригідністю. І навпаки, надмірно м'який або поблажливий догляд може призвести до формування «анально-витісняючої» особистості, що характеризується неорганізованістю, недбалістю і непокорюю. Обидва результати відображають тривалий вплив нерозв'язаних конфліктів на цій стадії розвитку.

Фалічна стадія, що відбувається у віці від трьох до шести років, знаменує собою значний перелом у психосексуальному розвитку, коли дитина починає усвідомлювати власне тіло та відмінності між статями. Основною ерогенною зоною на цій стадії є геніталії, і дитина починає досліджувати почуття потягу, суперництва та ідентифікації. Центральне місце на цій стадії займають комплекси Едіпа та Електри, коли хлопчики та дівчатка відчувають несвідомі бажання до батьків протилежної статі, тоді як одностатеві батьки сприймаються як суперники. Успішне подолання цих конфліктів передбачає ідентифікацію з одностатевими батьками, засвоєння їхніх цінностей та розвиток стійкого почуття гендерної ідентичності. Втім, нерозв'язані конфлікти на фалічній стадії можуть призвести до фіксації, що спричиняє проблеми у формуванні здорових стосунків, проблеми з авторитетними особами або проблеми, пов'язані з самооцінкою та ідентичністю.

Латентна стадія охоплює період від шести років до статевого дозрівання і характеризується відносним спокоєм у психосексуальному розвитку. На цій стадії лібідна енергія сублимується в соціально прийнятні види діяльності – навчання, побудова дружніх стосунків і хобі. Фокус зміщується з індивідуального задоволення на зовнішній світ, оскільки дитина розвиває соціальні навички та культурне взаєморозуміння. Хоча ця стадія не має специфічної ерогенної зони, вона слугує підготовчим етапом до викликів підліткового та дорослого віку. Фіксація на більш ранніх стадіях може тонко проявлятися протягом латентного періоду через соціальні або академічні проблеми, але сама по собі ця стадія зазвичай не призводить до фіксації.

Завершальна стадія психосексуального розвитку, а саме генітальна, починається в період статевого дозрівання і продовжується в дорослому віці. Ця стадія є кульмінацією психосексуального розвитку, коли людина прагне встановити змістовні та інтимні стосунки. У центрі уваги знову опиняються геніталії, але, на відміну від фалічної стадії, акцент зміщується на взаємне задоволення та інтеграцію сексуальних і емоційних потреб. Здорове проходження цієї стадії вимагає успішного проходження попередніх стадій, оскільки нерозв'язані конфлікти або зацикленість можуть перешкоджати розвитку зрілих, повноцінних стосунків. Наприклад, люди з невирішеною оральною фіксацією можуть проявляти залежність у стосунках, тоді як ті, хто має невирішену анальну фіксацію, можуть мати проблеми з контролем або гнучкістю.

Фіксація на будь-якій стадії психосексуального розвитку є результатом або надмірного задоволення, або фрустрації в цей період. Такі фіксації залишають стійкий відбиток на особистості та поведінці, проявляючись у вигляді невротичних тенденцій або

дезадаптивних патернів. Теорія Фрейда підкреслює, що нерозв'язані конфлікти з дитинства не просто забуваються, а витісняються в несвідоме, де вони продовжують впливати на доросле життя. За допомогою психоаналізу З. Фройд намагався розкрити ці пригнічені конфлікти, що дозволило б людям отримати уявлення про їхні глибинні проблеми та працювати над їх розв'язанням.

Захисні механізми – це несвідомі психологічні стратегії, що використовуються психікою для захисту людини від тривоги, емоційного дистресу та внутрішнього конфлікту. Ці механізми мають вирішальне значення для підтримки психологічної рівноваги, дозволяючи людям адаптуватися до ситуацій, які загрожують їхньому почуттю «Я» або кидають виклик їхній емоційній стабільності. Зигмунд Фройд уперше концептуалізував захисні механізми як частину своєї психоаналітичної теорії, а наступні психоаналітики розширили цю концепцію. Захисні механізми виникають, коли его стикається з внутрішнім конфліктом між вимогами Ід, супер-его та реальністю. Коли людина зустрічається із ситуацією або імпульсом, які сприймаються як загрозові або неприйнятні, ці механізми слугують для спотворення, заперечення або мінімізації впливу цих почуттів, дозволяючи людині продовжувати функціонувати в умовах психологічного стресу. Такі типи захисних механізмів, як проєкція, раціоналізація, пригнічення і сублімація, мають значний вплив на процеси прийняття рішень і формування поведінкових патернів, впливаючи як на короткострокове подолання стресу, так і на довгостроковий психологічний розвиток.

Захисні механізми в поведінці залежних осіб часто проявляються у формі уникнення, заперечення та раціоналізації, що дозволяє їм справлятися зі своєю ситуацією. Наприклад, проєкція може виражатися в тому, що людина звинувачує інших у своїй залежності, стверджуючи, що вони є причиною її проблем, тоді як насправді її власні рішення ведуть до адиктивної поведінки. Раціоналізація може бути помітна, коли особа виправдовує вживання алкоголю чи наркотиків, кажучи, що це «допомагає їй розслабитися після важкого дня» або що «всі її друзі це роблять». Пригнічення своєю чергою може проявлятися в тому, що залежна особа ігнорує або мінімізує негативні наслідки своєї поведінки, наприклад, не звертаючи уваги на наслідки для здоров'я або відносин. Сублімація може використовуватися, коли людина намагається спрямувати свою енергію на спорт або хобі, намагаючись зменшити потяг до адиктивної поведінки. Ці механізми можуть не лише забезпечувати короткострокове полегшення, але й сприяти продовженню залежності, оскільки заважають особі усвідомити реальні проблеми, які потребують розв'язання.

Одним із найвідоміших захисних механізмів є проєкція, коли людина приписує власні небажані почуття, думки чи імпульси іншим. Цей процес дозволяє людині уникнути усвідомлення власних негативних рис чи емоцій, вбачаючи їх в інших. Наприклад, людина, яка злиться на колегу, може проєктувати свій гнів, звинувачуючи колегу у ворожості, тим самим витісняючи емоційний конфлікт. Проєкція може впливати на прийняття рішень, спотворюючи те, як людина сприймає ситуації чи стосунки, що призводить до хибних оцінок намірів і поведінки інших людей. Вона також може призвести до виникнення міжособистісних конфліктів, коли людина реагує на уявні загрози чи образи, які насправді є проєкцією її власних емоцій. Згодом послідовна проєкція може сформувати світогляд людини, сприяючи виникненню параної, недовіри або соціального відчуження, оскільки вона може повірити, що інші поділяють її власні пригнічені почуття чи імпульси.

Раціоналізація – це ще один захисний механізм, за допомогою якого люди знаходять логічні або прийнятні пояснення поведінці, яка керується менш прийнятними, часто несвідомими мотивами. Цей механізм захищає его від дискомфорту, пов'язаного з усвідомленням того, що його дії зумовлені ірраціональними або небажаними імпульсами. Наприклад, людина, яка не досягла мети, може раціоналізувати свою невдачу, стверджуючи, що мета була неважливою або недосяжною, щоб уникнути зіткнення з можливістю власної неадекватності. Раціоналізація дозволяє людям зберегти почуття самоповаги і зменшити почуття провини чи сорому, але вона також може затьмарювати судження і перешкоджати особистісному зростанню. У процесі прийняття рішень раціоналізація часто призводить до упередженого мислення, оскільки люди можуть вибирати пояснення, які відповідають їхнім бажанням чи уявленням про себе, а не об'єктивно оцінювати ситуацію. Згодом це може призвести до самообману, оскільки люди стають менш обізнаними про справжні причини свого вибору та поведінки. Таке викривлення може сприяти розвитку дезадаптивних моделей поведінки, як-от уникнення відповідальності чи прийняття рішень, які не відповідають справжнім цінностям або цілям людини.

Пригнічення, можливо, є найфундаментальнішим і найпотужнішим з усіх захисних механізмів, який передбачає несвідоме блокування тривожних думок, почуттів чи спогадів від свідомого усвідомлення. Пригнічення є важливим процесом у захисті людини від непереборного емоційного болю або травми, дозволяючи его функціонувати, не будучи паралізованим нестерпними емоціями. Наприклад, людина, яка пережила травматичну подію, наприклад, втрату близької людини, може пригнічувати біль, пов'язаний з цією подією, щоби продовжувати жити повсякденним життям. Однак, хоча пригнічення служить для

захисту людини в короткостроковій перспективі, воно може мати значні довгострокові наслідки. Придушені емоції не зникають, вони залишається в несвідомому, часто проявляючись у таких симптомах, як тривога, депресія або фізичні недуги. Пригнічення також може спотворювати процес прийняття рішень, оскільки несвідомі бажання або конфлікти можуть впливати на вибір. Люди можуть приймати рішення, які опосередковано мотивовані пригніченими емоціями або нерозв'язаними проблемами, що призводить до моделей поведінки, які не узгоджуються з їхніми свідомими цілями. Згодом придушення може спричинити значний психологічний дистрес, оскільки витіснений матеріал може спливати на поверхню в деструктивний спосіб, що призводить до емоційної нестабільності або саморуйнівної поведінки.

Сублімація - більш адаптивний захисний механізм, який передбачає спрямування неприйнятних імпульсів чи бажань у соціально прийнятне або продуктивне русло. Наприклад, людина з агресивними нахилами може сублімувати свою агресію, займаючись спортом або беручи участь у змаганнях. Сублімація дозволяє людям виражати свої інстинктивні потяги у спосіб, який є не лише прийнятним для суспільства, але й корисним для особистісного зростання та розвитку людини. Її часто розглядають як зрілий захисний механізм, оскільки вона дозволяє людині трансформувати негативну енергію в позитивну дію. Сублімація може покращити процес прийняття рішень, заохочуючи поведінку, яка відповідає особистим і суспільним цілям, сприяючи креативності, продуктивності та емоційному благополуччю. Сублімація може створювати конструктивні поведінкові моделі, оскільки люди можуть перенаправляти свою енергію на значущі справи замість того, щоби поглинати її пригніченими потягами. Однак ефективність сублімації залежить від здатності людини розпізнавати і свідомо перенаправляти свої імпульси в здорове русло. Якщо цього не зробити, енергія може бути перенаправлена в менш продуктивні або навіть деструктивні напрямки.

Вплив цих захисних механізмів на прийняття рішень і формування поведінкових патернів є глибинним і складним. Кожен механізм допомагає захистити людину від тривоги та внутрішнього конфлікту, але за надмірного використання або надмірного покладання на них вони можуть призвести до дезадаптивних моделей мислення та поведінки. Проєкція, раціоналізація, пригнічення та сублімація формують те, як людина сприймає себе, інших та навколишній світ, часто у спотворений несвідомими силами спосіб. Ці механізми не є негативними за своєю суттю; у багатьох випадках вони дозволяють людям справлятися із життєвими стресами і продовжувати функціонувати в умовах несприятливих обставин.

Однак якщо використання захисних механізмів стає жорстким або непропорційним, це може призвести до нездорових стратегій подолання, неправильного прийняття рішень і увічнення поведінкових патернів, які перешкоджають особистісному зростанню.

Задля вивчення адиктивної поведінки можуть бути застосовані різноманітні методи дослідження, які допомагають зрозуміти складність механізмів, що стоять за залежностями. Один з основних методів – це експериментальне дослідження, яке може включати контрольовані випробування, де учасникам пропонують різні умови або стимули, пов'язані із залежною поведінкою, щоб оцінити їхні реакції та рішення. Інший підхід – це якісні дослідження, зокрема глибинні інтерв'ю або фокус-групи, які дозволяють дослідникам отримати детальну інформацію про переживання та мотиви осіб із залежностями. Психометричні методи, які включають використання опитувальників і тестів для оцінювання рівня тривожності, стресу та використання захисних механізмів, також є важливими для аналізу психологічних аспектів адиктивної поведінки. Крім того, нейропсихологічні методи, як-от функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ), дозволяють вивчати, як мозок реагує на заохочувальні фактори, пов'язані із залежністю, що надає нову інформацію про нейробіологічні основи адиктивної поведінки. Ці різноманітні методи можуть забезпечити комплексний погляд на залежності, сприяючи більш глибокому розумінню та розробленню ефективних стратегій лікування.

4.4. Психосоціальна модель поведінки (Е. Еріксон)

Психосоціальна модель розвитку Еріка Еріксона – це основоположна теорія в психології, яка наголошує на соціальному та емоційному вимірах людського розвитку. Е. Еріксон розширив психосексуальні стадії З. Фрейда, ввівши погляд на все життя, підкреслюючи взаємозв'язок між індивідуальним розвитком і суспільними вимогами. Центральним у моделі Еріксона є концепція, що особистість розвивається через серію з восьми наперед визначених стадій, кожна з яких характеризується певними психосоціальними викликами або кризами. Успішне подолання цих криз призводить до розвитку основних чеснот, які сприяють формуванню здорової особистості, тоді як невдале їх розв'язання може призвести до труднощів в особистому та соціальному функціонуванні.

Теорія Еріксона ґрунтується на кількох ключових поняттях, які висвітлюють її застосування до розуміння розвитку особистості. Перше – це поняття психосоціальної кризи, центрального конфлікту на кожній стадії, який необхідно розв'язати, щоби сприяти психологічному зростанню. Ці кризи формуються під впливом взаємодії між вродженими

потягами людини і вимогами її соціального оточення. Е. Еріксон стверджував, що зростання відбувається в міру того, як людина долає ці кризи, прагнучи до балансу між протилежними силами. Наприклад, конфлікт між довірою та недовірою в дитинстві визначає, чи розвинеться в людини базове почуття безпеки.

Іншим фундаментальним поняттям теорії Еріксона є епігенетичний принцип, який стверджує, що розвиток відбувається у заздалегідь визначеній послідовності під впливом біологічних і соціальних факторів. Кожна стадія ґрунтується на успішному проходженні попередніх стадій, що підкреслює кумулятивний характер психологічного зростання. Е. Еріксон також ввів поняття чеснот, або основних сильних сторін, які з'являються в результаті проходження кожної стадії, як-от: надія, воля, мета і вірність. Ці чесноти виступають адаптивними якостями, які дозволяють людям ефективно розв'язувати майбутні проблеми.

Структура восьми стадій психосоціального розвитку Е. Еріксона забезпечує всеосяжну основу для вивчення людського розвитку впродовж усього життя (рис. 4.1). Перша стадія - «довіра - недовіра» - відбувається в дитинстві й зосереджена на здатності немовляти розвивати почуття довіри до тих, хто за ним доглядає, і до оточення. Успішне подолання цієї стадії розвиває чесноту надії, тоді як невдача може призвести до почуття страху чи невпевненості.

Друга стадія - автономія проти сорому і сумнівів - відбувається в ранньому дитинстві. На цьому етапі дитина намагається відстоювати свою незалежність, незважаючи на суспільні обмеження. Сила волі з'являється тоді, коли дитина успішно досягає автономії, тоді як надмірна критика або контроль можуть призвести до почуття сорому і сумнівів у своїх здібностях.

На третьому етапі - ініціатива проти почуття провини, який припадає на дошкільний вік, - діти починають самостверджуватися і проявляти ініціативу в соціальній взаємодії та діяльності. Успішне подолання цієї стадії виховує чесноту цілеспрямованості, тоді як надмірні обмеження або покарання можуть призвести до почуття провини і нерішучості в діях.

Четверта стадія - боротьба з неповноцінністю - припадає на період середнього дитинства. На цьому етапі діти зосереджуються на розвитку компетенцій та навичок через академічну й соціальну діяльність. Успіх дає усвідомлення працьовитості та власної компетентності, тоді як невдача може призвести до почуття неповноцінності й неадекватності.

Підлітковий вік відповідає п'ятій стадії - конфлікту між ідентичністю та рольовою плутаниною. Це критичний період для дослідження та формування цілісного почуття «Я»,

котрий передбачає узгодження особистих цінностей, цілей і суспільних очікувань. Успішне розв'язання призводить до чесноти вірності, що дозволяє людям зберігати вірність своїм цінностям і стосункам.

Шоста стадія - близькість чи ізоляція - припадає на період ранньої дорослості й фокусується на формуванні близьких, змістовних стосунків. Успішне досягнення близькості сприяє вихованню чесноти любові, тоді як невдача у встановленні цих зв'язків може призвести до відчуття самотності та ізоляції.

На сьомій стадії, де продуктивність виступає проти стагнації, і яка відбувається в період середньої дорослості, люди прагнуть зробити свій внесок у суспільство через роботу, сім'ю та участь у житті суспільства. Успіх призводить до небайдужості, тоді як стагнація може призвести до самозаглиблення та відсутності самореалізації.

Восьма, остання, стадія - доброчесність проти відчаю - настає в пізньому дорослому віці й передбачає роздуми про власне життя. Люди, які можуть озирнутися назад із почуттям задоволення і завершеності, розвивають чесноту мудрості. І навпаки, ті, хто відчуває жаль чи незадоволення, можуть відчувати відчай і страх смерті.

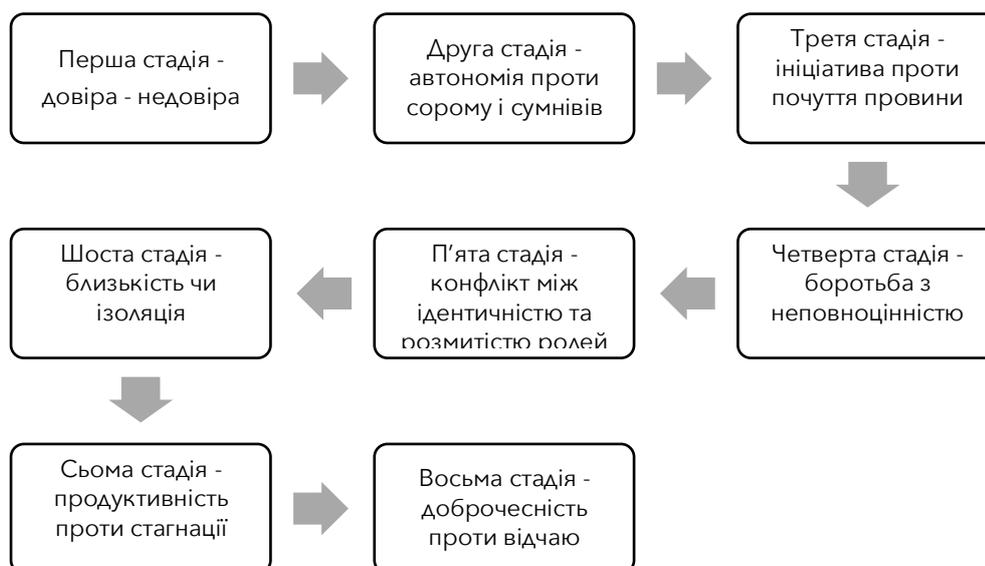


Рис. 4.1. Структура восьми стадій психосоціального розвитку Е. Еріксона

Психосоціальна модель Еріксона акцентує увагу на тому, що на кожну стадію впливає активна взаємодія біологічних, психологічних і соціальних чинників. Кризи є не лише етапами, але й можливостями для зростання, дозволяючи людям адаптуватися до мінливих життєвих обставин. Ця модель наголошує на важливості як особистої активності, так і підтримувальної ролі соціального середовища у сприянні здоровому розвитку.

Взаємозв'язок психосоціальних криз і поведінкових стратегій є важливим аспектом теорії психосоціального розвитку Еріка Еріксона, що дозволяє глибоко зрозуміти, як люди долають виклики протягом усього життя. Кожна стадія моделі Еріксона являє собою психосоціальну кризу – фундаментальний конфлікт, який потребує розв'язання. Результати цих криз, успішні чи невдалі, значною мірою формують особистість і поведінкові стратегії людини, впливаючи на її взаємодію зі світом та іншими людьми.

Подолання психосоціальних криз формує поведінкові тенденції, які поступово стають стійкими. Успішне розв'язання проблем сприяє розвитку позитивних чеснот або сил, як-от довіра, самостійність або вірність. Ці сильні сторони підвищують здатність людини адаптуватися до майбутніх викликів і розвивати здорові, конструктивні поведінкові стратегії. І навпаки, невдале розв'язання може призвести до появи таких негативних тенденцій, як недовіра, сором або ізоляція, які можуть перешкоджати особистісному зростанню і призводити до дезадаптивних поведінкових патернів.

У дитинстві криза довіри чи недовіри зосереджена на здатності немовляти покладатися на тих, хто вчасно задовольняє його потреби. Успішне розв'язання кризи сприяє формуванню почуття безпеки, що призводить до поведінкової стратегії, яка характеризується відкритістю та готовністю до формування близьких стосунків. І навпаки, якщо батьки чи опікуни непослідовні або недбалі, може домінувати недовіра, що призводить до підозрливості, замкненості та проблем зі встановленням зв'язків. Такі патерни можуть зберігатися і в дорослому віці, впливаючи на те, як люди ставляться до інтимних стосунків і соціальних ролей.

У ранньому дитинстві криза автономії на тлі сорому і сумнівів формує поведінкові стратегії, пов'язані з незалежністю і самоконтролем. Коли вихователі заохочують дослідження і дозволяють дітям робити вибір, вони розвивають автономію, яка характеризується впевненою і самокерованою поведінкою. Однак надмірно критичне або наглядове середовище може призвести до почуття сорому і сумнівів, що проявляється в поведінці, яка характеризується пасивністю, залежністю або страхом невдачі. Пізніше ці патерни можуть вплинути на здатність ризикувати або самостійно приймати рішення.

У дошкільному віці криза ініціативи та провини фокусується на здатності дитини самостверджуватися та цілеспрямовано діяти. Успішне розв'язання призводить до формування поведінкових моделей, які підкреслюють креативність, лідерство та проактивну взаємодію. З іншого боку, надмірне покарання або знеохочення можуть посилити почуття провини, що призведе до нерішучої, надмірно обережної або покірної поведінки. Такі

тенденції можуть обмежувати здатність людини досягати цілей і відстоювати свої потреби, впливаючи як на особисту, так і на професійну сферу.

У середньому дитинстві криза протистояння неповноцінності обертається навколо продуктивності та розвитку навичок. Коли дітей підтримують в їхніх зусиллях і досягненнях, вони розвивають працьовиті поведінкові стратегії, що характеризуються наполегливістю, старанністю і сильною трудовою етикою. Неспроможність позитивно подолати цю кризу, часто через критику або відсутність підтримки, може призвести до почуття неповноцінності та поведінкових моделей, що характеризуються уникненням, низькою самооцінкою і небажанням розв'язувати проблеми.

У підлітковому віці виникає криза ідентичності та рольової розгубленості – критичний період для формування цілісного почуття власного «Я». Успішне розв'язання призводить до прийняття поведінкових стратегій, що ґрунтуються на самосвідомості, впевненості та відданості особистим цінностям. І навпаки, невирішена рольова розгубленість може проявлятися в непослідовній поведінці, нездатності взяти на себе зобов'язання щодо ролей чи стосунків, а також фрагментарному відчутті ідентичності. Ця боротьба часто впливає на вибір кар'єри, міжособистісну динаміку та соціальну активність.

У ранньому дорослому віці криза між близькістю та ізоляцією фокусується на здатності формувати глибокі, значимі стосунки. Позитивне розв'язання призводить до поведінки, що характеризується вразливістю, емпатією та готовністю емоційно вкладати в інших. Неспроможність ефективно пройти цю стадію може призвести до ізоляції, що спричиняє поведінку, яка характеризується емоційною відстороненістю, страхом перед зобов'язаннями або поверхневою взаємодією, якій бракує глибини.

Середня дорослість зосереджена на кризі генеративності на противагу стагнації, коли люди прагнуть зробити свій внесок у суспільство та наступне покоління. Успіх на цьому етапі сприяє продуктивній поведінці, як-от наставництво, виховання та активна участь у житті громади. І навпаки, стагнація призводить до самозаглибленої або байдужої поведінки, що часто супроводжується відчуттям безцільності або відстороненості від суспільних проблем.

Пізня дорослість вводить кризу цілісності на противагу відчаю – рефлексивний етап, на якому людина оцінює своє життя. Успішне подолання цієї кризи призводить до відчуття задоволення і поведінки, яка демонструє мудрість, прийняття і зосередженість на спадщині. Невдача ж призводить до відчаю, що характеризується поведінкою, пов'язаною із жалем чи тривогою і нездатністю примиритися зі своїм минулим.

Застосування психосоціальної моделі Еріка Еріксона в сучасних дослідженнях і практиці виявилось дуже важливим для інтерпретації людської поведінки та спрямування втручань у різних сферах. Акцент теорії на психосоціальних кризах як центральних для розвитку особистості забезпечує об'єктив, через який поведінку можна розглядати як реакцію на нерозв'язані конфлікти або як сильні сторони, отримані в результаті їх успішного подолання. Аналізуючи поведінку з цього погляду, фахівці та науковці можуть отримати уявлення про основні мотивації, вразливості та адаптаційні можливості осіб на різних етапах життя та коригувати свої підходи, щоб сприяти зростанню і життєстійкості людей.

У психотерапії модель Еріксона виступає фундаментальною основою для розуміння проблем і сильних сторін пацієнтів у контексті їх історії розвитку. Психотерапевти використовують теорію, щоб дослідити, як нерозв'язані кризи можуть проявлятися в теперішній поведінці, стосунках та емоційному функціонуванні. Наприклад, пацієнт, який відчуває проблеми з близькістю, може бути зрозумілий як такий, що бореться з нерозв'язаними конфліктами зі стадії близькості проти ізоляції. Виявляючи такі закономірності, психотерапевти можуть спрямовувати пацієнтів на перегляд і розв'язання цих попередніх криз, даючи їм змогу розвивати здоровіші міжособистісні стратегії. Так само ті, що борються з почуттям неадекватності або невпевненості в собі, можуть отримати користь від інтервенцій, спрямованих на розв'язання проблемних питань зі стадії «індустрія проти неповноцінності», розвиваючи почуття компетентності та самоцінності. Акцент Е. Еріксона на розвитку впродовж життя забезпечує основу для вивчення минулого досвіду, одночасно зосереджуючись на майбутньому зростанні, пропонуючи збалансований підхід до особистісної трансформації.

В освіті психосоціальна модель Еріксона є основою для стратегій підтримки емоційного та соціального розвитку здобувачів освіти, а також їхніх академічних досягнень. Педагоги можуть використовувати цю модель для створення середовища, яке відповідає потребам розвитку учнів і сприяє формуванню умов для успіху на кожному етапі. Наприклад, у дошкільній освіті важливо заохочувати автономію та ініціативу. Це допомагає дітям пройти етапи, коли автономія протистоїть сорому і сумнівам, а ініціатива – почуттю провини. Заохочення до пошуку, надання вибору та позитивного емоційного підкріплення можуть допомогти молодшим учням набути впевненості та життєстійкості.

У підлітковому віці здобувачі освіти перебувають на стадії розгубленості між ідентичністю та роллю. Освітнє середовище, яке підтримує самовираження, дослідження інтересів та обговорення майбутніх прагнень, може відігравати ключову роль у формуванні

цілісного відчуття власної особистості. Вчителі та керівники, які розуміють ці процеси розвитку, можуть запроваджувати стратегії, що задовольняють як індивідуальні, так і колективні потреби. Це виховує всебічно розвинених здобувачів освіти, готових до майбутніх проблем.

У соціальній роботі теорія Еріксона застосовується для оцінювання та втручання у випадках, коли окремі особи або сім'ї стикаються з кризами, що кореняться в проблемах розвитку. Соціальні працівники часто звертаються до осіб, чиї проблеми є відображенням нерозв'язаних конфліктів на більш ранніх стадіях. Це можуть бути проблеми з довірою, брак автономії або боротьба з генеративністю. Використовуючи модель Еріксона, соціальні працівники розглядають ці проблеми в контексті розвитку. Це дозволяє їм визначати відповідні втручання, спрямовані як на розв'язання нагальних проблем, так і на досягнення довгострокових цілей.

Наприклад, у роботі з людьми похилого віку соціальні працівники можуть зосередитися на тому, щоб допомогти їм досягти відчуття цілісності. Це може включати полегшення перегляду свого життя, підтримку зв'язків з родиною та громадою, а також роботу з нерозв'язаними проблемами та жалями. Якщо йдеться про дітей чи підлітків, втручання можуть бути спрямовані на зміцнення стосунків. Вони також можуть включати надання можливостей для розвитку навичок і самовираження, що сприяє позитивному розвитку на критичних етапах. Універсальність моделі дозволяє соціальним працівникам адаптувати свої підходи до осіб різного віку з огляду на взаємозв'язок між особистою історією і теперішніми обставинами.

Сучасні дослідження також активно використовують психосоціальну модель Еріксона для вивчення взаємозв'язку між стадіями розвитку й різними життєвими результатами [8]. Дослідження психічного здоров'я, життєстійкості та подолання проблем часто спираються на теорію Е. Еріксона, щоб з'ясувати, як успішне чи неуспішне подолання психосоціальних криз впливає на індивідуальну траєкторію розвитку. Наприклад, у дослідженнях формування ідентичності підлітків часто вивчають роль сімейної взаємодії, стосунків з однолітками та суспільних впливів. Так само дослідження старіння і благополуччя часто зосереджуються на стадії цілісності на противагу відчаю, вивчаючи, як задоволеність життям і відчуття мети впливають на психічне здоров'я в пізніші роки. Пов'язуючи стадії Еріксона з емпіричними даними, науковці сприяють глибшому розумінню людського розвитку та інформують про науково обґрунтовані практики в різних дисциплінах.



4.5. Архетипічна модель (К. Юнг)

Архетипічна модель Карла Густава Юнга є основою аналітичної психології, яка розкриває найглибші рівні людської психіки крізь об'єктив універсальних патернів. Архетипи, за визначенням Юнга, є вродженими, універсальними символами, що сягають своїми коренями колективного несвідомого – спільного резервуару людського досвіду, який виходить за межі індивідуальної свідомості. Ці архетипні образи та мотиви з'являються в різних культурах та епохах, формуючи міфи, мрії та художні образи, відображаючи таким чином спільний людський шлях (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Головні особливості архетипічної моделі Карла Юнга

Елементи моделі	Їх характеристика	Провідна роль у формуванні поведінки
Несвідоме (особисте і колективне)	Особисте несвідоме включає витіснені спогади, переживання і комплекси, колективне несвідоме – універсальні архетипи та досвід людства	Колективне несвідоме впливає на поведінку через архетипи, які визначають типові моделі дій та реакцій на різні життєві ситуації
Архетипи	Першообрази, які зберігаються в колективному несвідомому і проявляються через символи, міфи, сновидіння	Архетипи, як-от Герой, Тінь, Аніма/Анімус, впливають на поведінкові моделі, внутрішні конфлікти та мотивацію особистості
Тінь	Темна сторона особистості, яка містить витіснені аспекти «Я»	Неприйняття або ігнорування Тіні може призвести до адиктивної поведінки як способу компенсації внутрішніх конфліктів
Аніма/Анімус	Аніма – жіноче начало в чоловікові, Анімус – чоловіче начало в жінці	Дисбаланс цих начал може викликати труднощі в стосунках і вплинути на пошук гармонії через залежність
Самість	Центр психіки, який об'єднує свідоме і несвідоме, прагне гармонії	Нереалізована Самість може призвести до кризи ідентичності або пошуку компенсації через адиктивну поведінку
Індивідуалізація	Процес інтеграції свідомого і несвідомого, досягнення цілісності особистості	Перешкоди в процесі індивідуалізації можуть сприяти внутрішній фрустрації, яка компенсується адиктивною поведінкою
Комплекси	Емоційно насичені групи ідей, що мають значний вплив на свідомість і поведінку	Комплекси, пов'язані з травмами чи незадоволеними потребами, можуть підсилювати схильність до залежності

Символи і міфи	Засоби, через які проявляються архетипи і колективне несвідоме	Символи залежності (наприклад, ритуали, пов'язані з адикцією) можуть бути вираженням архетипічних потреб або конфліктів
Сновидіння	Відображають зміст несвідомого, архетипи і нерозв'язані конфлікти	Сновидіння можуть демонструвати витіснені проблеми, які підсвідомо стимулюють адиктивну поведінку
Психологічні типи	Розподіл на екстравертів/інтровертів і чотири основні функції (мислення, відчуття, інтуїція, емоції)	Тип особистості впливає на спосіб взаємодії зі світом і адаптації до стресу, що може сприяти чи запобігати залежності

Походження архетипів сягає глибин колективної історії людства. Вони не набуті через особистий досвід, а є успадкованими схильностями, подібними до психологічних схем, закодованих у колективному несвідомому. К. Юнг постулював, що ці архетипи еволюціонували з покоління в покоління, оскільки людство переживало схожі екзистенційні виклики та досвід. Архетипи проявляються в способах, які глибоко перекликаються з людськими істотами, оскільки вони закарбовані в повторюваних темах життя, як-от народження, смерть, кохання та боротьба.

Функції архетипів у психіці багатогранні. Вони виступають посередниками між свідомим і несвідомим, забезпечуючи основу для інтерпретації індивідами своєї внутрішньої і зовнішньої реальності. Архетипи організовують досвід і впливають на поведінку, формуючи ставлення людини до себе, інших і світу. Вони забезпечують символічну мову, за допомогою якої можна виразити несвідомий матеріал, допомагаючи психологічному зростанню та інтеграції.

Серед найвизначніших архетипів, визначених Юнгом, – Тінь, Аніма/Анімус, Самість, Герой і Мудрець. Кожен із них відіграє певну роль у структурі психіки. Тінь втілює темні аспекти особистості – риси, бажання та імпульси, які пригнічуються, оскільки вважаються неприйнятними для свідомого розуму. Прийняття та інтеграція Тіні має важливе значення для досягнення цілісності, оскільки дозволяє людині протистояти прихованим сторонам свого характеру і примиритися з ними.

Аніма та Анімус представляють жіночий та чоловічий аспекти психіки, відповідно, присутні в кожній людині незалежно від статі. Аніма – це жіноча внутрішня фігура в чоловіках, тоді як Анімус – чоловічий аналог в жінках. Ці архетипи опосередковують стосунки з протилежною статтю і сприяють процесу індивідуалізації, врівноважуючи дуальні енергії

психіки. Вони сприяють саморозумінню і дозволяють індивідуумам з'єднатися зі своїми взаємодоповнювальними якостями.

Самість як центральний архетип представляє тотальність і єдність психіки.

Це керівна сила, яка рухає процес індивідуалізації – шлях до самореалізації та психологічної цілісності. Самість примиряє протилежності всередині психіки, сприяючи гармонії між свідомим і несвідомим. У снах і міфах його часто символізують такі образи, як мандала, мудра фігура або божественна сутність. Архетип Героя уособлює прагнення людини до подолання перешкод, до самореалізації та самоствердження.

Мудрець символізує архетип мудрості та знання. Мудрець шукає розуміння та істину, уособлюючи прагнення до просвітлення та осяяння. Цей архетип заохочує до самоаналізу та пошуку сенсу, спрямовуючи людину до пізнання життєвих таємниць.

У моделі Юнга ці архетипи активно взаємодіють у психіці, формуючи індивідуальний розвиток і впливаючи на міжособистісні стосунки. Їх символічна природа дозволяє їм проявлятися через такі канали, як сновидіння, мистецтво, міфи та релігійні практики. Досліджуючи та інтегруючи ці архетипи, люди можуть досягти більшої самосвідомості та психологічної гармонії.

В індивідуальній психології архетипи функціонують як посередники між колективним несвідомим та особистим несвідомим. Тоді як особисте несвідоме складається з пригнічених спогадів, забутого досвіду та підсвідомих уявлень, притаманних кожній людині, архетипи забезпечують універсальні рамки, за допомогою яких ці особисті елементи організуються та виражаються. Ця взаємодія часто проявляється в снах, фантазіях та інстинктивній поведінці. Такі архетипи, як Герой, Тінь або Аніма/Анімус, витончено формують самосприйняття, проводячи людину через життєві виклики й полегшуючи процес індивідуалізації – психологічний шлях до самоінтеграції та цілісності. Наприклад, людина, яка бореться з неусвідомленими страхами, може спроектувати їх на зовнішні ситуації або людей під впливом архетипної Тіні, що призводить до захисної або обхідної поведінки. Подібним чином, вплив архетипу Героя може спонукати людину до особистих пошуків, спрямованих на досягнення і зростання, що відображає несвідоме прагнення до трансценденції і самореалізації.

За межами індивідуального архетипи лежать в основі колективної психіки, відіграючи важливу роль у формуванні культур, міфів та мистецтва. У різних суспільствах повторювані архетипні мотиви – Мудрий Старий, Велика Мати чи Трикстер – розкривають спільну психологічну спадщину людства. Ці постаті з'являються повсюдно в міфах і легендах,

символізуючи екзистенційні істини та колективну боротьбу. Міфи, зокрема, слугують джерелом архетипної мудрості, розповідаючи про фундаментальні людські проблеми, як-от природа добра і зла, пошук ідентичності й таємниці життя і смерті. Архетипи забезпечують символічні структури, через які культури артикулюють свої цінності, вірування та прагнення, формуючи ритуали, релігійні практики та соціальні норми. У мистецтві ці архетипні форми знаходять вираження в безсмертних творах, які глибоко відгукуються в аудиторії, оскільки викликають спільні емоційні та психологічні переживання.

У сучасній масовій культурі архетипи продовжують здійснювати значний вплив, часто проявляючись у нових та еволюційних формах. Сучасні засоби масової інформації, як-от кіно, література, преса і телебачення, рясніють архетипними персонажами та наративами. Подорож героя, як відомо, сформульована Джозефом Кемпбеллом, залишається провідною наративною структурою у фільмах-блокбастерах – від епічних пригод до франшиз про супергероїв. Архетипна Тінь часто з'являється в зображенні складних антагоністів, які втілюють пригнічені суспільні страхи або моральну невизначеність. Тим часом Аніма та Анімус знаходять вираження в романтичних сюжетах, досліджуючи теми зв'язку та взаємодоповнюваності.

Поширеність цифрових медіа посилює прояви архетипів, створюючи простори, де вони постійно переосмислюються. Платформи соціальних мереж часто відображають архетипну динаміку, оскільки люди створюють образи, які відповідають ідеалізованим версіям самих себе, перегукуючись з архетипом Персони. Так само архетип Трикстера знаходить сучасний еквівалент у вірусних інтернет-феноменах, мемах і сатиричному контенті, які кидають виклик нормам і провокують критичне мислення.

Масова культура демонструє тіньові виміри архетипів, зокрема, в споживацтві та пропаганді. Реклама та брендинг часто звертаються до архетипних образів, щоб зачепити колективні бажання та страхи, зміцнюючи зв'язок із продуктами чи ідеологіями. Наприклад, архетип Матері часто використовується в маркетингових кампаніях як символ турботи та піклування, а архетип Воїна – як символ сили та стійкості. Але зловживання або спотворення архетипів у цих контекстах може призвести до поверхневих чи маніпулятивних репрезентацій, що посилюють стереотипи та обмежують глибшу психологічну взаємодію.

Практичне застосування архетипної моделі Карла Юнга в психології адиктивної поведінки забезпечує ґрунтовну основу для вивчення несвідомої динаміки, що знаходиться в основі залежності від речовин, поведінки чи стосунків, яка часто відображає глибші психологічні дисбаланси та невирішені конфлікти, які тісно пов'язані з взаємодією архетипів

у психіці. Вивчаючи ці архетипи, психологи можуть краще зрозуміти глибинні символічні корені залежності, що полегшує терапевтичне втручання, спрямоване не лише на симптоми, але й на глибинні психологічні патерни, які керують поведінкою людини.

За своєю суттю, залежність можна розглядати як спробу заповнити внутрішню порожнечу або впоратися з емоційним болем. Архетипи як універсальні символи, присутні в колективному несвідомому, часто впливають на цей процес. Наприклад, архетип Тіні, що представляє пригнічені аспекти особистості, часто відіграє головну роль у виникненні залежності. Тінь містить емоції, бажання і риси, які свідомий розум вважає неприйнятними, що змушує людину пригнічувати ці аспекти. Залежність може виникнути як засіб придушення дискомфорту, спричиненого Тінню, або як спосіб вираження її впливу у спотворених формах. Привівши Тінь у свідомість, людина може почати протистояти цим пригніченим елементам та інтегрувати їх, зменшуючи примус шукати зовнішнє полегшення через адиктивну поведінку.

Іншим архетипом, який часто пов'язаний із залежністю, є Аніма або Анімус, що представляє внутрішній жіночий або чоловічий аналог у психіці. Дисфункціональні стосунки із цими архетиповими фігурами можуть проявлятися в адиктивній поведінці, спрямованій на компенсацію незадоволених емоційних або реляційних потреб. Наприклад, людина з неврівноваженою Анімою може вдаватися до залежної романтичної або сексуальної поведінки як способу пошуку зв'язку, тоді як людина, яка бореться з пораненим Анімусом, може звернутися до психоактивних речовин, щоб утвердити контроль або замаскувати почуття неадекватності. Терапевтична робота з цими архетипами допомагає людям зрозуміти і налагодити свої внутрішні стосунки, сприяючи більшій емоційній рівновазі та життєстійкості.

Архетип Героя має важливе значення в контексті залежності. Залежність часто включає цикл боротьби, коли людина відчуває себе в пастці у внутрішній боротьбі зі своїми спонуканнями. Подорож Героя як архетипний наратив забезпечує основу для осмислення цього процесу як потенційного шляху до трансформації. У терапії переосмислення боротьби людини із залежністю як героїчного подвигу може надихнути її на цілеспрямованість і активність, заохочуючи до сміливого й рішучого протистояння викликам. Ідентифікуючи себе з архетипом Героя, люди можуть отримати доступ до внутрішньої сили та уявити собі шлях до відновлення та особистісного зростання.

У колективному вимірі архетипи формують суспільне сприйняття залежності та одужання. Культурні наративи про залежність часто звертаються до архетипних тем:

«Загиблий герой», «Трикстер», «Спаситель». Ці наративи впливають на те, як люди сприймають свою боротьбу і як суспільство реагує на залежність. Наприклад, архетип Трикстера може відображатися в оманливій привабливості адиктивних речовин або поведінки, тоді як архетип Спасителя може вселяти надію на трансформацію і спокуту. Розуміння цих культурних впливів може покращити терапевтичні методи, узгоджуючи втручання з особистими та культурними архетипними рамками людини.

Архетипна модель надає практичні інструменти для розроблення терапевтичних втручань. Юнгіанські техніки, як-от аналіз сновидінь, активна уява та символічне дослідження, допомагають виявити архетипи, що діють у психіці людини. Сновидіння, зокрема, часто виявляють архетипні образи, пов'язані із залежністю, надаючи уявлення про несвідомі конфлікти та потенційні шляхи до зцілення. Наприклад, сон із деструктивною фігурою може символізувати вплив Тіні, тоді як бачення переправи через бурхливу річку може відображати боротьбу Героя на шляху до відновлення. Дослідження цих символів дозволяє людям взаємодіяти зі своїм внутрішнім світом, сприяючи самоусвідомленню та надаючи їм можливість робити свідомий вибір.

У груповій терапії та програмах відновлення архетипи виступають як об'єднувальна мова для спільного обміну досвідом. Архетипні наративи, зокрема шлях від відчаю до оновлення, знаходять відгук у різних людей, створюючи відчуття зв'язку та взаєморозуміння. Використання міфів та історій у терапевтичному процесі створює багатий простір для вивчення значення і наслідків залежності, допомагаючи учасникам інтегрувати свій досвід у ширшу психологічну та духовну структуру.

Архетипічна модель допомагає також у профілактичних заходах, спрямованих на боротьбу із залежністю. Розуміючи роль архетипів у формуванні ідентичності та поведінки, психологи й педагоги можуть розробляти заходи, які сприяють здоровій взаємодії з цими внутрішніми фігурами. Наприклад, сприяння збалансованим стосункам із Тінню через творче самовираження або практики усвідомленості може знизити ризик компульсивної поведінки. Схожим чином, спонукання людей досліджувати шлях свого Героя може розвивати стійкість і почуття мети, допомагаючи їм розв'язувати життєві проблеми, не вдаючись до механізмів подолання, які викликають звикання.

4.6. Гештальт-модель індивідуальної поведінки (Ф. Перлз, Х. Сіменс)

Гештальт-модель індивідуальної поведінки, розроблена Ф. Перлзом, П. Гудманом і Р. Гефферліном, ґрунтується на ідеї цілісного сприйняття особистості у взаємодії з навколишнім середовищем. Вони розглядали поведінку як динамічний процес, у якому індивід безперервно регулює контакт із середовищем, задовольняючи свої потреби через усвідомлення та інтеграцію досвіду. Центральним поняттям моделі є «цикл контакту», що описує природний процес формування, усвідомлення та завершення потреби, який може бути порушений через невротичні механізми уникнення або фіксації. Така концепція дозволяє не лише пояснити поведінкові особливості особистості, а й сформувані ефективні терапевтичні підходи для подолання внутрішніх конфліктів і розвитку автентичного самовираження [16]. Гештальт-терапія спирається на філософські ідеї гештальтпсихології, які були розроблені М. Вертгеймером, В. Келлером та К. Кофкою [17 - 19]. Вони доводили, що людське сприйняття має цілісний характер і що психічні процеси не можна зводити до суми окремих елементів. В. Келлер у своїх експериментах із приматами показав, що процес мислення базується не на механічному навчанні, а на раптовому осягненні ситуації в її цілісності, що стало основою розуміння когнітивних і поведінкових патернів людини [20]. К. Кофка, своєю чергою, підкреслював роль організації психічного досвіду та його структурування у свідомості людини [19]. Ці положення стали ключовими у формуванні гештальтпідходу, який розглядає особистість і її поведінку як динамічну взаємодію цілісних психічних процесів. Феноменологічні засади гештальт-терапії були значною мірою сформовані під впливом філософії Е. Гусерля, М. Гайдеґера та Ж.-П. Сартра, які розглядали досвід як основу людського буття [17 - 18]. Гусерль розробив метод феноменологічної редукції, який дозволяє усвідомити власний досвід поза упередженнями та стереотипами. М. Гайдеґер зосереджував увагу на існуванні людини як «бутті-у-світі», підкреслюючи значення особистої відповідальності та автентичності в процесі самопізнання (Heidegger, 1927). Ж.-П. Сартр, зі свого боку, наголошував на концепції свободи вибору та створення власного «Я» через дії та рішення. Ці ідеї стали основою гештальт-підходу, який заохочує клієнтів до безпосереднього переживання власних емоцій і почуттів у теперішньому моменті для досягнення цілісності особистості. Сучасний розвиток гештальт-терапії відзначається розширенням її концептуальних основ і методологічних підходів завдяки роботам таких дослідників, як Дж. Франчісетті, Г. Спаньолу Лобб та Ж.-М. Робін [22 - 24]. Франчісетті фокусується на інтеграції нейробіологічних досліджень із гештальт-підходом, підкреслюючи роль емоційного та тілесного досвіду в процесі терапії. Він розглядає терапевтичний процес як динамічну взаємодію між пацієнтом і терапевтом, що базується на спільному створенні

нових значень і сенсів у рамках діалогічного простору. Г. Спаньюлу Лобб розвиває ідеї гештальт-терапії через концепцію взаємозв'язку між індивідом і його середовищем, наголошуючи на ролі тілесності та афективних процесів у саморегуляції особистості. Вона акцентує увагу на переживанні контакту як центральному механізмі психологічного розвитку та інтеграції досвіду. Ж.-М. Робін, своєю чергою, досліджує історичні та теоретичні аспекти гештальт-терапії, наголошуючи на її філософських і феноменологічних коренях, а також на важливості терапевтичного діалогу в роботі з клієнтом. Їхні дослідження сприяють подальшому розвитку гештальт-терапії, роблячи її більш адаптивною до сучасних викликів психотерапії та глибшого розуміння людського досвіду. Концепція «Self» у гештальт-терапії займає центральне місце, оскільки визначає, яким чином особистість організовує досвід і встановлює контакт із навколишнім середовищем. Підхід до «Self» у відносинах був розширений і уточнений у роботах П. Філіпсона, який наголошував на його процесуальній природі та взаємозалежності з контекстом взаємодії [25]. Він розглядає «Self» не як сталу сутність, а як феномен, що виникає у процесі взаємодії з іншими людьми та середовищем. За Філіпсоном, «Self» формується у полі відносин через три взаємопов'язані модальності: ідентитетну, відзеркалювальну та діалогічну. Таким чином, гештальт-підхід підкреслює, що особистість не існує ізольовано, а завжди співтвориться у взаємодії з іншими, що робить терапевтичний процес глибоко міжособистісним та екзистенційно значущим. Гештальт-психологія значно вплинула на розвиток як загальної психології, так і гештальт-терапії, зосереджуючи увагу на цілісному сприйнятті та організації психічних процесів. Одним із ключових внесків у цю традицію стала робота Б. В. Зейгарнік, яка досліджувала феномен незавершених дій. У своїх експериментах вона встановила, що люди краще запам'ятовують перервані або незавершені завдання, ніж завершені, що отримало назву «ефекту Зейгарнік» [26]. Цей ефект має важливе значення для розуміння того, як незавершені ситуації впливають на психіку людини, викликаючи напруження та мотивацію до завершення. У гештальт-терапії це концептуально пов'язано з ідеєю «відкритих гештальтів» – невирішених внутрішніх конфліктів або незавершених емоційних переживань, які можуть спричинити психологічний дискомфорт і потребують терапевтичного пропрацювання. Дослідження Зейгарнік, таким чином, стало важливою основою для подальшого розвитку гештальт-підходу, особливо в контексті роботи з незавершеними емоційними станами та травматичними переживаннями.

Гештальт-модель, що становить основу гештальтпсихології та відповідної терапії, ґрунтується на принципі, що люди сприймають і переживають реальність у цілісному вигляді. Цей теоретичний підхід наголошує на сприйнятті психологічних явищ як цілісних,

інтегрованих патернів, а не фрагментарних частин. Розвиток моделі тісно пов'язаний з історичною еволюцією психології як дисципліни, що ґрунтується на широкому спектрі інтелектуальних та філософських традицій.

Гештальтпсихологія виникла на початку ХХ століття як реакція на редуціоністські тенденції структуралізму, який прагнув розбити свідомість на найменші складники. Структуралізм, прихильником якого був Вільгельм Вундт, ґрунтувався на інтроспекції для аналізу окремих елементів сприйняття та досвіду. Але цей підхід критикували за ігнорування динамічної та інтегрованої природи сприйняття.

Гештальтпсихологія виникла насамперед у Німеччині в період наукових досліджень у сфері пізнання та сприйняття. Такі дослідники, як Макс Вертгаймер, Вольфганг Келер і Курт Коффка, поставили під сумнів структуралістські парадигми, ввівши поняття цілісного сприйняття та організації сенсорного входу. Фундаментальна робота Вертгаймера про феномен фі, який досліджував ілюзію руху в послідовних спалахах вогнів, показала, що сприйняття – це не проста сума сенсорних стимулів, а активний процес організації та інтерпретації інформації. Це заклало основу для основного принципу гештальт-теорії: «Ціле більше, ніж сума його частин».

Філософські корені гештальтпсихології сягають таких мислителів, як Іммануїл Кант, який стверджував, що розум активно структурує досвід, та Йоганн Вольфганг фон Гете, який наголошував на єдності форми в природі. Ці інтелектуальні традиції створили сприятливе підґрунтя для розвитку принципів гештальтпсихології, поєднавши наукові дослідження з усвідомленням взаємопов'язаності людського досвіду.

В основі гештальт-моделі закладено три центральних поняття: цілісність, контакт і усвідомлення. Ці принципи не лише окреслюють гештальтпсихологію, але й формують основу гештальт-терапії, яка виникла як прикладне розширення теорії (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Головні складники гештальт-моделі індивідуальної поведінки

Елементи моделі	Характеристика	Роль у формуванні поведінки
Принцип цілісності	Особистість розглядається як єдина цілісна система, що складається з фізичних, емоційних і когнітивних аспектів	Нерозв'язані конфлікти або незавершені гешталти порушують баланс особистості, що може сприяти дезадаптивній поведінці, включаючи залежність
«Тут і зараз»	Акцент на усвідомленні й переживанні поточного моменту	Нездатність усвідомити свої потреби і почуття в теперішньому моменті може підштовхувати до адиктивної поведінки як способу уникнення реальності

Контакт і межі контакту	Контакт із середовищем відбувається через межі (сенсорні, емоційні, соціальні), які повинні бути здоровими та гнучкими	Порушення меж контакту (наприклад, уникнення або надмірне злиття) сприяє появі дезадаптивних стратегій, як-от залежність
Цикл задоволення потреб	Умовно ділиться на п'ять стадій: поява потреби, усвідомлення, мобілізація, дія, завершення	Залежність може бути результатом переривання циклу, наприклад, на стадії усвідомлення чи дії, що створює «незавершений гештальт»
Незавершені гештальти	Нерозв'язані проблеми або конфлікти залишають «відкриті цикли», які впливають на поведінку	Незавершені гештальти можуть викликати тривогу, напругу або уникання, що сприяє розвитку адиктивної поведінки
Саморегуляція	Особистість прагне до саморегуляції через баланс між своїми потребами і впливом зовнішнього середовища	Порушення саморегуляції може призводити до залежності як способу тимчасового відновлення балансу
Механізми переривання контакту	Уникнення, інтроєкція, проєкція, ретрофлексія, дефлексія, конфлюєнція	Ці механізми можуть блокувати здоровий контакт із реальністю, що веде до залежності як способу компенсації
Емоційна усвідомленість	Здатність усвідомлювати і виражати свої почуття	Невизнані або пригнічені емоції можуть проявлятися через адиктивну поведінку як спосіб їх уникнення чи контролю
Відповідальність	Людина несе відповідальність за свій вибір і дії	Уникнення відповідальності може проявлятися у формі звинувачення інших або залежності від зовнішніх стимулів
Принцип експерименту	Дослідження нових форм поведінки через експерименти в терапевтичному процесі	Допомагає пацієнту усвідомити свої справжні потреби і знайти альтернативи залежності

Принцип цілісності, або єдності стверджує, що людське сприйняття і переживання є принципово єдиними. Гештальтпсихологія розглядає розумові та чуттєві процеси як організовані в цілісні патерни або гештальти. Такий цілісний підхід різко відрізняється від атомістичних поглядів, наголошуючи на тому, що людину не можна зрозуміти, просто аналізуючи ізольовані компоненти її поведінки чи пізнання. Наприклад, у візуальному сприйнятті люди інстинктивно організують фрагментовані стимули у впізнавані форми або патерни, проявляючи притаманну розуму тенденцію до єдності.

Контакт - це активна взаємодія між людиною та її оточенням. Це поняття є ключовим для пояснення того, як люди взаємодіють зі світом, формуючи змістовні зв'язки, що підтримують психологічне здоров'я. У гештальт-моделі контакт виникає на межі між «Я» і навколишнім середовищем, де сходяться сенсорні дані, емоції та когнітивні процеси. Здоровий контакт вимагає відкритості до нового досвіду, здатності встановлювати межі та

вміння відсторонитися, коли це необхідно. Дисфункціональний контакт, наприклад, уникнення або надмірна жорсткість кордонів, може порушити психологічну рівновагу.

Усвідомленість є основою саморегуляції та особистісного зростання в гештальт-моделі. Вона передбачає повну присутність у моменті, розпізнавання своїх думок, емоцій та відчуттів без осуду. Гештальт-терапія наголошує на розвитку усвідомленості, щоб дати людині можливість робити свідомий вибір і розв'язувати внутрішні конфлікти. Усвідомлення є не лише внутрішнім, але й релятивним процесом, що охоплює взаємодію людини з іншими людьми та їхнім оточенням. Завдяки підвищенню усвідомленості люди отримують розуміння своїх моделей поведінки та глибинних потреб, що ними керують.

Гештальт-модель досягла свого найповнішого вираження в середині ХХ століття з розвитком гештальт-терапії, що значною мірою пов'язана з ім'ям Фріца Перлза. Перлз разом зі своєю дружиною Лаурою та співробітниками, зокрема Полом Гудманом, адаптував принципи гештальтпсихології до терапевтичних меж. Ф. Перлз народився в Берліні й отримав освіту в галузі психоаналізу, перебував під впливом як Фройдистської, так і екзистенціалістської традицій, інтегрувавши ці погляди з принципами гештальтпсихології для створення цілісного підходу до психотерапії. Ф. Перлз наголошував на важливості життя «тут і зараз», заохочуючи пацієнтів зосередитися на теперішньому досвіді, а не роздумувати про минуле чи турбуватися про майбутнє. Його робота запровадила такі техніки, як вправа «порожній стілець» та рольові ігри, які допомогли пацієнтам дослідити та розв'язати незавершені емоційні справи. Завдяки динамічному та іноді конфронтаційному стилю Ф. Перлза гештальт-терапія стала окремим і впливовим напрямом у широкій галузі гуманістичної психології.

Гештальт-модель забезпечує детальне вивчення індивідуальної поведінки, зосереджуючись на аналізі динамічної взаємодії між потребами, контактами з оточенням та інтеграцією особистості. Цей підхід наголошує на цілісній та інтерактивній природі людського досвіду, де поведінка виникає як відповідь на внутрішні та зовнішні умови. Вивчення цих компонентів вимагає дослідження динаміки потреб, механізмів, які формують або порушують контакт, а також процесів, завдяки яким розвивається цілісне почуття «Я».

Природа людських потреб у гештальт-моделі трактується як динамічний і циклічний феномен. Потреби виникають як реакція на фізіологічні, емоційні чи психологічні стани людини, створюючи відчуття дисбалансу. Цей дисбаланс керує поведінкою, мотивуючи людину шукати задоволення або розв'язання проблеми. На відміну від статичних чи ієрархічних структур потреб, гештальт-перспектива розглядає їх як мінливі та залежні від

контексту, що виникають і зникають у безперервному потоці досвіду. Наприклад, потреба у зв'язках може на мить затьмарити потребу в автономії, щоб потім змінитися, коли людина досягне задоволення в стосунках. Цей постійний потік наголошує на адаптивній природі поведінки, що узгоджується з гештальт-принципом, згідно з яким індивіди є активними учасниками взаємодії зі світом.

Центральним у гештальт-моделі є поняття контакту, що означає точку взаємодії між людиною та її оточенням. Контакт – це процес, за допомогою якого задовольняються потреби і відбувається зростання. Це активний і творчий акт, що передбачає використання сенсорних, емоційних і когнітивних здібностей для взаємодії із зовнішнім світом. Здоровий контакт дозволяє людям повністю переживати теперішній момент, реагувати на потреби, що виникають, і відсторонюватися, коли це доречно, щоб інтегрувати цей досвід. Але процес контакту не завжди є безперервним; різні механізми можуть переривати або спотворювати його, що призводить до поведінкових патернів, які перешкоджають особистісному зростанню і задоволенню.

Одним із таких механізмів є ретрофлексія, коли людина спрямовує енергію, призначену для зовнішнього вираження, всередину себе. Це переривання часто проявляється в самоспрямованій поведінці, наприклад, у придушенні емоцій або задоволенні потреб зсередини, замість того, щоб шукати зовнішнє вирішення. Наприклад, людина, яка відчуває гнів, але пригнічує його, може відчувати внутрішнє напруження або вдаватися до самопокарання. Ретрофлексія відображає спробу зберегти контроль, але часто призводить до нерозв'язаних емоційних або психологічних конфліктів.

Проекція – ще один тип переривання контакту, який характеризується приписуванням своїх почуттів, думок чи бажань іншим людям. Цей механізм екстерналізує внутрішні переживання, не дозволяючи людині повністю володіти ними та переробляти їх. Наприклад, людина, яка відчуває невпевненість у собі, може сприймати інших як осудливих або критичних, навіть за нейтральних обставин. Проекція порушує автентичний контакт, спотворюючи сприйняття реальності, що ускладнює задоволення глибинних потреб чи емоцій.

Інші механізми полягають у відхиленні, коли люди уникають прямої взаємодії, відволікаючи увагу або використовуючи обхідні способи, а також у злитті, коли межі між собою та іншими стають нечіткими. Відхилення часто проявляється у вигляді гумору, розпливчастості або інтелектуалізації, щоб уникнути дискомфорту, тоді як злиття призводить до втрати індивідуальності, оскільки людина зливається з чужими потребами чи

очікуваннями. Ці переривання є стратегіями подолання труднощів, але в кінцевому підсумку перешкоджають задоволенню потреб і поглибленню контакту.

Гештальт-модель наголошує на процесі інтеграції особистості, який передбачає гармонізацію фрагментованих аспектів «Я» в єдине ціле. Інтеграція необхідна для особистісного зростання та розвитку автентичної поведінки. Вона відбувається через розв'язання внутрішніх конфліктів, асиміляцію досвіду та усвідомлення відкинутих або пригнічених аспектів власного «Я». Гештальт-терапія сприяє цьому процесу, заохочуючи усвідомлення і самоприйняття, допомагаючи людям зустрітися з тими частинами себе, яких вони уникали або які відхиляли.

Інтеграція проходить через низку етапів. На початковому етапі люди можуть відчувати недостатню усвідомленість або опір протистоянню певним аспектам своєї поведінки чи емоцій. Цей етап відзначається звичними патернами і перериваннями, які перешкоджають глибшому контакту із собою й оточенням. Завдяки терапевтичному втручанням або саморефлексії люди починають розпізнавати ці патерни, стають більш пристосованими до своїх потреб і механізмів, які формують їх взаємодію. Таке підвищене усвідомлення сприяє готовності дослідити і прийняти раніше заперечувані частини себе, що призводить до більшої психологічної гнучкості та стійкості.

Ключовим елементом процесу інтеграції є примирення полярностей всередині себе. Гештальт-модель усвідомлює, що люди часто переживають внутрішні конфлікти між протилежними тенденціями, як-от залежність і незалежність або вразливість і сила. Усвідомлюючи ці полярності та сприяючи діалогу між ними, людина може досягти збалансованого та інтегрованого відчуття себе. Цей процес не лише знімає внутрішню напругу, але й підвищує здатність людини до автентичного контакту з іншими.

Гештальт-модель, з її фокусом на цілісному сприйнятті та інтегрованій поведінці, забезпечує міцну основу для вивчення і впливу на індивідуальну та міжособистісну динаміку. Її практичне використання охоплює терапевтичний контекст, людські стосунки та ширші сфери сучасної психології. Завдяки підвищенню обізнаності, вивченню моделей взаємодії та сприянню особистісному зростанню гештальт-модель утвердилася як універсальний та ефективний підхід.

Основою гештальт-моделі в терапії є комплекс методологій, спрямованих на підвищення самосвідомості та розв'язання внутрішніх конфліктів. Ці методології зосереджені на взаємодії з пацієнтом у теперішньому моменті й заохочують його до глибокого дослідження своїх думок, почуттів і поведінки. Однією з характерних методик є техніка

«порожнього стільця», яка сприяє діалогу між різними аспектами власного «Я» або між пацієнтом та іншою людиною (реальною чи уявною). Ця вправа допомагає вивести назовні внутрішні конфлікти, дослідити невирішені емоції та отримати нові уявлення, сприяючи інтеграції та емоційному вивільненню.

Ще одна поширена методологія – експериментування, коли під час терапевтичних сесій пацієнтам рекомендують випробовувати нові моделі поведінки або перспективи. Наприклад, пацієнт може розіграти рольову гру, щоб вивчити альтернативні способи реагування на складні ситуації. Такі експерименти створюють безпечний простір для самодослідження і дозволяють людям відкрити для себе більш адаптивні та автентичні способи буття.

Гештальт-терапія також акцентує увагу на використанні усвідомлення тіла як шляху до розуміння емоцій і невисловлених переживань. Зосереджуючись на фізичних відчуттях, позі та невербальних сигналах, терапевти допомагають пацієнтам розкрити глибинні шари досвіду, які можуть бути недоступні лише через вербальне вираження. Для поглиблення зв'язку між тілом і розумом часто застосовуються такі техніки, як керовані образи, рухові вправи і дихальні практики, що дозволяють пацієнтам інтегрувати ці знання у свою свідомість.

У галузі міжособистісної взаємодії гештальт-модель забезпечує потужну основу для розуміння та покращення стосунків. Зосередженість на контакті – межі, де «Я» зустрічається з оточенням, – робить її надзвичайно ефективною у вивченні динаміки стосунків. Досліджуючи, як люди взаємодіють з іншими, терапевти можуть допомогти пацієнтам виявити патерни, які перешкоджають конструктивному зв'язку, зокрема уникнення, залежність або надмірну ідентифікацію. Гештальт-підхід наголошує на автентичній взаємодії, заохочуючи людей до більш ефективного спілкування щодо своїх потреб, емоцій та кордонів.

Принципи гештальт-терапії можна застосовувати і в груповій роботі, де вони можуть сприяти більшій згуртованості та взаєморозумінню. Групова терапія, що ґрунтується на гештальт-моделі, часто включає вправи, які заохочують учасників відкрито виражати себе, залишаючись при цьому налаштованими на поточну групову взаємодію. Цей процес не лише сприяє індивідуальному зростанню, але й посилює здатність групи до емпатії, співпраці та спільного сприйняття. Наголос на справжньому контакті гарантує, що члени групи можуть конструктивно долати конфлікти та розбіжності, підвищуючи як індивідуальне, так і колективне благополуччя.

Поza терапією гештальт-модель має практичне застосування в різних професійних та організаційних контекстах. Її акцент на усвідомленні та цілісному сприйнятті робить її актуальною в таких сферах, як розвиток лідерства, командна взаємодія та розв'язання конфліктів. Наприклад, на робочому місці принципи гештальт-терапії можна застосовувати для покращення комунікації, зняття напруженості та розвитку культури співпраці. Лідери, які володіють гештальт-методами, краще розпізнають основні потреби та мотивацію своїх команд, створюючи середовище, що сприяє зростанню та інноваціям.

4.7. Модель індивідуальної поведінки в радикальному біхевіоризмі

Радикальний біхевіоризм, заснований Б. Ф. Скіннером, є комплексним і впливовим підходом у межах ширшого напрямку біхевіоризму. Від інших психологічних напрямів його відрізняє акцентування на спостережуваній поведінці як основній одиниці аналізу та відмова від інтроспекції як наукового методу. Радикальний біхевіоризм виходить за межі попередніх його форм, звертаючись не лише до відкритих дій, але й до приватних подій, як-от думки та почуття, розглядаючи їх як такі, що підлягають тим самим принципам навчання та поведінки, що й явища, які можна спостерігати.

За своєю суттю радикальний біхевіоризм визначає поведінку як будь-яку активність організму, яку можна виміряти, що охоплює дії, вербальні висловлювання та фізіологічні реакції. На відміну від методологічного біхевіоризму, який виключає внутрішні психічні стани з наукового дослідження, радикальний біхевіоризм стверджує, що внутрішні події, хоча вони є особистими і менш доступними, є законними формами поведінки. Ці особисті події вважаються частиною природного континууму поведінки і піддаються тим самим впливам і непередбачуваним обставинам, що й зовнішні дії.

Визначальною рисою радикального біхевіоризму є його концентрація на принципах зв'язку «стимул – реакція» та оперантного зумовлювання. Концепція «стимул – відповідь», що бере свій початок у класичному біхевіоризмі, стверджує, що стимули навколишнього середовища викликають специфічні реакції в організмах. Радикальний біхевіоризм ґрунтується на цій основі, наголошуючи на оперантному навчанні, яке передбачає поведінку, що випромінюється, а не викликається, і формується під впливом їх наслідків. Оперантна поведінка є ключовою для вивчення того, як організми адаптуються до навколишнього

середовища, оскільки на неї впливають непередбачувані обставини підкріплення і покарання, які йдуть слідом за нею (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Аспекти моделі індивідуальної поведінки в радикальному біхевіоризмі

Складник моделі	Характеристика	Її роль у формуванні поведінки
Поведінка як реакція на стимул	Уся поведінка є результатом впливу зовнішніх стимулів (S) і відповідних реакцій (R)	Поведінкові моделі, включаючи залежність, формуються через прямий зв'язок між стимулом і реакцією
Оперантна поведінка	Поведінка, яка модифікується через наслідки (підкріплення або покарання)	Адиктивна поведінка закріплюється через позитивне підкріплення (наприклад, задоволення) або уникнення дискомфорту
Підкріплення	Позитивне: додавання приємного стимулу для збільшення частоти поведінки Негативне: усунення неприємного стимулу для збільшення частоти поведінки	Залежність може бути викликана позитивним підкріпленням, наприклад, приємними відчуттями від вживання речовини. Адиктивна поведінка може виникати через уникнення болю чи стресу
Покарання	Позитивне: додавання неприємного стимулу для зменшення частоти поведінки. Негативне: усунення приємного стимулу для зменшення частоти поведінки	Покарання може тимчасово знизити поведінку, але часто призводить до її уникнення, а не викорінення. Усунення винагороди може сприяти згасанню поведінки, але без альтернативи це може спричинити регресію до адиктивної поведінки
Згасання	Зниження частоти поведінки внаслідок відсутності підкріплення	Якщо поведінка, пов'язана із залежністю, не підкріплюється, вона може поступово згаснути
Функціональний аналіз поведінки	Аналіз стимулів, які викликають поведінку, та наслідків, які її підтримують	Виявлення тригерів адиктивної поведінки допомагає змінити їх або створити альтернативні способи реагування
Роль середовища	Середовище визначає поведінку через наявність стимулів і підкріплень	Наявність стимулів, що асоціюються із залежністю (наприклад, соціальний тиск), підтримує ризиковану поведінку
Шейпінг	Формування складної поведінки через поступове підкріплення кожного етапу досягнення цільової дії	Може використовуватися в терапії для формування адаптивних моделей поведінки замість адиктивних
Дискримінація стимулів	Вміння відрізнити стимули, що призводять до різної поведінки	Дискримінація допомагає уникати тригерів, що викликають залежність
Генералізація стимулів	Реагування на схожі стимули так само, як на оригінальний стимул	Може призводити до поширення адиктивної поведінки на нові контексти

Підкріплення як основа радикального біхевіоризму – це процес, за допомогою якого ймовірність поведінки збільшується або підтримується через її наслідки. Позитивне підкріплення передбачає пред'явлення стимулу, що слідує за поведінкою, тим самим

збільшуючи її частоту, тоді як негативне підкріплення передбачає усунення несприятливого стимулу для досягнення того ж ефекту. І навпаки, покарання зменшує ймовірність певної поведінки через введення неприємних стимулів (позитивне покарання) або видалення бажаних стимулів (негативне покарання). Обережне маніпулювання цими непередбачуваними обставинами дозволяє згодом сформувати складну поведінку.

Концепція Б. Ф. Скіннера про графіки підкріплення ще більше розкриває роль підкріплення в модифікації поведінки. Графіки, які визначають час і частоту надання підкріплення, суттєво впливають на міцність і стійкість засвоєної поведінки. Наприклад, графіки з фіксованим співвідношенням, коли підкріплення надається після певної кількості відповідей, можуть призвести до високого рівня реагування, тоді як графіки зі змінним співвідношенням, що характеризуються підкріпленням після непередбачуваної кількості відповідей, зазвичай призводять до ще більш міцної та стійкої поведінки, як це спостерігається в таких явищах, як азартні ігри.

Відмінною рисою радикального біхевіоризму є його позиція щодо внутрішніх психічних процесів. На відміну від когнітивної психології, яка надає пріоритет вивченню ментальних репрезентацій і процесів як основних пояснювальних змінних, радикальний біхевіоризм розглядає внутрішні стани як власне поведінку. Думки, емоції та відчуття не відкидаються, але розуміються як події, що відбуваються всередині нас і залежать від тих самих умов навколишнього середовища, що й спостережувані дії. Ця перспектива акцентує увагу на єдності поведінки, заперечуючи дуалістичний поділ між розумом і тілом. Розглядаючи приватні події як частину поведінкового репертуару, радикальний біхевіоризм створює цілісну основу для розуміння взаємодії між внутрішніми і зовнішніми факторами у формуванні поведінки.

Радикальний біхевіоризм також розходиться з більш ранніми біхевіористськими підходами, зокрема методологічним біхевіоризмом Джона Б. Вотсона, заперечуючи ідею про те, що внутрішні процеси повинні бути повністю виключені з наукового розгляду. Б. Ф. Скіннер стверджував, що хоча приватні події не піддаються безпосередньому спостереженню з боку інших, вони є предметом наукового дослідження, якщо до них підходити з позицій поведінкового аналізу. Таке розширення дозволяє радикальному біхевіоризму розглядати складні явища, як-от мова, розв'язання проблем і самоконтроль, аналізуючи їх функціональні зв'язки зі змінними навколишнього середовища.

Також радикальний біхевіоризм наголошує на контекстуальному та функціональному аналізі поведінки, зосереджуючись на передумовах та наслідках, які підтримують або

змінюють поведінку з плином часу. Цей акцент узгоджується з його прагматичною орієнтацією, яка надає пріоритет прогнозуванню і контролю поведінки через систематичне маніпулювання факторами навколишнього середовища. Замість того, щоб приписувати поведінку гіпотетичним конструктам або внутрішнім станам, радикальний біхевіоризм прагне визначити непередбачувані обставини, які породжують і підтримують поведінку.

Зазначимо, що радикальний біхевіоризм, запропонований Б. Ф. Скіннером, забезпечує комплексну основу для вивчення індивідуальної поведінки, акцентуючи увагу на діях, які можна спостерігати, та умовах навколишнього середовища, що їх формують. Фактично радикальний біхевіоризм стверджує, що вся поведінка людини може бути проаналізована і пояснена за допомогою принципів оперантного зумовлювання, яке слугує основним механізмом формування і модифікації поведінки. Цей підхід відкидає пояснення, які спираються на внутрішні психічні стани або неспостережувані конструкти, натомість наголошує на взаємодії між стимулами навколишнього середовища, поведінковими реакціями та наслідками, які з них випливають.

Оперантне зумовлювання є основою радикального біхевіоризму, що описує, як поведінка посилюється або послаблюється на основі її наслідків. Цей процес складається із трьох ключових компонентів: стимулів, реакцій і наслідків. Стимул – це подія або умова навколишнього середовища, яка передує поведінці та слугує сигналом або тригером для дії. Реакція – це спостережувана поведінка, викликана стимулом, тоді як наслідки – це події, які відбуваються після поведінки і впливають на її подальшу реалізацію. Наслідки поділяються на підкріплення, які збільшують ймовірність поведінки, і покарання, які її зменшують. Підкріплення може бути як позитивним, що передбачає додавання сприятливого стимулу, так і негативним, що передбачає вилучення несприятливого стимулу. Так само і покарання можуть бути позитивними або негативними, залежно від того, чи додають вони неприємний стимул, чи прибирають бажаний.

Аналіз цих трьох компонентів формує основу аналізу індивідуальної поведінки в радикальному біхевіоризмі. Наприклад, якщо дитина отримує похвалу (позитивне підкріплення) за виконання домашнього завдання, поведінка, пов'язана з навчанням, швидше за все, буде повторюватися. І навпаки, якщо дотик до гарячої плити спричиняє біль (позитивне покарання), ймовірність повторення цієї дії зменшується. Цей системний підхід до аналізу поведінки підкреслює вирішальну роль наслідків у формуванні майбутніх дій.

Центральне місце в цій моделі посідає роль середовища, яке розглядається як головний детермінант поведінки. У радикальному біхевіоризмі середовище охоплює всі

зовнішні фактори, які впливають на людину, зокрема фізичний, соціальний і культурний. Саме середовище забезпечує стимули та наслідки, необхідні для оперантного зумовлювання. Динамічний взаємозв'язок між індивідом та його оточенням підкреслює концепцію «відбору за наслідками», коли поведінка природним чином відбирається на основі її адаптивних або дезадаптивних результатів.

Екологічна перспектива в радикальному біхевіоризмі наголошує на концепції контролю. Поведінка розглядається не як така, що походить зсередини індивіда, а скоріше як продукт непередбачуваних обставин навколишнього середовища. Цей детерміністський погляд кидає виклик традиційним уявленням про свободу волі, вважаючи, що поведінка є передбачуваною і може бути модифікована через маніпуляції зі змінними навколишнього середовища. Наприклад, роботодавець, який заохочує пунктуальність преміями, швидше за все, сприятиме відповідній поведінці працівників. Аналогічним чином суспільні норми і закони діють як непередбачувані обставини, що регулюють поведінку в ширшому масштабі.

Водночас радикальний біхевіоризм поширює свій аналіз на вербальну поведінку та складні види людської діяльності, котрі також розглядаються як такі, що підпорядковуються принципам оперантного зумовлювання. Розвиток мови, наприклад, пояснюється через підкріплення вокалізацій та взаємодій, сформованих соціальним середовищем. Навіть поведінка, яка сприймається як внутрішньо вмотивована, наприклад, розв'язання проблем або творчість, пояснюється історією підкріплення та умовами навколишнього середовища, які були присутні під час її виникнення.

Модель радикального біхевіоризму, що ґрунтується на принципах оперантного зумовлювання, знайшла широке використання в таких сферах, як терапія, освіта, організаційна поведінка та соціальні втручання. Практична спрямованість біхевіоризму на спостережувану поведінку і непередбачувані обставини навколишнього середовища зробила його корисною основою для впровадження структурованих, науково обґрунтованих стратегій для зміни поведінки. Однак модель також має обмеження щодо розгляду складних аспектів людської поведінки, особливо у сферах, пов'язаних із пізнанням, емоціями та соціальною динамікою. Сучасні психологічні підходи намагаються інтегрувати основні принципи радикального біхевіоризму з ідеями інших концепцій, створюючи гібридні моделі, які використовують його сильні сторони і водночас долають його недоліки.

Одне з найбільш відомих застосувань радикального біхевіоризму – це терапевтичний контекст, зокрема, за допомогою таких методів, як модифікація поведінки та прикладний аналіз поведінки (ПАП). Програми модифікації поведінки активно застосовуються в лікуванні

людей з розладами розвитку, в тому числі з розладами аутистичного спектру (РАС). Наприклад, ПАП використовує принципи оперантного зумовлювання для посилення бажаної поведінки (наприклад, спілкування, соціальної взаємодії) та зменшення неадаптивної поведінки за допомогою стратегій заохочення. Терапевти систематично аналізують поведінку, виявляють тригери навколишнього середовища та адаптують втручання для досягнення конкретних поведінкових цілей. Позитивне підкріплення, економія символів і функціональні оцінки поведінки є основними інструментами в цих програмах. Вимірюваний і відтворюваний характер цих втручань призвів до їх масового впровадження і продемонстрував значну ефективність у покращенні результатів для людей з проблемами розвитку.

В освітніх програмах використовують структурований підхід радикального біхевіоризму, застосовуючи стратегії, що базуються на підкріпленні, для покращення навчання та закріплення знань. Наприклад, в управлінні аудиторією викладачі можуть впроваджувати системи, за якими здобувачі вищої освіти отримують винагороду за виконання завдань або демонстрацію гарної поведінки. Корпоративні освітні програми так само використовують біхевіористські принципи для формування продуктивності працівників за допомогою заохочень, зворотного зв'язку та показників ефективності. У набутті таких навичок, як вивчення музичного інструменту або нової мови, біхевіористські методи, як-от формування і ланцюговий зв'язок, застосовуються для поступового формування складної поведінки, посилюючи послідовне наближення до бажаної навички.

Незважаючи на ці практичні успіхи, радикальний біхевіоризм зустрічається з обмеженнями під час розгляду більш складних аспектів людського досвіду, як-от творчість, абстрактне мислення та емоційна регуляція. Залежність моделі від спостережуваної поведінки та непередбачуваних обставин навколишнього середовища часто недооцінює роль таких внутрішніх процесів, як думки, переконання та почуття, які важко піддаються кількісному оцінюванню та аналізу за допомогою суто поведінкових методів. Наприклад, радикальний біхевіоризм може пояснити певні патерни тривоги через поведінку уникнення та цикли підкріплення, але він намагається охопити тонкий взаємозв'язок думок, спогадів і суб'єктивного досвіду, які сприяють розвитку розладу.

Радикальний біхевіоризм критикують за його редуцціоністський підхід, який може надмірно спрощувати складність людської поведінки. Критики стверджують, що поведінка є не лише функцією непередбачуваних обставин, але й формується внутрішніми мотиваціями, біологічними факторами та культурними впливами. Наприклад, модель дає обмежене

розуміння таких явищ, як прийняття моральних рішень або художнє самовираження, які охоплюють рівні пізнання, емоцій і соціальної взаємодії, що виходять за межі історії прямого підкріплення.

Щоб подолати ці недоліки, сучасні психологічні підходи намагаються інтегрувати принципи радикального біхевіоризму з ідеями інших теоретичних концепцій. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є яскравим прикладом такої інтеграції, поєднуючи біхевіористські техніки з когнітивною реструктуризацією для подолання неадаптивних моделей мислення поряд із поведінкою, що спостерігається. Терапія прийняття і прихильності (КПТ) являє собою ще одну еволюцію, поєднуючи поведінкові принципи зі стратегіями усвідомленості і прийняття, щоб сприяти психологічній гнучкості. Ці гібридні підходи зберігають емпіричну точність радикального біхевіоризму, але водночас включають ширше розуміння людського функціонування.

Принципи радикального біхевіоризму також вплинули на такі галузі, як неврологія та еволюційна психологія. Досягнення нейронауки підтвердили роль механізмів підкріплення у формуванні нейронних шляхів і поведінки, забезпечивши біологічне підґрунтя оперантного зумовлювання. Еволюційні перспективи розширили концепцію «відбору за наслідками», розглядаючи поведінку як продукт індивідуальних історій навчання, а також адаптивних процесів, сформованих природним відбором.

4.8. Когнітивно-поведінкова модель механізму формування адикції

Теоретичні засади когнітивно-поведінкової моделі формування залежності ґрунтуються на вивченні взаємодії когнітивних процесів і поведінкових патернів, які сприяють виникненню, підтримці та потенційному подоланню адиктивної поведінки. Залежність як багатогранне явище характеризується компульсивним залученням до певної поведінки або вживання психоактивних речовин, незважаючи на негативні наслідки. Зазвичай вона супроводжується фізіологічною залежністю, психологічним потягом і значними порушеннями в повсякденному функціонуванні людини. Ключовими ознаками залежності є втрата контролю над поведінкою, зацикленість на адиктивній діяльності або речовині, толерантність, абстинентний синдром і стійка нездатність зменшити або припинити поведінку, незважаючи на усвідомлення її згубних наслідків (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Елементи когнітивно-поведінкової моделі механізму формування адикції

Елемент	Характеристика	Роль у формуванні адикції
Когнітивні схеми	Сталі переконання та думки, які впливають на сприйняття себе і світу	Негативні схеми («Я нікчема», «Я не можу впоратися без цього») сприяють формуванню адиктивної поведінки
Автоматичні думки	Швидкі, несвідомі реакції у вигляді негативних або помилкових суджень	Автоматичні думки можуть підсилювати бажання вживання речовини або здійснення дії для зняття стресу чи отримання задоволення
Дефіцит копінг-стратегій	Недостатній арсенал здорових способів подолання стресу чи труднощів	Відсутність ефективних копінг-стратегій сприяє вибору адикції як засобу уникнення проблем
Роль підкріплення	Позитивне підкріплення (задоволення, ейфорія) та негативне підкріплення (усунення стресу чи болю)	Адиктивна поведінка закріплюється через регулярне підкріплення, яке сприяє повторенню дій
Поведінкові патерни	Повторювані дії, які формуються внаслідок когнітивних і емоційних процесів	Звички, пов'язані із залежністю, зміцнюються через зв'язок із підкріпленнями
Емоційна дисрегуляція	Нездатність ефективно регулювати емоції	Вживання речовин або адиктивна поведінка використовується як спосіб уникнення чи зняття негативних емоцій
Тригери	Ситуації, люди, думки або емоції, що спонукають до адиктивної дії	Тригери запускають цикли поведінки, пов'язані із залежністю, через активізацію автоматичних думок і дій
Цикл адикції	1. Тригери → 2. Автоматичні думки → 3. Емоційна реакція → 4. Поведінка → 5. Підкріплення	Цикл постійно повторюється, зміцнюючи адиктивну поведінку та ускладнюючи її припинення
Когнітивні викривлення	Помилки в мисленні, наприклад, «все або нічого», персоналізація, катастрофізація	Викривлення сприяють виправданню адиктивної поведінки («Я не зможу без цього», «Це мене заспокоює»)
Мотивація до зміни	Усвідомлення наслідків і потреба змінити поведінку	Недостатня мотивація або заперечення проблеми ускладнюють процес подолання адикції
Роль середовища	Соціальне та фізичне оточення, яке впливає на доступність адиктивної поведінки	Неблагополучне середовище або доступність речовини/дії підсилює залежність

Когнітивно-поведінкова теорія (КПТ), що ґрунтується на інтеграції когнітивної та поведінкової психології, забезпечує надійну основу для розуміння залежності. Фактично КПТ наголошує на ключовій ролі когніцій – думок, переконань і установок – та їх впливі на емоційні стани і поведінку. Згідно із цією моделлю, адиктивна поведінка часто підтримується дезадаптивними моделями мислення, які сприяють емоційному дистресу і залежності від адиктивної речовини або діяльності як механізму подолання. Ці уявлення можуть включати

раціоналізацію («Я можу кинути в будь-який момент»), катастрофізацію («Я не зможу без цього функціонувати») або переконання в ефективності залежності для зняття стресу чи отримання задоволення.

Поведінкові патерни відіграють центральну роль у когнітивно-поведінковій моделі. Поведінка, що викликає звикання, розглядається як вивчена реакція, яка підкріплюється через оперантне зумовлювання. Наприклад, миттєве полегшення або задоволення від вживання психоактивних речовин слугує позитивним підкріпленням, тоді як уникнення симптомів відміни діє як негативне підкріплення. Згодом така підкріплена поведінка стає стійкою звичкою, часто викликану певними сигналами або контекстами, як-от стрес, соціальне середовище або емоційні стани. Така циклічна схема підкріплення фіксує залежність, роблячи її все більш складною для подолання.

Когнітивно-поведінкова модель робить значний акцент на виявленні та зміні взаємозв'язку між дезадаптивним мисленням і поведінкою. Цей підхід спрямований на те, щоб розірвати цикл залежності, сприяючи самосвідомості, розвиваючи здорові механізми подолання та кидаючи виклик дисфункціональним мисленнєвим патернам. Втручання, що базуються на цій моделі, часто передбачають когнітивну реструктуризацію для подолання ірраціональних переконань, поведінкові експерименти для тестування нових стратегій подолання, а також тренування навичок для покращення емоційної регуляції та здатності розв'язувати проблеми.

Серед різних підходів до пояснення залежності когнітивно-поведінкова модель посідає особливе місце завдяки своїй інтегративній та прагматичній природі. На відміну від суто біологічних моделей, які фокусуються на генетичній схильності, нейрохімічному дисбалансі або аномаліях структури мозку, когнітивно-поведінкова модель розглядає психологічні та середовищні фактори, що сприяють виникненню залежності. Це робить її дуже актуальною для розроблення цілеспрямованих втручань, які враховують унікальний досвід і процеси мислення окремих людей.

Порівняно із психодинамічними моделями, які досліджують несвідомі конфлікти та минулий досвід, або соціокультурними моделями, які наголошують на впливі суспільних і культурних норм, когнітивно-поведінкова модель забезпечує структурований та науково обґрунтований підхід, який добре підходить для клінічного застосування. Вона узгоджується з принципами сучасної психотерапії, наголошуючи на вимірюваних результатах, розширенні можливостей пацієнта та розвитку навичок. До того ж цей підхід доповнює інші підходи,

забезпечуючи основу, яка інтегрує біологічні схильності та вплив навколишнього середовища в ширший контекст когнітивного та поведінкового функціонування.

Механізм формування залежності в межах когнітивно-поведінкової моделі можна розглядати як динамічну взаємодію тригерних стимулів, когнітивних викривлень, процесів підкріплення та самовідтворювального циклу думок, емоцій та поведінки. Ця модель виокремлює психологічні та поведінкові фактори, які зумовлюють розвиток і стійкість залежності, наголошуючи на тому, як засвоєні патерни і дезадаптивні когніції керують процесом звикання до наркотичних речовин.

Тригерні стимули – це зовнішні або внутрішні сигнали, які ініціюють адиктивну поведінку. Зовнішні тригери можуть бути пов'язані з певним середовищем, соціальним оточенням або сенсорними стимулами адиктивної поведінки, як-от вид сигарети або звук корка з пляшки, що відкривають. З іншого боку, внутрішні тригери – це суб'єктивні переживання, зокрема стрес, нудьга, самотність або фізіологічні відчуття – втома або тривога. Ці тригери активують автоматичну послідовність думок та емоцій, які підштовхують людину до адиктивної поведінки як механізму подолання. Наприклад, людина, яка переживає стрес, може інтерпретувати свої почуття як нестерпні й одразу асоціювати полегшення з вживанням психоактивних речовин або іншою залежною діяльністю.

Когнітивні викривлення відіграють вирішальну роль у цьому процесі, оскільки вони формують те, як людина сприймає та реагує на тригерні стимули. Ці викривлення є упередженими або ірраціональними моделями мислення, які посилюють емоційний дистрес і виправдовують залученість в адиктивну поведінку. Приклади включають надмірне узагальнення («У мене завжди все не виходить, то чому би просто не здатися?»), чорно-біле мислення («Якщо я не можу повністю кинути, то краще взагалі не намагатися») та вибіркове абстрагування («Єдине, що робить мене щасливим, – це випивка»). Ці викривлені уявлення не лише посилюють емоційну дисрегуляцію, але й підкріплюють віру в те, що залежність є найефективнішим або навіть єдиним засобом подолання проблеми.

Механізми підкріплення займають особливе місце у формуванні та підтримці залежності, діючи як позитивним, так і негативним чином. Позитивне підкріплення відбувається тоді, коли залучення до адиктивної поведінки приносить миттєве задоволення, наприклад, ейфорію, розслаблення або втечу від реальності. Ці приємні ефекти посилюють зв'язок між поведінкою та полегшенням або задоволенням, що підвищує ймовірність її повторення. Негативне підкріплення, з іншого боку, передбачає усунення або зменшення неприємних станів, як-от абстинентний синдром, тривога або відчуття неадекватності.

Наприклад, людина може вживати речовину, щоб уникнути дискомфорту від абстиненції або придушити хворобливі емоції, ще більше закріплюючи таку поведінку як стратегію подолання труднощів.

Разом тригерні стимули, когнітивні викривлення та процеси підкріплення сприяють створенню самопідсилювального циклу, який часто називають «замкненим колом» залежності. Це коло складається із трьох взаємопов'язаних компонентів: думок, емоцій та поведінки. Тригерні стимули активують спотворені думки, які своєю чергою породжують сильні емоції, як-от страх, сором або відчай. Ці емоції спонукають людину до адиктивної поведінки як засобу досягнення тимчасового полегшення або уникнення дискомфорту. Хоча така поведінка може принести короточасне полегшення, вона, зрештою, посилює початкові когнітивні викривлення, закріплюючи цикл.

Наприклад, розглянемо людину, яка відчуває соціальну тривогу як тригерний стимул. У неї може виникнути спотворена думка: «Я не можу функціонувати в соціумі без алкоголю». Ця думка породжує почуття страху і неадекватності, що призводить до вживання алкоголю як способу впоратися із цими емоціями. Тимчасове полегшення, яке приносить алкоголь, зміцнює переконання, що вживання алкоголю необхідне для соціального функціонування. Згодом цей цикл зміцнюється, він стає все більш автоматичним і стійким до змін.

Замкнуте коло думок, емоцій і поведінки є характерною рисою когнітивно-поведінкового розуміння залежності, оскільки воно показує, як взаємодія цих елементів підтримує звикання до певної моделі дій. Щоб вийти із цього кола, потрібна зовнішня допомога, спрямована на всі компоненти одночасно. Когнітивні втручання зосереджені на виявленні та боротьбі зі спотвореними думками, тоді як поведінкові стратегії спрямовані на розвиток альтернативних механізмів подолання і руйнування автоматичних реакцій на тригери. Методи емоційної регуляції також мають важливе значення, оскільки вони допомагають людям переносити дистрес, не вдаючись до адиктивної поведінки.

Профілактика і терапія адиктивної поведінки в рамках когнітивно-поведінкової моделі зосереджені на процесах, які підтримують залежність, а також на формуванні стратегій, спрямованих на підвищення стійкості до рецидивів. Когнітивно-поведінковий підхід є особливо ефективним, оскільки він спрямований на конкретні моделі мислення та дії, які лежать в основі залежності, й має на меті навчити людей навичкам управління своїми тригерами, переосмислення неадаптивних переконань та прийняття більш здорових моделей поведінки. Профілактична і терапевтична основа програми поєднує психоосвіту,

практичні втручання та методи розвитку навичок, пропонуючи комплексну стратегію управління адиктивною поведінкою.

Важливим компонентом когнітивно-поведінкової моделі є виявлення та модифікація дисфункціональних когніцій. Ці дезадаптивні думки часто закріплюють адиктивну поведінку, посилюючи негативні емоції, саморуйнівні переконання та ірраціональні виправдання для вживання психоактивних речовин або компульсивних дій. Терапія починається з дослідження цих когніцій, допомагаючи людям усвідомити, як їхні мисленнєві патерни сприяють виникненню залежності. До поширених когнітивних викривлень належать: катастрофізація («Якщо я не кину, все в моєму житті розвалиться»), персоналізація («Мої проблеми – це моя провина, бо я слабкий»), надмірне узагальнення («Я завжди здаюся, тому ніколи не змінюся»). Виявляючи ці викривлені думки, терапевти можуть спрямовувати пацієнтів до більш збалансованих і конструктивних перспектив, замінюючи автоматичні негативні реакції аргументованими, заснованими на реальності інтерпретаціями.

Когнітивна реструктуризація, яка є основою цього процесу, полягає в тому, щоби поставити під сумнів обґрунтованість дисфункціональних думок і замінити їх адаптивними альтернативами. Наприклад, людині, яка вважає, що «я не можу впоратися зі стресом без вживання наркотиків», можна допомогти згадати минулі випадки, коли вона успішно справлялася зі стресом без наркотичних речовин. За допомогою структурованих вправ, як-от записи думок і запитань, люди вчаться критично оцінювати свої переконання і розвивати більш гнучке мислення.

Не менш важливим у когнітивно-поведінковій моделі є формування адаптивних моделей поведінки. Залежність часто виникає на основі повторюваних, неадаптивних дій, які посилюються негайною винагородою або полегшенням. Терапія фокусується на руйнуванні цих звичних моделей поведінки шляхом упровадження альтернативних реакцій, які є більш здоровими та стійкими. Поведінкові заходи наголошують на розвитку навичок у таких сферах, як емоційна регуляція, розв'язання проблем і управління стресом. Практикуючи ці навички під час терапевтичних сесій і в реальних життєвих ситуаціях, пацієнти вчаться замінювати адиктивну поведінку конструктивною діяльністю, яка відповідає їхнім цінностям і довгостроковим цілям.

Поведінкові експерименти зазвичай використовуються для тестування нових стратегій подолання проблем і перевірки припущень про необхідність або ефективність адиктивної поведінки. Наприклад, пацієнту, який вважає, що йому потрібен алкоголь, щоб розслабитися після напруженого дня, можна запропонувати спробувати техніки релаксації,

як-от глибоке дихання або прогресивна м'язова релаксація, щоб спостерігати, як ці альтернативи працюють у порівнянні. Згодом цей позитивний досвід послаблює зв'язок між стресом і вживанням психоактивних речовин, що полегшує людині набуття і підтримку більш здорових звичок [12].

Практичне застосування когнітивно-поведінкових методик у роботі із залежністю передбачає кілька структурованих кроків. По-перше, терапевти часто застосовують психоосвіту, щоб забезпечити пацієнтам чітке знання про те, як їхні думки, емоції та поведінка взаємодіють, щоб підтримувати залежність. Це дає можливість пацієнтам брати активну участь у своєму одужанні та демістифікує терапевтичний процес. Психоосвіта може включати обговорення природи тригерів, ролі підкріплення в поведінці та впливу стресу й емоційної дисрегуляції на залежність [15].

По-друге, терапія передбачає використання тренінгів із розвитку навичок, щоб забезпечити пацієнтів інструментами для розв'язання конкретних проблем. Наприклад, пацієнти можуть практикувати визначення ситуацій підвищеного ризику, зокрема соціальних контактів, де присутні психоактивні речовини, і розробляти стратегії, які допоможуть їм виходити з таких ситуацій, не вдаючись до адиктивної поведінки. Щоб допомогти пацієнтам закріпити ці навички, часто використовуються рольові ігри, домашні завдання та поведінкові репетиції [13; 14].

Профілактика рецидивів – інший важливий аспект когнітивно-поведінкової терапії залежності. Терапевти працюють із пацієнтами, щоби передбачити потенційні невдачі та розробити плани дій для їх ефективного подолання. Це може охоплювати створення списку стратегій стримування потягу, визначення систем підтримки та розроблення розпорядку дня, який зміцнює мотивацію до відмови від вживання алкоголю чи психоактивної речовини. Важливо, щоб рецидив розглядався не як поразка, а як можливість навчитися і вдосконалити механізми подолання.

Терапевтичні відносини в КПТ ґрунтуються на співпраці, а терапевт виступає радше як наставник і партнер, ніж як авторитетна фігура. Таке партнерство сприяє розвитку почуття самостійності та відповідальності, заохочуючи пацієнтів брати на себе відповідальність за процес одужання. Заняття є цілеспрямованими та обмеженими в часі, зосереджені на конкретних цілях та вимірюваних результатах, що відповідає науково обґрунтованому характеру когнітивно-поведінкового підходу.

4.9. Висновки

Особистість, її розвиток і вплив на поведінку є ключовими аспектами психологічних досліджень, які аналізуються через різні теоретичні підходи. Психодинамічний підхід, започаткований Зигмундом Фройдом, висуває центральну роль несвідомих процесів, раннього дитячого досвіду та внутрішніх конфліктів у формуванні особистості та залежності. Його моделі Ід, его і супер-его забезпечують розуміння психологічних механізмів, які лежать в основі дезадаптивної поведінки, зокрема залежності.

Гуманістичний підхід пропонує оптимістичний погляд на людський потенціал, акцентуючи увагу на самоактуалізації, почутті власної гідності та цінності самореалізації. Теорії Карла Роджерса і Абрахама Маслоу розкривають важливість створення сприятливих умов для розвитку особистості, зосереджуючись на позитивному підході до подолання залежності.

Когнітивний підхід фокусується на ролі переконань, мисленнєвих патернів та очікувань у формуванні поведінки, а концепція самоефективності Альберта Бандури підкреслює важливість віри у власні сили для запобігання адиктивній поведінці. У цьому контексті залежність розглядається як результат викривленого сприйняття та взаємодії з оточенням.

Поведінковий підхід акцентує увагу на вивчених моделях поведінки, які формуються через підкріплення та асоціації. Залежність, згідно із цим підходом, розвивається як відповідь на постійне підкріплення стимулів, які асоціюються із задоволенням чи полегшенням.

Біопсихосоціальний підхід інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти, розглядаючи залежність як складну взаємодію генетичних, емоційних та соціальних факторів. Такий комплексний погляд дозволяє більш цілісно зрозуміти природу залежності та визначити ефективні стратегії її лікування.

У контексті адиктивної поведінки емоційна дисрегуляція відіграє значну роль, оскільки залежність часто виступає механізмом уникнення стресу чи негативних емоцій. Саморегуляція, здатність контролювати свої думки, емоції та дії часто порушується через деструктивний вплив залежності. Це створює замкнене коло, де зменшення здатності до контролю посилює компульсивну поведінку.

Роль мотивації в розвитку залежності є вирішальною: спочатку адиктивна поведінка мотивується пошуком задоволення, але поступово перетворюється на засіб уникнення негативних станів. Також важливу роль відіграють когнітивні викривлення, що спонукають людину переоцінювати переваги залежності та занижувати ризики.

Психосексуальні стадії розвитку за Зигмундом Фройдом і психосоціальна модель Еріка Еріксона пропонують різні підходи до розуміння формування особистості. Фройдова концепція фіксацій на певних стадіях пояснює, як ранній дитячий досвід впливає на схильність до залежності. Теорія Е. Еріксона розглядає розвиток через подолання криз, що формують особистісні чесноти, як-от довіру, автономію чи вірність.

Захисні механізми, зокрема проєкція, раціоналізація, пригнічення та сублимація, є важливими адаптаційними стратегіями, але їх надмірне використання може сприяти розвитку дезадаптивної поведінки. У контексті залежності ці механізми дозволяють уникнути усвідомлення реальних причин адиктивної поведінки.

У профілактиці та терапії залежності важливим є індивідуальний підхід, який ураховує унікальні особливості особистості, психологічні механізми та соціальне середовище людини. Когнітивно-поведінкова терапія, гуманістична підтримка та психоаналітичний аналіз можуть бути інтегровані для досягнення довготривалих результатів.

Таким чином, дослідження залежності з різних теоретичних перспектив дає змогу глибше зрозуміти цей складний феномен та створює підґрунтя для ефективного втручання, спрямованого на подолання та запобігання адиктивній поведінці.

4.10. Питання для самоконтролю

1. Що таке психодинамічний підхід до аналізу особистості?
2. Які складники психіки виділяв Зигмунд Фройд?
3. Як психодинамічний підхід пояснює виникнення залежності?
4. Що таке гуманістичний підхід у психології?
5. Які є основні ідеї Карла Роджерса стосовно розвитку особистості?
6. Що таке самоактуалізація за Абрахамом Маслоу?
7. Як когнітивний підхід пояснює особистісний розвиток?
8. Що означає поняття самоефективності в соціально-когнітивній теорії Альберта Бандури?
9. Як поведінковий підхід розглядає процес формування звичок?
10. Які фактори впливають на розвиток залежності?
11. Як залежність пояснюється з точки зору когнітивного підходу?
12. Що таке емоційна дисрегуляція і як вона пов'язана із залежністю?
13. Як саморегуляція впливає на адиктивну поведінку?
14. Яка роль мотивації у формуванні залежності?

15. Що таке проєкція як захисний механізм?
16. Як сублімація сприяє адаптивній поведінці?
17. Що таке психосексуальні стадії розвитку за Зигмундом Фройдом?
18. Які кризи, згідно з Еріком Еріксоном, супроводжують особистісний розвиток?
19. Як подолання кризи «довіра – недовіра» впливає на розвиток особистості?
20. Що таке «рольова плутанина», згідно з теорією Е. Еріксона?
21. Які основні теоретичні підходи використовуються для вивчення формування залежності? Назвіть їх та коротко охарактеризуйте.
22. Як когнітивна теорія пояснює механізми формування адиктивної поведінки?
23. Що таке біопсихосоціальна модель залежності, і які фактори вона враховує?
24. Які риси особистості можуть впливати на схильність до залежності? Поясніть їхню роль.
25. У чому полягає взаємозв'язок між емоційною дисрегуляцією та формуванням залежності?
26. Як дитячий досвід і соціальне оточення впливають на психологічну вразливість до залежності?
27. Опишіть роль мотивації у виникненні та збереженні залежності.
28. Як саморегуляція впливає на адиктивну поведінку? Які її порушення характерні для залежності?
29. Чому соціально-когнітивний підхід вважається ефективним для розуміння механізмів формування залежності?
30. Як інтеграція різних теоретичних підходів сприяє розробленню ефективних терапевтичних стратегій для подолання залежності?

4.11. Тестові завдання

Тестові завдання з однією правильною відповіддю

1. Яка складова частина психіки, за Зигмундом Фройдом, діє за принципом реальності?
 - a) Ід
 - b) Его
 - c) Супер-его
 - d) Несвідоме

2. Яка теорія наголошує на ролі вроджених інстинктів і дитячого досвіду у формуванні особистості?
 - a) Гуманістична

- b) Психоаналітична
- c) Соціально-когнітивна
- d) Біопсихосоціальна

3. Яка чеснота формується в дитинстві в разі подолання кризи довіри до оточення?

- a) Надія
- b) Воля
- c) Любов
- d) Мудрість

4. Який захисний механізм передбачає приписування власних небажаних почуттів іншим?

- a) Сублімація
- b) Проекція
- c) Раціоналізація
- d) Пригнічення

5. Яка стадія психосексуального розвитку зосереджується на контролі фізіологічних функцій?

- a) Оральна
- b) Анальна
- c) Фалічна
- d) Латентна

6. Яка основна еrogenна зона на фалічній стадії психосексуального розвитку?

- a) Рот
- b) Анус
- c) Геніталії
- d) Все тіло

7. Який підхід наголошує на значенні соціального середовища у формуванні особистості?

- a) Біологічний
- b) Гуманістичний
- c) Соціально-когнітивний
- d) Психоаналітичний

8. Як називається несвідоме блокування травматичних спогадів?

- a) Раціоналізація
- b) Пригнічення
- c) Витіснення
- d) Проекція

9. Хто є засновником теорії психосоціального розвитку?

- a) Зигмунд Фройд
- b) Карл Роджерс
- c) Ерік Еріксон
- d) Абрахам Маслоу

10. Яка чеснота формується на стадії близькості за теорією Е. Еріксона?

- a) Мудрість
- b) Любов
- c) Вірність
- d) Надія

Тестові завдання з декількома правильними відповідями

1. Які підходи до вивчення залежності розглядають її через психологічні механізми?

- a) Психоаналітичний
- b) Гуманістичний
- c) Соціально-когнітивний
- d) Біологічний

2. Що є ключовими елементами особистості згідно із сучасними теоріями?

- a) Темперамент
- b) Риси характеру
- c) Мотивація
- d) Соціальний статус

3. Які чинники сприяють формуванню адиктивної поведінки?

- a) Низька сумлінність
- b) Висока імпульсивність
- c) Наявність сильного супер-его
- d) Викривлені когнітивні переконання

4. Які концепції описують роль дитячого досвіду у формуванні залежності?

- a) Психоаналітична теорія
- b) Соціально-когнітивна теорія
- c) Ієрархія потреб А. Маслоу
- d) Теорія психосексуального розвитку

5. Які захисні механізми можуть бути пов'язані із залежністю?

- a) Пригнічення
- b) Сублімація
- c) Раціоналізація
- d) Ідентифікація

6. Які елементи структури психіки, запропонованої З. Фройдом, впливають на розвиток залежності?

- a) Ід
- b) Его
- c) Супер-его
- d) Підсвідоме

7. Які наслідки емоційної дисрегуляції можуть сприяти залежності?

- a) Використання психоактивних речовин для зняття стресу
- b) Зменшення здатності до саморегуляції
- c) Формування адиктивної поведінки як стратегії подолання

d) Посилення почуття власної гідності

8. Що включає біопсихосоціальний підхід до залежності?

- a) Генетичну схильність
- b) Соціальну підтримку
- c) Використання медикаментозної терапії
- d) Невраховання емоційних факторів

9. Які риси характеру найчастіше пов'язують зі схильністю до залежності?

- a) Невротизм
- b) Високий рівень самоконтролю
- c) Прагнення до гострих відчуттів
- d) Низька відкритість до нового

10. Які підходи терапії залежать від теорій особистості?

- a) Гуманістична терапія
- b) Психоаналітична терапія
- c) Когнітивно-поведінкова терапія
- d) Експериментальний біологічний підхід

Тестові завдання з розгорнутою відповіддю

1. Опишіть, як концепція ідентичності в теорії Еріка Еріксона може впливати на формування адиктивної поведінки в підлітковому віці.
2. Розгляньте роль когнітивних викривлень у підтримці адиктивної поведінки та запропонуйте способи їх корекції.
3. Поясніть, як біопсихосоціальна модель інтегрує біологічні, психологічні та соціальні фактори в розумінні залежності.
4. Схарактеризуйте вплив травматичного досвіду дитинства на формування адиктивної поведінки з погляду психоаналітичної теорії.
5. Опишіть механізми саморегуляції, що порушуються під час формування залежності, та запропонуйте шляхи їх відновлення.
6. Зіставте психоаналітичний і гуманістичний підходи до розуміння природи залежності, наводячи конкретні приклади.
7. Розкрийте значення самоефективності в профілактиці адиктивної поведінки за соціально-когнітивною теорією Альберта Бандури.

8. Опишіть, як кризи психосоціального розвитку впливають на схильність до адиктивної поведінки на різних етапах життя.
9. Проаналізуйте роль емоційної дисрегуляції в підтримці залежності та опишіть підходи до роботи із цією проблемою в терапії.
10. Розгляньте захисні механізми психіки, які найчастіше використовуються в разі залежності, та їх вплив на формування особистості.

Посилання на статті по темі розділу для конспектування:

1. The evolution of Internet addiction: A global perspective / M. D. Griffiths et al. *Addictive Behaviors*. 2016. Vol. 53. P. 193-195. URL: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.001> (date of access: 27.01.2025).
2. Internet and Video Game Addictions / C. J. Sussman et al. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2018. Vol. 27, no. 2. P. 307-326. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.015> (date of access: 27.01.2025).
3. Бердичевська К., Лютий В. Сутність та чинники адиктивної поведінки молоді як проблеми сучасності. *Grail of Science*. 2023. № 26. С. 112-114. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.14.04.2023.018> (дата звернення: 27.01.2025).
4. Берегова Н., Колба В. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 15-22. URL: <https://doi.org/10.31891/pt-2023-2-4> (дата звернення: 27.01.2025).
5. Вінс В., Тороп О. Вплив сім'ї на формування девіантної поведінки в підлітків. *Вікова та педагогічна психологія*. 2023. № 54. С. 69-71. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2023/54-2023/12.pdf> (дата звернення: 27.01.2025).
6. Заверуха О. Я. Психологічна корекція адикцій у поведінці підлітків із сімей трудових мігрантів через призму сучасних підходів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2018. № 5. С. 166-170. URL: <https://www.pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/86> (дата звернення: 27.01.2025).
7. Кононенко А., Ходотаєв А. Теоретичний аналіз впливу інтеракції однолітків та взаємодії на рівні індивіда на формування адиктивної поведінки в молодіжному середовищі. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського*. 2024.

- № 1. С. 62-66. URL: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.1/11> (дата звернення: 27.01.2025).
8. Літвінова О., Лебідь О. Психологічні особливості впливу дитячо-батьківських відносин на схильність до наркотичної залежності. *Вікова та педагогічна психологія*. 2023. № 53. С. 184-191. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.53.31> (дата звернення: 27.01.2025).
9. Ратинська О.М. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2016. № 1 (38). С. 233-237. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/14289> (дата звернення: 27.01.2025).
10. Рудюк О.В. Психологічне здоров'я особистості як копінг-ресурс подолання кризи безробіття. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. № 4. С. 221-226. URL: <http://surl.li/torddt> (дата звернення: 27.01.2025).

Основна література:

1. High potency cannabis use, mental health symptoms and cannabis dependence: Triangulating the evidence / K. Petrilli et al. *Addictive Behaviors*. 2023. Vol. 144. P. 107740. URL: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107740> (date of access: 27.01.2025).
2. Deconstructing the components model of addiction: an illustration through "addictive" use of social media / L. Fournier et al. *Addictive Behaviors*. 2023. P. 107694. URL: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107694> (date of access: 27.01.2025).
3. Greenfield D. N. Treatment Considerations in Internet and Video Game Addiction. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2018. Vol. 27, no. 2. P. 327-344. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.007> (date of access: 27.01.2025).
4. Negura L., Plante N., Namian D. The social construction of workaholism as a representational naturalization. *Heliyon*. 2023. P. e17447. URL: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17447> (date of access: 27.01.2025).
5. Ramírez-Vizcaya S., Froese T. The Enactive Approach to Habits: New Concepts for the Cognitive Science of Bad Habits and Addiction. *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00301> (date of access: 27.01.2025).
6. Бугайова Н. М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2010. т. XII, ч.4. С. 48-57.

7. Змановська Є.В., Рибников В.Ю. Девіантна поведінка особистості і групи. Київ, Логос, 2010. 352 с.
8. Іваненко Б.Б. Саморегуляція особистості: навчальний посібник. Київ: ФОП Ямчинський О.В. 2020. 131 с.
9. Клочко О. О. Профілактика адиктивної поведінки дітей та молоді у контексті підготовки майбутніх соціальних педагогів: монографія. Суми: ФОП Наталуха А.С., 2013. 172 с.
10. Максимова Н. Ю. Соціально-психологічний аспект адиктивної поведінки підлітків та молоді. Київ, 2000. 200 с.
11. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки: навчальний посібник. Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.
12. Klymenko I., Lobanov S., Zaichykova T., Ilchenko R., Vakal Y. Psychosocial Rehabilitation of Military Personnel with Post-Traumatic Stress Disorder: The Example of Ukraine. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2025. Vol. 5. P. 1298. URL: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1298> (date of access: 16.02.2025).
13. Rogozhan P., Borysova O., Volnova L., Pichurin V., Lobanov S. The Impact of Post-Traumatic Stress Disorder on the Psychological and Physical Health of Military Personnel. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*. 2025. Vol. 4. P. 695. URL: <https://conferencias.ageditor.ar/index.php/sctconf/article/view/695> (date of access: 16.02.2025).
14. Klymenko I., Reva M., Lobanov S., Lahodzynskyi V., Zaichykova T. A scoping review of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing PTSD symptoms in military personnel. *Amazonia Investiga*. 2024. No. 13 (83). P. 112-125. DOI: <https://doi.org/10.34069/AI/2024.83.11.9> (date of access: 16.02.2025).
15. Makarchuk N., Tamarin S., Miloradova N., Dotsenko V., Lobanov S. Development of Psychological Support Programs for Military Personnel Considering Combat Experience (Ukrainian Case). *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2024. Vol. 4. P. 542. URL: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/542> (date of access: 16.02.2025).
16. Perls F., Goodman P., Hefferline R. Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. New York: Julian Press, 1951. 450 p.
17. Heidegger M. Sein und Zeit. Halle: Niemeyer, 1927. 437 p.
18. Husserl E. Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Halle: Niemeyer, 1913. 366 p.
19. Koffka K. Principles of Gestalt Psychology. New York: Harcourt, Brace, 1935. 720 p.

20. Köhler W. The Mentality of Apes. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., 1925. 342 p.
21. Sartre J.-P. L'Être et le néant: Essai d'ontologie phénoménologique. Paris: Gallimard, 1943. 722 p.
22. Francesetti G. Field perspective in clinical practice: Towards a theory of embodied narratives. Gestalt Therapy Book Series, 2015. 278 p.
23. Robin J.-M. La Gestalt-thérapie: l'art du contact. Paris: Retz, 2009. 256 p.
24. Spagnuolo Lobb M. The Now-for-Next in Psychotherapy: Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society. Cambridge Scholars Publishing, 2018. 325 p.
25. Philippson P. Self in Relation. London: Gestalt Press, 2009. 192 p.
26. Zeigarnik B. Über das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen. Psychologische Forschung, 1927, vol. 9, p. 1-85.

Додаткова література:

1. Gaming passion contributes to the definition and diagnosis of problematic gaming / A. Infanti et al. *Addictive Behaviors*. 2023. P. 107805. URL: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107805> (date of access: 27.01.2025).
2. Thombs D. L., Osborn C. J. Introduction to Addictive Behaviors. Fifth edition. New York: Guilford Press. 2019. 336 p.
3. Барамзіна М. Адиктивна поведінка як соціально-психологічний феномен. *Здоров'я та фізична культура*. 2010. № 30. С. 18-20.
4. Завадська Л.А. Профілактика адиктивної поведінки. *Соціальна педагогіка*. Луцьк, 1999. С. 105-111.
5. Кириленко Т. С. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник. Київ: КНУ, 2014. 135 с.
6. Корсун Л.С. Характеристика адиктивних залежностей підлітка та їх подолання. *Соціальна педагогіка: виклики XXI століття: матеріали Всеукр. студ. наук.-практ. конф., м. Луганськ, 4 квітня 2014 р. : у 2-х ч. Луганськ : ЛНУ імені Тараса Шевченка, 2014. Ч. 2. С. 122-130.*
7. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навчальний посібник. Київ: Київський університет, 2002. 343 с.

8. Мельничук М., Рева М. Психологічні особливості формування адиктивної поведінки підліткової та юнацької молоді. *Молодий вчений*. 2023. № 5 (117). С. 70-72. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-5-117-13> (дата звернення: 27.01.2025).
9. Мороз М. Аналіз поглядів на проблему ургентної адикції та адиктивної поведінки в сучасній психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 5 (75). С. 78-86. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-75-5-78-86> (дата звернення: 27.01.2025).
10. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціальнопсихологічної реабілітації: дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308 с.

ТЕМА 5

АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ПРОЯВ ПОРУШЕНЬ РОЗВИТКУ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЖИТТЯ



5.1. Вступ

У цьому розділі розглянуто основи адиктивної поведінки як прояву порушень розвитку на етапі раннього дитинства, що є критичним періодом для формування психологічних, емоційних та поведінкових моделей, які можуть впливати на схильність до адикцій. Представлено поняття «критичні періоди в розвитку особистості», а також розглянуто їх вплив на нейропластичність мозку та формування прив'язаності, що відіграє ключову роль у регуляції емоцій і соціальній адаптації.

Цей матеріал покликаний висвітлити взаємозв'язок між біологічними, психологічними та соціальними факторами, які сприяють виникненню адиктивної поведінки. Описано наслідки порушення розвитку, починаючи від пренатального періоду і закінчуючи підлітковим віком, а також механізми впливу травматичного досвіду на формування особистості. У розділі наголошено на ролі батьківських практик, впливу середовища та важливості раннього втручання, які сприяють попередженню розвитку залежності.

Також проаналізовано способи профілактики, спрямовані на зміцнення здорового психосоціального середовища для дітей, акцентовано увагу на необхідності ранньої діагностики, підтримки з боку сім'ї та залучення відповідних терапевтичних методик для зменшення ризику розвитку адикцій.

5.2. Ранні етапи життя як критичний період для формування адикцій

Поняття «критичні періоди в розвитку особистості» стосується певних проміжків часу в житті людини, коли отриманий досвід або вплив середовища мають глибокий і тривалий вплив на розвиток особистісних рис, емоційних здібностей і поведінкових патернів. Це поняття спирається на психологію розвитку, неврологію та суміжні дисципліни, наголошуючи на взаємодії між біологією та середовищем у формуванні особистості. Ідея критичних періодів означає, що існують оптимальні періоди для розвитку певних здібностей і що порушення в ці періоди можуть мати значні наслідки для психологічного благополуччя людини та структури її особистості (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Ранні етапи життя як критичний період для формування адикцій

Фактор	Характеристика	Вплив на формування адикції
Генетична схильність	Спадкові фактори, що можуть підвищувати вразливість до залежностей (наприклад, алкоголізм, наркоманія)	Люди з родинною історією адикцій можуть бути більш схильними до розвитку залежностей
Раннє середовище та виховання	Вплив батьків, опікунської поведінки, стосунків у сім'ї	Травматичні події, насильство чи нехтування можуть збільшити ризик розвитку залежностей
Стрес і травми в дитинстві	Психологічні або фізичні травми, що можуть мати довготривалі наслідки для психічного здоров'я	Стрес у ранньому віці може призвести до використання психоактивних речовин як способу втечі
Соціальний статус сім'ї	Матеріальний стан родини, рівень освіти батьків, доступ до соціальних ресурсів	Бідність, обмежений доступ до освітніх і медичних послуг збільшує ризик залежностей
Психосоціальний розвиток	Рівень розвитку емоційної та соціальної зрілості в ранньому віці	Порушення соціальних зв'язків і низька емоційна стійкість можуть бути передвісниками адикцій
Раннє знайомство із психоактивними речовинами	Доступність і вплив алкоголю, тютюну, наркотиків у підлітковому віці	Тривале використання психоактивних речовин може призвести до розвитку фізичної і психологічної залежності
Роль шкільного середовища	Ставлення однолітків, педагогів та шкільна культура загалом	Наявність негативних стосунків у школі або серед однолітків може сприяти розвитку залежностей як способу уникнення стресу

Психічні розлади в ранньому віці	Проблеми із психічним здоров'ям – депресія, тривога чи інші розлади	Ранні психічні розлади можуть збільшити ризик розвитку залежностей як спосіб самозаспокоєння
-------------------------------------	---	---

Критичні періоди часто обговорюються в контексті раннього дитячого розвитку. У цей час мозок демонструє підвищену пластичність, що сприяє швидкому навчанню та адаптації. Наприклад, теорія прив'язаності, започаткована Джоном Боулбі, наголошує на важливості ранніх стосунків із тими, хто доглядає за дитиною. Безпечна прив'язаність, сформована в дитинстві та ранньому дитинстві, має ключове значення для розвитку довіри, самооцінки та емоційної регуляції. І навпаки, нехтування, жорстоке поводження або непослідовний догляд у цей критичний період можуть призвести до розладу прив'язаності, що вплине на здатність людини формувати здорові стосунки в подальшому житті.

Засвоєння мови є яскравим прикладом критичних періодів у розвитку. Дослідження показали, що діти дуже чутливі до мовного впливу в перші кілька років життя. Якщо діти не мають можливості спілкуватися мовою в цей період, як, наприклад, у випадку крайньої ізоляції чи занедбаності, вони можуть мати проблеми з розвитком нормальних мовних здібностей, навіть якщо вони будуть спілкуватися мовою пізніше в житті. Це наголошує на важливості забезпечення сприятливого середовища в дитинстві для досягнення оптимальних результатів розвитку.

Поняття критичних періодів поширюється не лише на раннє дитинство, а й на підлітковий вік, який супроводжується значними неврологічними та гормональними змінами. Цей вік характеризується підвищеною чутливістю до впливу однолітків і пошуком ідентичності, як це описав Ерік Еріксон у своїй теорії психосоціального розвитку. Критичний період підліткового віку є дуже важливим для формування цілісного відчуття себе та моральних міркувань. Досвід, отриманий на цьому етапі, зокрема соціальні стосунки та знайомство з різними поглядами, може суттєво сформувати такі риси особистості, як відкритість, сумлінність та емоційна стабільність.

Вивчення критичних періодів важливо також у контексті травми та життєстійкості. Несприятливий досвід під час певних періодів розвитку, як-от насильство або втрата, може мати довготривалий вплив на особистість і психічне здоров'я. Дослідження життєстійкості показують, що підтримувальні стосунки та втручання під час або невдовзі після цих критичних періодів можуть пом'якшити негативні наслідки. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія

та інші форми психологічної підтримки допомагають людям переосмислити травматичний досвід, сприяють розвитку адаптивних механізмів подолання та емоційному зростанню.

Нейронаукові дослідження надали важливу інформацію про біологічні основи критичних періодів. У цей час мозок зазнає значних структурних і функціональних змін під впливом генетичних та екологічних факторів. Зокрема, обрізування синаптичних зв'язків, яке найактивніше діє в ранньому дитинстві та підлітковому віці, відбувається під впливом досвіду та навчання. Ця нейропластичність наголошує на важливості спонукального та підтримувального середовища під час критичних періодів, оскільки воно формує нейронні шляхи, які є основою особистості та поведінки.

Поняття критичних періодів також має значення для освіти та соціальної політики. Знання того, що певні навички та риси найбільш ефективно розвиваються в певні періоди часу, наголошує на важливості дошкільної освіти, програм підтримки батьків та заходів, спрямованих на молодь із груп ризику. Забезпечуючи ресурси і можливості на відповідальному етапі життя, суспільство може сприяти здоровому розвитку особистості й запобігти довгостроковим наслідкам занедбаності або несприятливих обставин.

Незважаючи на те, що поняття критичних періодів підкреслює важливість раннього і своєчасного втручання, важливо також визнати потенціал для змін і зростання за межами цих періодів. Розвиток особистості – це процес, що триває все життя, і хоча ранній досвід закладає основу, подальші знання і свідомі зусилля можуть змінити риси особистості та механізми подолання проблем. Така динамічна взаємодія між ранніми впливами і постійним розвитком підкреслює складність людської особистості й важливість цілісного підходу до вивчення і підтримки індивідуального зростання.

Порушення розвитку, що виникають у пренатальному та перинатальному періодах, перебувають під сильним впливом біологічних факторів. Ці фактори охоплюють генетичні, епігенетичні та екологічні впливи, які діють на плід і новонародженого, що розвивається, часто з тривалими наслідками для фізичного, когнітивного та психологічного розвитку. Виявлення цих біологічних факторів має важливе значення для виокремлення груп ризику, розроблення профілактичних заходів та раннього втручання для пом'якшення наслідків таких розладів.

Під час пренатального періоду плід зазнає швидкого росту та диференціації, що робить його дуже чутливим до різних біологічних впливів. Генетичні аномалії, як-от хромосомні порушення, є одними з добре вивчених біологічних факторів, що призводять до порушень розвитку. Такі стани, як синдром Дауна, спричинений трисомією 21, і синдром

Тернера внаслідок відсутності однієї статевої хромосоми, виникають через помилки у хромосомній сегрегації під час гаметогенезу або раннього ембріонального розвитку. Ці генетичні аномалії часто призводять до когнітивних порушень, фізичних вад і підвищеної схильності до інших ускладнень.

Епігенетичні модифікації під час пренатального періоду відіграють важливу роль у результатах розвитку. Регуляція експресії генів через метилювання ДНК, модифікацію гістонів та некодуєчих РНК може змінюватися під впливом факторів навколишнього середовища, що призводить до порушень розвитку. Наприклад, материнський стрес, погане харчування або вплив токсичних речовин під час вагітності можуть викликати епігенетичні зміни, які впливають на розвиток мозку плоду, і спричинити схильність до таких станів, як розлад аутистичного спектру (РАС) або синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ).

Здоров'я матері під час вагітності є іншим важливим фактором, що визначає розвиток плоду. Відомо, що материнські інфекції, особливо ті, що пов'язані з TORCH-патогенами (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірус, простий герпес тощо), спричиняють вроджені аномалії та затримки розвитку. Наприклад, вроджена цитомегаловірусна інфекція є основною причиною втрати слуху та розумової відсталості в новонароджених. Так само метаболічні порушення в матері, як-от діабет і преєклампсія, можуть погіршити функцію плаценти, обмежуючи надходження кисню і поживних речовин до плоду і підвищуючи ризик затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) і пов'язаних із цим порушень розвитку.

Вплив тератогенів під час пренатального періоду теж може призводити до порушень розвитку дитини. Тератогени – це речовини або агенти, які порушують нормальний розвиток плоду, зокрема алкоголь, певні ліки й токсини з навколишнього середовища. Вплив алкоголю, наприклад, може призвести до фетальних розладів алкогольного спектру (FASD), які характеризуються когнітивним дефіцитом, поведінковими проблемами та дисморфізмом обличчя. Схожим чином, вплив таких препаратів, як талідомід або ізотретиноїн, у критичні періоди органогенезу може призвести до тяжких фізичних вад і порушень нейророзвитку.

Також існують перинатальні фактори виникнення порушень розвитку. Зокрема, пологова асфіксія, що виникає внаслідок недостатнього надходження кисню до мозку під час пологів, є основною причиною ДЦП та інших порушень нейророзвитку. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ), важкий наслідок перинатальної асфіксії, може призвести до незворотного пошкодження мозку, що впливає на рухову та сенсорну функцію, пізнання.

Передчасні пологи теж є перинатальним фактором можливих порушень розвитку. Немовлята, народжені до 37 тижнів гестації, мають підвищений ризик неврологічних

розладів, а надалі – проблем із навчанням, СДУГ і РАС. Недорозвиненість критично важливих систем органів, зокрема головного мозку, в недоношених дітей сприяє цим наслідкам. Такі ускладнення, як внутрішньошлуночкові крововиливи і перивентрикулярна лейкомаляція у недоношених новонароджених, ще більше підвищують ризик довготривалих порушень розвитку.

Неонатальні інфекції та запальні стани в перинатальному періоді, як-от сепсис і менінгіт у новонароджених, можуть спричинити важку травму головного мозку, що призводить до таких станів, як розумова відсталість та епілепсія. Системне запалення, пов'язане із цими інфекціями, може порушити нейронні шляхи і перешкоджати нормальному розвитку мозку.

Досягнення нейронауки показали роль нейробиологічних процесів в опосередкованому впливі цих пренатальних і перинатальних біологічних факторів. Аномалії розвитку мозку, зокрема порушення синаптогенезу, міграції нейронів та мієлінізації, часто спостерігаються в разі порушень розвитку. Наприклад, дослідження показали змінену зв'язність у мозкових мережах людей з РАС, що свідчить про те, що ранні біологічні травми порушують формування функціональних нейронних ланцюгів.

Взаємодія між біологічними та екологічними факторами в пренатальному та перинатальному періодах додає складності в поясненні порушень розвитку. Наприклад, материнський стрес і недоїдання можуть посилити вплив генетичної схильності, тоді як доступ до ранніх медичних і терапевтичних втручань може пом'якшити деякі несприятливі наслідки. Така взаємодія наголошує на необхідності комплексного підходу до профілактики та лікування порушень розвитку, що поєднує медичні, дієтологічні та психосоціальні стратегії.

Стосунки між дітьми та їхніми батьками відіграють важливу роль у формуванні емоційної регуляції, прийняття рішень та соціальної поведінки, що безпосередньо пов'язано з ризиком розвитку адиктивної поведінки в подальшому житті. Вплив дитячо-батьківських стосунків ґрунтується на складному взаємозв'язку між ранніми моделями прив'язаності, стилями виховання, особливостями комунікації та факторами навколишнього середовища, які в сукупності впливають на вразливість або стійкість дитини до адикції.

Теорія прив'язаності забезпечує основу для аналізу того, як рання взаємодія між дітьми та батьками впливає на розвиток особистісних рис і механізмів подолання залежності. Надійна прив'язаність, сформована завдяки послідовній, чуйній та емоційно підтримувальній турботі, сприяє формуванню в дітей почуття довіри, самоповаги та емоційної регуляції. Ці характеристики є захисними факторами від адиктивної поведінки, оскільки люди, які мають

безпечну прив'язаність, більш схильні до використання адаптивних стратегій подолання стресу чи несприятливих обставин. І навпаки, незахищеність прив'язаності, що виникає внаслідок занедбаності, непослідовності або надмірного контролю в догляді, пов'язана з підвищеною емоційною дисрегуляцією та схильністю до вживання психоактивних речовин як дезадаптивного механізму подолання проблем.

Стиль батьківського виховання помітно впливає на ймовірність розвитку адиктивної поведінки в дітей. Авторитетність батьків, що характеризується балансом тепла, організованості та належної автономії, асоціюється з нижчими показниками зловживання психоактивними речовинами та адиктивної поведінки. Діти, які виховуються в такому середовищі, зазвичай розвивають самодисципліну, емоційну стійкість і чітке розуміння меж. З іншого боку, авторитарне виховання, що характеризується високим рівнем контролю і низьким рівнем тепла, або ж поблажливе виховання з високим рівнем тепла, але низькою вимогливістю, може підвищити ризик виникнення залежності. В авторитарних сім'ях діти можуть бунтувати проти жорстких правил або шукати психоактивні речовини як порятунок від емоційного пригнічення. У вседозволеному середовищі відсутність чітких меж може призвести до імпульсивного прийняття рішень і схильності до тиску з боку однолітків, що підвищує ймовірність вживання психоактивних речовин.

Спілкування в сім'ї – це одна важлива детермінанта ризику виникнення залежності. Відкрите, чесне та емпатійне спілкування сприяє створенню сприятливого середовища, в якому діти відчувають себе в безпеці, висловлюючи свої емоції та шукаючи підтримки. У такій атмосфері батьки можуть обговорювати ризики вживання психоактивних речовин і моделювати здорові механізми подолання проблем, знижуючи ймовірність адиктивної поведінки. На противагу цьому, сім'ї з поганою комунікацією, що характеризується конфліктами, уникненням або емоційною неприйнятністю, створюють умови, в яких діти можуть звернутися до психоактивних речовин як до способу впоратися з негативними емоціями або незадоволеними потребами.

Приклад батьків також відіграє значну роль у формуванні ставлення і поведінки дітей щодо вживання психоактивних речовин. Діти часто наслідують поведінку своїх батьків, свідомо чи несвідомо. Батьки, які вживають психоактивні речовини, навіть випадково, можуть ненавмисно нормалізувати вживання цих речовин для своїх дітей, збільшуючи ризик експериментів і, зрештою, формування залежності. І навпаки, батьки, які моделюють здорові звички, демонструють емоційну регуляцію та конструктивне подолання стресу, можуть

передати ці адаптивні моделі поведінки своїм дітям, знижуючи ризик виникнення залежності.

Наявність несприятливого досвіду дитинства (НДД) у сімейному середовищі, наприклад, жорстоке поводження, занедбаність, уживання батьками психоактивних речовин або домашнє насильство, тісно пов'язана з підвищеним ризиком виникнення залежності. Такий досвід порушує розвиток здорових механізмів подолання проблем і сприяє підвищенню рівня стресу, тривоги та депресії, які є факторами ризику адиктивної поведінки. Діти, які зазнали впливу НДД, часто намагаються вживати наркотичні речовини як спосіб самолікування або втечі від емоційного болю. Проте вплив НДД не є детермінованим; наявність захисних факторів, як-от довірливі стосунки з батьками (опікунами), які не чинять насильства, або іншими членами сім'ї, може пом'якшити наслідки цього несприятливого досвіду.

Вплив дитячо-батьківських стосунків на ризик виникнення залежності зумовлюється також культурними, соціально-економічними та генетичними факторами. У культурах, які наголошують на міцних сімейних зв'язках і колективній відповідальності, сприятливі дитячо-батьківські стосунки можуть забезпечити більший захист від залежності. І навпаки, такі соціально-економічні стресори, як бідність або нестабільні умови життя, можуть погіршити дитячо-батьківські стосунки і підвищити ризик виникнення залежності. Генетична схильність до залежності може взаємодіяти із сімейною поведінкою, оскільки діти з родинною історією залежності можуть потребувати ще більшої батьківської підтримки та контролю, щоб протидіяти їхній підвищеній біологічній вразливості.

Заходи, спрямовані на зміцнення дитячо-батьківських стосунків, довели свою ефективність у зниженні ризику адиктивної поведінки. Сімейна терапія, програми для батьків та освітні ініціативи, які навчають ефективному спілкуванню, розв'язанню конфліктів і стратегіям емоційної підтримки, можуть значно покращити сімейну динаміку та знизити ймовірність уживання психоактивних речовин. Ці заходи наголошують на важливості роботи із сімейною системою загалом, а не зосередження уваги лише на окремій особі, схильній до ризику вживання психоактивних речовин.

Психосоціальні умови раннього дитинства закладають основу для довгострокового емоційного, когнітивного та поведінкового розвитку людини, впливаючи на ймовірність розвитку адиктивної поведінки. Раннє дитинство – це критичний період, коли взаємодія між соціальним середовищем, емоційним досвідом та психологічним розвитком формує моделі розв'язання проблем, прийняття рішень та поведінки, спрямованої на отримання

винагороди. Якщо психосоціальні умови є несприятливими або не відповідають потребам розвитку дитини, ризик виникнення залежності в подальшому житті значно зростає.

Якість догляду в ранньому дитинстві є однією з ключових психосоціальних умов, що впливають на вразливість до залежності. Діти потребують постійної емоційної підтримки, ласки й турботи, щоб сформувати в них почуття безпеки та самоповаги. Якщо ці потреби не задовольняються через занедбаність, емоційну недоступність або непослідовність у догляді, у дітей може розвинути невпевненість, недовіра та низька самооцінка. Така психологічна вразливість часто схиляє людей до пошуку зовнішніх засобів комфорту, зокрема вживання психоактивних речовин або інших видів адиктивної поведінки, коли вони намагаються впоратися з емоційним дистресом.

Хронічний стрес у ранньому дитинстві, спричинений такими факторами, як бідність, нестабільність сім'ї або насильство, порушує нормальний емоційний та поведінковий розвиток. Мозок, що формується, надзвичайно чутливий до стресу, оскільки надмірна активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової (ГГН) осі в цей період може призвести до порушення регуляції системи реагування на стрес. Це порушення пов'язане з підвищеною імпульсивністю, емоційною реактивністю та проблемами із саморегуляцією – усе це підвищує схильність до адиктивної поведінки. Діти, які переживають хронічний стрес, можуть звертатися до психоактивних речовин або певних дій як до неадекватного механізму його подолання або втечі від тривожної реальності.

Роль ранньої соціалізації у формуванні ризику залежності не менш важлива. У ранньому дитинстві діти починають засвоювати соціальні норми, емоційну регуляцію та навички міжособистісного спілкування через взаємодію з вихователями та однолітками. Турботливе та сприятливе соціальне середовище сприяє розвитку адаптивних механізмів подолання проблем та здорових міжособистісних стосунків, які виступають захисними факторами проти залежності. І навпаки, діти, які виховуються в соціально неблагополучному або конфліктному середовищі, можуть не розвинути ці важливі навички, відчувати труднощі у формуванні змістовних стосунків або управлінні емоційними проблемами, збільшуючи свою залежність від речовин або поведінки, які дають тимчасове полегшення або задоволення.

Батьківські практики в ранньому дитинстві формують психологічні та поведінкові передумови залежності. Авторитетне батьківство сприяє розвитку стійкості та емоційної компетентності, знижуючи ймовірність виникнення адиктивної поведінки. Натомість суворі, каральні або недбалі батьківські практики можуть призвести до емоційної нестабільності,

непокори дитини і підвищеного ризику пошуку зовнішніх джерел підтвердження або полегшення, як-от психоактивні речовини або види діяльності. Вседозволеність у вихованні, коли відсутні чіткі межі, також може сприяти імпульсивності та поганому прийняттю рішень, що ще більше підвищує ризик виникнення залежності.

Доступність і якість освіти та спілкування з однолітками є одним із факторів щодо ризику виникнення залежності. Високоякісні програми раннього розвитку, які акцентують увагу на емоційному та соціальному аспектах, надають дітям інструменти для подолання стресу, побудови стосунків та ефективного подолання проблем. Ці програми виступають захисними факторами, особливо для дітей з неблагополучних сімей. І навпаки, діти, які не мають доступу до такого сприятливого середовища або зіштовхуються з булінгом, ізоляцією чи іншими формами несприятливого ставлення з боку однолітків, можуть бути більш вразливими до адиктивної поведінки, оскільки шукають альтернативні способи соціального визнання або емоційного полегшення.

Культурні та суспільні норми ще більше формують психосоціальні умови розвитку дитини. У культурах, де наголошено на підтримці громади та міцних сімейних зв'язках, діти часто отримують користь від потужної мережі емоційних і соціальних ресурсів, які пом'якшують стрес і сприяють здоровому розвитку. На противагу цьому, індивідуалістичні або висококонкурентні суспільства можуть створювати додатковий тиск на сім'ї, потенційно сприяючи стресу й емоційній дисрегуляції. Соціально-економічна нерівність посилює цю динаміку, оскільки сім'ї, які перебувають у несприятливих умовах, можуть мати труднощі із забезпеченням необхідних емоційних і соціальних ресурсів для своїх дітей, що підвищує ризик виникнення залежності.

Взаємодія між психосоціальними умовами та біологічними факторами додає додаткових складнощів у розвитку залежностей. Діти з генетичною схильністю до залежності можуть бути дуже чутливі до несприятливих психосоціальних умов, оскільки їх нейробиологічна вразливість посилює вплив стресу і травм. Однак наявність позитивних психосоціальних умов, як-от турботливе піклування та духовно збагачувальне середовище, може компенсувати ці генетичні ризики, розвиваючи стійкість та адаптивну поведінку.

Заходи, спрямовані на поліпшення психосоціальних умов у ранньому дитинстві, показали свою ефективність у зниженні довгострокового ризику виникнення залежності. Програми для батьків, які навчають таких практик, як ефективні методи догляду, управління стресом і стратегії емоційної підтримки, можуть покращити якість психосоціального середовища в ранньому віці. Громадські ініціативи, які забезпечують доступ до ранньої

освіти, ресурсів психічного здоров'я та мереж соціальної підтримки, ще більше посилюють захисні фактори та зменшують можливість виникнення залежності. Ці заходи наголошують на важливості покращення психосоціальних умов у ранньому дитинстві як превентивної стратегії боротьби із залежністю.

5.3. Механізми формування адиктивної поведінки внаслідок ранніх порушень розвитку

До головних порушень розвитку слід віднести: біологічні; психологічні; соціальні; екологічні; когнітивні: емоційні та поведінкові (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Механізми формування адиктивної поведінки внаслідок ранніх порушень розвитку

Категорія порушень	Їх характеристика	Механізми впливу на формування адиктивної поведінки	Приклади
Біологічні фактори	Порушення нейробиологічних процесів (дисфункція дофамінової системи, порушення роботи лімбічної системи)	Зниження здатності до регуляції емоцій, схильність до імпульсивних рішень, пошук додаткових стимулів	Нейрохімічна дисфункція, генетична схильність до залежностей
Психологічні фактори	Травматичний досвід у дитинстві, відсутність безпечної прив'язаності, емоційна депривація	Формування дефіциту в емоційній стабільності, пошук швидких способів задоволення, уникнення стресу	Відчуття емоційної ізоляції, депресія
Соціальні фактори	Відсутність підтримувального соціального середовища, негативні моделі поведінки	Формування несприятливих моделей поведінки, недостатній розвиток соціальних навичок, низький рівень стресостійкості	Вплив адиктивного оточення (залежність у батьків), соціальна ізоляція
Екологічні фактори	Шкідливі умови життя в дитинстві, вплив токсичних речовин, погане харчування	Порушення розвитку мозку, що збільшує ризик імпульсивності, гіперактивності, неспроможності до самоконтролю	Вплив токсичних речовин (алкоголь, наркотики тощо) на плід під час вагітності
Когнітивні порушення	Недостатній розвиток виконавчих функцій, когнітивні дефіцити	Зниження здатності до аналізу ситуацій, схильність до ризикованої поведінки, неусвідомлений вибір шкідливих способів задоволення потреб	Проблеми з пам'яттю, концентрацією, прийняттям рішень

Емоційні порушення	Надмірна тривожність, схильність до депресії, проблеми з регуляцією емоцій	Пошук зовнішніх джерел заспокоєння або ейфорії, що часто пов'язані з адиктивними речовинами чи поведінкою	Вживання алкоголю чи психоактивних речовин для зниження тривожності
Поведінкові моделі	Схильність до уникнення труднощів, відсутність адекватних навичок подолання стресу	Закріплення негативних моделей поведінки, які згодом переростають у звички, що підтримують залежність	Ігromанія, схильність до компульсивного переїдання

Адиктивна поведінка – це складне явище, на яке впливає безліч факторів, серед яких генетична схильність, умови навколишнього середовища та індивідуальний досвід. Серед них нейрофізіологічні аспекти відіграють найважливішу роль у розумінні того, як розвивається залежність, особливо у зв'язку зі стресом і раннім життєвим досвідом. Мозок зазнає значних змін під час розвитку, і вплив стресових факторів у роки становлення може призвести до довготривалих змін у нейробіологічних шляхах, які підвищують ризик розвитку адиктивної поведінки в подальшому житті.

Відомо, що стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову (ГГН) вісь, що призводить до вивільнення глюкокортикоїдів, насамперед кортизолу, в організмі людини. Цей гормональний ефект має важливе значення для мобілізації ресурсів організму у відповідь на сприйняту загрозу. Але хронічна або надмірна активація осі НРА може призвести до дисрегуляції, що має особливо згубний вплив у критичні періоди розвитку мозку. У ранньому дитинстві мозок дуже пластичний, тобто особливо чутливий до впливів зовнішнього середовища, включаючи стрес. Така пластичність дозволяє створювати нейронні ланцюги, які керують емоційною регуляцією, прийняттям рішень та системою винагороди. Коли мозок, що розвивається, піддається стресу, він може порушити нормальну траєкторію розвитку, що призводить до неадаптивних змін у цих ланцюгах.

Наукові дослідження показали, що стрес у ранньому віці може призвести до змін у структурі та функціонуванні ключових ділянок мозку, пов'язаних із залежністю. Наприклад, префронтальна кора головного мозку, яка відповідає за виконавчі функції, як-от контроль імпульсів і прийняття рішень, може мати зменшений об'єм і порушену зв'язність у людей, які зазнали значного стресу в дитинстві. Ці зміни можуть сприяти імпульсивній поведінці та поганому прийняттю рішень, що є ознаками адиктивної поведінки. Подібно до цього, мигдалеподібне тіло – область, пов'язана з обробленням емоцій і реакцією страху – може стати гіперчутливою через ранній вплив стресу, а це може сприяти підвищенню тривожності та емоційної дисрегуляції, а отже, ще більше збільшує вразливість до залежності.

Мезолімбічна дофамінова система, яка відіграє вирішальну роль у схемі винагороди мозку, також страждає від стресу. Стрес у ранньому віці може призвести до змін у дофаміновій сигналізації, що призводить до підвищеної чутливості та прагнення до швидкого задоволення. Це може зробити людину більш сприйнятливою до впливу таких речовин, як наркотики або алкоголь, тим самим збільшуючи ризик розвитку залежності. До того ж зміни в щільності та функції дофамінових рецепторів, спричинені впливом стресу, можуть зберігатися і в дорослому віці, що ще більше підвищує ризик.

Взаємозв'язок між стресом і залежністю не є односпрямованим, він скоріше динамічний. Люди, в яких розвивається адиктивна поведінка, часто відчують подальший стрес, що може посилити їх залежність і створити цикл уживання психоактивних речовин і стресу. Це є дуже небезпечним для вразливих груп населення, наприклад, для тих, хто має в анамнезі травми або несприятливий досвід дитинства. Вплив стресу на розвиток мозку в ранньому віці може вплинути на здатність людини справлятися з потрясіннями в подальшому житті, що робить її більш схильною до вживання психоактивних речовин як дезадаптивного механізму подолання стресу.

Втручання, спрямовані на пом'якшення наслідків стресу в ранньому віці, мають важливе значення для запобігання розвитку адиктивної поведінки. Такі підходи, як допомога з урахуванням травми, своєчасна терапія у сфері психічного здоров'я та сприятливе сімейне середовище можуть допомогти захиститися від негативних наслідків стресу. Розуміння нейрофізіологічних основ стресу та залежності може сприяти розробленню цілеспрямованих методів лікування, спрямованих на усунення специфічних змін у функціях мозку, пов'язаних зі стресом у ранньому віці.

Загалом, нейрофізіологічні аспекти адиктивної поведінки перебувають під сильним впливом стресу, пережитого в ранньому віці, що може призвести до змін у критично важливих ділянках мозку, які беруть участь у регуляції емоцій, прийнятті рішень і системі винагороди. Такі зміни можуть підвищити вразливість до залежності та закріпити цикл стресу і вживання психоактивних речовин.

Теорія прив'язаності стверджує, що зв'язки, які формуються між немовлям та його основним батьком чи матір'ю, мають вирішальне значення для здорового емоційного та психологічного розвитку. Раннє порушення цих зв'язків може мати глибокі та довготривалі наслідки для емоційної регуляції, міжособистісних стосунків та схильності до різних психологічних проблем, зокрема до залежності. Перші роки життя характеризуються високим ступенем нейропластичності, що робить мозок, який розвивається, дуже чутливим

до якості раннього досвіду прив'язаності. Якщо особи, які доглядають за дитиною, непослідовні, недбалі або жорстокі, в неї може сформуватися ненадійний тип прив'язаності, що може призвести до дезадаптивної поведінки, в тому числі до розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у дорослому житті.

Дослідження показують, що надійна прив'язаність сприяє життєстійкості та ефективним стратегіям подолання стресу. На противагу цьому, ненадійна прив'язаність може призвести до труднощів з емоційною регуляцією, низької самооцінки та підвищеної чутливості до стресу. Такі емоційні проблеми можуть проявлятися в різних формах, як-от тривога, депресія або імпульсивність, які є добре вивченими факторами ризику розвитку адиктивної поведінки. Особи з ненадійною прив'язаністю можуть мати проблеми з побудовою здорових стосунків і звертатися до психоактивних речовин як до неадекватного способу впоратися з емоційним болем або заповнити емоційну порожнечу. Така залежність від психоактивних речовин може швидко перерости в цикл залежності, оскільки тимчасове полегшення, яке вони приносять, може ще більше гальмувати розвиток здорових механізмів подолання проблем.

Порушення прив'язаності також може вплинути на систему винагороди мозку. Надійно прив'язані люди зазвичай мають більш адаптивні нейронні шляхи, пов'язані з обробленням винагороди, що призводить до більш здорових підходів до задоволення і підкріплення. На противагу цьому, особи з ненадійною прив'язаністю можуть виявляти підвищену активацію центрів винагороди в мозку, що призводить до ризику пошуку наркотиків або алкоголю як засобу досягнення задоволення чи позбавлення від емоційного дистресу. Це може призвести до дезадаптивної моделі поведінки, коли людина все більше покладається на психоактивні речовини, щоб отримати почуття винагороди або радості, що в кінцевому підсумку призводить до залежності.

Наслідки раннього розриву прив'язаності не є суто психологічними, вони також можуть бути фізіологічними. Хронічний стрес, спричинений ненадійною прив'язаністю, може порушити регуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що призводить до зміни рівня гормонів стресу. Ці фізіологічні зміни можуть впливати на структуру і функції мозку, особливо в ділянках, пов'язаних з контролем імпульсів та емоційною регуляцією, що ще більше підвищує вразливість до залежності. Наприклад, дослідження показали, що в людей з історією ненадійних прив'язаностей часто спостерігаються зміни в таких ділянках мозку, як префронтальна кора і мигдалеподібна залоза, які є невід'ємною частиною процесу прийняття рішень і оброблення емоцій. Ці нейробіологічні зміни можуть перешкоджати

здатності протистояти імпульсивним спонуканням, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, посилюючи цикл залежності.

Крім індивідуального досвіду, значну роль у взаємозв'язку між розривом прив'язаності та залежністю відіграє широкий соціальний контекст. Такі фактори, як соціально-економічний статус, підтримка громади та культурні норми щодо вживання психоактивних речовин, можуть посилювати або пом'якшувати наслідки раннього розриву прив'язаності. Наприклад, особи з низьким соціально-економічним статусом можуть стикатися з комбінованими стресовими факторами, зокрема економічною нестабільністю та соціальною ізоляцією, які посилюють негативні наслідки ненадійної прив'язаності. Ці контекстуальні фактори створюють середовище, в якому підвищується ризик виникнення залежності, оскільки люди можуть шукати розради в психоактивних речовинах, коли стикаються з непереборними стресами або обмеженою підтримкою.

Втручання, спрямовані на подолання порушень прив'язаності в ранньому віці, мають потенціал для значного зниження ризику виникнення залежності. Терапевтичні підходи, зокрема терапія на основі прив'язаності, яка фокусується на відновленні та зміцненні стосунків між батьками та дітьми, можуть допомогти у формуванні надійної прив'язаності та сприяти здоровому емоційному розвитку. Ці втручання можуть забезпечити людей інструментами, необхідними для подолання емоційних проблем і розроблення більш ефективних стратегій переборення, що в кінцевому підсумку зменшує ймовірність звернення до психоактивних речовин як засобу для полегшення.

Водночас раннє виявлення груп ризику має вирішальне значення для впровадження превентивних заходів. Програми, спрямовані на підтримку сімей, які відчують проблеми з прив'язаністю, наприклад, програми відвідування молодих батьків на дому або семінари для батьків, можуть відігравати важливу роль у зміцненні безпечної прив'язаності та мінімізації довгострокових ризиків, пов'язаних із її розривом. Розвиваючи позитивні стосунки між батьками і дітьми та надаючи підтримку сім'ям, можна перервати цикл розриву прив'язаності та залежності, прокладаючи шлях до більш здорових траєкторій розвитку.

Емоційна дисрегуляція – це нездатність керувати емоційними реакціями у спосіб, який вважається типовим або адаптивним. Вона охоплює цілу низку проблем, зокрема надмірні емоційні реакції, неможливість відчувати відповідні емоції або регулювати емоції таким чином, щоб це сприяло здоровому функціонуванню. Ранні етапи життя є вирішальними для розвитку навичок емоційної регуляції, і порушення в цей період можуть суттєво вплинути на психологічну траєкторію людини, в тому числі на ризик розвитку адиктивної поведінки в

подальшому житті. Дитинство та раннє дитинство – це час, коли емоційні переживання інтенсивно відчуються та обробляються в мозку, насамперед через взаємодію з тими, хто піклується про дитину. Здатність ефективно керувати емоціями значною мірою формується під впливом цього досвіду. Діти, які отримують постійну емоційну підтримку та модель поведінки від вихователів, мають більше шансів розвинути міцні навички емоційної регуляції, тоді як ті, хто відчуває нехтування, непослідовну реакцію або емоційно насильницьке оточення, можуть мати труднощі з управлінням своїми емоціями.

Причини емоційної дисрегуляції часто полягають у неадекватних стосунках прив'язаності, коли дитина відчуває себе в небезпеці, без підтримки або розуміння її потреб. Таке середовище може перешкоджати розвитку внутрішніх регуляторних механізмів, необхідних для подолання стресу та емоційних потрясінь. У дітей, які ростуть у таких умовах, може розвинути неадекватна реакція на емоційні подразники, що характеризується підвищеною чутливістю до стресів і труднощами в управлінні негативними емоціями. Як наслідок, вони можуть вдаватися до нездорових механізмів подолання, щоб полегшити емоційний дистрес. Однією з таких дезадаптивних реакцій є вживання психоактивних речовин, яке може стати тимчасовою втечею від негативних почуттів. Дослідження встановили стійкий зв'язок між емоційною дисрегуляцією та розладами, спричиненими залежністю, що вказує на те, що люди з поганим емоційним контролем більш схильні до вживання психоактивних речовин як засобу самолікування або емоційного пригнічення.

Нейробіологічні основи емоційної дисрегуляції передбачають складну взаємодію між різними системами мозку, особливо тими, що пов'язані з емоційним обробленням та регуляцією, як-от мигдалеподібне тіло та префронтальна кора. Мигдалеподібне тіло відіграє головну роль в обробленні емоцій, зокрема страху і тривоги, тоді як префронтальна кора відповідає за функції вищого порядку, зокрема, за прийняття рішень і контроль імпульсів. У людей з емоційною дисрегуляцією в анамнезі зв'язок між цими ділянками може бути порушений. Наприклад, мигдалеподібне тіло може стати гіперактивним у відповідь на стрес, що призводить до перебільшених емоційних реакцій, тоді як префронтальна кора може демонструвати знижену активність, погіршуючи здатність ефективно регулювати емоції. Цей дисбаланс може створити цикл, коли інтенсивні емоції призводять до імпульсивних дій, у тому числі до вживання психоактивних речовин, що своєю чергою посилює емоційну дисрегуляцію.

Порушення емоційної регуляції може впливати на міжособистісні стосунки, ускладнюючи формування здорових зв'язків з іншими людьми. Погана емоційна регуляція

часто проявляється у вигляді міжособистісних конфліктів, соціальної замкнутості або проблем у встановленні довіри. Ці проблеми в стосунках можуть призвести до відчуття ізоляції та самотності, що може спонукати до пошуку психоактивних речовин як засобу налагодження зв'язків або полегшення емоційного болю. Емоційна неврівноваженість не лише ускладнює життя людини, але й створює середовище, в якому адиктивна поведінка може розвиватися як дезадаптивна стратегія подолання проблем.

Когнітивні процеси також відіграють важливу роль у взаємозв'язку між емоційною дисрегуляцією та залежністю. Люди, в яких є проблеми з емоційною регуляцією, можуть мати негативні стереотипи мислення та когнітивні викривлення, зокрема катастрофічне мислення або мислення «все або нічого». Ці когнітивні упередження можуть загострювати почуття безнадійності або безпорадності, ще більше підштовхуючи людей до вживання психоактивних речовин як способу впоратися з емоціями, що переповнюють. Наявність супутніх психічних розладів, як-от тривога або депресія, часто посилює емоційну дисрегуляцію та підвищує ймовірність уживання психоактивних речовин для подолання труднощів.

Втручання, спрямовані на подолання емоційної дисрегуляції на ранніх етапах розвитку, мають важливе значення для зниження ризику виникнення адиктивної поведінки в майбутньому. Такі терапевтичні підходи, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), діалектична поведінкова терапія (ДПТ) та втручання на основі усвідомленості, можуть допомогти людям розвинути більш здорові стратегії емоційної регуляції. Ці види терапії можуть надати людям інструменти для ідентифікації, розуміння та ефективного управління своїми емоціями, зменшуючи залежність від психоактивних речовин як механізму подолання проблем. Рання ідентифікація та втручання є вкрай важливими, особливо для дітей, які виявляють ознаки емоційної дисрегуляції. Програми, що включають навчання навичок емоційної грамотності та створення сприятливого середовища, можуть допомогти дітям розвинути необхідні вміння для управління своїми емоціями та підвищити стійкість до життєвих викликів.

Поведінкові патерни, сформовані у відповідь на ранні травматичні події, є сферою дослідження для визначення людської поведінки, емоційної регуляції та психологічної стійкості. Ранній травматичний досвід, зокрема пережитий у період становлення, може глибоко впливати на розвиток людини, формуючи її реакцію на стрес, стосунки та загальний стан психічного здоров'я протягом усього життя. Травма в ранньому дитинстві може набувати різних форм, зокрема фізичного, емоційного чи сексуального насильства,

нехтування та домашнього насильства. Вплив такого досвіду часто виходить далеко за межі безпосередніх наслідків, закарбовуючись у психіці людини та впливаючи на її поведінкові реакції на майбутні стресори і соціальні взаємодії.

Коли дитина переживає травму, її нейробіологічні системи зазнають змін, які впливають на емоційну регуляцію та поведінкові реакції. Система реагування мозку на стрес, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь, стає неврівноваженою. Порушення регуляції може призвести до підвищеної чутливості до стресових факторів, коли повсякденні ситуації можуть викликати надмірні емоційні реакції. Як наслідок, у людей розвиваються поведінкові моделі, що характеризуються підвищеною пильністю, тривогою і схильністю надмірно реагувати на сприйняті загрози. Ці реакції часто ґрунтуються на механізмах виживання, які виникають в умовах травми; дитина вчиться бути пильною, намагаючись захистити себе від потенційної шкоди.

Однією з характерних поведінкових моделей, пов'язаних з ранньою травмою, є уникнення. Люди, які пережили травму, можуть вдаватися до стратегій уникнення, щоб впоратися з болісними спогадами або почуттями. Це може проявлятися у вигляді уникання певних місць, людей чи ситуацій, які нагадують про травму, або повного придушення емоційних реакцій. Згодом поведінка уникнення може обмежити здатність людини вступати в здорові стосунки, реалізовувати можливості та розвивати емоційну близькість. Такий відхід від соціальної взаємодії може призвести до відчуття ізоляції та самотності, що ще більше увічнює цикл дезадаптивної поведінки та емоційного дистресу.

Ще однією поведінковою реакцією, яка часто спостерігається в людей з раннім травматичним досвідом, є розвиток агресії або екстерналізація поведінки. Травма може призвести до ускладнень в емоційній регуляції, коли людині важко виражати почуття гніву, страху чи смутку у відповідний спосіб. Як наслідок, вона може проявляти агресивну поведінку по відношенню до себе або інших, часто – як хибну спробу відновити почуття контролю. Така агресивна реакція викликає особливе занепокоєння в дитини, оскільки може призвести до дисциплінарних проблем, напружених стосунків з однолітками і довготривалих наслідків щодо соціального функціонування та академічної успішності.

Крім екстернальної, деякі люди можуть демонструвати інтернальну поведінку у відповідь на травму. До інтернальної поведінки належать такі симптоми, як тривога, депресія та абстиненція. Ці люди можуть інтерналізувати свою травму, відчуваючи нікчемність, безнадійність та самозвинувачення. Ця внутрішня боротьба часто призводить до всеосяжного почуття сорому і провини, що ще більше загострює емоційні труднощі й

перешкоджає розвитку здорових стратегій подолання. Інтерналізація поведінки може також проявлятися у вигляді соматичних скарг, коли емоційний біль виражається через фізичні симптоми, як-от головний біль або біль у шлунку, що відображає глибокий вплив травми на тіло і психіку.

Вплив ранніх травматичних подій на поведінкові патерни не обмежується дитинством, така поведінка може зберігатися в підлітковому та дорослому віці. Люди, які пережили травму, часто переносять свою дезадаптивну поведінку в подальші стосунки, що впливає на їхню здатність формувати надійні прив'язаності. Страх близькості, труднощі з довірою до інших та схильність до повторення динаміки насильства можуть виникати внаслідок старої травми, створюючи замкнене коло, яке увічнює дисфункцію міжособистісних стосунків. Додатково ці патерни можуть сприяти розвитку розладів психічного здоров'я, як-от посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність і розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, оскільки люди можуть намагатися заглушити емоційний біль дезадаптивними способами.

Фактори життєстійкості теж відіграють вирішальну роль у визначенні того, як люди реагують на ранні травматичні події. Тоді як деякі особи можуть розвивати шкідливі моделі поведінки у відповідь на травму, інші демонструють неабияку стійкість і здатність до позитивної адаптації. Захисні фактори, зокрема підтримувальні стосунки, позитивне батьківське ставлення та доступ до ресурсів психічного здоров'я, можуть сприяти підвищенню стійкості та пом'якшенню наслідків травми. Такі особи можуть демонструвати здорові стратегії подолання, адаптивну емоційну регуляцію та здатність формувати безпечні стосунки, незважаючи на травматичну історію.

5.4. Профілактика адиктивної поведінки: роль ранньої діагностики та втручання

Оцінювання ризиків розвитку залежностей у дітей раннього віку, а також їх методологія та профілактика є актуальною проблемою в сучасній охороні здоров'я та віковій психології. Раннє дитинство є ключовим етапом у розвитку людини, під час якого формуються фундаментальні моделі поведінки, звички та схильності. Зростання поширеності поведінкових та психоактивних залежностей у світі вказує на необхідність поглибленого вивчення факторів, що впливають на ризик виникнення адикції в дітей раннього віку, та розроблення ефективних профілактичних стратегій.

Залежності можуть проявлятися в різних формах, починаючи від зловживання психоактивними речовинами і закінчуючи поведінковими залежностями, як-от ігроманія, надмірне проведення часу з гаджетами або компульсивне харчування. Незважаючи на те, що традиційно залежність асоціюється з підлітковим або дорослим віком, дослідження показують, що її причини часто можна простежити ще в ранньому дитинстві. Ключові фактори ризику охоплюють генетичну схильність до залежностей, вплив навколишнього середовища та психосоціальні фактори, зокрема поведінку батьків, стосунки з однолітками та вплив стресу або травми.

З погляду методології оцінювання ризиків залежності в дітей молодшого віку створює особливі труднощі. На відміну від підлітків чи дорослих, діти не можуть самостійно достовірно повідомити про свою поведінку чи досвід. Тому науковці та лікарі використовують спостереження, структуровані інтерв'ю з батьками та стандартизовані інструменти оцінювання. Наприклад, Контрольний список поведінки дитини (CBCL) активно використовується для аналізу емоційних і поведінкових проблем, які можуть сигналізувати про майбутній ризик розвитку залежності. Нейровізуалізація та генетичні дослідження стають усе більш популярними, надаючи можливість зрозуміти неврологічні та спадкові аспекти вразливості до наркоманії.

Важливим аспектом оцінювання ризику є виявлення ранніх попереджувальних ознак. Імпульсивність, погана саморегуляція та підвищена чутливість до винагород зазвичай асоціюються з підвищеним ризиком розвитку залежності. Діти з такими рисами можуть бути більш схильними до розвитку дезадаптивної поведінки, особливо якщо вони зростають у середовищі, яке характеризується нестабільністю, занедбаністю або впливом речовин, котрі викликають залежність. Ранній доступ до електронних пристроїв і технологій теж викликає все більше занепокоєння, оскільки надмірне перебування перед екраном має наслідком поведінкові проблеми і зниження контролю над імпульсами, що потенційно закладає основу для пізніших залежностей.

Профілактичні стратегії для дітей раннього віку наголошують на важливості виховання стійкості та сприяння здоровому розвитку (табл. 5.3). Батьківська освіта займає головне місце в цих заходах, оскільки саме родина відіграє вирішальну роль у формуванні поведінки та механізмів подолання залежності в дітей. Програми, які навчають ефективних методів виховання, управління стресом і дотримання постійного розпорядку дня, можуть значно знизити ймовірність розвитку в дітей поведінки, схильної до залежності.

Таблиця 5.3

Профілактика адиктивної поведінки на ранніх етапах розвитку

Рівень профілактики	Його завдання	Заходи та методи	Очікувані результати
Первинна профілактика	Попередження виникнення адиктивної поведінки	Просвітницька робота з батьками щодо виховання дітей; формування безпечної емоційної прив'язаності	Створення сприятливого середовища для розвитку дитини, зменшення ризику розвитку адиктивних моделей
Сімейна профілактика	Підвищення ефективності сімейного виховання	Навчання батьків технік емоційної підтримки; консультації для сімей з групи ризику	Покращення взаємодії в родині, зниження рівня стресу в дитини
Психологічна профілактика	Розвиток стресостійкості та емоційної регуляції в дитини	Тренінги з емоційного інтелекту; формування навичок подолання труднощів	Зниження ймовірності пошуку адиктивних способів компенсації емоційних проблем
Соціально-педагогічна профілактика	Забезпечення позитивного соціального середовища для розвитку дитини	Організація гуртків, секцій; формування груп підтримки серед однолітків	Підвищення соціальної адаптації дитини, розвиток здорових моделей поведінки
Шкільна профілактика	Виявлення та усунення факторів ризику в освітньому середовищі	Проведення профілактичних програм; залучення шкільних психологів для роботи з групами ризику	Зниження випадків адиктивної поведінки серед дітей і підлітків
Медична профілактика	Попередження фізичних та психічних розладів, що можуть сприяти залежностям	Регулярні медичні огляди; скринінг на фактори ризику (наприклад, генетична схильність, токсичний вплив)	Виявлення проблем на ранніх етапах, корекція фізичного та психічного стану
Профілактика в медіа	Попередження негативного впливу інформаційного середовища	Контроль за контентом, який споживає дитина; навчання критичному сприйняттю інформації	Зниження впливу медіа, що пропагують шкідливі звички чи поведінку
Третинна профілактика	Реабілітація та ресоціалізація дітей, що вже демонструють схильність до адиктивної поведінки	Робота із психологами та соціальними працівниками; інтеграція в здорове соціальне середовище	Усунення адиктивної поведінки, формування нових здорових звичок та моделей взаємодії

Школа та соціальні організації також є важливими партнерами в профілактиці залежностей. У програми дошкільної освіти можна інтегрувати програми соціально-емоційного навчання (СЕН), щоб навчити дітей таких важливих навичок, як саморегуляція,

емпатія та розв'язання проблем. Ці навички не лише зменшують ризик виникнення залежності, але й сприяють загальному благополуччю та успіху в навчанні. Громадські ініціативи, що пропагують фізичну активність, мистецтво та соціальну активність, надають дітям конструктивний вихід, зменшуючи привабливість потенційно адиктивної поведінки.

Оцінювання ризиків залежності в дітей раннього віку вимагає міждисциплінарного підходу, який включає спостереження за поведінкою, психологічну оцінку, а також вивчення генетичних і середовищних факторів. Стратегії профілактики повинні бути спрямовані на формування стійкості, сприяння здоровому розвитку та надання підтримки сім'ям і громадам. Розв'язуючи ці питання на ранній стадії, суспільство може зменшити навантаження від залежності та допомогти дітям побудувати фундамент для здорового, повноцінного життя.

Програми ранньої профілактики адиктивної поведінки в дітей мають важливе значення для усунення першопричин потенційних залежностей до того, як вони почнуть проявлятися. Раннє дитинство є важливим періодом розвитку, коли поведінка, механізми адаптації та нейронні шляхи є дуже гнучкими. Профілактичні втручання в цей період можуть справляти значний вплив на зниження ймовірності виникнення адиктивної поведінки в подальшому житті.

Програми ранньої профілактики спрямовані на виявлення факторів ризику та сприяння розвитку захисних факторів, які впливають на схильність дітей до залежності. Ці програми зазвичай ґрунтуються на міждисциплінарних підходах, поєднуючи знання із психології, неврології, освіти та соціальної роботи. На відміну від втручань, спрямованих на підлітків або дорослих, стратегії ранньої профілактики зосереджені на формуванні середовища і стосунків, що оточують дітей молодшого віку, а не безпосередньо на самих дітях.

Одним із основних принципів ранньої профілактики є покращення батьківських практик. Дослідження послідовно висвітлюють вирішальну роль батьків у формуванні поведінкового та емоційного розвитку дітей. Такі програми, як «Потрійна програма позитивного батьківства» (Triple P-Positive Parenting Program) або «Терапія взаємодії батьків і дітей» (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT), розроблені для того, щоб навчити батьків навичкам формування безпечної прив'язаності, управління складною поведінкою та створення сприятливого домашнього середовища. Ці програми наголошують на послідовній дисципліні, позитивному заохоченні та встановленні чітких меж, що сприяє розвитку саморегуляції в дітей – ключового захисного фактору проти залежності.

Іншим інноваційним аспектом ранньої профілактики є сприяння соціально-емоційному навчанню (СЕН) у закладах дошкільної освіти. Програми СЕН учать дітей розпізнавати свої емоції та керувати ними, розвивати емпатію та ефективно орієнтуватися в соціальній взаємодії. Такі психологічні інтервенції, як ПАСМ (Просування альтернативних стратегій мислення), показали успіх у покращенні емоційної регуляції та здатності приймати рішення в дітей, що має ключове значення для протистояння спокусі адиктивної поведінки. Ці програми також забезпечують учителів та вихователів інструментами для моделювання та зміцнення здорової поведінки, створюючи середовище, сприятливе для позитивного розвитку.

Ініціативи на рівні місцевих громад так само відіграють дуже важливу роль у ранній профілактиці. Створюючи умови, що сприяють здоровій, конструктивній діяльності, ці програми знижують ризик того, що діти вдадуться до потенційно адиктивної поведінки. Громадські центри, бібліотеки та місця відпочинку часто організують спортивні, мистецькі та групові заходи, які заохочують співпрацю, творчість та фізичну активність. Ці програми не лише забезпечують структуроване середовище для дітей раннього віку, а й зміцнюють зв'язки в громаді, створюючи ширшу мережу підтримки для сімей.

Системи охорони здоров'я роблять значний внесок у ранню профілактику через рутинні огляди та перевірки розвитку. Педіатри та сімейні лікарі часто першими виявляють потенційні фактори ризику, зокрема затримки розвитку, поведінкові проблеми або зловживання батьками алкоголем чи наркотичними речовинами. Деякі профілактичні програми об'єднують медичних працівників у мультидисциплінарні команди, які тісно співпрацюють із сім'ями для усунення цих ризиків. Ці команди можуть складатись із дитячих психологів, соціальних працівників та дієтологів, які співпрацюють для надання комплексної підтримки, адаптованої до потреб дитини.

Кампанії з охорони здоров'я та заходи на рівні політики також підтримують зусилля з ранньої профілактики. Наприклад, кампанії, спрямовані на зменшення куріння батьків, вживання алкоголю або надмірного часу, проведеного перед екраном комп'ютера, опосередковано захищають дітей від наслідування такої поведінки. Так само державна політика, яка регулює рекламу, орієнтовану на дітей, наприклад, обмеження на рекламу продуктів із високим вмістом цукру, алкоголю та азартних ігор, відіграє важливу роль у формуванні більш здорового середовища для дітей молодшого віку. Політика заохочення батьківських відпусток, доступного догляду за дітьми та послуг з охорони психічного здоров'я

ще більше підтримує сім'ї у створенні стабільного і сприятливого середовища для виховання дітей.

Новітні технології все активніше впроваджуються в програми ранньої профілактики. Такі цифрові інструменти, як інтерактивні додатки для батьків або віртуальні ігри для дітей раннього віку, забезпечують цікаві та доступні ресурси для сімей і педагогів, можуть доповнювати традиційні методи профілактики, посилюючи позитивну поведінку та пропонуючи підтримку на вимогу. Водночас використання технологій має бути продуманим, щоб уникнути непередбачуваних наслідків, як-от надмірне перебування перед комп'ютером, що може сприяти виникненню звикання.

Культурна специфіка є важливим фактором для розроблення та впровадження профілактичних програм. Втручання мають урахувати різні цінності, традиції та практики спільнот, яким вони слугують, щоб забезпечити їх резонанс серед учасників і досягти запланованих результатів. Адаптація програм до місцевого культурного контексту підвищує їх ефективність і сприяє більшій підтримці з боку громади.

Сімейна терапія є одним із найважливіших компонентів профілактики залежностей у дітей раннього віку, оскільки вона спрямована на фундаментальні динамічні процеси в родині, які суттєво впливають на розвиток дитини. Діти раннього віку формуються під впливом домашнього оточення, і поведінка, моделі спілкування та емоційний клімат у сім'ї відіграють важливу роль у визначенні їх вразливості або стійкості до адиктивної поведінки. Сімейна терапія забезпечує структурований підхід до виявлення та модифікації цієї динаміки, сприяння здоровим стосункам та створенню середовища, сприятливого для емоційного та психологічного благополуччя дитини.

За своєю суттю сімейна терапія визнає взаємопов'язаність індивідуальної поведінки в межах сімейної системи. У контексті профілактики залежності цей підхід передбачає, що такі фактори ризику, як зловживання психоактивними речовинами серед батьків, непослідовна поведінка, погана комунікація або нерозв'язані сімейні конфлікти, можуть створювати умови, що підвищують схильність дитини до залежності. Сімейна терапія працює, долаючи ці проблеми комплексно, забезпечуючи, щоб кожен член сім'ї робив свій внесок у терапевтичний процес і отримувал від нього користь.

Однією з головних цілей сімейної терапії в цьому контексті є покращення батьківських навичок. Батьки та опікуни часто виступають першими рольовими моделями для дітей, і їхня поведінка сильно впливає на розуміння дитиною саморегуляції, механізмів подолання проблем та емоційних реакцій. Терапевтичні сесії часто зосереджені на тому,

щоб допомогти батькам усвідомити, як їхні дії, рівень стресу або особисті проблеми можуть негативно впливати на їхніх дітей. Наприклад, батьки, які мають справу з хронічним стресом, можуть ненавмисно проявляти поведінку, яка заохочує уникнення або імпульсивність у дитини. За допомогою сімейної терапії батьки можуть навчитися моделювати конструктивні стратегії подолання стресу, встановлювати послідовний розпорядок дня та забезпечувати емоційну безпеку, необхідну дітям для нормального розвитку.

Крім підтримки батьківства, сімейна терапія сприяє відкритому спілкуванню в сім'ї. Маленькі діти дуже чутливі до емоційних негараздів і можуть засвоювати сімейні конфлікти як стрес або тривогу. Цей емоційний дистрес може збільшити ймовірність дезадаптивної поведінки, в тому числі схильності до залежності або адикції в більш старшому віці. Сімейна терапія забезпечує безпечний простір для членів сім'ї, де вони можуть обговорити свої почуття, з'ясувати непорозуміння та розвинути більш здорові способи вираження емоцій. Ці покращені навички спілкування допомагають дітям відчувати, що їх чують і цінують, зменшуючи емоційну порожнечу, яка може зробити їх вразливими до адиктивних тенденцій.

Ще одним важливим аспектом сімейної терапії є її здатність розірвати цикли залежності, що передаються від покоління до покоління. Сім'ї зі зловживанням психоактивними речовинами або поведінковими залежностями в анамнезі часто передають у спадок неадаптивні моделі подолання проблем, спілкування та емоційної регуляції. Діти в такому середовищі можуть сприймати адиктивну поведінку як нормальну або навіть необхідну. За допомогою терапії сім'ї можуть виявити і зруйнувати ці патерни, замінивши їх більш здоровими взаємодіями і стратегіями, які підкреслюють стійкість і особисту відповідальність. Такий проактивний підхід може значно зменшити ймовірність передачі залежності з покоління в покоління.

Сімейна терапія також спрямована на більш широкі системні фактори, які впливають на розвиток дитини. Економічний стрес, соціальна ізоляція та культурні очікування часто перетинаються із сімейною динамікою, створюючи додаткові проблеми для батьків і дітей. Терапевти, які вивчають теорію сімейних систем, розуміють ці складнощі й допомагають сім'ям долати зовнішні стресові фактори, зберігаючи при цьому внутрішню гармонію. Наприклад, терапія може включати стратегії управління фінансовим тиском, створення мереж соціальної підтримки або пошук культурно прийнятних способів розв'язання конфліктів і дисципліни.

Важливою перевагою сімейної терапії є її адаптивність до різноманітних сімейних структур і потреб. Сучасні сім'ї існують у різних формах, зокрема неповні сім'ї, змішані сім'ї

та сім'ї, що складаються з кількох поколінь. Кожна із цих структур має свої проблеми та сильні сторони. Сімейна терапія є досить гнучкою, щоб урахувати специфічну динаміку будь-якої сімейної одиниці, гарантуючи, що втручання буде релевантним та ефективним. Наприклад, у неповних сім'ях терапія може зосереджуватися на створенні мереж підтримки та управлінні подвійними функціями догляду й дисципліни, тоді як у змішаних сім'ях акцент може бути зроблено на зміцненні згуртованості та взаємної поваги між членами родини.

Профілактичний потенціал сімейної терапії посилюється, коли вона інтегрована з іншими системами підтримки. Співпраця зі школами, закладами охорони здоров'я та організаціями на рівні громади дає змогу терапевтам комплексно підходити до подолання ризиків. Наприклад, терапевт, який працює із сім'єю, може координувати свої дії з учителем дитини, щоб забезпечити узгодженість поведінкових очікувань, або співпрацювати з педіатром для розв'язання проблем розвитку, які можуть вплинути на емоційне благополуччя. Ці комплексні підходи створюють мережу безпеки, яка підтримує дитину в різних середовищах.

Сімейна терапія не тільки приносить користь безпосередньо дітям, але й зміцнює всю сімейну систему. Завдяки усуненню стресових факторів, покращенню комунікації та взаєморозуміння терапія допомагає створити стабільне і сприятливе середовище, в якому діти можуть розвивати здорову поведінку та емоційну стійкість. Ці результати мають ключове значення для запобігання ранній появі адиктивних тенденцій та сприяння довготривалому благополуччю.

Освітні та соціальні заходи відіграють важливу роль у зміцненні психічного здоров'я дітей та запобіганні розвитку адиктивної поведінки. Ці ініціативи, спрямовані як на індивідуальні, так і на громадські чинники, акцентують на формуванні життестійкості, сприянні здоровому розвитку та зменшенні ризиків, пов'язаних із раннім впливом стресу, травми чи дезадаптивної поведінки. Завдяки координації зусиль шкіл, родин і громад ці програми мають на меті забезпечити дітей інструментами та підтримкою, необхідними для емоційного та психологічного розвитку.

Одним з основних напрямів освітніх ініціатив є інтеграція освіти з питань психічного здоров'я в середовище раннього навчання. Школи виступають важливим елементом, надаючи дітям структуровані можливості для розвитку емоційної регуляції, навичок міжособистісного спілкування та відчуття власної ефективності. Програми, які передбачають соціально-емоційне навчання (СЕН) в освітніх планах, виявляються дуже дієвими для зміцнення психічного здоров'я. СЕН учиить дітей керувати своїми емоціями, встановлювати

позитивні стосунки та приймати відповідальні рішення. Озброюючи дітей такими навичками, освітні програми допомагають створити захисні фактори проти адиктивної поведінки, яка часто є наслідком поганої емоційної регуляції та труднощів у подоланні стресу.

Крім навчання з питань психічного здоров'я, важливими компонентами цих ініціатив є програми грамотності з питань психічного здоров'я, спрямовані на освітян та осіб, які здійснюють догляд за дітьми. Вчителі та шкільний персонал часто взаємодіють з дітьми частіше, ніж інші дорослі, що дає їм змогу виявляти ранні ознаки дитячого емоційного розладу або поведінкових проблем. Освітні програми, розроблені для педагогів, спрямовані на розпізнавання цих ознак, надання відповідної підтримки та відправлення дітей до спеціалізованих служб у разі потреби. До того ж такі тренінги допомагають педагогам створювати в класі інклюзивне, емпатійне та підтримувальне середовище, зменшуючи стигму навколо проблем психічного здоров'я та заохочуючи дітей звертатися по допомогу, коли це необхідно.

Позакласні заходи, організовані в школах і громадських центрах, є важливим джерелом зміцнення психічного здоров'я та профілактики залежностей. Участь у таких заходах, як спорт, мистецтво, музика та групові проєкти, дає дітям можливість розвивати почуття досягнення, будувати соціальні зв'язки та відчувати позитивне підкріплення за межами академічного середовища. Ці види діяльності пропонують конструктивну альтернативу потенційно шкідливій поведінці та допомагають дітям установити збалансований розпорядок дня, який сприяє емоційному благополуччю. Наприклад, участь у командних видах спорту не лише зміцнює фізичне здоров'я, але й виховує дисципліну, вміння працювати в команді та навички управління стресом – усе це надійно захищає від залежності.

Соціальні ініціативи на рівні громад теж відіграють важливу роль у зміцненні психічного здоров'я та профілактиці залежностей, адже часто вони спрямовані на більш широкі соціальні детермінанти здоров'я, як-от соціально-економічна нерівність, доступ до ресурсів і згуртованість громади. Програми, що забезпечують доступ до батьківських курсів, догляду за дітьми та сімейного консультування, створюють стабільну основу для розвитку дітей, усуваючи стресові фактори зовнішнього середовища, які можуть сприяти погіршенню психічного здоров'я. Громадські ініціативи, спрямовані на створення безпечних, привабливих громадських просторів – парків, бібліотек та місць відпочинку, також сприяють психічному благополуччю дітей, заохочуючи соціальну взаємодію та фізичну активність.

Програми наставництва з боку однолітків та залучення молоді ще більше підвищують ефективність соціальних ініціатив. Об'єднуючи дітей з трохи старшими однолітками, які виступають позитивними рольовими моделями, ці програми допомагають молодшим дітям долати проблеми та набувати впевненості в собі. Так само програми молодіжного лідерства, які дають дітям можливість відігравати активну роль у своїх громадах, розвивають у них почуття активності та приналежності, що є критично важливими для психічного здоров'я. Коли діти відчують зв'язок зі своїми однолітками та громадою, вони менш схильні до ризикованої поведінки, в тому числі пов'язаної із залежністю.

Кампанії з інформування громадськості доповнюють ці заходи, пропагуючи психічне здоров'я та долаючи хибні уявлення про залежність. Вони спрямовані на сім'ї та громади, мають на меті зменшити осуд, заохотити до відкритих розмов про психічне здоров'я та підкреслити важливість раннього втручання. Наприклад, ініціативи, які інформують батьків про вплив надмірного використання гаджетів, уживання психоактивних речовин і сімейного стресу на психічне здоров'я дітей, можуть сприяти більш здоровій поведінці в родинному колі. Громадські кампанії також наголошують на доступності ресурсів і підтримки, гарантуючи, що сім'ям є куди звертатися за допомогою в разі потреби.

Технології стають дедалі важливішим інструментом в освітніх і соціальних ініціативах, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я. Інтерактивні додатки та цифрові платформи, розроблені для дітей, забезпечують цікаві способи навчання емоційній регуляції, уважності та стратегіям подолання проблем. Ці інструменти часто використовують елементи гейміфікації, щоб підтримувати інтерес дітей і водночас закріплювати позитивні моделі поведінки. Також цифрові платформи для батьків і педагогів забезпечують легкий доступ до ресурсів, тренінгів і мереж підтримки. Однак використання технологій має бути збалансованим із зусиллями, спрямованими на обмеження надмірного часу, проведеного перед комп'ютером чи зі смартфоном, що пов'язано з негативними наслідками для психічного здоров'я.

Дії на державному рівні є невід'ємною частиною успіху цих ініціатив. Уряди та організації мають визначати пріоритети у фінансуванні програм з охорони психічного здоров'я та профілактики залежностей у школах і громадах. Політика, яка підтримує загальний доступ до якісної освіти, охорони здоров'я та соціальних послуг, створює умови, в яких психічний розвиток дітей може бути збалансованим. Крім того, нормативно-правові акти, спрямовані на зменшення впливу на дітей речовин або адиктивної поведінки, зокрема

обмеження реклами алкоголю та азартних ігор, сприяють поширенню культури профілактики в суспільстві загалом.

Крім того, державні програми мають урахувати та адаптуватися до різноманітних культурних контекстів суспільства, щоб забезпечити їх актуальність та ефективність. Наприклад, освіта з питань психічного здоров'я в мультикультурному середовищі повинна включати перспективи і практики, які відповідають різним культурним цінностям, допомагаючи розбудовувати довіру і взаємодію між учасниками.

5.5. Адиктивна поведінка в підлітковому віці як наслідок ранніх порушень розвитку

Взаємозв'язок між досвідом раннього дитинства та підлітковими залежностями є важливою сферою дослідження в психології розвитку, неврології та охороні здоров'я. Раннє дитинство як критичний період для розвитку мозку закладає основи емоційної регуляції, когнітивного функціонування та соціальної поведінки. Порушення або несприятливий досвід у цей період можуть призвести до виникнення залежності в підлітковому віці (табл. 5.4). Такі фактори, як стиль виховання, моделі прив'язаності, травми та генетична схильність, складно взаємодіють між собою, формуючи траєкторію ризику вживання психоактивних речовин та адиктивної поведінки.

Таблиця 5.4

Адиктивна поведінка в підлітковому віці як наслідок ранніх порушень розвитку

Категорія ранніх порушень	Характеристика порушень	Механізми впливу на формування адиктивної поведінки	Прояви адиктивної поведінки
Біологічні фактори	Генетична схильність, порушення нейробиологічних процесів, токсичний вплив під час вагітності	Дисбаланс нейромедіаторів, імпульсивність, труднощі з контролем поведінки	Вживання психоактивних речовин, імпульсивна поведінка
Психологічні фактори	Емоційна депривація, травматичний досвід у ранньому дитинстві	Недостатній розвиток емоційної регуляції, схильність до уникнення стресу через шкідливі способи	Залежність від комп'ютерних ігор, переїдання, вживання алкоголю
Сімейні фактори	Негативні моделі поведінки в сім'ї (адикції в батьків), недостатня підтримка, конфлікти	Формування низької самооцінки, відсутність навичок подолання труднощів	Участь у ризикованій поведінці, залежність від соціальних мереж

Соціальні фактори	Соціальна ізоляція, булінг, відсутність підтримки оточення	Пошук прийняття та «втечі» в адиктивні моделі поведінки	Куріння, наркотична залежність, асоціальна поведінка
Когнітивні порушення	Затримка розвитку виконавчих функцій, труднощі з плануванням та прийняттям рішень	Нездатність прогнозувати наслідки своїх дій, схильність до миттєвого задоволення	Ігроманія, шопоголізм, неконтрольоване використання гаджетів
Емоційні порушення	Схильність до депресії, тривожності, низький поріг стресостійкості	Пошук швидких способів зменшення психологічного дискомфорту	Вживання наркотичних речовин, самопошкодження
Поведінкові моделі	Уникнення відповідальності, низький рівень самоконтролю, прив'язаність до шкідливих звичок у ранньому віці	Закріплення деструктивних моделей поведінки, які посилюються в підлітковому віці	Азартні ігри, залежність від порнографії, агресивна поведінка
Екологічні фактори	Вплив токсичного середовища (бідність, насильство, несприятливі житлові умови)	Порушення соціалізації, відчуття безнадії, спрямування до адиктивних моделей як засобу втечі від реальності	Токсикоманія, антисоціальна поведінка, інтерактивна залежність

Теорія прив'язаності забезпечує критичну основу для вивчення зв'язку між раннім дитинством і подальшою залежністю. Надійна прив'язаність, що включає постійну чуйність та емоційну доступність особи, яка здійснює догляд, сприяє здоровій емоційній регуляції та управлінню стресом. Натомість ненадійна прив'язаність, яка часто є наслідком недбалого ставлення, непослідовності або жорстокого поводження, пов'язана з труднощами в управлінні емоціями та формуванні здорових стосунків. У підлітковому віці це може проявлятися як залежність від психоактивних речовин або поведінки, наприклад, ігор чи соціальних мереж, як механізмів подолання проблем. Підлітки з ненадійною історією прив'язаності більш схильні шукати зовнішні джерела комфорту, що потенційно може призвести до залежності.

Нейробіологічні зміни, спричинені раннім несприятливим досвідом, є однією з причин розвитку залежності в підлітковому віці. Мозок, що розвивається, дуже пластичний, і вплив стресу або травми може змінити структуру і функції ключових ділянок мозку, що беруть участь в обробленні винагороди, контролі імпульсів і прийнятті рішень. Ці зміни можуть створювати підвищену чутливість до корисних ефектів речовин, що робить залежність імовірнішою. Підлітки зі зміненою системою винагороди можуть відчувати

ейфорійний ефект від наркотиків або ризикованої поведінки, що посилює ризик повторного вживання та розвитку залежності.

Серед факторів розвитку залежності вагомими є стиль виховання та сімейна динаміка. Авторитетне батьківство, що створює атмосферу тепла, порядку та підтримки, знижує рівень можливої підліткової залежності. І навпаки, авторитарний або поблажливий стиль виховання може сприяти відсутності кордонів або підтримки, що підвищує ймовірність уживання психоактивних речовин. Непослідовна дисципліна або вживання батьками психоактивних речовин моделює дезадаптивну поведінку, нормалізуючи залежність як стратегію подолання проблеми.

Не можна не враховувати роль впливу однолітків та соціального оточення. Підлітки особливо сприйнятливі до такого тиску, а ті, хто має ненадійні зв'язки або в анамнезі має досвід уживання психоактивних речовин, можуть бути більш схильні шукати підтвердження своєї приналежності до груп однолітків, які практикують ризиковану поведінку. Досвід раннього дитинства формує соціальну компетентність і життєстійкість, які впливають на те, як підлітки орієнтуються в стосунках з однолітками в умовах зовнішнього тиску.

Генетична схильність та епігенетичні фактори ще більше ускладнюють ці стосунки. Хоча генетика сприяє вразливості до залежності, вплив оточення в ранньому дитинстві може змінювати експресію генів через епігенетичні механізми. Наприклад, тривалий вплив стресу або занедбаність можуть активувати гени, пов'язані зі шляхами розвитку залежності, що посилює ризик.

Захисні фактори можуть зменшити ризик виникнення залежності, незважаючи на несприятливий ранній досвід. До них відносяться позитивні стосунки з дорослими, які підтримують, доступ до ресурсів психічного здоров'я та розвиток емоційної стійкості за допомогою терапевтичних втручань. Раннє виявлення відхилень у дітей із груп ризику і своєчасне втручання можуть значно знизити ймовірність виникнення залежності в підлітковому віці. Програми, спрямовані на зміцнення сімейної динаміки, навчання емоційної регуляції та створення безпечного і сприятливого середовища, мають важливе значення для того, щоб розірвати цикл залежності.

Слід зазначити, що підлітковий вік – це період значних фізіологічних, психологічних і соціальних змін, що робить його критичним етапом для виникнення адиктивної поведінки. Адиктивна поведінка в підлітків проявляється унікально, порівняно з іншими віковими групами – під впливом взаємодії факторів розвитку, оточення та індивідуальних

особливостей. Знання цих особливостей є важливим для раннього виявлення схильності до залежності та втручання.

Однією з визначальних особливостей адиктивної поведінки підлітків є її зв'язок з формуванням ідентичності та потребою в соціальній приналежності. Підлітки часто експериментують із поведінкою, яка допомагає їм відстоювати незалежність і встановлювати соціальну ідентичність. Адиктивна поведінка, зокрема вживання психоактивних речовин або нав'язливе захоплення такими видами діяльності, як ігри або соціальні мережі, може виникнути, якщо підлітки намагаються відповідати нормам однолітків або впоратися з почуттям ізолюваності. Вплив оточення відіграє непропорційно велику роль на цьому етапі, оскільки підлітки часто вдаються до більш ризикованої поведінки в присутності однолітків, що може перейти в залежність, оскільки мозок підлітка, особливо система винагороди, стає все більш чутливим до ефектів психоактивних речовин або певної поведінки.

Аспекти нейророзвитку підліткового віку ще більше посилюють ризик виникнення залежності. Мозок підлітка характеризується недорозвиненою префронтальною корою, що відповідає за виконавчі функції, як-от контроль імпульсів, прийняття рішень і планування, поряд із гіперактивною лімбічною системою, яка керує емоціями та обробленням винагород. Цей дисбаланс створює схильність до імпульсивності та підвищену чутливість, збільшуючи ймовірність залучення до адиктивної поведінки та її збереження. Підлітки частіше, ніж дорослі, зосереджуються на миттєвому задоволенні, а не на довгострокових наслідках, що робить їх надто вразливими до шкідливого впливу адиктивних речовин або видів діяльності, що викликають залежність.

Проблеми з регуляцією емоцій – ще одна характерна риса адиктивної поведінки підлітків. Цей період часто супроводжується підвищеною емоційною реактивністю, і дітям може бракувати механізмів подолання, необхідних для управління стресом, тривогою або депресією. Адиктивна поведінка може забезпечити тимчасову розрядку або полегшення, що посилює її використання як дезадаптивної стратегії подолання проблем. Підлітки, які борються з проблемами психічного здоров'я, перебувають у групі особливого ризику, оскільки такі супутні стани, як тривожні розлади або депресія, часто поєднуються із залежністю. Такий подвійний діагноз ускладнює лікування і вимагає комплексного підходу до розв'язання проблеми як залежності, так і психологічного дистресу, що лежить в її основі.

Прояви залежності в підлітків часто виходять за межі традиційного вживання психоактивних речовин і включають поведінкові адикції. Інтернет-залежність, ігроманія та

компульсивне використання соціальних мереж стають усе більш поширеними серед дітей середнього та старшого шкільного віку. У формуванні цих видів поведінки беруть участь ті ж самі нейронні шляхи винагороди, що й у разі дії наркотичних речовин, забезпечуючи негайне задоволення через уподобання, досягнення чи віртуальну соціальну взаємодію. Повсюдне поширення технологій ще більше нормалізує таку поведінку, розмиваючи межу між здоровим використанням і залежністю. Підлітки можуть проявляти такі ознаки, як: відхід від офлайн-спілкування, дратівливість, агресію, якщо доступ до мережі обмежений, погіршення академічної успішності або фізичного здоров'я.

Ситуація в сім'ї також відіграє важливу роль у прояві адиктивної поведінки. Підлітки, які виховуються в умовах непослідовного виховання, відсутності нагляду або вживання батьками психоактивних речовин, піддаються більшому ризику. Сімейні конфлікти або емоційна занедбаність можуть загострювати почуття неадекватності або ізольованості, підштовхуючи підлітків до адиктивної поведінки як форми самозаспокоєння. І навпаки, сприятливі сімейні стосунки, що характеризуються відкритим спілкуванням і чіткими межами, можуть діяти як захисні фактори, знижуючи ймовірність виникнення залежності.

Поведінкові ознаки залежності в дітей часто малопомітні, їх можна прийняти за типову підліткову поведінку. Підвищена потайливість, зміни в настрої або поведінці, раптове зниження успішності або відмова від раніше улюблених занять можуть вказувати на глибинну проблему. Такі фізичні ознаки, як незрозуміла втома, зміна апетиту або наявність певної атрибутики, можуть стати очевидними в міру прогресування залежності. Водночас стигма, пов'язана із залежністю, часто призводить до заперечення або мінімізації проблеми, що відтерміновує втручання.

Підлітки також схильні переоцінювати свою здатність контролювати адиктивну поведінку. Ілюзія контролю в поєднанні з недостатнім розумінням наслідків своїх дій призводить до того, що вони рідше звертаються за допомогою та не дотримуються лікування. Ефективне втручання вимагає підходу, який ураховує унікальність підліткового періоду розвитку, наголошуючи на освіті, розширенні прав і можливостей та залученні, а не на каральних заходах.

Культурні та соціальні впливи ще більше формують прояви підліткової залежності. Суспільні норми щодо вживання психоактивних речовин, зображення адиктивної поведінки в засобах масової інформації та доступність речовин або платформ, що викликають залежність, – усе це сприяє формуванню ставлення та поведінки підлітків. Наприклад, гламуризація вживання алкоголю чи наркотиків у медіа може створити уявлення про їх

нормальність, а доступність психоактивних речовин або онлайн-платформ знижує бар'єри для залучення молоді.

Соціальне середовище відіграє важливу роль у формуванні поведінки підлітків, у тому числі в розвитку та прогресуванні адиктивної поведінки. Підлітковий вік є критичним періодом соціалізації, під час якого стосунки з однолітками, сім'єю та суспільством загалом суттєво впливають на формування ідентичності, прийняття рішень і поведінкові моделі. Взаємодія цих соціальних факторів може служити як захисними механізмами від адикції, так і виступати каталізатором виникнення адиктивних тенденцій.

Однією з визначальних особливостей підліткового віку є щораз більша важливість стосунків з однолітками. Оскільки підлітки прагнуть до автономії від сім'ї, вони часто звертаються до груп однолітків за підтвердженням і підтримкою. Ці групи можуть суттєво впливати на поведінку, особливо щодо прийняття ризикованих рішень і експериментів. Якщо вживання психоактивних речовин або інша адиктивна поведінка є нормою в групі однолітків, діти можуть відчувати тиск, який спонукає їх до подібних дій, щоб отримати схвалення або уникнути соціальної ізоляції. Така тенденція особливо помітна в підлітковому віці, оскільки прагнення до соціальної приналежності може переважати над занепокоєнням щодо довгострокових наслідків.

Вплив однолітків на адиктивну поведінку ще більше підсилюється підвищеною сприйнятливістю підлітків до соціального моделювання. Спостереження за друзями, які вживають психоактивні речовини або демонструють іншу адиктивну поведінку, може нормалізувати ці дії, створюючи неявне схвалення, яке заохочує до наслідування. Цей ефект моделювання не обмежується безпосередньою взаємодією, але також поширюється на соціальні мережі, де підлітки часто бачать зображення вживання психоактивних речовин та іншої потенційно адиктивної поведінки, що може спотворювати сприйняття ризику та посилювати привабливість таких дій.

Сімейна взаємодія – ще один важливий аспект соціального середовища, який впливає на підліткову залежність. Якість стосунків між батьками і дітьми, моделі спілкування та батьківський нагляд відіграють важливу роль у формуванні в підлітків механізмів подолання проблем та прийняття рішень. Сім'ї, в яких панує тепло, підтримка та чіткі межі, зазвичай сприяють формуванню в дітей стійкості та здорової емоційної регуляції, що знижує ймовірність виникнення адиктивної поведінки. І навпаки, середовище, в якому панують занедбаність, конфлікти або непослідовна дисципліна, може посилити емоційну вразливість,

підвищуючи привабливість речовин або поведінки, які забезпечують тимчасове полегшення від стресу або дистресу.

Поведінка батьків є потужною моделлю ставлення до залежності для дітей. Підлітки, які спостерігають, як батьки вживають психоактивні речовини, можуть сприймати таку поведінку як прийнятну або нормальну, що підвищує ймовірність наслідування. Батьки, які демонструють адиктивну поведінку, можуть відчувати проблеми із забезпеченням стабільності та підтримки, необхідних для того, щоб їхні діти розвинули здорові механізми подолання труднощів. І навпаки, доведено, що несхвалення батьками вживання психоактивних речовин у поєднанні з постійним дотриманням певних меж утримує підлітків від такої поведінки.

У формуванні соціального середовища підлітків значну роль відіграє й ширший контекст громади. Соціально-економічний статус, особливості району та культурні норми – усе це сприяє доступності та прийнятності психоактивних речовин та інших адиктивних засобів. Підлітки в громадах із високим рівнем соціальної згуртованості та доступом до ресурсів підтримки, як-от рекреаційні програми або служби психічного здоров'я, менш схильні до адиктивної поведінки. Натомість ті, хто живе в середовищі, яке характеризується економічними труднощами, обмеженими можливостями, високим рівнем стресу та насильства, наражаються на підвищені ризики. Ці контекстуальні фактори можуть створювати відчуття безнадійності або відсутності альтернатив, що спонукає підлітків шукати порятунку через адиктивну поведінку.

Освітні заклади є важливим компонентом соціального середовища, що впливає на розвиток і поведінку підлітків. Школи, в яких панує позитивний клімат, що характеризується доброзичливими стосунками між учителями та учнями, чіткими поведінковими очікуваннями та можливостями для змістовної взаємодії, можуть знизити ризик виникнення залежності. Перебування в закладі освіти з високим рівнем булінгу, академічного стресу або відсутністю служб підтримки може сприяти емоційному розладу та застосуванню неадаптивних механізмів подолання труднощів, у тому числі й адиктивної поведінки.

Не можна недооцінювати роль соціальних норм у культурному контексті підлітка. Ставлення суспільства до вживання психоактивних речовин, азартних ігор або надмірного часу, проведеного з гаджетами, впливає на сприйняття підлітками цих форм поведінки. Суспільне середовище, де осуджують залежність або підкреслюють важливість самоконтролю, може стримувати залучення, тоді як те, що зображує вживання психоактивних речовин як обряд посвячення або засіб соціальної інтеграції, може

підвищувати ймовірність експериментів. До того ж медіарепрезентації та маркетингові практики часто спрямовані безпосередньо на підлітків, гламуризуючи такі види поведінки, як вживання алкоголю чи вейпів, та применшуючи їх ризики.

Хоча соціальне середовище може становити значні ризики, воно також пропонує можливості для втручання та підтримки. Позитивний вплив однолітків, згуртованість сім'ї та громадські програми можуть протидіяти привабливості адиктивної поведінки та надавати підліткам здоровіші альтернативи для подолання труднощів і самовираження. Ініціативи під керівництвом однолітків, сімейна терапія та втручання на рівні громади є найбільш ефективними у використанні соціального середовища для профілактики та подолання залежності. Заохочення відкритого діалогу, зміцнення довіри та розбудова стійкості в соціальних відносинах є критично важливими компонентами цих зусиль.

Корекційні стратегії роботи з підлітками, які проявляють адиктивну поведінку, вимагають багатогранного підходу, пристосованого до унікальних вікових, психологічних і соціальних потреб цієї вікової групи. Підлітки – це не просто зменшені копії дорослих; вони представляють специфічні виклики та можливості, пов'язані з їх когнітивним, емоційним та соціальним дозріванням. Ефективне втручання повинно зважати на ці фактори розвитку, водночас усуваючи основні причини та прояви залежності.

Основою корекційних стратегій є створення терапевтичного союзу. Підлітки часто чинять опір авторитетам і можуть не довіряти дорослим, особливо в умовах, коли їхню поведінку називають проблемною. Побудова довіри та взаєморозуміння має важливе значення для залучення їх до терапевтичного процесу. Лікарі та фахівці повинні створити безпечне, неупереджене середовище, де підлітки відчуватимуть, що їх чують і поважають. Така основа відносин має вирішальне значення для сприяння відкритості та співпраці, які є передумовами для ефективної зміни поведінки.

Мотиваційне інтерв'ювання (MI) – широко використовувана методика в роботі з підлітками, які борються з адиктивною поведінкою. Цей клієнтоорієнтований підхід допомагає підліткам дослідити свою амбівалентність щодо змін і посилює їхню внутрішню мотивацію до здорового вибору. MI уникає конфронтаційної тактики, натомість наголошує на емпатії, рефлексивному сприйнятті та з'ясуванні власних причин для змін у дитини. Цей підхід є надзвичайно ефективним, оскільки він відповідає потребі підлітків у автономії та самовизначенні, заохочуючи їх брати на себе відповідальність за процес одужання.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – ще одна науково обґрунтована стратегія, що застосовується для корекції залежності. КПТ допомагає підліткам виявляти та долати

викривлені стереотипи мислення, які сприяють адиктивній поведінці, наприклад, переконання про необхідність уживання психоактивних речовин для подолання проблем або соціального схвалення. Завдяки тренінгам діти дізнаються про більш здорові альтернативи для подолання стресу, регулювання емоцій та протистояння тиску з боку однолітків. Поведінкові компоненти КПТ, як-от закріплення позитивних моделей поведінки та структуроване розв'язання проблем, є вкрай корисними для підлітків, які часто добре реагують на конкретні, дієві стратегії.

Втручання на рівні сім'ї є ключовим компонентом корекційних зусиль з огляду на провідну роль сімейної динаміки в розвитку підлітків. Такі підходи, як функціональна сімейна терапія (ФСТ) та багатовимірна сімейна терапія (БВСТ), спрямовані не лише на поведінку дитини, а й на ширші моделі стосунків у сімейній системі. Ці втручання мають на меті покращити комунікацію, посилити батьківську підтримку та нагляд, а також розв'язати конфлікти, які можуть сприяти схильності підлітка до адиктивної поведінки. Участь сім'ї в корекційному процесі також гарантує, що домашнє середовище сприятиме одужанню дитини, а не збереженню факторів ризику.

Оскільки вплив однолітків є ключовим фактором розвитку дитини, його необхідно враховувати в корекційних стратегіях. Підлітки дуже сприйнятливі до поведінки та установок своїх соціальних груп. Умови групової терапії, особливо ті, що ґрунтуються на позитивній культурі однолітків, можуть бути ефективними для використання їх впливу у конструктивних цілях. У таких умовах підлітки підтримують і притягують один одного до відповідальності, створюючи відчуття спільноти та спільної відповідальності за одужання. Однак необхідна ретельна фасилітація, щоб запобігти закріпленню негативних моделей поведінки в групі.

5.6. Психологічні онтогенетичні механізми розвитку адиктивної поведінки в сучасних умовах

Розвиток адиктивної поведінки в сучасних умовах значною мірою зумовлений психологічними механізмами, які формуються на різних етапах онтогенезу. Одним із центральних чинників цього процесу є переживання токсичного сорому та провини, які посилюють уразливість особистості до адиктивних стратегій подолання стресу. Ефрон та Потер [14] у своїх дослідженнях підкреслюють, що токсичний сором створює у людини відчуття глибокої внутрішньої дефектності, що, своєю чергою, сприяє пошуку зовнішніх засобів регуляції емоційного стану, зокрема психоактивних речовин. Токсична вина, на

відміну від конструктивної, позбавляє можливості адекватного самокоригування та посилює схильність до самодеструктивної поведінки.

Концепція токсичного сорому має важливе значення для розуміння механізмів розвитку адиктивної поведінки. Дослідники наголошують, що цей феномен формується ще в дитячому віці внаслідок неконгруентної взаємодії з батьками або значущими дорослими. Накопичення таких переживань сприяє розвитку негативної Я-концепції, яка у підлітковому віці може стати основою для пошуку засобів тимчасового зняття напруги через хімічні чи нехімічні адикції. У сучасних умовах, коли соціальні вимоги до особистості стають все більш суперечливими, цей механізм набуває особливої актуальності. У зв'язку з цим важливим є застосування корекційних методів, спрямованих на розвиток позитивного самосприйняття та навичок саморегуляції [15 - 16].

Використання схем наприкінці розділу наочно відображає зв'язок між складовими розвитком адиктивної поведінки. Як зазначають Ефрон та Потер, структурне відображення психологічних механізмів сприяє кращому усвідомленню внутрішніх процесів, що відбуваються у особистості. Зокрема, вони підкреслюють, що «сором і вина не лише супроводжують адиктивні розлади, а й можуть бути їхньою першопричиною» [14]. Таким чином, використання схем дозволяє узагальнити представлені дані та підкреслити значущість психокорекційних підходів у запобіганні розвитку адикцій.

Дослідження класичних робіт, таких як Біона і Бриша у праці «Терапія порушень прив'язаності» [19], Балінта у «Базисному дефекті» [20], а також Болбі в «Створенні та руйнуванні емоційних зв'язків» [21], надають цінні уявлення про вплив ранніх дитячих травм та порушень формування прив'язаності на розвиток адиктивної поведінки. У своїх дослідженнях ці вчені акцентують увагу на тому, як недостатня або ненадійна прив'язаність може призвести до емоційних розладів, які, у свою чергу, збільшують схильність до залежностей. Важливо зазначити, що адиктивна поведінка може бути способом компенсації психологічних травм, що виникають через ненадійні або травматичні стосунки в дитинстві.

Особливу увагу слід приділити нейропсихологічним механізмам, які пояснюють цей зв'язок. Наприклад, вивчення нейронних структур, що відповідають за емоційну регуляцію та формування прив'язаності, може пролити світло на те, як дитячі переживання впливають на дорослі емоційні реакції та поведінку. Дослідження Д. Калшеда [22] також надає важливі результати щодо нейробіологічних основ формування прив'язаності, що підтверджує необхідність інтеграції цих знань у підходи до лікування адиктивних поведінкових розладів.

Розвиток адиктивної поведінки тісно пов'язаний із формуванням психологічних захисних механізмів на різних етапах життєвого шляху. Беррі та Дженей Уайнхолд у своїй праці «Втеча від близькості» [17] розглядають контрзалежність як форму уникнення близьких стосунків, що виникає внаслідок ранніх емоційних травм. Вони підкреслюють, що особи з контрзалежністю демонструють зовнішню незалежність та самодостатність, але внутрішньо відчують страх перед близькістю та відторгненням. Це призводить до використання захисних механізмів, таких як заперечення та ізоляція, що можуть сприяти розвитку адиктивної поведінки як способу уникнення емоційного дискомфорту.

Інші дослідники також зазначають, що адиктивна поведінка може бути спробою втечі від реальності через зміну психічного стану, що забезпечує ілюзію безпеки та емоційного комфорту [18]. Психологічні захисні механізми, такі як проєкція та раціоналізація, відіграють ключову роль у цьому процесі, дозволяючи індивіду уникати усвідомлення власних внутрішніх конфліктів та проблем. Таким чином, розуміння взаємозв'язку між формуванням захисних механізмів та розвитком адиктивної поведінки є важливим для розробки ефективних підходів до профілактики та терапії залежностей.

Нормальна аутична фаза

У нормальній аутичній фазі, яка триває від моменту народження приблизно до місячного віку, новонароджений здатний сприймати лише незначну частину того, що знаходиться поза його організмом. Здається, що він живе переважно у світі внутрішніх стимулів і діє на суто інстинктивному рівні. Завдання дитини на цій фазі – досягнення гомеостазу переважно за допомогою фізіологічних механізмів.

Мати має захищати новонародженого від потрясінь і травмування внутрішніми стимулами. Вона допомагає йому поступово перейти від виняткової концентрації лібідо (cathexis) на внутрішніх процесах організму до дедалі більшої концентрації лібідо органів чуття на поверхні тіла і через це – до зростання чуттєвого сприйняття зовнішнього світу.

Нормальна симбіотична фаза

Термін «симбіоз» тут використовується як метафора стану злиття з матір'ю, в якому «Я» ще не відокремилася від «не-Я», а «всередині» та «зовні» лише поступово починають

сприйматися як щось окреме одне від одного. Симбіотична фаза триває приблизно від півтора до 5-6 місяців. Цей термін характеризує не поведінку, наприклад, те, що дитина тримається за матір, а радше її примітивне пізнавально-емоційне життя в цей період, коли диференціація власного «Я» і матері лише починає проявлятися.

У цей час дитина починає розрізняти «приємні», «хороші» якості досвіду та «болісні», «погані» (Малер і Гослінер, 1955).

Коли рівень розвитку дозволяє дитині тимчасово стримувати позиви, тобто коли вона вже здатна чекати і бути впевненою в отриманні задоволення, тільки тоді можна говорити про зародки его і водночас про симбіотичний об'єкт. Таке формування стає можливим завдяки тілесним задоволенням від насичення, пов'язаним із цілісним образом (гештальтом) материнської турботи.

Процеси розвитку та материнська турбота сприяють дедалі більшому чуттєвому сприйняттю дитиною периферії власного тіла разом із прогресивним чуттєвим сприйняттям зовнішнього світу.

«Щоразу, коли в аутичній або симбіотичній фазі виникає організмичний дистрес» – попередник власне тривоги, – мати як партнер залучається для надання особливо великої порції симбіотичної допомоги, спрямованої на підтримку гомеостазу дитини. В іншому випадку нейробіологічні процеси копіювання будуть порушені (Грінакре, 1958).

Нормальна симбіотична фаза є передумовою для відокремлення дитини від матері в наступній фазі сепарації-індивідуації.

Р. Спітц (1965) називав матір «допоміжним его» дитини. Так само «підтримувальна поведінка» матері, яка доглядає за дитиною, її «первинна материнська турбота» можуть вважатися елементами організації симбіозу (Віннікотт, 1956).

Субфаза диференціації

Диференціація – це перша з чотирьох субфаз процесу сепарації-індивідуації. Вона триває приблизно з п'ятого по дев'ятий місяць. Як ми вже зазначали, в дитини стають виразними нові форми готовності, наполегливості та цілеспрямованості. Ці форми є поведінковими проявами процесу «вилуплення» дитини; вони показують, що її чуттєвий центр тепер перебуває в стані готовності, а зосередження чуттєвого сприйняття на зовнішньому світі під час періодів неспання стало більш послідовним.

Одним із найважливіших поведінкових проявів цього є розглядання навколишнього світу – як близького, так і відносно віддаленого. До поведінкових проявів розглядання належать смикання материнського волосся, вух і носа, відхилення тіла назад від матері, що тримає дитину, щоб краще її розглянути, а також розглядання того, що знаходиться за матір'ю. Розглядання допомагає дитині на початковому етапі диференціювати власне тіло від материнського. Період від шостого до сьомого місяця – це пік мануального, тактильного та візуального дослідження материнського обличчя і будь-яких неживих предметів, як-от окуляри, намисто або кулон.

Дитині починають подобатися ігри на зразок «ку-ку», які ініціює мати; пізніше дитина сама активно ініціюватиме ці ігри. Далі, в ході субфази диференціації, приблизно на сьомому – восьмому місяці можна спостерігати перші експерименти дитини з фізичною сепарацією, зокрема такі дії, як відштовхування від матері чи сповзання з її колін, щоб пограти на підлозі біля її ніг.

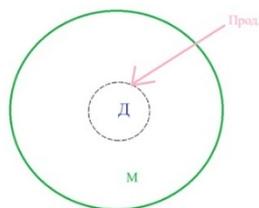


Рис. 5.1. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Індикатором уваги, спрямованої на зовнішній світ, виявляється прототиповий двофазний зоровий патерн, що полягає у зверненні до зовнішніх стимулів, а потім їх перевірки через цілісний образ (гештальт) матері, особливо її обличчя. Із цього зчитування виникають перші елементи характерних реакцій на незнайоме. Спрямована назовні чуттєва діяльність поступово замінює звернений усередину катексис уваги, який донедавна майже виключно був орієнтований на внутрішні відчуття, що симбіотично дезорієнтують.

Тепер розпочинається процес, який цілком справедливо можна назвати «вилупленням» (hatching).

Як вже зазначено, до початку цього процесу диференціація власного «Я» та іншого, а також психічна структура ще відсутні.

Досвід «вилуплення» запускає фазу сепарації-індивідуації і зрештою призводить до виникнення примітивного відчуття власного «Я», усвідомлення свого існування та

індивідуальної ідентичності, а також до перших кроків у напрямі встановлення константності лібідинозного об'єкта і власного «Я».

Процес «вилуплення» являє собою поступову онтогенетичну еволюцію чуттєвого центру – системи сенсорної свідомості, яка врешті-решт призводить до стабільного збудження чуттєвого центру дитини в періоди її неспання.

Також можна спостерігати поведінку, яку називають «митним оглядом» (Броді та Аксельрад, 1966). Вона полягає в пильному та більш-менш обережному вивченні (візуальному та тактильному) всіх особливостей «не-материнського» обличчя та його поетапному порівнянні з дооб'єктним або частково об'єктним образом матері (Малер і Мак-Девітт, 1968). Обидві характерні форми порівняння та перевірки повторюються вже в більш розгорнутому вигляді у віці від 10 до 16 місяців під час практичної субфази відокремлення власного «Я». У цей період вони доповнюються тим, що М. Фурер назвав «емоційним підзарядженням».

Серед багатьох аспектів відносин між матір'ю і дитиною в ранньому дитячому віці на нас справив особливе враження вибір сигналів. Ми спостерігали, як дитина подає багато різних сигналів, щоб виразити свої потреби, дискомфорт або задоволення (Малер і Фурер, 1963). Мати реагує складним і вибіркоким чином лише на певні сигнали. Дитина поступово змінює свою поведінку відповідно до такої вибіркової реакції, роблячи це у спосіб, характерний саме для неї. Це є результатом комбінації її природних здібностей і взаємодії з матір'ю. Із цих взаємозв'язків виникає поведінкова форма, яка вже демонструє певні загальні риси особистості дитини. Те, що ми спостерігаємо, – це народження дитини як індивідуальності (Ліхтенштейн, 1964).

Виявляється, що діти, які мають добрі, міцні стосунки з матерями під час симбіотичної фази та високу надійність у своїх очікуваннях, із більшою ймовірністю виявляють зацікавленість у дослідженні незнайомця. І навпаки, діти, які пережили хворобливі або недостатні симбіотичні відносини, почуваються з незнайомцем більш дискомфортно. У деяких випадках, коли мати надмірно нав'язлива, дитина може навіть надавати перевагу незнайомцеві.

Наприкінці першого року життя і в перші місяці другого особливо чітко видно, що внутрішньопсихічні процеси сепарації-індивідуації мають два переплетені, хоча не завжди пропорційні, шляхи прогресивного розвитку.

Один шлях – індивідуація, тобто еволюція внутрішньопсихічної автономії та структури. Інший – шлях сепарації, роз'єднання з матір'ю. Ці структуроутворювальні процеси до кінця

даної субфази досягають кульмінації у внутрішньому образі власного «Я», який відрізняється від внутрішнього образу об'єкта.

У процес усвідомлення сепарації та індивідуації вносять вклад щонайменше три взаємопов'язані фактори розвитку:

1. Швидка тілесна диференціація від матері, особливо формування межі між «Я» і «не-Я»;
2. Посилення специфічних зв'язків із матір'ю;
3. Дозрівання та активність автономного апарату его в безпосередній близькості від матері.

До 15 місяців дитина вже стає активною, допитливою, ходячою, в неї з'являються складні почуття, прив'язаності та бажання. Її любов до матері поширюється на навколишній світ і на діяльність власного тіла. До того моменту у своєму розвитку вона вже проходить частину шляху, на якому усвідомлює відмінність внутрішнього від зовнішнього, себе від об'єкта і розвиває практичне сенсорно-моторне та сенсорно-афективне відчуття власного «Я».

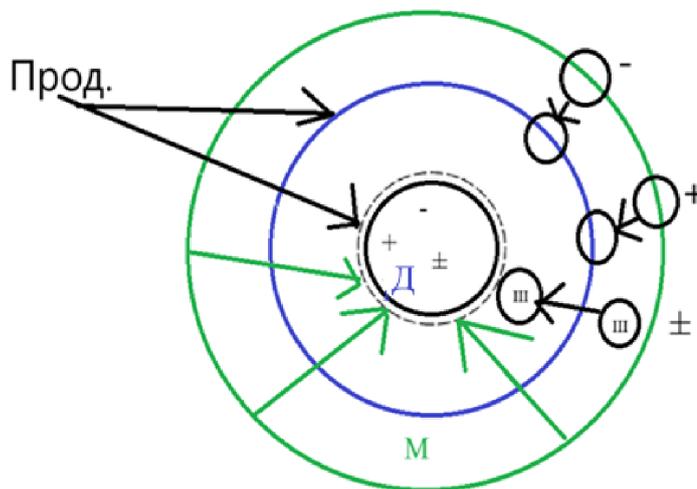


Рис. 5.2. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Сформовані внутрішньопсихічні об'єкти - частини селф

1. Переживання наповненої енергією радості та перезбудження

2. Впізнання обличчя
3. Переживання стану люті через незадоволення та невідповідність (незадоволення з енергією)
4. Відкидання у вигляді афекту невдоволення
5. Прийняття часткового задоволення потреби («досить доброї матері», «грудей»), якій повернуто визнання цінності, у вигляді розслаблення та заспокоєння
6. Навичка емоційного підзарядження

Форми присутності батька або матері (турботливого, такого, що підтримує розвиток):

1. Ти можеш досліджувати світ, експериментувати, а я буду підтримувати й захищати тебе.
2. Ти можеш використовувати всі свої органи чуття, пізнаючи світ.
3. Ти можеш повторювати щось стільки разів, скільки тобі потрібно.
4. Ти можеш знати те, що знаєш.
5. Ти можеш цікавитися будь-чим.
6. Мені подобається спостерігати за твоєю ініціативою, зростанням і навчанням.
7. Я люблю тебе, коли ти активний, і люблю тебе, коли ти спокійний.

Субфаза возз'єднання

Оскільки субфаза зближення, як і остання (четверта) субфаза, буде розглянута в наступному розділі, тут ми зробимо лише короткі вступні зауваження.

У субфазі зближення, яка охоплює вік від 16 до 24 місяців, мати вже не сприймається дитиною як щось «само собою зрозуміле». Завдяки набутій здатності до прямої ходи та формуванню початкових елементів репрезентативного мислення дитина усвідомлює остаточність свого відокремлення саме в той момент, коли їй потрібно впоратися з дедалі складнішою внутрішньою і зовнішньою реальністю.

Її попередня самостійність, що не вимагала присутності матері, зараз змінюється активними формами поведінки, спрямованими на зближення. Дитина хоче поділитися з матір'ю новими вміннями та досвідом, відчуває потребу в її любові й постійно турбується про її місцезнаходження. Колишня свобода руху та дослідження поступово поступається місцем усвідомленню відокремленості від матері, що викликає нові емоційні переживання. Вона

вже не настільки байдужа до ударів і падінь, як раніше, і її може «засмутити» навіть раптове усвідомлення розлуки з матір'ю.

У цей період найбільше задоволення дитина отримує від соціальних взаємодій.

Усвідомлення власної відокремленості та обмеженості можливостей спричиняє загрозу руйнування почуття самоповаги й віри у власне «магічне всемогуття». Вона поступово приходять до розуміння, що бажання матері не завжди збігаються з її власними, і часто вступає з нею в конфлікти. Використовуючи всі доступні механізми опору, дитина намагається придушити болісне відчуття розлуки з матір'ю, але водночас відчуває сильне бажання розширити сферу своєї новонабутої самостійності.

Вона розривається між потребою залишатися поруч із матір'ю та бажанням віддалитися, між прагненням приносити їй радість і роздратуванням на неї. Останнє спричинено ревностями та почуттям власництва, характерним для анальної фази, а також реакціями на анатомічні статеві відмінності, особливо в маленьких дівчаток цього віку.

У цей період можна спостерігати:

- періоди необґрунтованих примх і невдоволення;
- відроджений страх перед незнайомцями та розлукою;
- порушення сну;
- тенденцію до депресивного настрою;
- помітну амбівалентність і ворожість щодо матері, які призводять до кризи в їхніх стосунках.

Це проявляється в прив'язаності, що змінюється раптовими втечами від матері, у вимогливій та негативістичній поведінці, в спалахах роздратування, а також у захисних механізмах «розщеплення» уявлення про об'єкт.

У крайніх випадках таке поведіння є сигналом тривоги.

Існують три основні базові страхи на ранньому етапі розвитку дитини:

- Страх втрати об'єкта;
- Страх втрати любові об'єкта;
- Страх кастрації.

Усі вони виникають у цій субфазі.

Матері часто важко зрозуміти, як узгодити дві протилежні тенденції в поведінці дитини: її бажання стати більш незалежною та водночас залишатися поруч із матір'ю.

У віці від 15 до 24 місяців, з набуттям навичок самостійного пересування та репрезентативного мислення, дитина переживає кризу відокремлення, що є для неї серйозним випробуванням. Це пояснює:

- її болісне усвідомлення себе;
- конфлікти з матір'ю;
- внутрішні суперечності в самій дитині.

Найвищої інтенсивності ці конфлікти досягають у період кризи зближення.

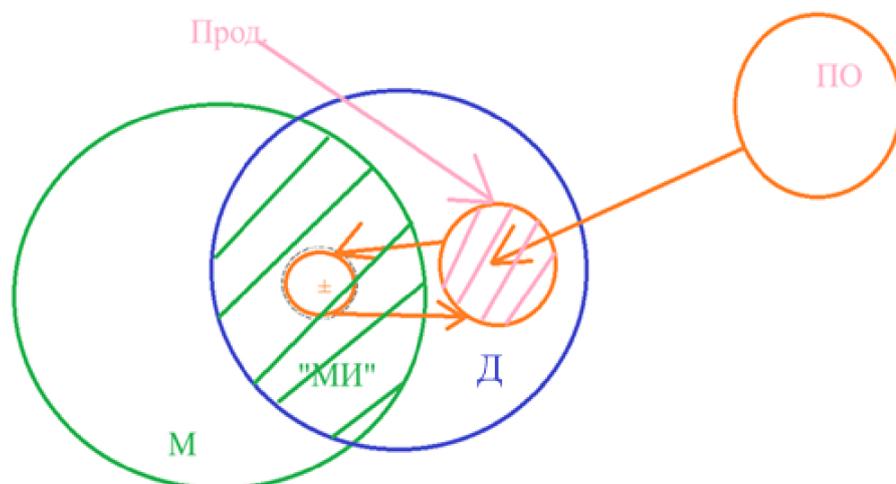
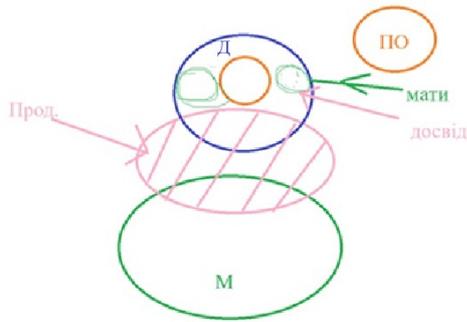


Рис. 5.3. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Сформовані внутрішньопсихічні об'єкти - частини селф

1. Зворотно-поступальний рух у середовищі від значущого об'єкта і назад.
2. Навичка перенесення властивостей турботливого середовища на предмет, наповнений символізмом (перехідний об'єкт, талісман).
3. Навичка опори (заспокоєння, зниження тривоги) на перехідний об'єкт.
4. Здатність переживати себе наповненим енергією - спонтанним інтересом, більшою мірою, ніж раніше.
5. Відокремлення себе від об'єкта.
6. Страх втрати любові.
7. Страх втрати об'єкта (матері, її функцій).



8.

Рис. 5.4. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Сформовані внутрішньопсихічні об'єкти - частини селф

1. Формування досвіду контакту із зовнішнім світом, сепараційний процес «я сам».
2. Запам'ятовування досвіду «я сам» як перехідного простору, створення мапи зовнішнього світу всередині свідомості.
3. Досвід переживання зупинки руху, обмеження автономії.
4. Досвід копіювання поведінки дорослих навколо.
5. Навичка переживання сорому як зупинки та обмеження автономії.

Способи присутності батьків (турботливих, таких, що підтримують розвиток)

- Я рада, що ти починаєш думати про себе.
- Це нормально й добре для тебе, якщо ти злишся, і я не дозволю тобі завдавати болю собі чи іншим.
- Ти можеш говорити «ні» й чинити опір стільки, скільки тобі потрібно.
- Ти можеш навчитися думати за себе, а я буду думати за тебе.
- Ти можеш одночасно думати й відчувати.
- Ти можеш знати, що тобі потрібно, і просити про допомогу.
- Ти можеш стати окремою від мене людиною, і я продовжу любити тебе.

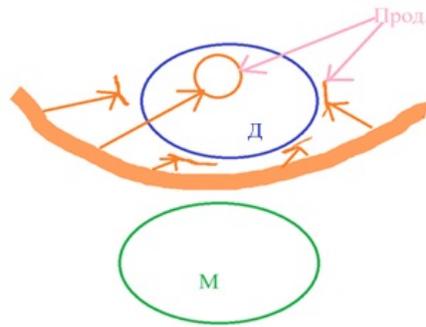


Рис. 5.5. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Сформовані внутрішньопсихічні об'єкти - частини селф

1. Формування ЗВ'ЯЗКУ між тілесно-психічними феноменами дитини та мовним представленням про себе, заповнення перехідного простору РЕАЛІСТИЧНИМИ зв'язками як феноменологією усвідомлення «Я».
2. Досвід ВІДЧУТТЯ ОКРЕМОСТІ, який супроводжується та підтримується В ПРИСУТНОСТІ іншого.
3. Досвід ПОВАГИ (значущості, важливості, цінності, внутрішнього права, «хорошості») до переживання та відчуття себе, завдяки збалансованому співвідношенню ОБМЕЖЕННЯ автономії та ВІДЗЕРКАЛЕННЯ.
4. Досвід ЗУСИЛЬ (втоми, вражень, уповільнення, реалізації) імпульсивної енергії в процесі пізнання себе.
5. Навичка ЗАПИТУВАННЯ визнання себе як основи для розвитку контакту та діалогу в ситуаціях порожнечі та сорому.

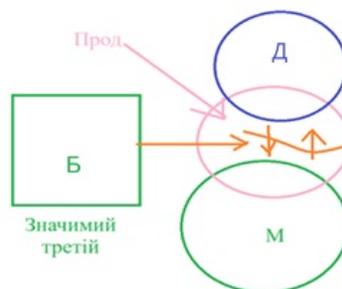


Рис. 5.6. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Сформовані внутрішньопсихічні об'єкти - частини селф

1. Досвід усвідомлення ПРИТЯГНЕННЯ (привабливості, тропізму, тяжіння) до батька протилежної статі.
2. Переживання ВЛАСНОЇ ПРИВАБЛИВОСТІ ДЛЯ батька протилежної статі (доповнення уявлення про себе).
3. Засвоєння ПОЗИТИВНОСТІ ЗУПИНЕННЯ (регульованості, фрустрації факультативних потреб) з боку батька своєї статі у відношенні до іншого з батьків як цінного переживання (передумови інтерсуб'єктності та усвідомлення цінності регуляції поведінки іншими).
4. Формування досвіду ПОВАГИ (до ІНШОГО й до інших) та цінності батька своєї статі як процесу розвитку і зміцнення ідентичності (що більше поваги до батька - то більше до себе).
5. Навичка РОЗРІЗНЕННЯ оцінки ініціативи та вчинків від особистісних рис, проявів та інших феноменів.
6. Досвід формування ПОЗИТИВНОГО ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ІНІЦІАТИВОЮ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ.
7. Досвід ЗРОБИВ - ВТОМИВСЯ (vs дізнався - втомився).
8. Досвід ПРИВЛАСНЕННЯ СИСТЕМНИХ ПОВЕДІНКОВИХ СЦЕНАРІЇВ із сімейної системи (репрезентація системних інтеракцій).

Способи присутності батька (турботливого, що підтримує розвиток):

- Ти можеш досліджувати, хто ти, і дізнаватися, хто такі інші люди.
- Ти можеш бути одночасно і сильним, і тим, що потребує допомоги.
- Ти можеш пробувати себе в різних ролях і різними шляхами відчувати свою силу та значущість.
- Ти можеш усвідомлювати наслідки своєї поведінки.
- Усі твої почуття цінні у спілкуванні зі мною.
- Ти можеш розуміти, що реальне, а що уявне.
- Я люблю тебе таким, який ти є.

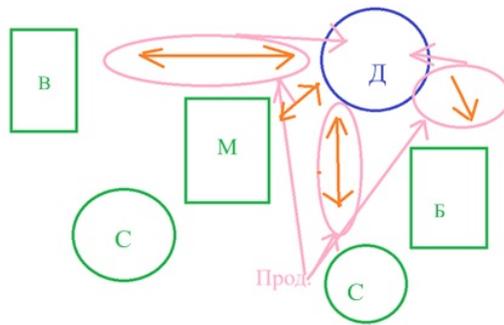


Рис. 5.7. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Способи присутності батька (турботливого, що підтримує розвиток):

- Ти можеш обдумати, перш ніж сказати «так» або «ні», і вчитися на своїх помилках.
- Ти можеш довіряти своїй інтуїції, яка допоможе тобі вирішити, що робити.
- Ти можеш знайти свій шлях і діяти так, щоб це працювало на тебе, а не проти тебе.
- Ти можеш засвоїти ті правила, які допомагають тобі жити серед людей.
- Ти можеш навчитися, коли і як можна висловлювати незгоду.
- Ти можеш думати про себе й отримувати допомогу, замість того щоб залишатися наодинці зі своїм нещастям.
- Я люблю тебе, навіть коли ми різні, й мені подобається рости разом із тобою.

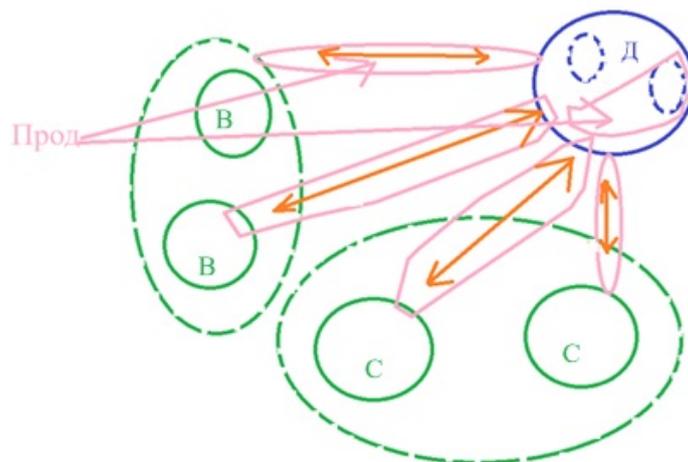


Рис. 5.8. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Способи присутності батька (турботливого, що підтримує розвиток):

- Ти можеш знати, хто ти є, й опанувати та практикувати навички незалежності.

- Ти можеш навчитися розрізняти поняття сексуальності та дорослішання і бути відповідальним за свої потреби та поведінку.
- Ти можеш розвивати свої інтереси та взаємини.
- Ти можеш навчитися використовувати старі навички по-новому.
- Ти можеш зростати у своїй мужності або жіночності, водночас іноді допускаючи залежність від інших.
- Я із цікавістю чекаю, щоб пізнати тебе як дорослого.
- Моя любов завжди з тобою. Я довіряю тобі та знаю, що ти звернешся до мене за підтримкою, коли тобі це буде потрібно.

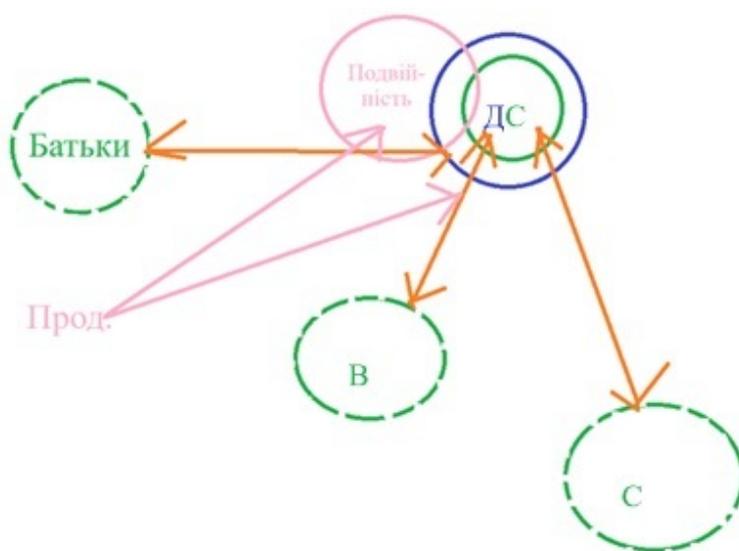


Рис. 5.9. Ранні етапи формування внутрішньопсихічних процесів

Способи присутності батька (турботливого, що підтримує розвиток):

- Твої потреби важливі.
- Ти можеш бути унікальним і високо цінувати унікальність інших.
- Ти можеш бути як взаємозалежним, так і незалежним.
- Протягом усього життя ти можеш зберігати та розширювати свою відданість власному духовному зростанню, родині, друзям, спільноті та людству.
- Ти можеш будувати власні цінності, досліджувати свої ролі та завдання.
- Ти можеш бути творчою, компетентною, продуктивною і сповненою радості людиною.
- Ти можеш довіряти своїй внутрішній мудрості.
- Ти можеш казати «привіт» і «прощавай» людям, ролям, мріям і рішенням.

- Ти можеш завершити будь-який етап свого життєвого шляху і з нетерпінням та радістю розпочати новий.
- Твоя любов стає дедалі зрілішою, і вона розширюється.
- Тебе люблять у будь-якому віці.

Гармонійний розвиток особистості та профілактика залежностей

Досить повно сформовано внутрішньопсихічні об'єкти як частини селф, тобто відповідні системі соціальних навичок і вмінь, поширених у суспільстві, сприяють гармонійному розвитку особистості. Це є засобом профілактики формування адиктивних способів подолання викликів навколишнього середовища та суспільства, запобігаючи розвитку адаптаційного синдрому у вигляді адиктивних патернів, що згодом можуть переростати в нехімічні та хімічні залежності.

УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ У СХЕМАХ:

У схемах подано такі скорочення:

М - мати або суб'єкт, що піклується в ролі матері

Д(синім) - дитина на відповідних етапах розвитку

+,-,+ - умовно позитивні + форми піклування, що призводять до гомеостазу, або негативні -, або частково +-.

Суцільна лінія - цілісні межі

Пунктирна лінія - незрілі кордони в процесі формування

Потрійний штрих - властивості материнської турботи як патерн, цілісний образ

ПРОД - продукт, тобто внутрішньопсихічний об'єкт, нове утворення СЕЛФ, запам'ятовується властивість, процес або навичка, або вміння.

ПО - перехідний об'єкт

ПП - перехідний простір

Помаранчева дуга зі стрілками - процес відображення середовищем властивостей дитини

Б - батько або суб'єкт, що його замінює

С (зеленим) - сиблінги

В (у прямокутнику) - вчителі

В (у колі) - учителі в підлітковий період

Д (у подвійному колі) - дитина, яка засвоює подвійність моделей конструктів, ідеалів

5.8. Висновки

Узагальнюючи матеріал, викладений у цьому розділі, можна дійти висновку, що адиктивна поведінка є складним феноменом, що формується під впливом взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, особливо в критичні періоди розвитку. Ранні етапи життя відіграють вирішальну роль у становленні особистості, оскільки саме в цей час закладаються основи емоційної регуляції, соціальної адаптації та поведінкових моделей, які впливають на майбутню схильність до адикцій.

Розділ висвітлює концепцію критичних періодів, підкреслюючи значення раннього дитинства та підліткового віку, коли нейропластичність мозку та чутливість до впливів середовища є максимальними. Порушення в ці періоди, зокрема у формуванні прив'язаності, емоційної регуляції чи соціальних навичок, можуть сприяти виникненню адиктивної поведінки. Окрему увагу приділено ролі негативного дитячого досвіду, такого як травми, стрес чи неблагополучні сімейні умови, які мають довготривалий вплив на психологічний розвиток дитини.

У розділі детально розглянуто механізми формування залежностей, включаючи вплив біологічних факторів, як-от генетична схильність, порушення прив'язаності та стресорні впливи на мозкові структури. Значне місце відведено аналізу психосоціальних умов, які або сприяють здоровому розвитку, або підвищують уразливість до адикцій, включаючи батьківські практики, соціальне середовище та доступ до ресурсів.

Також підкреслено важливість ранньої діагностики та профілактики адиктивної поведінки. Наголошено на значенні втручань, спрямованих на зміцнення дитячо-батьківських стосунків, формування безпечної прив'язаності, розвиток навичок емоційної регуляції та зниження впливу негативних факторів середовища. Особливу увагу приділено впровадженню програм, які забезпечують підтримку сімей, розвиток стійкості в дітей та формування здорових механізмів адаптації.

Отже, адиктивна поведінка є результатом комплексної взаємодії різноманітних факторів, що діють у критичні періоди розвитку. Попередження та подолання цього явища вимагають багатогранного підходу, що включає поєднання ранньої діагностики, втручань, підтримки сімей і суспільства, а також створення сприятливого середовища для гармонійного розвитку особистості.

5.9. Питання для самоконтролю

1. Що таке адиктивна поведінка і як вона пов'язана з раннім розвитком?
2. Яке значення мають критичні періоди розвитку для формування особистості?
3. Як впливає рання прив'язаність на схильність до адиктивної поведінки?
4. Які біологічні фактори впливають на розвиток адиктивної поведінки?
5. Що таке нейропластичність і яку роль вона відіграє в ранньому розвитку?
6. Як пренатальні фактори, як-от здоров'я матері, впливають на формування адиктивної поведінки в дитини?
7. Який зв'язок між материнським стресом і епігенетичними змінами у плода?
8. Як дитячо-батьківські стосунки впливають на ризик адиктивної поведінки?
9. Чим відрізняються надійна і ненадійна прив'язаність і як вони впливають на емоційну регуляцію?
10. Як стиль виховання батьків може підвищувати або знижувати ризик розвитку залежностей?
11. Яку роль відіграють соціальні та культурні чинники у формуванні адиктивної поведінки?
12. Як травматичний досвід у дитинстві впливає на ризик розвитку залежностей?
13. Яким чином стрес у ранньому віці впливає на мозкові структури?
14. Що таке гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГН) і як вона пов'язана зі стресом?
15. Як нейробиологічні зміни, спричинені стресом, впливають на ризик залежностей?
16. Які наслідки порушення емоційної регуляції для формування поведінкових моделей?
17. Як психосоціальні умови раннього дитинства впливають на ризик адиктивної поведінки?
18. Чому якість догляду за дитиною є критично важливою для запобігання залежностям?
19. Як хронічний стрес у ранньому дитинстві формує схильність до адиктивної поведінки?
20. Яку роль відіграють ранні соціалізаційні процеси у формуванні здорових механізмів адаптації?
21. Які моделі поведінки найчастіше формуються у відповідь на ранні травматичні події?
22. Як поведінковий патерн уникання впливає на подальший емоційний розвиток?
23. Чим відрізняються екстерналізована та інтерналізована поведінка у відповідь на травму?
24. Як раннє виявлення груп ризику може знизити ймовірність розвитку адиктивної поведінки?

25. Які втручання є ефективними для подолання наслідків ранньої травми?
26. Як програми ранньої профілактики допомагають знизити ризик залежностей у дітей?
27. Чому важливо навчати батьків ефективним методам виховання?
28. Які навички, що розвиваються через соціально-емоційне навчання (СЕН), сприяють зниженню ризику адиктивної поведінки?
29. Як рання діагностика та втручання допомагають змінити траєкторію розвитку дитини?
30. Які політичні та соціальні ініціативи можуть сприяти профілактиці адиктивної поведінки?

5.10. Тестові завдання

Тестові завдання з однією правильною відповіддю

1. Що є одним із ключових факторів формування адиктивної поведінки?
 - a) Вплив соціальних мереж
 - b) Погіршення економічної ситуації
 - c) Порушення прив'язаності в дитинстві
 - d) Поширення азартних ігор

2. Який термін використовується для опису особливих періодів розвитку, коли середовище найбільше впливає на формування особистості?
 - a) Когнітивний розвиток
 - b) Критичні періоди
 - c) Соціальна адаптація
 - d) Емоційна регуляція

3. Що є характерним наслідком тривалого стресу в ранньому дитинстві?
 - a) Покращення когнітивних здібностей
 - b) Підвищення стійкості до впливів середовища
 - c) Порушення регуляції емоцій
 - d) Зниження рівня імпульсивності

4. Як стиль виховання авторитарного типу впливає на дитину?
 - a) Сприяє розвитку самостійності
 - b) Може викликати емоційну дисрегуляцію
 - c) Формує довіру до оточення
 - d) Підвищує рівень креативності

5. Що є основним біологічним фактором, який сприяє формуванню залежностей?
- a) Стабільний рівень гормонів стресу
 - b) Зміни в системі винагороди мозку
 - c) Зменшення соціальних контактів
 - d) Підвищення фізичної активності
6. Який механізм найбільш пов'язаний із впливом травматичного досвіду на мозок?
- a) Зниження пластичності нейронних зв'язків
 - b) Розвиток нових когнітивних навичок
 - c) Зміцнення зв'язків між областями мозку
 - d) Підвищення рівня окситоцину
7. Що з перерахованого є прикладом інтерналізованої поведінки?
- a) Агресія по відношенню до оточення
 - b) Соціальна ізоляція та депресія
 - c) Участь у ризикованих діях
 - d) Часті конфлікти з однолітками
8. Який елемент ранньої профілактики є найбільш ефективним для зниження ризику адиктивної поведінки?
- a) Обмеження використання технологій
 - b) Навчання батьків ефективним методам виховання
 - c) Впровадження санкцій для дітей
 - d) Виключення дитячих розваг з освітнього процесу
9. Що є одним із пріоритетів соціально-емоційного навчання (СЕН)?
- a) Розвиток конкурентоспроможності серед дітей
 - b) Стимулювання матеріальних заохочень
 - c) Навчання дітей навичкам саморегуляції
 - d) Підвищення рівня академічних досягнень
10. Як хронічний стрес у дитинстві впливає на схильність до адиктивної поведінки?
- a) Стимулює розвиток адаптивних стратегій подолання проблем
 - b) Посилює негативний вплив нейробиологічних факторів
 - c) Знижує чутливість до психоактивних речовин
 - d) Забезпечує стабільну емоційну підтримку

Тестові завдання з декількома правильними відповідями

1. Які фактори впливають на формування адиктивної поведінки?
- a) Генетична схильність
 - b) Психосоціальне середовище

- c) Фізична активність
- d) Нейропластичність мозку

2. Які особливості дитячо-батьківських стосунків підвищують ризик адиктивної поведінки?

- a) Непослідовність у вихованні
- b) Надмірний контроль
- c) Емоційна підтримка
- d) Нехтування потребами дитини

3. Що є характерними наслідками порушення критичних періодів розвитку?

- a) Емоційна дисрегуляція
- b) Зниження нейропластичності
- c) Підвищення когнітивних здібностей
- d) Розвиток адаптивних механізмів

4. Які біологічні процеси пов'язані з впливом стресу на мозок?

- a) Активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі
- b) Зміни в системі винагороди мозку
- c) Посилення нейронних зв'язків у префронтальній корі
- d) Зниження активності мигдалеподібного тіла

5. Які наслідки мають хронічні стреси в ранньому дитинстві?

- a) Порушення регуляції емоцій
- b) Підвищення стійкості до стресових факторів
- c) Розвиток імпульсивної поведінки
- d) Формування міцних соціальних зв'язків

6. Які психосоціальні умови сприяють формуванню здорових механізмів адаптації в дітей?

- a) Авторитетний стиль виховання
- b) Соціально-емоційне навчання
- c) Відсутність чітких меж у вихованні
- d) Підтримувальне соціальне середовище

7. Що може бути наслідком негативного дитячого досвіду?

- a) Розвиток адиктивної поведінки
- b) Підвищення емоційної стабільності
- c) Схильність до депресії
- d) Зменшення імпульсивності

8. Які фактори важливі для успішної профілактики адиктивної поведінки?

- a) Раннє виявлення груп ризику

- b) Навчання батьків ефективним методам виховання
- c) Забезпечення доступу до електронних пристроїв
- d) Формування підтримувальних сімейних стосунків

9. Які наслідки можуть мати порушення прив'язаності в дитинстві?

- a) Труднощі у формуванні довірливих стосунків
- b) Підвищена схильність до емоційної регуляції
- c) Ризик розвитку залежностей
- d) Підвищення когнітивної стійкості

10. Які втручання допомагають зменшити ризик адиктивної поведінки в дітей?

- a) Програми ранньої профілактики
- b) Формування соціальних мереж підтримки
- c) Ігнорування емоційних потреб дитини
- d) Підвищення освітнього рівня батьків

Тестові завдання з розгорнутою відповіддю

1. Опишіть, як критичні періоди розвитку впливають на формування схильності до адиктивної поведінки.
2. Проаналізуйте, як порушення прив'язаності в ранньому дитинстві можуть спричинити проблеми з емоційною регуляцією.
3. Розкажіть, яким чином нейропластичність мозку визначає реакцію на стресові фактори в ранньому віці.
4. Поясніть, як хронічний стрес у ранньому дитинстві впливає на структуру та функції мозку.
5. Опишіть роль сімейного середовища у формуванні здорових або дезадаптивних поведінкових моделей у дитини.
6. Визначте, як травматичний досвід у дитинстві впливає на здатність формувати стосунки в дорослому житті.
7. Проаналізуйте механізми впливу біологічних і соціальних факторів на розвиток адиктивної поведінки в підлітковому віці.
8. Опишіть, як рання діагностика та втручання можуть допомогти запобігти розвитку залежностей.
9. Розкажіть про ефективні методи роботи з батьками для зниження ризику адиктивної поведінки в дітей.

10. Проаналізуйте, як взаємодія між генетичними та екологічними факторами впливає на розвиток адиктивної поведінки.

Посилання на статті з теми розділу для конспектування:

1. Галич Я. Когнітивно-поведінкова психотерапія як напрям у корекції поведінкових девіацій. *Юридична психологія*. 2023. Т. 33, № 2. С. 62-70. URL: <https://doi.org/10.33270/03233302.62> (дата звернення: 29.01.2025).
2. Гошовська О. Я. Вплив психологічних травм дитинства на особливості застосування психозахисту дорослими у процесі самоприйняття: емпіричні аспекти. *Психологічні перспективи*. 2013. Вип. 21. С. 18-27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2013_21_5 (дата звернення: 29.01.2025).
3. Железнякова Ю. В. Адиктивна поведінка як наслідок суб'єктивного почуття самотності молодших підлітків. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2017. № 1. С. 75-83. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tippp_2017_1_12 (дата звернення: 29.01.2025).
4. Золотова Г. Д. Системний підхід до профілактики адиктивної поведінки дітей. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2014. № 5(1). С. 163-178. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2014_5%281%29__21 (дата звернення: 29.01.2025).
5. Золотова Г. Д. Сучасні соціально-педагогічні погляди на проблему адиктивної поведінки дітей. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2013. № 1. С. 61-70. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/spttp_2013_1_10 (дата звернення: 29.01.2025).
6. Зубрицька І. Специфічні фактори впливу на вживання алкогольних та наркотичних речовин серед підлітків. *Пріоритетні напрями європейського наукового простору: пошук студента*. 2023. 276-280. URL: <http://surl.li/dgjimi> (дата звернення: 29.01.2025).
7. Матейко Н. Вплив сімейного виховання на формування адиктивної поведінки дітей і підлітків. *Вісник Прикарпатського університету. Філософські і психологічні науки*. 2014. № 18. С. 142-146. URL: <http://surl.li/hulotu> (дата звернення: 29.01.2025).
8. Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю., Юхименко І. В. Психологічні особливості впливу конформізму на виникнення наркотичної та алкогольної залежності студентів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 3(2). DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2019-50-3-2-200-208> (дата звернення: 29.01.2025).

9. Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю. Теоретичний аналіз проблеми впливу конформізму на виникнення адиктивної поведінки студентів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. №1 (48) С. 143-149. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/36354> (дата звернення: 29.01.2025).
10. Пасічник Л. Психологічні особливості поведінки особистості з різними адикціями. *Psychological Prospects Journal*. 2024. № 43. С. 143-160. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-43-pas>

Основна література:

1. Galperin A., Haselton M. Predictors of How and When People fall in Love. *Evolutionary Psychology*. 2010. Vol. 8 (1). P. 5-28.
2. Hagedorn B. W., Juhnke G. A. Treating the Sexually Addicted Client: Establishing a Need for Increased Counselor Awareness. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 2005. Vol. 25. P. 66-86.
3. Войскунский А. Е. Актуальні проблеми психології залежності від Інтернету. *Психологічний журнал*. 2004. № 1. С. 91-102. URL: <http://surl.li/ujvwyu> (дата звернення: 29.01.2025).
4. «Вчимося керувати емоціями»: тренінгова програма для дівчат-підлітків / Васлоян О. К., Москаленко В. Л., Новохатня К. А.; за ред. А.- Д. Греам, Т.В.Журавель. Київ: Агрітім Канада, 2016. 84 с.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
6. Горбунова В. В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Л.: Інститут психічного здоров'я УКУ, 2016. 28 с.
7. Зливков В., Лукомська С., Євдокимова Н., Ліпінська С. Діти і війна: монографія. Київ-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М., 2023. 221 с.
8. Комплексна програма реабілітації дитини: стратегія, технології, перспективи / ред.кол.: С. О. Новік. Київ: Студія сучасної соціальної реклами. 2003. 190 с.
9. Крамченкова В. О. Тютюнова адикція з точки зору основних психологічних шкіл. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2015. № 6. С. 179-184. URL: <http://surl.li/vpylet>

10. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.
11. Панина Г., Пиликян К., Штукатурова В. Профілактика згубних залежностей у дітей: психолого-педагогічний підхід. *Виховна робота*. 2001. № 9. С. 12-17.
12. Ткач Б. М. Сучасні погляди на проблему адиктивної поведінки учнівської молоді. *Вісник Київського національного університету ім. Т. Г.Шевченка. Серія: Соціологія. Психологія. Педагогіка*. Київ, 2003. №17 - 18. С. 114-117.
13. Формування навичок здорового способу життя в дітей та підлітків: навч-метод. посіб./ Вінда О. В., Капська А. Й., Коструб О. П. та ін. Київ: НікаЦентр, 2002. 280 с.
14. Efron, M., Poter, R. *Shame, Guilt, Alcoholism*. New York: Free Press, 1996. – 287 p.
15. Tangney, J. P., Dearing, R. L. *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press, 2002. – 272 p.
16. Bradshaw, J. *Healing the Shame That Binds You*. Deerfield Beach: Health Communications, 1988.
17. Уайнхолд Б. К., Уайнхолд Дж. Б. Втеча від близькості. Звільнення ваших відносин від контрзалежності – іншого боку співзалежності / Пер. з англ. Київ : Видавництво, 2011. 528 с.
18. Психологія залежної поведінки : навч. посіб. / за ред. О. В. Ткаченко. – Луцьк : Вежа-Друк, 2020. 224 с.
19. Біон В. А., Бриш Л. Т. Терапія порушень прив'язаності. Санкт-Петербург : Прайм-Евроснак, 2013. 432 с.
20. Балінт М. Базисний дефект. Москва : Издательство, 1998. 256 с.
21. Болбі Дж. Створення та руйнування емоційних зв'язків. Київ : Видавництво, 2005. 320 с.
22. Калшед Д. Психоданаліз, прив'язаність і неврологія: теорія та практика. Київ : Наукова думка, 2019. 180 с.

Додаткова література:

1. Балакірева О. М. Стан та чинники здоров'я українських підлітків / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Аптюх та ін. Київ: ЮНІСЕФ, Укр. ін-тсоц. дослідж. ім. О. Яременка, 2011. 172 с.
2. Гурлева Т. С. Розвиток автономної відповідальності у підлітка: аргументи «за». *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. № 9. С. 64-68.

3. Деминда Е. Індивідуальне консультування наркозалежних підлітків / Е. Деминда, Дж. В. Мерсер. Одеса, 2001. 228 с.
4. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. Навчальний посібник / Н. Ю. Максимова. К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2002. 308 с.
5. Максимова Н. Ю. Соціально-психологічний аспект профілактики адиктивної поведінки підлітків та молоді / Н. Ю. Максимова, С. В. Толстоухова. Київ, 2000. 200 с.
6. Мікляєва А. В., Румянцева П. В. Шкільна тривожність: діагностика, профілактика, корекція. СПб.: Речь, 2004. 248 с.
7. Ніконова О. Ю. Діагностика співзалежності у роботі психолога-практика. *Вісник Харківського нац. пед. університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2011. № 38. С. 73-83.
8. Ніконова О. Ю. Діагностика співзалежності у роботі психолога-практика *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2011. Вип. 38. С. 73-83. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2011_38_9 (дата звернення: 29.01.2025).
9. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.
10. Рудніцька І. Етапи шкільного життя дитини: Профілактика та корекція відхилень в особистісному розвитку. *Психологічна готовність до адиктивної поведінки. Психолог.* - 2003. №7(лютий). С. 9-20.
11. Савчук О. В. Соціально-психологічний аналіз факторів вживання неповнолітніми психотропних речовин. *Вісник Київського національного університету ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Соціологія. Психологія. Педагогіка*. 2002. № 14. С. 51-54.
12. Сходинки здоров'я для батьків: просвітницько-профілактична тренінгова програма: навч.-метод. посібник для фахівців соціальної сфери щодо проведення просвітницько-профілактичних занять за програмою «Сходинки» з батьками/опікунами підлітків, які перебувають у конфлікті із законом / Т. Г. Веретенко та ін.; за ред. Т. Л. Лях. Київ: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 156 с.
13. Хорні К. Наші внутрішні конфлікти. Конструктивна теорія неврозів. Київ: ВД «Сварог», 2023. 245 с.
14. Яценко Т. С. По той бік символіки психомалюнків. *Практична психологія та соціальна робота*. 1999. № 7. С. 25-26.

ТЕМА 6

СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ОКРЕМИЙ ВИПАДОК ЗАЛЕЖНОСТІ



6.1. Вступ

У цьому розділі розглядається феномен співзалежності як особливий випадок залежності, що має глибокий вплив на емоційний, психологічний та соціальний аспекти життя людей. У ньому зазначено основні концепції цього явища, включаючи його визначення, причини виникнення та характерні риси, які дозволяють виявити співзалежність у міжособистісних стосунках.

У розділі також розкрито питання психологічних, психодинамічних, сімейних та культурних чинників, які впливають на розвиток співзалежної поведінки. Особлива увага приділяється аналізу її когнітивних, емоційних та поведінкових проявів, що створюють замкнене коло нездорових стосунків.

Метою цього розділу є висвітлення складної динаміки співзалежності, визначення її причин та наслідків, а також вивчення можливих шляхів розв'язання проблеми через терапевтичні втручання, самопізнання та розвиток здорових моделей взаємодії.

У цьому розділі акцентовано увагу на важливості розуміння співзалежності як багатогранного явища, що охоплює емоційний, поведінковий, когнітивний та соціальний складники. Підкреслено, що співзалежність не обмежується лише однією сферою життя, а пронизує всі аспекти міжособистісної взаємодії, впливаючи як на особисті стосунки, так і на професійну діяльність чи соціальне функціонування людини.

Також розкрито питання впливу співзалежності на психічне здоров'я та загальне благополуччя, зокрема висвітлюються такі аспекти, як зниження самооцінки, емоційне виснаження та розвиток тривожних і депресивних станів. Також зазначено роль культурних і релігійних факторів у формуванні співзалежності, які через соціальні норми й очікування можуть закріплювати моделі поведінки, характерні для співзалежних стосунків.

У цьому розділі не лише описано проблематику співзалежності, але й проаналізовано можливості її подолання, крім того, зазначено роль таких підходів, як когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічні втручання та групова підтримка. Розкрито важливість особистісного зростання, емоційного інтелекту та встановлення здорових меж як ключових етапів у подоланні співзалежності.

6.2. Співзалежність: головні поняття

Співзалежність – це психологічний і поведінковий стан, що характеризується нездоровою залежністю від іншої людини для отримання емоційної підтримки та самоповаги. Вона часто проявляється в стосунках, де один із партнерів бореться із залежністю, психічним захворюванням або іншими проблемами, які потребують значної допомоги та уваги. Така ситуація створює дисбаланс, коли співзалежна людина часто приносить у жертву власні потреби й благополуччя, щоб зберегти стосунки й підтримати іншу людину. Поняття співзалежності виникло в контексті лікування наркоманії наприкінці ХХ століття, але відтоді розширилося й охоплює ширший спектр міжособистісної взаємодії, зокрема емоційну, психологічну і навіть фінансову залежність.

За своєю суттю, співзалежність – це глибинна модель поведінки, яка впливає з виховання та минулого досвіду людини (табл. 6.1). Багато співзалежних людей походять із неблагополучних сімей, де вони навчилися надавати пріоритет потребам інших, а не своїм власним. Така модель поведінки часто призводить до відсутності самоідентичності та самоповаги, оскільки своє самопочуття переплітається з благополуччям інших. Потреба відчувати себе потрібним може стати основним мотивом, що спонукає співзалежних до нездорової поведінки інших, наприклад, зловживання психоактивними речовинами або недбалого ставлення до них. Вони можуть стати опікунами, відчуваючи потребу керувати та контролювати життя іншої людини, водночас нехтуючи власними потребами та почуттями.

Таблиця 6.1

Концептуальні засади співзалежності: основні поняття, характеристики та прояви

Поняття	Його характеристика	Приклад
Співзалежність	Емоційний, психологічний та поведінковий стан, за якого людина надмірно залежить від інших людей	Постійна потреба у схваленні, спроба контролювати поведінку інших, занедбання власних потреб заради інших

Самопожертва	Надмірна готовність віддавати власні ресурси, час та енергію заради інших без уваги до власних потреб	Людина відмовляється від власних планів, щоб допомогти іншому, навіть якщо це шкодить їй самій
Контроль	Бажання керувати поведінкою або емоціями інших, щоб відчуті безпеку або уникнути власного дискомфорту	Постійна перевірка, чи інша людина виконує завдання, нав'язливе бажання розв'язувати чужі проблеми
Залежність	Потреба в інших людях для отримання емоційної підтримки, схвалення чи відчуття власної цінності	Людина відчуває себе щасливою лише тоді, коли її партнер задоволений
Низька самооцінка	Невпевненість у власній цінності, що призводить до пошуку підтвердження через інших людей	Людина уникає висловлювати свою думку через страх бути осудженою
Почуття провини	Постійне відчуття відповідальності за емоційний стан інших людей	Відчуття провини за те, що сказав «ні» на прохання, навіть якщо це було необхідно
Залежні стосунки	Взаємини, в яких одна чи обидві сторони жертвують собою заради іншої сторони	Партнер постійно допомагає іншому розв'язувати проблеми, забуваючи про власне життя
Емоційна прив'язаність	Нездорове злиття емоцій, що робить людину залежною від настрою чи дій іншої людини	Людина не може відчуті щастя, якщо інша засмучена чи роздратована
Відновлення	Процес, в якому людина працює над своїми межами, самооцінкою та здатністю будувати здорові стосунки	Психотерапія, групи підтримки, встановлення чітких особистих меж
Здорові межі	Уміння чітко визначати, що для людини прийнятно, а що - ні, й дотримуватися цих правил	Сказати «ні» на прохання, яке перевантажує особистий час або ресурси

Відносини співзалежних можуть мати складну структуру. Часто співзалежні борються з почуттям провини і сорому, коли намагаються відстоювати власні потреби або коли розглядають можливість розірвання стосунків. Вони можуть боятися бути покинутими або вважати, що несуть відповідальність за щастя іншої людини. Таке мислення посилює цикл залежності, коли співзалежна людина залишається закріпленою в стосунках, які часто є нездоровими і нежиттєздатними. Наслідки співзалежності можуть бути важкими, впливаючи на емоційне здоров'я, особисті стосунки та загальну якість життя. Співзалежні люди можуть відчувати тривогу, депресію та проблеми з фізичним здоров'ям, що виникають унаслідок хронічного стресу та емоційних переживань.

Усвідомлення співзалежності - це перший крок до лікування. Воно передбачає визнання нездорової динаміки в стосунках і розуміння глибинних мотивацій, які спонукають до співзалежної поведінки. Терапевтичні заходи, зокрема індивідуальне консультування або групи підтримки, можуть допомогти співзалежним відновити почуття власної гідності,

встановити межі та розвинути більш здорові моделі стосунків. Особливу ефективність має когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає людям виявити та змінити негативні стереотипи мислення та поведінки, пов'язані зі співзалежністю.

Інформування про природу співзалежності може допомогти розірвати це замкнене коло. Зрозумівши, що їхня самооцінка не повинна залежати від поведінки чи потреб іншої людини, співзалежні можуть почати формувати більш здорову самооцінку. Для одужання дуже важливо навчитися визначати пріоритети в турботі про себе, встановлювати межі та брати участь у здоровому спілкуванні. Для співзалежних людей також може бути корисно розвивати підтримувальні стосунки поза межами їхніх основних стосунків, надаючи їм альтернативні джерела емоційної підтримки та схвалення.

На шляху до позбавлення від співзалежності важливо усвідомлювати важливість особистісного зростання та самопізнання. На цьому шляху часто доводиться долати незручні емоції та минулий досвід, які могли сформувати залежну поведінку. Цей процес може бути складним, оскільки може включати перегляд болючих спогадів або визнання моделей поведінки, які були вкорінені впродовж багатьох років. Однак такий самоаналіз має важливе значення для осмислення першопричин співзалежності та формування життєстійкості.

Розвиток емоційного інтелекту є ключовим аспектом відновлення від співзалежності. Це передбачає усвідомлення власних емоцій і розуміння того, як вони пов'язані із взаємодією з іншими людьми. Емоційний інтелект дозволяє людям ефективніше керувати своїми почуттями, що призводить до більш здорових емоційних реакцій та покращення комунікації в стосунках. Розпізнаючи та обробляючи свої емоції, співзалежні можуть почати висловлювати свої потреби більш чітко та наполегливо, зменшуючи ймовірність повернення до старих моделей поведінки.

Групи підтримки також можуть відігравати важливу роль у процесі одужання. Такі програми, як «Анонімні співзалежні» (CoDA), забезпечують безпечний простір для людей, де вони можуть поділитися своїм досвідом, навчитися від інших і розвинути почуття спільності. Ці групи часто наголошують на важливості підзвітності, заохочення та взаємної підтримки, що може допомогти подолати ізоляцію, яка часто супроводжує співзалежність. Слухання історій інших також може допомогти людям усвідомити, що вони не самотні у своїй боротьбі, сприяючи формуванню почуття приналежності та прийняття.

Встановлення і дотримання здорових меж - ще один важливий компонент подолання співзалежності. Межі необхідні для визначення особистих кордонів і встановлення того, що

є прийнятним у стосунках. Навчившись говорити «ні» і визначивши пріоритети в турботі про себе, людина може відновити свій час, енергію та емоційні ресурси. Така зміна мислення не лише захищає від емоційного виснаження, спричиненого співзалежністю, але й сприяє повазі та рівновазі в стосунках. Здорові кордони створюють середовище, де обидва партнери можуть процвітати, сприяючи взаємній повазі та розумінню.

Крім особистого розвитку та підтримки, важливо визнавати роль динаміки стосунків у співзалежних ситуаціях. Співзалежні стосунки часто передбачають цикл сприяння та залежності, коли боротьба одного партнера ненавмисно продовжується поведінкою іншого. Щоб вийти із цього кола, потрібно, щоб обидва партнери займалися самоаналізом і відкритим спілкуванням. Заохочення людини із залежністю або психічними розладами звернутися по допомогу є дуже важливим, оскільки це дає їй можливість взяти на себе відповідальність за власний шлях до відновлення.

Врешті-решт, метою подолання співзалежності є формування більш здорових, збалансованих стосунків. Ця трансформація вимагає рішучості, терпіння і готовності змінити усталені моделі поведінки. Важливо усвідомлювати, що одужання – це процес, і на цьому шляху можуть траплятися й невдачі. Однак, докладаючи постійних зусиль і отримуючи підтримку, люди можуть розвинути в собі почуття незалежності, самоповаги та самореалізації, на які не впливає схвалення чи благополуччя інших.

6.3. Психологічні, психодинамічні, сімейні, культурні причини співзалежності

Головними причинами співзалежності є: психодинамічні, культурні, сімейні, психологічні та ін. (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

Причини співзалежності та їх характеристика

Категорія причин	Характеристика	Приклади
Психологічні причини	Особистісні риси, установки та механізми, що формуються внаслідок переживань або травм	Низька самооцінка, страх самотності, залежність від зовнішнього схвалення
Психодинамічні причини	Вплив внутрішніх конфліктів та психологічних механізмів, що виникли внаслідок дитячого досвіду	Злиття ідентичностей у стосунках, потреба компенсувати дитячу травму через контроль чи жертву
Сімейні причини	Моделі поведінки, успадковані від батьків або інших членів родини	Виростання в сім'ї з алкоголізмом, емоційною холодністю, надмірним контролем або насиллям

Культурні причини	Соціальні норми, традиції та очікування, що сприяють розвитку співзалежності	Традиції, де самопожертва жінок у сім'ї вважається ідеалом; соціальний тиск на уникнення конфліктів
Травматичний досвід	Психологічні наслідки травматичних подій, які впливають на сприйняття себе та інших	Пережитий фізичний, емоційний чи сексуальний аб'юз у дитинстві чи в дорослому житті
Формування страхів	Страх бути покинутим або втратити значущі стосунки через власну автономію	Страх втратити близьку людину змушує поступатися власними інтересами
Дефіцит любові в дитинстві	Відсутність уваги, підтримки або турботи з боку значущих дорослих у ранньому віці	Батьки ігнорували емоційні потреби дитини, через що формується потреба заслужити любов через дії
Модель «рятівника»	Засвоєна поведінка, де людина бере на себе відповідальність за щастя або благополуччя інших	Дитина, яка допомагала розв'язувати конфлікти між батьками, виростає з переконанням, що це її обов'язок

Важливим для подолання та пом'якшення наслідків співзалежності є розуміння її психологічних причин. Серед ключових факторів, що сприяють співзалежності, – низька самооцінка, страх і почуття провини, які складним чином взаємодіють між собою, формуючи поведінку та емоційні реакції, пов'язані з цим станом.

Низька самооцінка є основною психологічною причиною співзалежності. Люди з низькою самооцінкою часто борються з почуттям неадекватності, нікчемності або невпевненості в собі. Ці поширені негативні переконання про себе призводять до зниження почуття власної гідності, що робить людину більш схильною до пошуку зовнішнього підтвердження та схвалення, щоб компенсувати внутрішні недоліки. У контексті стосунків ця динаміка може проявлятися як надмірна залежність від іншої людини в емоційній підтримці, ідентичності чи меті. Співзалежна людина може надавати пріоритет потребам і бажанням свого партнера або коханої людини над власними, вважаючи, що їх цінність полягає виключно в здатності піклуватися або догоджати іншій людині. Така жертвна поведінка може закріпити цикл залежності, оскільки співзалежна людина стає все більш залежною від зовнішнього схвалення, щоб підтримати своє крихке почуття власної гідності.

Страх – ще один важливий психологічний чинник співзалежності. Цей страх часто зосереджений навколо покинутості, відторгнення або втрати стосунків. Співзалежні люди можуть мати підвищену чутливість до цих страхів, що впливає з негативного життєвого досвіду, як-от нехтування, непослідовний догляд або травма. Цей досвід може створити внутрішнє переконання, що любов і прийняття є умовними, що призводить до невпинних зусиль, спрямованих на збереження стосунків за будь-яку ціну. Страх утратити зв'язок або залишитися на самоті може змусити співзалежних людей вдаватися до поведінки, яка

подобається людям, пригнічувати власні потреби або терпіти нездорову динаміку заради збереження стосунків. Згодом така поведінка, заснована на страхах, посилює співзалежність, оскільки людина потрапляє в пастку циклу пріоритизації стосунків над власним благополуччям, щоб уникнути реалізації своїх страхів.

Почуття провини теж відіграє важливу роль у розвитку та підтримці співзалежної поведінки. Багато співзалежних людей відчувають перебільшене почуття відповідальності за емоції, дії або благополуччя інших людей. Така недоречна відповідальність часто є наслідком раннього виховання, коли людину змушували відчувати себе відповідальною за щастя чи стабільність своїх опікунів або сімейного оточення. Як наслідок, у людини може з'являтися почуття провини щоразу, коли вона надає перевагу власним потребам або не виправдовує очікувань інших. Це почуття вини змушує співзалежних людей перенапружуватися, часто до фізичного, емоційного чи розумового виснаження, намагаючись полегшити свою відповідальність, яку вони відчувають. Невпинне прагнення задовольнити потреби інших може призвести до того, що співзалежна людина почуватиметься в пастці, оскільки почуття провини заважає їй встановлювати межі або відстоювати свою незалежність.

Взаємодія низької самооцінки, страху та провини створює потужну основу, яка підтримує співзалежну поведінку. Ці психологічні фактори часто є дуже сильними, що ускладнює усвідомлення та подолання співзалежності без стороннього втручання. Щоб вирватися із цього кола, потрібен багатогранний підхід, який передбачає підвищення самооцінки, подолання глибоких страхів і переконань, що ґрунтуються на почутті провини. Терапія, особливо такі підходи, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або травмофокусована терапія, може допомогти співзалежним особам виявити та змінити патерни мислення та поведінку, які закріплюють їхній стан. Крім того, важливими кроками в подоланні співзалежності є встановлення здорових меж і виховання почуття власної гідності, незалежного від зовнішнього схвалення.

Співзалежність як складна динаміка стосунків, що характеризується надмірною залежністю від іншої людини в плані емоційної та психологічної стабільності, часто виникає через глибокі психодинамічні причини. Ці причини сягають корінням у ранній досвід стосунків і несвідомі конфлікти, які формують здатність людини створювати та підтримувати здорові стосунки. Серед основних психодинамічних факторів, що сприяють співзалежності, є проблеми прив'язаності та пограничний розлад особистості (ПДУ), які характеризуються глибокими порушеннями в тому, як люди ставляться до себе та інших.

Проблеми прив'язаності, що лежать в основі психодинамічної теорії, відіграють ключову роль у розвитку співзалежності. Ранній досвід прив'язаності до первинних опікунів створює основу для побудови стосунків у дорослому віці. Якщо цей ранній досвід характеризується непослідовністю, нехтуванням або емоційною недоступністю, в людини може розвинутися ненадійний тип прив'язаності. Наприклад, у випадку тривожної прив'язаності людина стає заклопотаною збереженням близькості та уникненням покинутості, часто на шкоду власним потребам та особистої автономії. Така незахищеність прив'язаності породжує нав'язливу потребу в заспокоєнні та схваленні з боку інших, що може проявлятися як співзалежна поведінка в стосунках із дорослими. Людина може надмірно ідентифікувати себе з потребами та емоціями партнера, прагнучи стабілізувати стосунки як засіб регулювання власного внутрішнього дистресу. Ці моделі не є свідомим вибором, а зумовлені несвідомими страхами відторгнення та покинутості, що сягають корінням у ранній життєвий досвід.

Унікаючий стиль прив'язаності, хоч і здається протилежним, за певних умов також може сприяти виникненню співзалежності. Люди з унікаючою прив'язаністю можуть формувати стосунки з дуже залежними або емоційно вимогливими партнерами, неавтоматично створюючи динаміку співзалежності. У таких випадках людина з унікаючою прихильністю може терпіти вимоги партнера через підсвідому потребу зберігати контроль або уникати глибокої емоційної близькості. Така динаміка посилює співзалежність, оскільки кожен із партнерів несвідомо задовольняє нереалізовані потреби іншого в прив'язаності неадекватними способами. Ці патерни ілюструють, як проблеми з прив'язаністю, навіть якщо вони є наслідком контрастних стилів, можуть спричинити однакову дисфункцію стосунків і що лежить в їх основі.

Межовий розлад особистості є ще одним важливим психодинамічним фактором, пов'язаним зі співзалежністю. Межовий розлад особистості характеризується поширеною нестабільністю настрою, самооцінки та міжособистісних стосунків, а також сильним страхом бути покинутим. Люди з межовим розладом особистості часто борються з фрагментарним відчуттям себе, що робить їх дуже вразливими до зовнішніх впливів у стосунках. Така нестабільна Я-концепція може призвести до глибокої залежності від інших, щоб забезпечити почуття ідентичності, цінності або мети, що є ознаками співзалежності. Стосунки, в яких беруть участь люди з БПД, часто стають складними, оскільки інтенсивна потреба в близькості та страх бути покинутими спонукають їх до таких форм поведінки, як чіпляння, емоційні маніпуляції або надмірна опіка.

Психодинамічний взаємозв'язок між рисами РДУ (розладу дефіциту уваги) та співзалежністю особливо помітний у стосунках, де людина з РДУ сприймає свого партнера як стабілізаційну силу або емоційний провідник. У таких ситуаціях людина може перенапружуватися, щоб задовольнити потреби партнера, сподіваючись убезпечити стосунки та зменшити свій страх бути залишеним. Така поведінка часто призводить до нездорового балансу сил, коли співзалежна людина жертвує своєю автономією і благополуччям заради збереження зв'язку. Хронічний страх утратити стосунки також може призвести до циклів ідеалізації та знецінення, що ще більше ускладнює співзалежність.

Психодинамічна структура також підкреслює роль несвідомих конфліктів і ранніх шаблонів стосунків у виникненні співзалежності. У багатьох людей емоційні конфлікти з дитинства, наприклад, пов'язані з почуттям власної нікчемності, відкинутості або незадоволеними емоційними потребами, залишаються і в дорослому віці та впливають на їхні моделі стосунків. Ці несвідомі конфлікти можуть спонукати до формування стосунків, в яких люди намагаються подолати ці ранні емоційні травми. У таких випадках співзалежність стає відтворенням ранньої боротьби людини за прив'язаність, з надією досягти вирішення або безпеки, якої не вистачало в дитинстві.

Загалом, психодинамічні причини співзалежності вказують на глибокий вплив раннього досвіду стосунків і несвідомих процесів на поведінку дорослої людини. Розв'язання проблеми співзалежності з психодинамічної точки зору передбачає виявлення та опрацювання цих глибинних проблем, особливо тих, що пов'язані з незахищеністю прив'язаності та пограничними рисами особистості. Терапевтичні заходи, як-от психодинамічна терапія, можуть допомогти людям розпізнати та змінити несвідомі патерни, які підтримують їх співзалежність. Досліджуючи і долаючи ці глибинні проблеми, люди можуть почати формувати більш здорові, автономні стосунки, які не продиктовані їхніми минулими ранами прив'язаності або нерозв'язаними внутрішніми конфліктами.

Співзалежність має глибоке підґрунтя в сімейній динаміці, а її витoki часто можна простежити в ранніх взаємодіях у сімейній системі. Сім'я відіграє провідну роль у формуванні психологічного розвитку людини та її стосунків з оточенням, і якщо в ній є дисфункція, це може створити сприятливий простір для виникнення співзалежної поведінки. Двома важливими аспектами сімейних причин співзалежності є наявність її в самій сім'ї та більш широкий контекст неблагополучного сімейного оточення. Ці фактори поєднуються, щоб закріпити нездорові моделі взаємодії, які переносяться в дорослі стосунки.

Співзалежність у сім'ї, особливо коли її демонструють батьки або інші близькі родичі, є важливим фактором передачі співзалежної поведінки від покоління до покоління. Діти, які виховуються в сім'ях, де один або кілька членів демонструють риси співзалежності, швидше за все, засвоюють подібні моделі поведінки. Цей процес відбувається через моделювання, коли діти спостерігають й імітують поведінку, ставлення та емоційні реакції своїх батьків. Наприклад, дитина може бачити, як батьки постійно надають пріоритет потребам інших, нехтуючи при цьому своїми власними, що призводить до переконання, що самопожертва і надмірна турбота є невід'ємними складниками любові й стосунків. Згодом така поведінка закріплюється, формуючи підхід дитини до стосунків і розвиваючи схильність до співзалежності.

У сім'ях, де поширена співзалежність, ролі в стосунках часто стають негнучкими і складними, що ще більше посилює нездорову динаміку. Наприклад, батьки, які емоційно залежні від дитини, потребують її схвалення чи підтримки, можуть ненавмисно поставити дитину в роль опікуна, змінюючи природну ієрархію «батьки-діти» на протилежну. Така динаміка змушує дитину придушувати власні потреби та емоції, щоб задовольнити вимоги батьків, закладаючи основу для майбутніх тенденцій співзалежності. Аналогічно брати і сестри в таких сім'ях можуть перебирати на себе взаємодоповнювальні ролі, наприклад, опікуна і залежного, увічнюючи цикл взаємозалежності, який може зберегтися і в дорослому віці. Такі сімейні моделі створюють схему стосунків, яка нормалізує співзалежність і ускладнює встановлення здорових кордонів та автономії в майбутніх стосунках.

Неблагополучні сім'ї є ще одним важливим чинником розвитку співзалежності. Дисфункціональне сімейне середовище характеризується відсутністю емоційної стабільності, чіткої комунікації та здорових кордонів. Таке середовище часто виникає за наявності таких факторів, як зловживання психоактивними речовинами, психічні захворювання, домашнє насильство або хронічний стрес у сімейній системі. У таких умовах діти часто стикаються з хаотичними або непередбачуваними обставинами, що може призвести до підвищеного почуття відповідальності та прагнення відновити порядок або підтримати гармонію в сім'ї. Така адаптивна поведінка, яка спочатку є механізмом виживання, часто переростає в дезадаптивну модель співзалежності, що спостерігається в подальшому житті.

У неблагополучних сім'ях ролі часто спотворюються, і діти беруть на себе обов'язки, які не відповідають рівню їх розвитку. Наприклад, дитина в сім'ї, яка страждає від зловживання психоактивними речовинами, може взяти на себе роль «героя» або «опікуна»,

прагнучи компенсувати недоліки батьків або захистити братів і сестер від шкоди. Така зміна ролей не лише позбавляє дитину середовища, що виховує, але й прищеплює їй переконання, що її цінність залежить від її здатності керувати емоціями інших або розв'язувати їхні проблеми. Такий досвід може призвести до стійкого почуття обов'язку і провини, що є ознаками співзалежності, оскільки людина засвоює ідею, що її головна цінність полягає в тому, щоб служити або підтримувати інших.

У таких сім'ях часто бракує відкритої та ефективної комунікації, що призводить до невиражених емоцій та незадоволених потреб. У таких умовах діти можуть навчитися пригнічувати свої почуття і надавати перевагу бажанням інших, щоб уникнути конфліктів або зберегти ілюзію сімейної стабільності. Таке придушення власного «я» є визначальною рисою співзалежності, оскільки люди, які вирости в такому середовищі, можуть мати труднощі з визначенням або відстоюванням власних потреб та уподобань. Крім того, відсутність здорових меж у неблагополучних сім'ях ще більше посилює проблему, оскільки дітей не вчать розрізняти власні емоції та емоції інших людей. Така прив'язаність виховує почуття надмірної відповідальності за благополуччя інших, закріплюючи цикл співзалежної поведінки.

Взаємозв'язок між співзалежністю в сім'ї і ширшим порушенням функціонування сімейної системи створює потужне підґрунтя для розвитку та увічнення співзалежності. Ця динаміка часто посилюється соціальними та культурними факторами, як-от традиційні гендерні ролі або культурні норми, які цінують самопожертву і турботу, що робить ще більш складним завданням для людей звільнитися від цих патернів. Втручання, спрямовані на усунення сімейних причин співзалежності, повинні бути спрямовані як на людину, так і на сімейну систему. Терапія, наприклад, сімейна системна або групова терапія, може допомогти людям розпізнати і подолати дисфункціональну динаміку, яка лежить в основі їх співзалежності, одночасно надаючи інструменти для встановлення більш здорових моделей взаємовідносин.

Співзалежність - це не лише продукт індивідуальних психологічних чи сімейних чинників; на неї також сильно впливає ширша культурна динаміка. Культурні норми, цінності та очікування відіграють значну роль у формуванні того, як люди сприймають себе, ставляться до інших та визначають пріоритети власних потреб. Двома важливими культурними факторами, які сприяють розвитку та збереженню співзалежності, є приписані ролі жінок у багатьох культурах і вплив релігійних упереджень. Ці фактори, часто

взаємопов'язані, створюють соціальні рамки, які заохочують самопожертву, емоційне придушення та надмірну відповідальність за інших, що є ознаками співзалежної поведінки.

Роль жінки в культурі історично асоціюється з турботою, піклуванням та самовідданістю. У багатьох культурах жінки високо цінуються як головні піклувальниці й у контексті сім'ї, і громади, і стосунків. Ці очікування часто починаються з раннього дитинства, коли дівчаток соціалізують, навчаючи їх ставити потреби інших на перше місце, бути емпатичними і поступливими, уникати конфліктів. Хоча ці риси можуть бути позитивними в помірних кількостях, їх надмірне акцентування може призвести до формування моделі нехтування собою та надмірної відповідальності, що віддзеркалює співзалежну поведінку. Жінки, які засвоюють ці культурні послання, можуть відчувати себе змушеними ставити на перше місце благополуччя інших, навіть ціною значних особистих втрат, вважаючи, що їх цінність полягає у здатності служити та підтримувати тих, хто їх оточує.

Ця культурна зумовленість може стати особливо проблематичною в стосунках, де жінки можуть брати на себе непропорційно великий емоційний тягар і турботу. Вони можуть придушувати власні потреби і бажання, щоб зберегти гармонію або виправдати покладені на них очікування. Наприклад, жінка може залишатися в нездорових або жорстоких стосунках через те, що культурні норми не схвалюють розлучення або наголошують на важливості збереження сім'ї за будь-яку ціну. У таких випадках суспільний тиск, спрямований на дотримання традиційних ролей, посилює цикл співзалежності, оскільки жінки відчують себе в пастці очікувань, які знецінюють їх автономію та самоцінність. Така динаміка ще більше посилюється в культурах, де ідентичність жінки тісно пов'язана з її роллю дружини, матері чи виховательки, що залишає мало місця для індивідуальності чи самовираження.

Релігійні упередження також грають важливу роль у культурних причинах співзалежності. Багато релігійних традицій пропагують такі чесноти, як смиренність, безкорисливість і жертвність, які, хоча і є важливими в певних контекстах, можуть бути неправильно витлумачені або переоцінені так, що заохочують співзалежну поведінку. Наприклад, деякі інтерпретації релігійних вчень можуть ідеалізувати концепцію мучеництва, заохочуючи людей терпіти страждання або ставити потреби інших вище за власні як демонстрацію віри чи моральної вищості. Такі меседжі можуть бути дуже шкідливі, якщо вони відштовхують людей від установлення меж або відстоювання власного благополуччя, оголошуючи такі дії як егоїстичні або гріховні.

Релігійні упередження також можуть переплітатися з гендерними ролями, ще більше посилюючи тиск на жінок, змушуючи їх відповідати моделям співзалежності. У багатьох релігійних середовищах жінок прямо чи опосередковано заохочують бути покірними, слухняними та поступливими по відношенню до своїх чоловіків чи родин. Такі вчення можуть спонукати жінок терпіти жорстоке поводження або брати на себе надмірну роль опікуна, вважаючи, що це їхній релігійний обов'язок. Також деякі релігійні спільноти стигматизують поведінку чи рішення, які ставлять на перше місце особисту автономію, наприклад, коли кар'єра ставиться вище за сімейні обов'язки чи коли розривають шкідливі стосунки. Ця стигма посилює ідею, що самопожертва є не лише моральним обов'язком, але й мірилом віри чи духовної цінності людини.

Культурне та релігійне заохочення співзалежної поведінки стосується не лише жінок, хоча саме вони часто зазнають непропорційно більшого впливу. Чоловіки та особи іншої статі також можуть зазнавати тиску, щоб відповідати культурно чи релігійно санкціонованим ролям, які ставлять на перше місце безкорисливість і турботу. Однак перетин цього тиску із системною гендерною нерівністю часто накладає особливий тягар на жінок, роблячи їх більш уразливими до розвитку моделей співзалежності. Усунення культурних причин співзалежності вимагає точного розуміння суспільних і релігійних рамок, які закріплюють таку поведінку. Втручання мають бути спрямовані не лише на окремих осіб, а й на широкі культурні та інституційні структури, які посилюють динаміку співзалежності. Заходи, спрямовані на просування ґендерної рівності, боротьбу з обмежувальними ґендерними ролями та заохочення дотримання здорових меж у стосунках, є важливими кроками в цьому процесі. Так само взаємодія з релігійними громадами для переосмислення вчень у спосіб, що підтримує особисту автономію та самопомогу, може допомогти пом'якшити згубний вплив релігійних упереджень.

6.4. Психологічні прояви співзалежності

Емоційні прояви співзалежності є глибокими, закоріненими і мають тенденцію до збереження нездорової динаміки. Ключові емоції, пов'язані зі співзалежністю, містять у собі страх, тривогу, провину та депресію, кожна з яких переплітається, створюючи складний психологічний простір для людей, які борються із цим станом.

Страх є домінантною емоційною рисою співзалежності, виступаючи як причиною, так і наслідком цього стану. Співзалежні люди часто відчують сильний страх бути покинутими або відкинутими, що може призвести до того, що вони будуть ставити потреби і бажання

інших людей вище за свої власні. Цей страх може проявлятися по-різному, наприклад, у надмірному прагненні догодити людям, небажанні встановлювати межі або нездатності висловити власні потреби. Страх утратити зв'язок або схвалення іншої людини в стосунках стає непереборним, спонукаючи до дій, які можуть здаватися несправжніми або жертвними. Згодом цей страх породжує почуття безпорадності та зменшує здатність людини до самостійного функціонування.

Тривога – ще одна емоційна ознака співзалежності. Часто ця тривога виникає через непередбачуваність і нестабільність, притаманну стосункам, в яких присутня співзалежна поведінка. Наприклад, люди можуть стати надмірно пильними, постійно шукаючи ознаки несхвалення або конфлікту. Такий підвищений стан настороженості призводить до хронічного стресу та виснаження. Страх не відповідати очікуванням інших у поєднанні з нездатністю контролювати поведінку чи емоції іншої людини посилює тривогу. Такі почуття можуть перерости в постійне занепокоєння щодо стабільності стосунків або власної цінності, створюючи замкнене коло побоювань, з якого важко вийти.

Почуття провини нерозривно пов'язане з досвідом співзалежності, часто виступаючи рушійною силою поведінки. Співзалежні люди часто відчувають відповідальність за емоції та дії інших. Якщо інша людина в стосунках відчуває дистрес або незадоволення, співзалежний партнер може інтерналізувати це як особисту невдачу. Це недоречне почуття відповідальності призводить до хронічного відчуття провини, яке може змусити їх брати на себе більше, ніж це є розумним або здоровим для підтримки стосунків. Згодом почуття провини може стати паралізуючим, сприяючи нездатності відстоювати власні потреби або визнавати свою незалежність від емоційних станів інших людей.

Депресія часто виникає як довготривалий наслідок емоційного навантаження, пов'язаного зі співзалежністю. Придушення особистих потреб у поєднанні з невпинним намаганням задовольнити потреби іншого може призвести до глибокого відчуття порожнечі та відірваності від самого себе. Почуття неадекватності, невдачі та безнадії стають всепроникними, оскільки людина намагається примирити відсутність контролю над щастям іншої людини з власним почуттям власної гідності, що зменшується. Згодом ці емоційні втрати можуть перерости в клінічну депресію, яка характеризується такими симптомами, як постійний смуток, млявість і втрата інтересу до діяльності, яка колись приносила задоволення.

Взаємодія страху, тривоги, провини та депресії за співзалежності створює самопідсилювальний цикл, який важко зруйнувати без втручання. Страх бути відкинутим

може підживлювати тривожну поведінку, яка своєю чергою може призвести до почуття провини, коли особисті потреби нехтуються. Цей хронічний емоційний неспокій може призвести до депресивних станів, що ще більше занурює людину в динаміку співзалежності. Подолання цих емоційних проявів вимагає комплексного підходу, що включає терапію, самоусвідомлення та розвиток здорових міжособистісних кордонів. Зрозумівши й подолавши ці емоційні патерни, люди можуть почати відновлювати своє почуття власної гідності та розвивати більш здорові, збалансовані стосунки.

Контроль – один із найпомітніших поведінкових проявів співзалежності. Співзалежні люди часто відчують непереборну потребу керувати або впливати на поведінку, емоції чи рішення інших людей, особливо тих, з ким вони тісно пов'язані. Цей контроль не обов'язково є авторитарним або відкритим, але може проявлятися приховано через маніпуляції, потурання або надмірну опіку. Наприклад, співзалежна людина може наполягати на розв'язанні чужих проблем, навіть якщо їй про це не просять, щоб забезпечити бажаний результат або запобігти уявній невдачі. Ця потреба в контролі часто ґрунтується на глибоко вкорінених страхах хаосу, покинутості чи відторгнення. Намагаючись отримати результат, співзалежна людина може вважати, що вона забезпечує стабільність стосунків або захищає іншу людину. Однак така контролююча поведінка може ненавмисно придушити автономію і зростання обох сторін, сприяючи виникненню образи і залежності.

Роль рятівника, або примус до порятунку інших є ще однією ключовою поведінковою ознакою співзалежності. Співзалежні люди часто позиціонують себе як незамінних у житті тих, про кого вони піклуються, беручи на себе обов'язки, які їм не під силу. Цей комплекс рятівника може проявлятися в різних формах, наприклад, як постійне втручання у розв'язання конфліктів, надання фінансової чи емоційної підтримки ціною великих особистих зусиль або захист інших від природних наслідків їхніх дій. Хоча така поведінка може бути викликана щирим занепокоєнням, вона часто слугує глибинній потребі у визнанні та цінності. Відчуючи себе потрібною або такою, на яку покладаються, співзалежна людина може відчувати себе цілеспрямованою або значущою. Однак така модель порятунку може сприяти нездоровій поведінці інших людей, заважаючи їм розвивати життєстійкість і відповідальність. Вона також увічнює цикл, в якому співзалежна людина постійно відчуває себе перевантаженою і нереалізованою.

Жертовність є, мабуть, найбільш визначальною поведінковою рисою співзалежності. Люди зі співзалежністю часто нехтують власними потребами, бажаннями та благополуччям заради турботи про інших. Жертовну поведінку можна побачити в таких вчинках, як постійне

надання пріоритету щастю іншої людини над власним, відмова встановлювати межі, навіть якщо це може завдати шкоди, або витримування токсичних стосунків, щоб уникнути конфлікту чи покинутості. Ці жертви часто формулюються як акти любові чи вірності, але часто вони зумовлені нездатністю визнати чи відстоювати власну цінність незалежно від стосунків. Згодом таке хронічне нехтування собою руйнує почуття ідентичності та благополуччя людини, що призводить до почуття образи, вигорання та емоційної порожнечі.

Разом поведінка контролю, порятунку та самопожертви формує циклічний патерн, який посилює динаміку співзалежності. Спроби контролювати інших часто призводять до посилення почуття відповідальності за їх наслідки, підживлюючи потребу взяти на себе роль рятувальника. Це своєю чергою вимагає жертв, які виснажують ресурси та емоційні резерви співзалежної людини, залишаючи її ще більш залежною від стосунків у плані відчуття власної цінності та стабільності. Щоб розірвати це коло, потрібні цілеспрямовані дії, спрямовані на розпізнавання і зміну цих поведінкових патернів, часто за допомогою терапії, саморефлексії та розвитку навичок здорових стосунків.

Співзалежність проявляється не лише в поведінці та емоціях, але й у певних когнітивних моделях, які визначають, як люди сприймають себе, інших та їхні стосунки. Ці когнітивні прояви часто посилюють динаміку співзалежності, ускладнюючи процес розпізнавання та звільнення від нездорових патернів. Серед цих когнітивних викривлень виділяють катастрофізацію, мінімізацію та заперечення, кожне з яких сприяє збереженню співзалежності, спотворюючи сприйняття та судження.

Катастрофізація є частим когнітивним проявом за співзалежності, коли люди звично передбачають найгірші сценарії розвитку подій і сприймають виклики або конфлікти у своїх стосунках як катастрофічні. Наприклад, співзалежна людина може інтерпретувати незначну розбіжність як ознаку того, що стосунки перебувають на межі розпаду, що призводить до підвищеної тривоги та нагальної потреби «виправити» ситуацію. Така схильність перебільшувати серйозність подій часто виникає через глибокий страх бути покинутим або відкинутим. Уявляючи собі катастрофічні наслідки, людина може відчувати себе змушеною надмірно компенсувати або проявляти надмірну турботу, щоб запобігти уявній кризі. Згодом така когнітивна модель посилює надмірну пильність, коли людина постійно перебуває на межі, вишукуючи потенційні загрози для стабільності стосунків. Такий стан постійної тривоги не лише виснажує емоційну енергію, але й спотворює здатність людини адекватно оцінювати ситуації та реагувати на них.

Мінімізація – ще одне важливе когнітивне викривлення за співзалежності. Це применшення або тривіалізація значущості власних потреб, почуттів або переживань, часто на користь фокусування на інших людях. Співзалежні люди можуть переконувати себе, що їхні дискомфорт, біль чи незадоволеність не є важливими порівняно з потребами чи проблемами іншої людини в стосунках. Наприклад, вони можуть виправдовувати жорстоке поводження або нехтування, кажучи собі, що «все не так вже й погано» або що інша людина перебуває у стресовому стані й не хоче заподіяти шкоди. Така когнітивна мінімізація слугує для збереження статус-кво, уникаючи конфронтації чи необхідності відстоювати кордони. Однак за це доводиться платити, оскільки людина поступово втрачає зв'язок із почуттям власної гідності та засвоює переконання, що її потреби є менш значущими або не вартими уваги. Ця викривлена перспектива увічнює цикл нехтування собою і посилює дисбаланс влади, який часто присутній у співзалежних стосунках.

Заперечення є, мабуть, найбільш підступним когнітивним проявом співзалежності. Воно передбачає небажання або нездатність визнати реальність нездорової динаміки в стосунках або шкоду, яку ці взаємини завдають людині. Заперечення може проявлятися по-різному, наприклад, як відмова визнавати контрольовану або жорстоку поведінку іншої людини, ігнорування емоційного виснаження, спричиненого стосунками, або ігнорування ознак власної співзалежності. Таке когнітивне викривлення діє як психологічний захисний механізм, захищаючи людину від дискомфорту від зіткнення з болючою правдою. Хоча заперечення може принести тимчасове емоційне полегшення, воно, зрештою, заважає людині розібратися з першопричинами її проблем. Уникаючи реальності, людина залишається в пастці кола співзалежності, не в змозі зробити необхідні кроки до змін і зростання.

Ці когнітивні викривлення – катастрофізація, мінімізація та заперечення – взаємодіють, створюючи ментальну структуру, яка закріплює співзалежність. Катастрофізація посилює страхи, спонукаючи до реактивної поведінки, спрямованої на збереження стабільності стосунків. Мінімізація знецінює власні потреби людини, посилюючи переконання, що для збереження стосунків необхідна самопожертва. Заперечення приховує справжню природу динаміки, що відбувається, заважаючи людині визнати необхідність змін. Разом ці патерни створюють самопідсилювальну когнітивну петлю, яка підтримує співзалежне мислення і перешкоджає особистісному розвитку.

Співзалежність виходить за межі емоційних, поведінкових і когнітивних моделей, впливаючи на те, як люди взаємодіють у ширшому соціальному контексті. Соціальні прояви

співзалежності часто пов'язані з труднощами в налагодженні міжособистісних стосунків і збереженні почуття власної ідентичності в соціальному середовищі. Двома важливими соціальними проявами співзалежності є ізоляція та соціальна тривожність. Ці тенденції взаємопов'язані, відображають внутрішню боротьбу співзалежної людини та увічнюють цикл нездорової динаміки стосунків.

Ізоляція є яскравим соціальним проявом співзалежності, що часто виникає через сильну зосередженість людини на первинних стосунках, ігноруючи інших. Співзалежні особи можуть бути настільки захоплені задоволенням потреб партнера, члена сім'ї або близького друга, що нехтують ширшими соціальними зв'язками. Таке звуження соціальних мереж може відбуватися через те, що людина відчуває себе зобов'язаною надавати пріоритет одним стосункам над усіма іншими або через страх, що участь в інших стосунках може спровокувати ревності, конфлікт або покинутість. Згодом така самоізолюваність зменшує можливості для соціальної підтримки та альтернативних перспектив, залишаючи людину все більш залежною від первинних стосунків у плані самоствердження та емоційного задоволення. Відсутність соціального розмаїття, що виникає в результаті, може посилити відчуття самотності та пастки, навіть у межах тих стосунків, які є пріоритетними.

Ізоляція може також слугувати механізмом подолання, який захищає людину від зовнішнього осуду чи критики. Співзалежні стосунки часто характеризуються моделями потурання, контролю або жертвовної поведінки, які людина може соромитися демонструвати іншим. Відсторонюючись від соціальної взаємодії, людина уникає викриття дисфункціональної динаміки своїх стосунків, зберігаючи ілюзію нормальності, але ціною подальшого відчуження від потенційних джерел допомоги та підтримки. Така ізоляція посилює сприйняття співзалежних стосунків як єдиного джерела зв'язку та сенсу життя, поглиблюючи цикл залежності та зменшуючи здатність людини формувати та підтримувати здорові соціальні зв'язки.

Соціальна тривожність є ще одним ключовим соціальним проявом співзалежності, що часто ґрунтується на страху відторгнення, несхвалення або конфлікту. Співзалежні люди часто борються з підвищеною чутливістю до думок та очікувань інших, що призводить до значного дискомфорту або дистресу в соціальному оточенні. Ця тривога може проявлятися в небажанні брати участь у соціальній діяльності, уникненні групової взаємодії або надмірній заклопотаності тим, як їх сприймають інші. Людина може постійно стежити за своєю поведінкою і мовленням, намагаючись відповідати соціальним стандартам або уникаючи того, що може поставити під загрозу стосунки з оточенням. Така надмірна уважність може

зробити соціальну взаємодію виснажливою і напруженою, що ще більше перешкоджає людині шукати зв'язки за межами своїх первинних стосунків.

У деяких випадках соціальна тривожність може також виникати через труднощі людини у встановленні меж або відстоюванні своїх потреб у соціальному контексті. Співзалежні люди часто не можуть сказати «ні» або висловити свої уподобання, побоюючись, що це може призвести до відторгнення або конфлікту. Цей страх може призвести до надмірного пристосування в соціальних ситуаціях, коли людина погоджується на вимоги чи прохання за рахунок власного комфорту чи благополуччя. Згодом такий досвід сприяє формуванню почуття безсилля і посилює залежність людини від безпеки та передбачуваності її первинних стосунків, ще більше звужуючи її соціальний світ.

Взаємодія між ізоляцією та соціальною тривогою створює самопідсилювальний цикл співзалежності. Ізоляція зменшує можливості для людини практикувати та розвивати соціальні навички або набувати впевненості в орієнтуванні в різноманітних соціальних середовищах. Відсутність досвіду може посилити соціальну тривогу, що ще більше ускладнює вихід людини за межі співзалежних стосунків. І навпаки, соціальна тривожність може підштовхнути людину до відходу в ізоляцію, уникнення соціальних ситуацій, які можуть кинути виклик її сприйняттю або надати можливості для зростання. Разом ці патерни обмежують здатність людини формувати значущі та підтримувальні зв'язки поза межами співзалежних стосунків, поглиблюючи відчуття залежності та знижуючи її стійкість перед викликами, пов'язаними зі стосунками.

6.5. Внутрішньопсихічні причини співзалежності

Низька самооцінка, страх, почуття провини та синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) є важливими інтрапсихічними факторами, які можуть сприяти розвитку та підтримці співзалежності. Співзалежність характеризується надмірною залежністю від інших у питаннях самоповаги, схвалення та підтвердження, часто на шкоду власному благополуччю та особистісному зростанню. Цей психологічний стан часто спостерігається в стосунках, де один із партнерів надмірно відповідає за потреби іншого, часто на шкоду власному емоційному, фізичному та психологічному здоров'ю. Більш детальний аналіз ролі низької самооцінки, страху, провини та СДУГ показує, як ці елементи взаємопов'язані і посилюють тенденцію до співзалежності, створюючи складний цикл дезадаптивної поведінки та емоційної боротьби.

Низька самооцінка відіграє ключову роль у виникненні співзалежності, посилюючи залежність людини від зовнішнього схвалення. Люди з низькою самооцінкою часто борються з негативним самосприйняттям і почуттям неадекватності, що може зробити їх надмірно залежними від схвалення інших. Ця залежність може стати особливо вираженою в інтимних стосунках, де людина може вважати, що її цінність залежить від задоволення чи схвалення іншої людини. Як наслідок, вона може надавати пріоритет потребам і бажанням інших, а не своїм власним, відчуваючи, що її ідентичність визначається тим, наскільки вона відповідає очікуванням оточення. Цей зовнішній локус контролю ще більше посилює відчуття власної негідності та увічнею цикл співзалежності, оскільки людина не здатна розвинути в собі стійке почуття власної гідності, незалежне від інших.

Страх - ще одна потужна внутрішньопсихічна причина співзалежності, яка часто виступає рушійною силою поведінки, що догоджає людям, і самопожертви. Страх бути відкинутим, покинутим або конфліктувати може змусити людей придушувати власні потреби і бажання, щоб зберегти мир і підтримувати стосунки. Цей страх може стати настільки всепроникним, що призводить до постійного стану пильності, коли люди відчувають, що вони повинні завжди бути доступними і поступливими, часто ціною свого емоційного благополуччя. Страх втратити зв'язок або бути розлюбленим може змусити людину залишатися в нездорових стосунках або терпіти жорстоке поводження, що ще більше закріплює моделі співзалежності. У таких випадках людина може відчувати себе в пастці страху і залежності, не в змозі звільнитися від потреби догоджати або заспокоювати інших, щоб уникнути емоційного болю.

Провина - ще одне почуття, яке може глибоко вплинути на розвиток співзалежності. Люди зі схильністю до співзалежності часто мають інтерналізоване почуття провини, яке проявляється у вірі в те, що вони несуть відповідальність за щастя та емоційну стабільність інших людей. Це почуття відповідальності часто є непропорційним і нереалістичним, що призводить до того, що люди відчувають провину щоразу, коли вони визначають пріоритети власних потреб або встановлюють кордони. Почуття провини може бути спровоковане уявленням про те, що вони нехтують іншими або що вони якимось чином не справляються зі своїми обов'язками в стосунках. Згодом це почуття провини може призвести до циклу самопожертви та нехтування собою, коли людина постійно віддає іншим, не отримуючи навзаєм емоційного чи фізичного підживлення. Таким чином, почуття провини посилює співзалежну поведінку, оскільки людина вважає, що вона повинна постійно діяти так, щоб забезпечити благополуччя інших, навіть ціною власного щастя.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) також відіграє особливу роль у виникненні співзалежності, яку часто ігнорують. Люди зі СДУГ нерідко борються з емоційною регуляцією, імпульсивністю та труднощами з концентрацією уваги, що може ускладнити для них підтримку здорових, збалансованих стосунків. Імпульсивна поведінка та порушення емоційної регуляції, пов'язані зі СДУГ, можуть проявлятися в стосунках як непереборна потреба у схваленні та постійному заспокоєнні. Такі люди можуть шукати схвалення від інших, намагаючись компенсувати свою внутрішню боротьбу із самооцінкою та контролем. У контексті співзалежності СДУГ може посилювати надмірну залежність від інших, оскільки людина може намагатися набути відчуття внутрішньої стабільності та впевненості в собі. До того ж проблеми, пов'язані зі СДУГ, як-от забудькуватість або труднощі з виконанням зобов'язань, можуть збільшити ймовірність того, що ці люди будуть компенсувати це надмірною увагою до потреб інших, сподіваючись уникнути критики або відкидання.

Перетин цих інтрапсихічних факторів створює потужне середовище для розвитку та збереження співзалежності. Низька самооцінка, страх, почуття провини та СДУГ можуть підсилювати та збільшувати один одного, створюючи самовідтворюваний цикл емоційної та поведінкової боротьби. Наприклад, людина з низькою самооцінкою і СДУГ може бути настільки пригнічена власним внутрішнім хаосом, що шукатиме розради і підтвердження в стосунках, але її імпульсивність і страх бути покинутою можуть призвести до того, що вона нехтуватиме власними потребами на користь постійного задоволення потреб інших. Почуття провини, яке виникає через таке нехтування, може призвести до подальшої самопожертви і ще глибшого вкорінення в моделі співзалежності.

Психологічна травма та межовий розлад особистості є важливими інтрапсихічними факторами, які сприяють розвитку співзалежності. Співзалежність як поведінкова модель, що характеризується надмірною залежністю від інших людей для емоційного задоволення та нехтуванням власних потреб, може виникнути внаслідок поєднання раннього досвіду травми та складної міжособистісної динаміки, пов'язаної з межовим розладом особистості. Хоча психологічна травма і пограничний розлад особистості є різними явищами, вони мають спільні риси, які можуть підвищити ризик розвитку співзалежної поведінки. Ці інтрапсихічні фактори сприяють розвитку неадаптивних механізмів подолання труднощів, викривлених моделей стосунків і нездатності встановити здорові емоційні межі, що є фундаментальними елементами розвитку співзалежності.

Психологічна травма, особливо травма раннього дитинства, відіграє важливу роль у формуванні самосвідомості людини та її здатності формувати стабільні, безпечні стосунки. Травма, незалежно від того, фізична вона, емоційна чи сексуальна за своєю природою, порушує нормальний емоційний розвиток і може залишити глибокі рубці на психіці людини. Після травми люди часто відчують глибоке почуття невпевненості, страху та безпорадності. Ці емоційні рани можуть спотворити їх сприйняття власної цінності та здатність довіряти іншим. Як наслідок, люди, які пережили травму, можуть боротися з почуттям сорому, покинутості та неадекватності, що може призвести до нав'язливої потреби шукати підтвердження та схвалення з боку інших. У контексті співзалежності ці люди можуть намагатися заповнити емоційну порожнечу, що залишилася після травми, надмірно задовольняючи потреби інших, сподіваючись отримати любов, прийняття або схвалення у відповідь. Ця потреба у схваленні може призвести до самопожертви, коли людина нехтує власним емоційним благополуччям і турботою про себе на користь задоволення емоційних потреб інших.

Люди, які пережили травму, часто розвивають неадаптивні механізми подолання, щоб впоратися із сильним емоційним болем і непереборним відчуттям вразливості. Одним із таких механізмів подолання є розвиток співзалежної поведінки, яка слугує способом подолання страху бути покинутим і потреби в емоційному зв'язку. Коли людина навчена асоціювати любов або схвалення із самопожертвою і турботою, вона може прийти до переконання, що завжди повинна надавати пріоритет потребам інших, щоб зберегти стосунки й уникнути відторгнення. Така поведінка часто підкріплюється травматичним досвідом, який сформував їхній світогляд. Віра в те, що їх цінність залежить від того, як їх сприймають інші, може спонукати людей залишатися в емоційно нездорових або навіть жорстоких стосунках, оскільки вони бояться, що не зможуть вижити або функціонувати без схвалення та визнання з боку інших.

Межовий розлад особистості (МРО) – стан, що характеризується нестабільністю настрою, самооцінки та міжособистісних стосунків – також робить значний внесок у розвиток співзалежності. Люди з МРО часто відчують сильні емоційні коливання і мають проблеми з управлінням своїми емоціями в здоровий, збалансований спосіб. Екстремальні зміни настрою, часто спричинені реальним або уявним покиданням, можуть призвести до хаотичних стосунків, що характеризуються ідеалізацією та знеціненням. У таких стосунках люди з МРО можуть відчувати непереборну потребу в постійному заспокоєнні та емоційному зв'язку, що спонукає їх до поведінки, яка зумовлена глибоким страхом бути

покинутими. Цей страх ґрунтується на фрагментованому почутті «я», коли людина може відчувати себе неповноцінною або негідною любові, якщо вона не буде повністю інтегрована в життя інших людей.

Співзалежність у контексті МРО часто зумовлена надмірною потребою в емоційній регуляції. Через емоційну нестабільність і проблеми із самозаспокоєнням, характерні для МРО, люди можуть шукати в інших людей емоційну стабільність і підтримку, якої вони не можуть досягти самостійно. Така зовнішня залежність від інших у сфері емоційної регуляції призводить до розвитку співзалежної поведінки, коли людина може піти на все, щоб зберегти стосунки та уникнути загрози бути покинутою. При цьому вона може нехтувати власними емоційними потребами і благополуччям, занурюючись в емоційні стани інших людей. Ця постійна потреба в емоційній насиченості та схваленні може сприяти дисфункціональним стосункам, коли самопочуття людини переплітається з настроями та сприйняттям інших, ще більше посилюючи моделі співзалежності.

Нестабільна самооцінка, яка часто асоціюється з МРО, відіграє значну роль у розвитку співзалежності. Люди з МРО можуть намагатися підтримувати послідовне відчуття себе, що змушує їх шукати зовнішнє підтвердження для того, щоб визначити, хто вони є. Цей постійний пошук ідентичності та самоцінності може ускладнювати встановлення здорових емоційних меж або відчуття автономії. У співзалежних стосунках люди з МРО можуть зливати своє почуття «я» з почуттям «я» іншої людини, вважаючи, що їх цінність визначається лише тим, як їх сприймають інші. Відсутність емоційної диференціації між собою та іншими є ознакою співзалежності, коли люди втрачають почуття ідентичності та стають надмірно залежними від інших, щоб відчувати себе цілісними та повноцінними.

Взаємозв'язок між психологічною травмою МРО та співзалежністю є складним, оскільки ці інтрапсихічні фактори взаємно підсилюють один одного. Травма може призвести до розвитку емоційної нестабільності, яка ще більше посилюється такими симптомами МРО, як страх бути покинутим, емоційна дисрегуляція та розлади ідентичності. Разом ці елементи створюють психологічне середовище, в якому процвітає співзалежна поведінка. Люди, які пережили травму і мають ознаки МРО, можуть опинитися в пастці циклів емоційної реактивності, надмірної залежності та страху залишитися на самоті. Такі моделі поведінки можуть призвести до постійної боротьби за самоідентичність, емоційну стабільність і реалізацію в стосунках, залишаючи людей у стані постійного емоційного неспокою.

6.6. Стратегії подолання проблем, пов'язаних зі співзалежністю

Головні особливості розв'язання проблем щодо співзалежності схарактеризовано в таблиці 6.3.

Таблиця 6.3

Стратегії подолання проблем, пов'язаних зі співзалежністю

Категорія проблеми	Характеристика проблеми	Стратегії вирішення	Результати
Емоційна залежність	Нездатність відчувати власну цінність без схвалення або уваги інших	Робота з психологом; розвиток навичок емоційної незалежності; практика самоприйняття через афірмації та медитацію	Покращення самооцінки, здатність приймати самостійні рішення
Контроль і маніпуляція	Прагнення контролювати дії, емоції чи рішення інших людей	Усвідомлення власних патернів поведінки; навчання довіри до інших; практика усвідомленого спілкування	Зниження напруженості в стосунках, покращення комунікації
Ігнорування власних потреб	Підпорядкування власного життя потребам іншої людини	Установлення особистих меж; пошук власних інтересів і хобі; практика самообслуговування	Відновлення балансу між власними і чужими потребами
Проблеми з вираженням емоцій	Нездатність чітко формулювати або висловлювати свої почуття	Ведення емоційного щоденника; тренування асертивного спілкування; групова терапія	Здатність відкрито говорити про емоції без страху конфліктів
Патерн самопожертви	Постійне ставлення себе в жертву заради інших, навіть якщо це завдає шкоди	Аналіз причин самопожертви; визначення своїх пріоритетів; практика відмови, коли це необхідно	Рівновага між допомогою іншим і турботою про себе
Невпевненість у прийнятті рішень	Залежність від думки інших під час прийняття важливих рішень	Розвиток навичок прийняття рішень; саморефлексія; звернення до коуча або психолога для підтримки	Зростання впевненості у власних рішеннях

Фізична і психологічна виснаженість	Постійне відчуття втоми через прагнення виконувати роль «рятівника»	Регулярний відпочинок і релаксація; розподіл відповідальності; зниження рівня стресу через фізичну активність	Підвищення енергії та здатності справлятися зі стресовими ситуаціями
Страх самотності	Нездатність бути наодинці з собою через страх покинутості або втрати близьких	Робота над підвищенням самоповаги; розвиток навичок самодостатності; участь у групах підтримки	Спокійне сприйняття часу на самоті, відчуття задоволення від власної компанії

Усвідомлення проблеми, звернення за професійною допомогою та участь у груповій терапії є важливими стратегіями для розв'язання питань щодо співзалежності. Співзалежність як психологічний конструкт, який усебічно описано в літературі з психічного здоров'я, часто характеризується надмірною емоційною залежністю від інших, зниженою самооцінкою та труднощами у встановленні та підтримці здорових міжособистісних кордонів. Така поведінка може призвести до значного дистресу для людей та їх стосунків, що вимагає структурованого підходу до втручання.

Усвідомлення співзалежності – це перший крок до розв'язання проблеми. Багато людей зі співзалежністю не усвідомлюють своєї поведінки або впливу, який вона має на їхнє життя та життя їхніх близьких. Така необізнаність часто посилюється суспільними нормами та сімейною динамікою, які закріплюють такі моделі поведінки. Підвищення обізнаності передбачає розпізнавання ознак співзалежності, як-от надання пріоритету потребам інших над власними, надмірна потреба у схваленні або відчуття відповідальності за подолання чужих проблем. Усвідомлення можна розвивати за допомогою самоаналізу, психоосвіти та зворотного зв'язку від людей, яким довіряють. Освітні кампанії, література та онлайн-ресурси також відіграють важливу роль у покращенні розуміння суспільством проблеми співзалежності, тим самим заохочуючи людей звертатися за допомогою.

Звернення за професійною допомогою є наступною важливою стратегією подолання співзалежності. Фахівці з психічного здоров'я, зокрема психологи, консультанти та соціальні працівники, забезпечують безпечне і структуроване середовище, в якому людина може дослідити та зрозуміти причини своєї поведінки. Професійна допомога часто включає психотерапію, однією з найефективніших форм якої є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ допомагає людям виявити неадаптивні моделі мислення, кинути виклик ірраціональним

переконанням і розвинути більш здорові механізми подолання. Інші терапевтичні підходи, зокрема психодинамічна терапія, досліджують ранній життєвий досвід, який міг вплинути на формування співзалежних тенденцій, допомагаючи клієнтам зрозуміти свої моделі стосунків.

Професійні втручання також передбачають розв'язання супутніх проблем, як-от тривога, депресія або розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, що часто супроводжують співзалежність. Комплексні плани терапії можуть включати медикаментозне лікування, особливо якщо основні психічні розлади посилюють проблеми людини. Професійне середовище дозволяє надавати персоналізовану допомогу, пристосовану до унікальних потреб пацієнта, забезпечуючи цілісний підхід до одужання.

Групова терапія – це додаткова стратегія, яка показала значну ефективність у лікуванні співзалежності. Участь у груповій терапії надає людям сприятливе середовище, де вони можуть ділитися досвідом, отримувати підтримку та вчитися в інших людей, які стикаються з подібними проблемами. Такі групи, як «Анонімні співзалежні» (CoDA), засновані на принципах програм «12 кроків», пропонують структуровану основу для одужання. Ці групи наголошують на самоусвідомленні, прийнятті та розвитку автономії, заохочуючи учасників брати на себе відповідальність за власне благополуччя. Групове середовище також формує почуття приналежності, що є особливо важливим для людей, які пережили ізоляцію або відчуження через свою співзалежну поведінку. Вислуховування історій інших та спостереження за їх прогресом може надихнути на надію та мотивувати до змін. Групова терапія також дає можливість відпрацювати нові навички взаємовідносин, як-от установлення меж і самоствердження, в безпечному і неупередженому середовищі.

Взаємодія між усвідомленням, професійною допомогою та груповою терапією демонструє багатогранність процесу одужання від співзалежності. Усвідомлення виступає воротами до змін, дозволяючи людям визнати потребу в допомозі. Професійне втручання надає інструменти та інформацію, необхідні для особистісного зростання, тоді як групова терапія пропонує підтримку спільноти та практичне застосування нових навичок. Разом ці стратегії спрямовані на емоційні, когнітивні та соціальні аспекти співзалежності, сприяючи комплексному і стійкому процесу лікування.

Самостійна робота і підтримка близьких – дві взаємопов'язані та необхідні стратегії для подолання складних і вкорінених проблем щодо співзалежності. Співзалежність часто пов'язана з моделями емоційної залежності, поблажливою поведінкою і труднощами у встановленні меж, які можуть перешкоджати особистісному зростанню та здоров'ю стосунків. Ці моделі зазвичай формуються поступово під впливом сімейних, соціальних або

культурних впливів, що робить одужання багатогранним і безперервним процесом. Хоча професійне втручання і групова терапія є дуже важливими інструментами, складно переоцінити значення самостійних зусиль і залучення близьких людей, які підтримують. Ці стратегії допомагають людям відновити свою автономію, створюючи при цьому середовище, сприятливе для зцілення і зростання.

Самостійна робота є основою довготривалого відновлення від співзалежності. Вона являє собою активну участь людини у власному процесі зцілення, акцентуючи увагу на розвитку самосвідомості, самодопомоги та емоційної стійкості. Важливим аспектом самостійної роботи є самоаналіз, оскільки люди повинні визначити конкретні моделі поведінки та мислення, які сприяють їх співзалежності. Такий самоаналіз часто вимагає постійного ведення щоденників, практик усвідомленості та постановки особистих цілей, що дає змогу зрозуміти тригери і вразливі місця, які увічнюють нездорову динаміку стосунків.

Одним з ефективних компонентів самостійної роботи є розвиток навичок емоційної регуляції. Співзалежні люди часто борються із сильними емоціями, як-от провина, сором або тривога, що може призвести до жертвовної поведінки або уникнення конфліктів. Такі техніки, як медитація з усвідомленням, дихальні вправи та емоційне оброблення через мистецтво або письмо, можуть допомогти людям регулювати свої емоційні стани та більш вдумливо реагувати на ситуації. Самостійна робота передбачає також розвиток навичок напористості та встановлення меж. Практика говорити «ні», чітко висловлювати свої потреби та протистояти бажанню перенапружуватися – важливі кроки на шляху до звільнення від співзалежних тенденцій.

Ще одним важливим елементом самостійної роботи є розвиток співчуття до себе і прийняття себе. Співзалежні люди часто мають глибоко вкорінене почуття негідності чи неадекватності, що зумовлює їхню нав'язливу потребу догоджати іншим. Активно кидаючи виклик цим переконанням і замінюючи їх позитивним самосприйняттям, люди можуть зміцнити свою самооцінку і розвинути більш здорове почуття ідентичності. Такі техніки, як афірмації, ведення щоденників подяки та роздуми про особисті сильні сторони, є практичними способами побудови позитивної Я-концепції.

Не менш важливою в подоланні співзалежності є роль близьких людей у наданні змістовної підтримки. Тоді як самостійна робота підкреслює особисту відповідальність і внутрішнє зростання, залучення членів сім'ї, друзів або партнерів може створити зовнішню основу для заохочення і розуміння. Близькі люди можуть допомогти, пропонуючи вислухати,

надаючи конструктивний зворотний зв'язок і поважаючи особисті межі людини в процесі її одужання.

Для близьких розуміння динаміки співзалежності є першим важливим кроком. Ознайомлення з характером співзалежності, її першопричинами та проявами дозволяє їм реагувати на неї з емпатією, а не з осудом. Таке розуміння може зменшити ймовірність збереження сприятливої поведінки, яка може ненавмисно посилювати співзалежні тенденції. Натомість близькі люди можуть моделювати здорову поведінку в стосунках, зокрема чітке спілкування, взаємоповагу та спільну відповідальність, забезпечуючи позитивний зразок для наслідування.

Підтримка родини й друзів поширюється також на створення безпечного та неупередженого простору, в якому людина може висловити свої емоції та переживання. Багато співзалежних людей бояться бути вразливими або відкинутими, що може стати на заваді їх прогресу. Проявляючи безумовне прийняття і схвалення їхніх почуттів, близькі можуть допомогти зменшити цей страх і заохотити до чесного самовираження, виступати в ролі партнерів по підзвітності, м'яко нагадуючи людині про її цілі та відзначаючи важливі етапи на шляху до них.

Однак залучення близьких вимагає дотримання балансу, щоб уникнути ненавмисного формування залежності або заохочення шкідливої поведінки. Важливо, щоб люди, які надають підтримку, дотримувалися власних меж і практикували самодопомогу, щоб їх участь залишалася конструктивною і стійкою. Заохочення людини взяти на себе відповідальність за своє одужання, а не покладатися лише на зовнішню підтримку, посилює важливість самоефективності в подоланні співзалежності.

Взаємодія між самостійною роботою і підтримкою близьких наголошує на спільному характері відновлення. Хоча людина повинна взяти на себе відповідальність за власне зростання, наявність підтримувальних стосунків може зміцнити її зусилля і забезпечити буфер на випадок невдач. Разом ці стратегії спрямовані на внутрішні та зовнішні аспекти співзалежності, створюючи синергетичний ефект, який сприяє довготривалим змінам.

Зміна поведінки, прощення та боротьба з рецидивами є важливими стратегіями подолання співзалежності, кожна з яких спрямована на конкретні когнітивні, емоційні та поведінкові патерни, що сприяють розвитку цього стану. Співзалежність часто характеризується викривленим мисленням (катастрофізація, мінімізація та заперечення), що слугує психологічним захистом, щоб впоратися з важкими обставинами. Ці когнітивні викривлення можуть гальмувати особистісний ріст і перешкоджати встановленню здорової

динаміки стосунків. Таким чином, інтеграція стратегій, які безпосередньо протистоять цим мисленневим патернам і сприяють емоційному зціленню, має вирішальне значення для досягнення стійкого одужання.

Зміна поведінки - це основна стратегія подолання співзалежності, яка вимагає від людей виявлення та зміни дезадаптивних патернів, що заважають їм боротися з проблемою. Катастрофізація - когнітивне викривлення, коли люди уявляють собі найгірші сценарії розвитку подій або перебільшують потенційні проблеми - є поширеною перешкодою на шляху до зміни поведінки. Наприклад, співзалежна людина може уявляти, що встановлення меж призведе до повної втрати стосунків. Подолання катастрофізму передбачає когнітивну реструктуризацію - техніку, за допомогою якої люди вчаться кидати виклик ірраціональним думкам і замінювати їх науково обґрунтованими, збалансованими поглядами. Цей процес допомагає їм усвідомити, що хоча встановлення кордонів може спричинити тимчасовий дискомфорт, це навряд чи призведе до катастрофічних наслідків.

Мінімізація - ще одне когнітивне викривлення, яке полягає в применшенні значення шкідливої поведінки або ситуацій. У контексті співзалежності люди можуть мінімізувати власні потреби, вплив своєї сприятливої поведінки або дисфункції в стосунках. Ця тенденція підриває мотивацію до зміни поведінки, оскільки створює хибне відчуття нормальності. Щоб протистояти мінімізації, люди повинні практикувати радикальну чесність із собою, визнаючи всю глибину свого досвіду і наслідки своїх дій. Ведення щоденників, самооцінка та зворотній зв'язок від людей, яким довіряють, можуть внести ясність і допомогти людям зіткнутися з реаліями, які вони, можливо, раніше відкидали.

Заперечення, тобто відмова визнати існування проблеми, є, можливо, найбільш поширеним викривленням за співзалежності. Цей захисний механізм часто виникає через страх змін або небажання визнати болючу правду. Подолання заперечення вимагає поєднання самоусвідомлення та зовнішнього втручання. Практики усвідомленості можуть допомогти людям налаштуватися на свої емоції та думки без осуду, що полегшить розпізнавання заперечення. Крім того, підтримувальний, але твердий зворотний зв'язок від близьких або терапевтів може м'яко спрямовувати людину її до прийняття і готовності змінюватися.

Прощення - ще одна важлива стратегія в подоланні проблем, пов'язаних зі співзалежністю, котра спрямована на емоційні травми, які лежать в основі дезадаптивної поведінки. Співзалежність часто є наслідком минулого досвіду нехтування, зради або травми, що може призвести до того, що людина затаїть образу на інших і на саму себе. Прощення не

означає потурання шкідливим діям, а радше звільнення від емоційного тягаря, пов'язаного з ними. Особливо важливим є самопрощення, оскільки багато співзалежних людей борються з почуттям провини або сорому за свою поведінку або за невдачі в стосунках.

Процес прощення можна полегшити за допомогою таких технік, як керована візуалізація, коли людина уявно відпускає свою образу, або написання листів тим, кого вона прагне пробачити (навіть якщо ці листи ніколи не будуть надіслані). Терапія також може відігравати важливу роль, допомагаючи людям вивільнити складні емоції і подолати бар'єри на шляху до прощення. Прощення сприяє емоційній свободі й дозволяє людям зосередитися на перебудові свого життя, а не залишатися в полоні минулого.

Рецидив, або повернення до старих моделей поведінки, є поширеним і очікуваним викликом у процесі одужання. Співзалежність має глибоке підґрунтя, часто розвивається роками або десятиліттями, що робить повернення до старих звичок природною частиною змін. Сприйняття рецидиву як можливості для зростання, а не як невдачі, має вирішальне значення для підтримання прогресу. Рецидиви часто трапляються, коли люди стикаються зі стресом, конфліктами або ситуаціями, які провокують когнітивні викривлення, наприклад, катастрофічне уявлення про наслідки відстоювання своїх потреб.

Щоб ефективно боротися з рецидивами, люди повинні розробити план запобігання їм. Цей план повинен включати стратегії розпізнавання ранніх попереджувальних ознак, як-от почуття провини або тривоги, які передують поведінці, що сприяє виникненню залежності, та впровадження механізмів подолання цих емоцій. Звернення за підтримкою до терапевта, психолога або групи відновлення може забезпечити підзвітність і керівництво у важкі часи. Роздуми про обставини, що призвели до рецидиву, також можуть дати цінне розуміння складних і вразливих місць, що допоможе в майбутньому запобігти подібним рецидивам.

Важливим аспектом боротьби з рецидивом є співчуття до себе. Багато людей, які страждають від рецидиву, відчують самокритику або безнадію, що може посилити цикл співзалежності. Сприймаючи рецидив як навчальний досвід і ставлячись до себе з добротою, люди можуть зберегти мотивацію продовжувати свій шлях до одужання. Такий підхід також зменшує ймовірність когнітивних викривлень, як-от мінімізація або заперечення, які в іншому випадку можуть затьмарювати необхідність постійних зусиль.

6.7. Психоаналітичне розуміння співзалежності

Вплив ранніх стосунків на формування співзалежності є предметом значного інтересу в психоаналітичній думці, зважаючи на фундаментальну роль, яку відіграють ранні прив'язаності у формуванні індивідуальних моделей стосунків. Співзалежність, яка часто характеризується надмірною залежністю від іншої людини для забезпечення емоційної чи психологічної стабільності, може бути пов'язана з досвідом раннього розвитку. Психоаналітичні теорії, особливо ті, що випливають з парадигми об'єктних відносин і прив'язаності, забезпечують багатий матеріал для розуміння того, як рання динаміка стосунків може схилити людей до співзалежної поведінки.

З погляду психоаналітики ранні стосунки, зокрема з первинними опікунами, відіграють важливу роль у формуванні Я-концепції людини та її здатності до автономії. Діада «мати-немовля», концептуалізована в роботах таких теоретиків, як Дональд Віннікотт, виступає початковим контекстом, в якому маленька дитина починає формувати почуття власної гідності. Поняття Д. Віннікотта про «досить хорошу матір» наголошує на важливості правильного догляду у формуванні безпечного почуття власної гідності в немовляти. Коли батьки непослідовні, надмірно контролюють або недбалі, в дитини може розвинутиися ненадійний стиль прив'язаності, який згодом може проявитися як схильність до співзалежних стосунків. Такі ранні порушення можуть призвести до формування нестійкої Я-концепції, коли людина шукає зовнішнього підтвердження, щоб компенсувати внутрішнє відчуття неадекватності.

Теорія об'єктних відносин Мелані Кляйн ще більше пояснює інтерналізацію раннього досвіду стосунків. Згідно з М. Кляйн, ранні взаємодії дитини з тими, хто піклується про неї, інтерналізуються як часткові об'єкти, формуючи основу внутрішнього світу. Якщо ранні стосунки відзначаються нестабільністю або емоційною недоступністю, інтерналізовані об'єкти можуть нести в собі почуття амбівалентності, страху або залежності. Цей інтерналізований конфлікт часто проявляється в дорослому житті, коли люди несвідомо намагаються відтворити або вирішити ранню динаміку стосунків. У контексті співзалежності це може проявлятися як нав'язлива потреба піклуватися про іншу людину або контролювати її, віддзеркалюючи невирішені ранні тривоги, пов'язані з прив'язаністю.

Теорія прив'язаності, започаткована Джоном Боулбі й розвинена Мері Ейнсворт, є ще однією важливою основою для вивчення зв'язку між ранніми стосунками та співзалежністю. Робота Д. Боулбі про види прив'язаності – безпечну, тривожну, уникаючу і дезорганізовану – висвітлює, як ранній досвід піклування формує очікування та поведінку в стосунках. Наприклад, люди з тривожним стилем прив'язаності часто проявляють підвищену

чутливість до того, що їх покидають, і схильність надавати пріоритет потребам інших, а не своїм власним, що є характерними рисами співзалежності. Ці патерни можна простежити в ранньому дитинстві, коли догляд за дитиною був непослідовним або надмірно нав'язливим, що залишало дитину невпевненою в наявності та надійності її прив'язаності до певних осіб.

Співзалежність можна також розглядати через призму психосексуальних стадій розвитку за Фройдом, зокрема оральної та анальної стадій. Під час оральної стадії основна увага немовляти зосереджена на залежності та задоволенні від того, що піклувальник надає йому їжу та комфорт. Якщо ці потреби не задовольняються належним чином або їх надмірно задовольняють, у дитини може розвинути оральна фіксація, що характеризується проблемами залежності в дорослому віці. Подібно до цього порушення на анальній стадії, де автономія і контроль стають центральними проблемами, можуть призвести до тривалої боротьби між залежністю і незалежністю, що часто спостерігається в динаміці співзалежних стосунків.

Роль травми у розвитку співзалежності є ще однією важливою сферою психоаналітичного дослідження. Рання травма стосунків, зокрема нехтування, жорстоке поводження або батьківська залежність, може серйозно порушити здатність дитини формувати безпечні прив'язаності. Теоретик психоаналізу Джудіт Герман підкреслила, що травма може зруйнувати почуття «Я» і призвести до неадекватних механізмів подолання в стосунках з дорослими. У випадку співзалежності це часто проявляється як надмірна зосередженість на управлінні потребами та емоціями інших – поведінка, що ґрунтується на стратегіях виживання, вироблених у дитинстві для орієнтації в хаотичному або непередбачуваному середовищі.

Крім індивідуальної динаміки, важливим фактором у психоаналітичному трактуванні співзалежності є передача патернів стосунків між поколіннями. Невирішені проблеми у власній історії прив'язаності того, хто здійснює догляд, можуть несвідомо передаватися дитині через патерни взаємодії. Наприклад, батьки, які в дитинстві зазнали зневаги, можуть намагатися забезпечити постійний догляд за дитиною, ненавмисно закріплюючи цикл небезпечної прив'язаності та співзалежності. Психоаналітичні підходи наголошують на важливості усвідомлення цих патернів за допомогою терапевтичних заходів, що дасть змогу людям вийти із циклу залежності від поколінь.

Динаміка співзалежності ще більше посилюється соціальними та культурними факторами, які впливають на ранній досвід стосунків. Гендерні ролі, наприклад, часто вимагають від жінок турботливої та жертвовної поведінки, яка може перетинатися з ранніми

моделями стосунків і посилювати тенденції до співзалежності. Психоаналітичний фемінізм досліджує, як культурні очікування формують динаміку стосунків, пов'язаних із турботою та залежністю, наголошуючи на необхідності контекстуалізації індивідуального досвіду в ширших соціокультурних рамках.

Терапевтичні психоаналітичні підходи до подолання співзалежності часто зосереджені на дослідженні та розв'язанні несвідомих конфліктів, що сягають корінням у ранній досвід взаємовідносин. Такі методи, як вільні асоціації, аналіз сновидінь і робота з перенесенням, спрямовані на виявлення та переосмислення інтерналізованих об'єктів і патернів прив'язаності, що зумовлюють співзалежну поведінку. Сприяючи більшій самосвідомості та інсайту, психоаналітична терапія прагне розширити можливості людей розвивати здоровіші моделі стосунків і міцніше почуття власної гідності.

Повторення займає головне місце в психоаналітичному трактуванні співзалежності, слугуючи одночасно і проявом, і механізмом нерозв'язаних внутрішніх конфліктів, що впливають із ранньої динаміки стосунків. У межах психоаналітичної концепції повторення – це не просто поведінковий патерн, а глибинний несвідомий процес, що інкапсулює спробу людини освоїти або примирити минулий досвід через його відтворення в теперішньому часі. Для людей, які борються зі співзалежністю, ця повторювана модель поведінки часто зосереджена на стосунках, де знайома динаміка турботи, контролю і жертви увічнюється в спробі досягти емоційного врегулювання.

Концепція Зигмунда Фрейда про примус до повторення дає ґрунтовне психоаналітичне пояснення цього явища. Фрейд помітив, що люди несвідомо відтворюють ситуації, які нагадують травматичні або емоційно насичені переживання, навіть коли таке повторення викликає дистрес. Для співзалежної людини ця компульсія часто проявляється у формуванні стосунків з особами, які є дзеркальним відображенням опікунів або близьких людей з її минулого. Ці повторювані моделі стосунків часто зумовлені несвідомим бажанням «вилікувати» первинну рану – зневагу, покинутість чи незадоволені емоційні потреби – шляхом відтворення та зміни результату в новому контексті. Однак такі зусилля часто виявляються невдалими, що призводить до циклів розчарування та емоційної залежності.

Психоаналітичні теорії об'єктних відносин ще більше поглиблюють наше бачення повторюваності у співзалежності. Ранній досвід стосунків, особливо той, що характеризується нестабільністю або незахищеністю, засвоюється як ментальні репрезентації або об'єкти, які формують очікування людини від стосунків. Коли ці інтерналізовані об'єкти пронизані амбівалентністю або неадекватністю, людина може

несвідомо шукати стосунки, які відтворюють цю ж динаміку, намагаючись розв'язати напругу, притаманну своїм інтерналізованим об'єктам. Наприклад, людина, чий основний піклувальник був емоційно недоступний, може повторно формувати прив'язаність до партнерів, які так само далекі або недосяжні, керуючись несвідомою надією досягти схвалення і зв'язку, які були відсутні у неї в дитинстві. Таке повторення, хоча і є дезадаптивним, служить способом утримання нерозв'язаного конфлікту в межах досяжності, створюючи можливості для потенційного його подолання, навіть якщо воно увічніює страждання.

Повторення також відіграє важливу роль у процесі перенесення - ключовому психоаналітичному понятті. Перенесення - це процес, за допомогою якого люди проєктують почуття, очікування та моделі стосунків, сформовані в ранньому віці, на інших людей у теперішньому житті. У контексті співзалежності це часто передбачає проєктування незадоволених потреб або нерозв'язаних конфліктів на партнера, друга чи члена сім'ї, відтворюючи динаміку первинних стосунків. Повторювана природа перенесення підкреслює несвідому потребу повернутися до невирішених питань і пропрацювати їх, навіть якщо стосунки, про які йдеться, в кінцевому підсумку не задовольняють або завдають шкоди.

Феномен повторення в співзалежності додатково висвітлюється через роль несвідомого почуття провини та самопокарання. Теоретики психоаналізу, зокрема Мелані Кляйн, припускають, що люди часто несуть у собі неусвідомлену провину, яка впливає з ранніх конфліктів, що пов'язані з амбівалентними почуттями по відношенню до тих, хто піклується про них. Ця провина може спричиняти нав'язливу потребу виправити або спокутувати уявну провину, що проявляється в повторюваних актах самопожертви або надмірній компенсації в стосунках. Співзалежні люди можуть неодноразово брати на себе роль опікуна, жертвуючи власними потребами в спробі розв'язати проблему несвідомої провини, навіть якщо ці патерни призводять до емоційного виснаження або експлуатації.

Повторення також діє як захисний механізм проти тривоги, пов'язаної зі змінами та невідомістю. З погляду психоаналітики знайомі патерни, навіть ті, що є дезадаптивними, забезпечують відчуття психологічної безпеки. Для співзалежних людей повторювана природа динаміки їхніх стосунків забезпечує передбачувану структуру, захищаючи їх від дезорієнтації та вразливості, які можуть супроводжувати звільнення від цих патернів. Цей опір змінам часто підкріплюється несвідомим переконанням, що відхилення від таких шаблонів призведе до втрати, покинутості або емоційного хаосу, що ще більше закріплює повторюваний цикл.

Передача повторюваних патернів з покоління в покоління є ще одним важливим аспектом психоаналітичного підходу до розуміння співзалежності. Дисфункціональні моделі стосунків часто несвідомо передаються в сім'ях, коли кожне покоління повторює та увічніює нерозв'язані конфлікти попереднього. Наприклад, батьки, які демонструють співзалежну поведінку, можуть несвідомо моделювати певні шаблони для своєї дитини, яка потім засвоює і відтворює їх у власних стосунках. Теоретики психоаналізу підкреслюють, що ці міжпоколіннєві патерни підтримуються через несвідому ідентифікацію з тими, хто піклується, та інтерналізацію їх динаміки стосунків, створюючи циклічний процес, який важко перервати без свідомого втручання.

У терапевтичному контексті повторювана природа співзалежності пропонує як виклики, так і можливості. Психоаналітична терапія прагне вивести несвідомі патерни повторюваності на рівень усвідомлення, що дозволяє людям розпізнати і зрозуміти глибинні мотиви, які керують їхньою поведінкою. Терапевтичні стосунки часто стають простором, де ці повторювані патерни актуалізуються через перенесення, надаючи унікальні можливості для дослідження та розв'язання. Опрацьовуючи ці патерни в рамках терапевтичного партнерства, люди можуть почати звільнитися від примусу до повторення і розвивати здоровішу, більш адаптивну динаміку стосунків.

Захист має вирішальне значення в психоаналітичному розумінні співзалежності, слугуючи як поведінковим вираженням, так і несвідомою динамікою, що сягає своїми коренями в ранній досвід стосунків. Потреба захищати інших часто стає головною темою співзалежних стосунків, відображаючи глибинні психологічні механізми, пов'язані із захистом, контролем і нерозв'язаними конфліктами, що виникають унаслідок формування прив'язаності. Психоаналіз забезпечує детальну перспективу для вивчення цього явища, розглядаючи захисну поведінку як відтворення ранніх ролей по догляду та як захист від внутрішніх тривог.

В основі захисного імпульсу за співзалежності можна простежити динаміку ранньої опіки. У багатьох випадках люди, які розвивають тенденції до співзалежності, в дитинстві перебували в середовищі, де від них вимагали взяти на себе роль захисника, емоційно чи фізично, для опікуна або брата чи сестри. Така зміна ролей, яку часто називають «одомашненням», ставить дитину в позицію передчасної відповідальності, змушуючи її пригнічувати власні потреби заради захисту благополуччя інших. У результаті дитина засвоює переконання, що її цінність і безпека залежать від її здатності захищати інших і піклуватися про них, що закладає підґрунтя для співзалежної поведінки в дорослому віці.

З погляду психоаналітики ця захисна роль часто переплітається з несвідомою провиною і тривогою. Теорії Мелані Кляйн про депресивну позицію припускають, що люди, особливо діти, борються з почуттям провини і відповідальності за благополуччя своїх батьків, що випливає з їхніх амбівалентних почуттів любові та агресії. Для співзалежних людей ці ранні переживання провини можуть проявитися в дорослому віці як надмірна потреба захищати інших і піклуватися про них, зумовлена несвідомим бажанням спокутувати свої невдачі або шкоду. Акт захисту стає способом управління цією провиною, дозволяючи людині відчувати себе морально виправданою та емоційно захищеною, навіть якщо це відбувається на шкоду власним потребам.

Крім почуття провини, захисна поведінка, характерна для співзалежності, часто служить захисним механізмом проти тривоги та страху втрати. Психоаналітична концепція страху розлуки, сформульована Джоном Боулбі в теорії прив'язаності, підкреслює глибокий страх покинутості, який відчувають люди зі співзалежною орієнтацією. Такий акт захисту інших може функціонувати як неусвідомлена стратегія підтримки реляційних зв'язків і запобігання покинутості. Позиціонуючи себе як незамінних опікунів чи захисників, вони прагнуть закріпити прихильність і запобігти страху залишитися на самоті.

Захист у співзалежності також діє як форма контролю, відображаючи намагання людини керувати своїм оточенням і стосунками, щоб пом'якшити відчуття безпорадності. Теоретики психоаналізу давно визнали взаємозв'язок між захистом і контролем, особливо в осіб, які рано опинилися в хаотичному або непередбачуваному оточенні. Для таких людей захисна поведінка часто виникає як спосіб контролювати динаміку стосунків, забезпечуючи стабільність і передбачуваність. Ця потреба в контролі, яка нібито спрямована на захист інших, часто маскує глибший страх перед вразливістю та непередбачуваністю людських стосунків.

Захисний імпульс за співзалежності ще більше ускладнюється динамікою проєкції та перенесення. Проєкція, згідно з концепцією психоаналізу, передбачає приписування власних почуттів, страхів чи потреб іншій людині. У контексті співзалежності це часто набуває форми проєкції власних вразливостей або незадоволених потреб на особу, яку захищають. Наприклад, співзалежна особа може сприймати свого партнера як вразливого або недієздатного, несвідомо екстерналізуючи власні почуття неадекватності або залежності. Аналогічно динаміка перенесення може призвести до того, що співзалежна людина несвідомо відтворює ранню роль опікуна у своїх стосунках з дорослими, а акт захисту слугує засобом переживання та розв'язання минулих конфліктів у стосунках.

Важливим психоаналітичним аспектом є подвійна роль захисту – як безпосередньо захисту, так і вразливості. Хоча захисна поведінка дає відчуття цілеспрямованості та безпеки в стосунках, вона часто має значну емоційну ціну. Зосереджуючись виключно на потребах інших, співзалежна людина може нехтувати власним емоційним зростанням і благополуччям, увічнюючи почуття порожнечі та незадоволеності. Таке нехтування собою часто підкріплюється несвідомими переконаннями про цінність та ідентичність, що сягають корінням у ранній досвід стосунків, коли цінність людини була пов'язана з її здатністю захищати інших або піклуватися про них.

Передача захисних ролей з покоління в покоління ще більше підкреслює складність цієї динаміки. Сім'ї з історією співзалежності часто несвідомо передають моделі захисту та піклування, і кожне покоління засвоює та відтворює ці ролі. Наприклад, дитина, яка бачить, як батьки жертвують власними потребами заради захисту партнера або члена сім'ї, може сприймати таку поведінку як нормативну і відтворювати її у власних стосунках. Психоаналітична теорія підкреслює важливість усвідомлення цих несвідомих патернів, що дозволяє людям звільнитися від циклічної природи співзалежності між поколіннями.

На захист за співзалежності також впливають ширші соціокультурні чинники, які формують вираження та посилення цих моделей поведінки. Культурні практики, котрі звеличують самопожертву і турботу, особливо для жінок, можуть посилювати захисні тенденції у співзалежних людей. Психоаналітичний фемінізм досліджує, як суспільні очікування перетинаються з несвідомою динамікою, увічнюючи моделі стосунків, які надають пріоритет потребам інших за рахунок власного «я». Ці культурні впливи ускладнюють терапевтичний процес, оскільки вони посилюють несвідомі переконання людини про необхідність і цінність захисту.

У терапевтичному контексті робота із захисним компонентом співзалежності передбачає виявлення її несвідомих причин і вивчення альтернативних способів стосунків. Психоаналітична терапія прагне висвітлити глибинні тривоги, почуття провини та моделі стосунків, що зумовлюють захисну поведінку, допомагаючи людям виробити більш збалансований підхід до догляду та самообслуговування. Вивчаючи динаміку перенесення в рамках терапевтичних відносин, люди можуть почати розуміти і змінювати свої повторювані патерни захисту, сприяючи більшій емоційній автономії і задоволеності відносинами.

У гештальт-терапії явище співзалежності розглядається через призму усвідомлення теперішнього моменту, динаміки стосунків і здатності людини до автентичного самовираження. На відміну від психоаналітичних підходів, які наголошують на несвідомому

походженні співзалежної поведінки, гештальт-терапія фокусується на досвіді «тут і тепер», прагнучи допомогти людині розпізнати та інтегрувати фрагментовані аспекти своєї особистості, які сприяють формуванню дезадаптивних моделей стосунків.

Гештальт-підхід розглядає співзалежність як порушення природного процесу саморегуляції та формування кордонів. З погляду гештальт-терапії люди за своєю природою здатні задовольняти власні потреби та вступати в здорову взаємозалежність з іншими. Однак для співзалежних людей цей процес часто переривається нерозв'язаними конфліктами в стосунках та внутрішніми очікуваннями від минулих взаємодій. Ці порушення призводять до хронічної залежності від зовнішнього схвалення і тенденції ставити в пріоритет потреби інших, часто на шкоду власному благополуччю. Гештальт-терапія прагне відновити здатність людини до самопідтримки, дозволяючи їй створити зв'язок із власними потребами і бажаннями, зберігаючи при цьому значимі стосунки.

Ключовим у гештальт-терапевтичному розумінні співзалежності є поняття контакту та порушення кордонів. У гештальт-теорії «контакт» означає процес взаємодії між людиною та її оточенням, включаючи інших людей. Здоровий контакт передбачає здатність взаємодіяти з іншими, зберігаючи при цьому чітке відчуття власного «я» та особистих кордонів. Співзалежність, однак, характеризується порушенням цього процесу, коли людина може втратити себе в стосунках, злити свою ідентичність з іншою або стати надмірно обплутаною. Така втрата диференціації часто є наслідком раннього досвіду стосунків, коли особисті межі були погано визначені або постійно порушувалися, що спонукало людину до співзалежної поведінки як способу підтримання зв'язку.

Одним із поширених порушень меж, пов'язаних зі співзалежністю, є злиття – стан, в якому людина мінімізує або стирає відмінності між собою та іншими. Злиття за співзалежності часто проявляється як надмірна зосередженість на тому, щоб догодити іншим, уникнути конфліктів або прийняти потреби та емоції іншої людини як свої власні. Гештальт-терапія визначає цю модель поведінки як захисний механізм, який допомагає уникнути дискомфорту від розлуки чи відторгнення. Досліджуючи життєвий досвід злиття клієнта, гештальт-терапевти допомагають людям усвідомити порушення їхніх кордонів і відновити почуття індивідуальності.

Іншим ключовим поняттям гештальт-терапії, що має відношення до співзалежності, є цикл переживання, який описує природній потік усвідомлення, дії та задоволення, що відбувається в міру того, як люди задовольняють свої потреби. У співзалежних людей такий цикл часто переривається або є неповним. Наприклад, співзалежна людина може

усвідомлювати свої потреби, але придушувати їх через страх несхвалення або покинутості. Або ж вона може повністю ігнорувати свої потреби, зосереджуючись на задоволенні потреб інших. Ці переривання в циклі досвіду заважають людині досягти почуття задоволення і цілісності, увічнюючи відчуття порожнечі й розчарування. Гештальт-терапія працює над тим, щоб відновити природний плін цього циклу, допомагаючи клієнтам ідентифікувати та усунути блоки, які заважають їх саморегуляції.

Фокус гештальт-терапії на усвідомленні теперішнього моменту є особливо важливим у роботі зі співзалежністю. Замість того, щоб занурюватися в минулий досвід в суто історичному сенсі, гештальт-терапія наголошує на тому, як минулі моделі стосунків відтворюються натеper. Цей підхід дозволяє людям спостерігати за своїми співзалежними тенденціями, коли вони виникають у терапевтичних стосунках та у взаємодії поза терапією. Наприклад, клієнт може помітити, що під час сесій він схильний прислухатися до думки терапевта або шукати надмірного заспокоєння. Усвідомлюючи ці патерни, терапевт і клієнт можуть спільно дослідити їх походження та поекспериментувати з альтернативними способами взаємовідносин.

Гештальт-терапія також підкреслює інтеграцію відкинутих аспектів особистості, які часто відіграють ключову роль у співзалежності. Багато співзалежних людей засвоїли переконання, що певні почуття, бажання чи поведінка є неприйнятними, що змушує їх придушувати ці частини себе. Наприклад, гнів, напористість або потреба в незалежності можуть бути відсунуті на задній план на користь поступливості й турботи. Гештальт-методи, як-от робота в діалозі та робота на стільці, допомагають клієнтам відновити зв'язок із цими відкинутими частинами, даючи їм простір для самовираження та реінтеграції в загальне почуття «Я» людини. Цей процес сприяє більшому відчуттю автентичності та розширенню можливостей, дозволяючи людині вступати в стосунки з місця цілісності, а не фрагментації.

Ще одним важливим внеском гештальт-терапії в розуміння співзалежності є її акцент на особистій відповідальності. Співзалежні люди часто відчувають перебільшене почуття відповідальності за благополуччя інших, нехтуючи при цьому власним. Гештальт-терапія переосмислює відповідальність таким чином, що дає можливість клієнтам взяти на себе відповідальність за свої почуття, вибір і поведінку, не беручи на себе тягар інших. Така зміна перспективи допомагає клієнтам усвідомити межі свого впливу і розвинути більш здорову динаміку стосунків, засновану на взаємній повазі та автономії.

Експериментальна природа гештальт-терапії особливо ефективна в роботі з втіленими аспектами співзалежності. Багато співзалежних людей переносять свою боротьбу

за стосунки в тіло, відчуваючи напругу, втому або інші фізичні симптоми, пов'язані з емоційним дистресом. Гештальт-терапія використовує техніки усвідомлення тіла та уважності, щоб допомогти клієнтам налаштуватися на свої фізичні відчуття і розпізнати соматичні прояви їх співзалежних патернів. Інтегруючи тілесне усвідомлення в терапевтичний процес, люди можуть розвинути глибоке розуміння того, як їх співзалежність впливає на них на різних рівнях, і почати творити зміни.

6.8. Висновки

Співзалежність є багатогранним і глибоко вкоріненим явищем, яке впливає на психологічний, емоційний і соціальний добробут людини. Вона виникає на перетині особистих, сімейних, соціальних і культурних чинників, формуючи замкнуте коло нездорових взаємодій, що важко розірвати без відповідного втручання.

Такі психологічні чинники, як низька самооцінка, страх, провина та емоційна нестабільність, є основними двигунами співзалежної поведінки. Водночас вони посилюються сімейною динамікою, де часто моделюються моделі самопожертви, дисфункціональної підтримки та залежності. У неблагополучних сім'ях ці чинники стають основою для відтворення співзалежних моделей у дорослому віці.

Культурні та релігійні впливи також відіграють значну роль у закріпленні співзалежності, заохочуючи самопожертву та пріоритетність чужих потреб над своїми. Ці фактори створюють соціальну та моральну базу, яка нормалізує співзалежну поведінку, ускладнюючи її розпізнання і подолання.

Емоційні, поведінкові та когнітивні прояви співзалежності є взаємопов'язаними. Вони включають постійний страх бути покинутим, тривогу через утрату контролю, почуття провини за нездатність задовольнити потреби інших, а також схильність до катастрофізації та мінімізації власних переживань. Ці елементи створюють потужний цикл, який підживлює співзалежність і перешкоджає розвитку здорової самооцінки та незалежності.

Для подолання співзалежності необхідний комплексний підхід, що включає психотерапевтичні втручання, розвиток емоційного інтелекту, встановлення здорових меж та переосмислення соціокультурних переконань. Пошук підтримки в терапевтичних групах, як-от «Анонімні співзалежні», також є важливим кроком для людей, які прагнуть подолати свою залежність і побудувати здорові стосунки.

Загалом, розв'язання проблеми співзалежності полягає у відновленні власної ідентичності, розумінні особистих потреб і формуванні балансу в міжособистісних стосунках.

Це вимагає усвідомлення, терпіння й готовності до змін, але, зрештою, веде до кращої якості життя, емоційного благополуччя та гармонійних стосунків.

6.9. Питання для самоконтролю

1. Що таке співзалежність і як вона відрізняється від інших видів залежності?
2. Які основні причини виникнення співзалежності?
3. Як низька самооцінка впливає на формування співзалежної поведінки?
4. Чому страх бути покинутим є однією з головних емоцій у співзалежних людей?
5. Як почуття провини може посилювати співзалежну поведінку?
6. Які сімейні чинники сприяють формуванню співзалежності?
7. Як неблагополучне сімейне середовище впливає на розвиток співзалежної особистості?
8. Яка роль культурних норм у формуванні співзалежності?
9. Як гендерні стереотипи сприяють закріпленню співзалежної поведінки?
10. Чому релігійні вчення іноді підтримують моделі співзалежності?
11. Які емоційні прояви співзалежності є найпоширенішими?
12. Як страх і тривога впливають на поведінку співзалежних людей?
13. Які когнітивні викривлення є типовими для співзалежних людей?
14. Як катастрофізація впливає на сприйняття співзалежними людьми своїх стосунків?
15. Чому співзалежні люди часто мінімізують власні потреби?
16. Що таке заперечення в контексті співзалежності та як воно проявляється?
17. Як ізоляція впливає на соціальне життя співзалежної людини?
18. Чому співзалежні люди часто відчують соціальну тривожність?
19. Як почуття відповідальності за емоційний стан інших посилює співзалежність?
20. Які поведінкові ознаки співзалежності можна виділити?
21. Що таке роль «рятівника», і як вона проявляється у співзалежних людей?
22. Як самопожертва шкодить співзалежній людині?
23. Яка роль емоційного інтелекту в подоланні співзалежності?
24. Як психотерапія допомагає в роботі зі співзалежними?
25. Які підходи використовуються для лікування співзалежності?
26. Як когнітивно-поведінкова терапія може допомогти співзалежній людині?
27. Чому встановлення особистих меж є важливим у подоланні співзалежності?
28. Як групи підтримки, наприклад, «Анонімні співзалежні», сприяють одужанню?

29. Що може допомогти людині усвідомити свою співзалежність?
30. Які перші кроки можна зробити для розвитку більш здорових стосунків?

6.10. Тестові завдання

Тестові завдання з однією правильною відповіддю

1. Що є ключовим елементом співзалежних стосунків?
 - a) Рівність і взаємоповага
 - b) Надмірна опіка та контроль
 - c) Зосередженість на особистому розвитку
 - d) Незалежність від партнера

2. Яка концепція є найбільш тісно пов'язаною зі співзалежністю?
 - a) Самоактуалізація
 - b) Жертовність
 - c) Кар'єрне зростання
 - d) Конкуренція

3. В яких стосунках найчастіше проявляється співзалежність?
 - a) Професійних
 - b) Дружніх
 - c) Інтимних
 - d) Поверхневих

4. Який тип сімейної динаміки найчастіше закладає основу для співзалежності?
 - a) Демократичне виховання
 - b) Емоційна доступність батьків
 - c) Неблагополучне середовище
 - d) Стимулювання самостійності

5. Яка з перелічених характеристик є типовою для когнітивного мислення співзалежної людини?
 - a) Логічність і раціональність
 - b) Упевненість у власних рішеннях
 - c) Катастрофізація проблем
 - d) Уміння розв'язувати конфлікти

6. Що найчастіше утримує співзалежну людину в нездорових стосунках?
 - a) Бажання уникнути соціального осуду
 - b) Страх втрати контролю над собою

- c) Переконавання у своїй відповідальності за іншу людину
- d) Недовіра до оточення

7. Що є основним результатом тривалого перебування у співзалежних стосунках?

- a) Підвищення самооцінки
- b) Емоційне виснаження
- c) Зменшення почуття відповідальності
- d) Розвиток кар'єрних навичок

8. Яке з наведених втручань є найбільш ефективним у роботі зі співзалежністю?

- a) Ведення особистого щоденника
- b) Індивідуальна та групова терапія
- c) Зосередженість на інших аспектах життя
- d) Відвідування мотиваційних лекцій

9. Яка риса часто поєднується з культурними факторами співзалежності?

- a) Прагнення до самостійності
- b) Ідеалізація самопожертви
- c) Пошук балансу в стосунках
- d) Відмова від соціальних норм

10. Який елемент емоційного інтелекту допомагає співзалежним долати свою залежність?

- a) Підвищення емоційної реактивності
- b) Уміння придушувати свої емоції
- c) Усвідомлення власних почуттів
- d) Ігнорування чужих емоцій

Тестові завдання з декількома правильними відповідями

1. Які чинники найчастіше сприяють формуванню співзалежності?

- a) Неблагополучне сімейне середовище
- b) Психологічна травма
- v) Висока самооцінка
- г) Культурні стереотипи

2. Що є емоційними проявами співзалежності?

- a) Постійний страх бути покинутим
- b) Відчуття внутрішнього спокою
- v) Хронічна тривога
- г) Почуття провини за власні потреби

3. Які когнітивні викривлення характерні для співзалежності?

- a) Заперечення проблем у стосунках
 - б) Мінімізація власних потреб
 - в) Чітке усвідомлення своїх цілей
 - г) Катастрофізація майбутніх подій
4. Які моделі поведінки найчастіше зустрічаються у співзалежних людей?
- a) Роль рятівника
 - б) Уникання спілкування
 - в) Самопожертва
 - г) Контролювання інших
5. Які сімейні фактори сприяють формуванню співзалежності?
- a) Підтримка індивідуальності
 - б) Емоційна недоступність батьків
 - в) Наявність у сім'ї залежних осіб
 - г) Здорова комунікація
6. Які соціальні прояви характерні для співзалежності?
- a) Ізоляція від друзів і сім'ї
 - б) Надмірна соціальна активність
 - в) Соціальна тривожність
 - г) Залежність від схвалення інших
7. Які фактори можуть закріплювати співзалежність на культурному рівні?
- a) Ідеалізація самопожертви
 - б) Традиційні гендерні ролі
 - в) Заохочення незалежності
 - г) Релігійні упередження
8. Які етапи є важливими в подоланні співзалежності?
- a) Усвідомлення своєї поведінки
 - б) Розвиток емоційного інтелекту
 - в) Зосередження на потребах інших
 - г) Установлення здорових меж
9. Які психологічні інструменти є ефективними в роботі зі співзалежністю?
- a) Групова терапія
 - б) Когнітивно-поведінкова терапія
 - в) Повне уникнення соціальних контактів
 - г) Робота над самооцінкою
10. Які ознаки вказують на співзалежну поведінку в стосунках?
- a) Нездатність сказати «ні»

- б) Постійна самокритика
- в) Баланс між своїми та чужими потребами
- г) Страх конфліктів

Тестові завдання з розгорнутою відповіддю

1. Поясніть, як низька самооцінка формує основу для співзалежної поведінки та як її підвищення може допомогти в подоланні співзалежності.
2. Охарактеризуйте емоційні, когнітивні та поведінкові прояви співзалежності, навівши приклади, які ілюструють їх взаємозв'язок.
3. Проаналізуйте вплив сімейного середовища на розвиток співзалежності, звернувши увагу на роль батьківських моделей поведінки.
4. Розкрийте, як культурні стереотипи про роль жінки впливають на розвиток співзалежності, надаючи приклади із сучасного суспільства.
5. Опишіть основні принципи когнітивно-поведінкової терапії та поясніть, як вони можуть бути використані для роботи зі співзалежністю.
6. Визначте та поясніть, які чинники сприяють формуванню співзалежності в неблагополучних сім'ях, а також можливі шляхи подолання цих проблем.
7. Поясніть, як страх бути покинутим або відкинутим впливає на поведінку співзалежних людей, і запропонуйте методи роботи із цим страхом.
8. Розкрийте роль емоційного інтелекту у формуванні здорових стосунків і поясніть, як його розвиток допомагає долати співзалежність.
9. Наведіть приклади когнітивних викривлень, характерних для співзалежних людей, і поясніть, як ці викривлення впливають на їхні рішення та стосунки.
10. Оцініть вплив релігійних упереджень на формування співзалежної поведінки, а також розкажіть, як можна поєднати релігійні цінності з побудовою здорових стосунків.

Посилання на статті по темі розділу для конспектування:

1. Галушко Л. Я., Амурова Я. В. Глибинно-психологічні чинники співзалежних стосунків суб'єкта. *Наукові записки. Серія: Психологія.* 2023. № 1. С. 14-21. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2023-1-2> (дата звернення: 10.01.2025).
2. Жемчужна Г. Психодіагностичне дослідження проблеми співзалежності в подружніх (партнерських) відносинах. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я.*

2019. № 1 (2). С. 103-131. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/36/28> (дата звернення: 10.01.2025).
3. Каневський В. І., Довжук С. В. Емоційні механізми формування співзалежності. *Габітус. Психологія особистості*. 2021. № 30. С. 128-131. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.30.22> (дата звернення: 10.01.2025).
 4. Коляда Н., Гуйван К. Особливості Его-станів у осіб юнацького віку з різним рівнем співзалежності. *Наукові перспективи*. 2022. № 1 (19). С. 425-432. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-1\(19\)-425-432](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-1(19)-425-432) (дата звернення: 10.01.2025).
 5. Лашко А., Грисенко Н. Ненадійний тип прив'язаності як фактор схильності до співзалежних стосунків у студентів. *Journal of Psychology Research*. 2024. № 30 (13). С. 80-89. DOI: <https://doi.org/10.15421/103007> (дата звернення: 10.01.2025).
 6. Лиманкіна А. І. Сучасні підходи до розуміння дефініції феномену «співзалежність». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 3. С. 62-65. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.3.12> (дата звернення: 10.01.2025).
 7. Лиманкіна А. І., Зарицька В. В. Корекція співзалежності через трансформацію родового сценарію. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. № 1 (73). С. 128-132. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/21> (дата звернення: 10.01.2025).
 8. Мілушина М. Феномен співзалежності в теорії сімейних систем М. Боуена. *Психологія і особистість*. 2020. № 1. С. 145-157. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.1.195243> (дата звернення: 10.01.2025).
 9. Сушко Д. Співзалежна поведінка особистості в контексті наукових досліджень. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Серія: Психологічні науки*. 2019. № 8 (35). С. 107-112. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2019.8\(53\).11](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2019.8(53).11) (дата звернення: 10.01.2025).
 10. Халік О. О., Косяк Т. С. Взаємозв'язок загальної та рольової самооцінки жінок, їх вплив на стосунки в сімейній системі. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2021. № 5. С. 80-86. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2021.5.12> (дата звернення: 10.01.2025).
 11. Klymenko I., Lobanov S., Zaichukova T., Ilchenko R., Vakal Y. Psychosocial rehabilitation of military personnel with post-traumatic stress disorder: the example of Ukraine. *Salud,*

- Ciencia y Tecnología*. 2025. Vol. 5. Article 1298. URL: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1298> (date of access: 21.08.2025).
12. Makarchuk N., Tamarin S., Miloradova N., Dotsenko V., Lobanov S. Development of psychological support programs for military personnel considering combat experience (Ukrainian case). *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2024. Vol. 4. Article 542. URL: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/542> (date of access: 21.08.2025).

Основна література:

1. Prunas A., Pierro R. D., Huemer J., Tagini A. Defense Mechanisms, Remembered Parental Caregiving, and Adult Attachment Style. *Psychoanalytic Psychology*. 2017. № 27. P. 64-72.
2. Scharf M., Rousseau S. One Day I Will Make a Good Parent: On The Relationship Between Overparenting and Young Adults' Early Parenting Representations. *Journal of Adult Development*. 2017. Vol. 24. P. 199-209.
3. Singh N. K. Drug Trafficking and Narco-terrorism as Security Threats: A Study of India's North-east. *India Quarterly: A Journal of International Affairs*. 2013. № 69 (1). P. 65-82.
4. Weinhold B., Barry K., Janae B. *Breaking Free of the Co-Dependency Trap*. San Francisco: New World Library, 2006. 272 p.
5. Wenter D. L., Ennett S. T., Ribisl K. M. Comprehensiveness of Substance Use Prevention Programs in U.S. Middle Schools. *J. Adolesc. Health*. 2002. Vol. 30 (6). P. 455-462.
6. Боженко В. Г. Психологічні аспекти феномену співзалежних стосунків у парі. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса*. 2021. № 6. С. 7-9.
7. Дмитренко А. К., Мармазинська П. Є., Тарновська О. С. *Психологія сімейного виховання*. Чернівці: Прут, 2001. 280 с.
8. Кочарян А. С., Терещенко Н. Н., Асланян Т. С. Емоційна структура синдрому «емоційного холоду». «Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги» (XI Платонівські читання): Матеріали науково-практичної конференції Харків, 2021. С. 73-74.
9. Литвинчук Л. М. Проблема співзалежності як брак почуття внутрішнього власного значення. *Технології розвитку інтелекту*. 2016. № 2 (4). URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_4_4 (дата звернення: 05.01.2025).
10. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. Вінниця: [б. в.], 2010. 135 с.

11. Психологія групової ідентичності: закономірності становлення : монографія / уклад. П. П. Горностай, О. А. Ліщинська, Л. Г. Чорна та ін. Київ: Міленіум, 2014. 252 с.

Додаткова література:

1. Chang S. H. Testing a model of codependency for college students in Taiwan based on Bowen's concept of differentiation. *International Journal of Psychology*. 2018. № 53 (2). P. 107-116.
2. Lampis J. The role of differentiation of self and dyadic adjustment in predicting codependency. *Contemporary Family Therapy*. 2017. № 39. P. 62-72.
3. Solnder J. L., Upton Th. D., Dunlap P. N. Acquired Brain Injury Rehabilitation and Managed Care: Implications for Rehabilitation Administrators. *The Journal of Rehabilitation Administration*. 2009. Vol. 33. № 1. P. 45-51.
4. Subby R., Friel J. Co-dependency: A Paradoxical Dependency. In: *Codependency: An Emerging Issue*. Pompano Beach: Health Communications, Florida, 1984. P. 31-44.
5. Бітті М. Алкоголік у сім'ї, або подолання співзалежності. *ЛибКинг*. URL: <https://libking.ru/books/sci-/sci-psychology/405642-melodi-bitti-alkogolik-v-seme-ili-preodolenie-sozavisimosti> (дата звернення: 05.01.2025).
6. Булах І. С. *Психологія особистісного зростання підлітків: реалії та перспективи: монографія*. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2016. 340 с.
7. Кочарян А. С., Коцарь А. В. Синдроми невротичної любові. *Вісник Харківського університету. Серія: Психологія*. 2000. № 498. С. 68-72.
8. Мельніченко Р. Самооцінка, її адекватність та способи підняття. *Українська правда. Життя*. 2019. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2019/08/26/238009/> (дата звернення: 10.01.2025).
9. Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасека О. В. *Загальна психологія: навч. посіб.* Київ: Центр учбової літератури, 2012. 296 с.
10. Співзалежність. *Психологер*. URL: <https://psychologer.com.ua/spivzalezhnist/> (дата звернення: 10.01.2025).
11. Ткаченко Н. В. Специфіка зв'язку типу прив'язаності зі співзалежністю в осіб зрілого віку. *Psychology and Psychiatry*. 2022. № 136. С. 217-222.

ТЕМА 7

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТРУКТУРІ СИСТЕМНОГО ПОСЛІДОВНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЕТАПНОГО ПІДХОДУ



7.1. Вступ

У цьому розділі досліджено питання застосування гештальт-терапії для роботи з пацієнтами, які мають залежну поведінку. Розділ присвячено розкриттю концептуальних засад, принципів і методик цього підходу в контексті системного, послідовного, комплексного та етапного підходу до психотерапії залежностей. Також розкрито питання стратегічної терапії залежності, ключових феноменів, що впливають на розвиток адиктивних патернів, а також особливостей формування та підтримки терапевтичного альянсу.

Зазначено, що гештальт-підхід, з його акцентом на усвідомленні поточного моменту, відповідальності та інтеграції емоційних і когнітивних процесів, є потужним інструментом для роботи із залежними пацієнтами. Особливу увагу приділено терапії осіб із нарцисичними рисами, а також управлінню опором і конфліктами в процесі лікування. У цьому розділі висвітлено такі емпіричні методики, як рольові ігри, техніка «порожнього крісла» та робота з фігурою і фоном.

У розділі окреслено специфіку психологічних криз залежних на різних етапах їхнього життя, від дитинства до пізньої зрілості, що дозволяє краще розуміти динаміку залежної поведінки та будувати ефективні терапевтичні стратегії. Матеріали цього розділу слугують як теоретичною, так і практичною базою для здобувачів вищої освіти та для психотерапевтів, які працюють із залежними пацієнтами, спрямовуючи їх на інтеграцію сучасних підходів у свою практику.

7.2. Стратегічна психотерапія залежностей. Нарцистичний виклик у психотерапії залежностей

Стратегічна психотерапія – це динамічний і орієнтований на вирішення підхід, який стосується людської поведінки через структуроване, цілеспрямоване втручання. Цей метод є особливо ефективним у лікуванні залежності, оскільки він наголошує на руйнуванні дезадаптивних моделей і створенні дієвих шляхів до одужання. Залежність як складна взаємодія біологічних, психологічних і соціальних факторів вимагає гнучких і творчих терапевтичних підходів. Стратегічна терапія забезпечує надійну основу для розв'язання цих проблем, включаючи принципи та методи, які адаптуються до унікальних потреб кожного пацієнта.

Основа стратегічної терапії лежить в її принципах: виявлення шаблонів підтримки проблеми, переформатування сприйняття та сприяння змінам поведінки за допомогою індивідуальних втручань. Однією з визначальних рис цього підходу є його прагматична спрямованість. Терапевти тісно співпрацюють із пацієнтами, щоб визначити найближчі цілі, часто зосереджуючись на конкретній поведінці, а не заглиблюючись у глибинні психологічні проблеми, якщо це не необхідно. Такі методи, як парадоксальне втручання, рефреймінг і прямі поведінкові рецепти, є центральними для цього методу. Парадоксальні втручання, наприклад, змушують пацієнтів протистояти своїй поведінці, приписуючи саме ті дії, які вони прагнуть усунути, створюючи когнітивний дисонанс, який сприяє розумінню та змінам.

Техніка рефреймінгу є ще одним наріжним каменем стратегічної терапії. Залежність часто виникає через жорсткі моделі мислення та спотворені переконання про себе та світ. Змінюючи ці переконання, терапевти дають пацієнтам можливість дивитися на свої обставини та здібності через призму, що розширює можливості. Прямі поведінкові приписи також використовуються для переривання руйнівних циклів. Ці структуровані завдання заохочують пацієнтів робити поступові кроки до тверезості, зміцнюючи самоефективність і сприяючи відчуттю контролю над своїми діями.

У контексті лікування залежності поєднання стратегічної терапії з іншими підходами, як-от гештальт-терапія, підвищує її ефективність. Гештальт-підхід наголошує на обізнаності, відповідальності та поточному моменті, що робить його потужним доповненням до стратегічних методів. Тоді як стратегічна терапія зосереджена на поведінці та негайних змінах, гештальт-терапія заглиблюється в емоційні та емпіричні виміри залежності. Ця

інтеграція дозволяє терапевтам долати не лише зовнішні прояви залежності, але й внутрішні конфлікти та незадоволені потреби, які її підтримують.

Наприклад, наголос гештальт-терапії на дослідженні «тут і зараз» може поглибити розуміння пацієнтом своїх тригерів і механізмів подолання. Такі методи, як рольові ігри та вправа «порожній стілець», допомагають пацієнтам протистояти невирішеним емоціям і динаміці стосунків, які можуть сприяти їх поведінці, що викликає залежність. Синергія цих двох підходів створює цілісну структуру, де стратегічні втручання спрямовані на негайні зміни поведінки, а гештальт-техніки сприяють глибшому емоційному зціленню.

Терапія для нарцисичних пацієнтів із залежностями представляє унікальні виклики, що вимагають тонкого розуміння їх основної структури особистості. Нарцисичні особи часто демонструють такі риси, як мегаломанія, тривожність та слабка самооцінка, які ускладнюють традиційні терапевтичні підходи. У таких випадках адаптивність стратегічної терапії стає критично важливою перевагою. Терапевт повинен керувати захистом нарцисичного пацієнта, водночас розвиваючи терапевтичний альянс, заснований на повазі та спільних цілях.

Однією з ефективних стратегій є використання потреби пацієнта в досягненні і визнанні як мотивації до змін. Розгляд тверезості як шляху до відновлення контролю та підвищення особистого успіху узгоджується зі світоглядом нарцисичного індивіда. Водночас терапевт повинен ретельно підтримувати баланс між підтвердженням досвіду пацієнта та викликом його спотвореного самосприйняття.

Інтеграція гештальт-техніки в роботу з нарцисичними пацієнтами ще більше збагачує терапевтичний процес. Ці техніки допомагають пацієнтам отримати доступ до емоцій, що лежать в основі, як-от сором і неадекватність, які часто підживлюють їх залежну поведінку. Розвиваючи емоційну обізнаність і заохочуючи справжню саморефлексію, терапевт може спрямувати пацієнта до більш автентичного і стабільного самовідчуття.

Нарцисичні риси часто становлять значні проблеми в психотерапії залежності, формуючи як терапевтичний процес, так і необхідні втручання. Пацієнти з нарцисичними схильностями приносять унікальні психологічні складності, які впливають на їхні моделі вживання психоактивних речовин і реакцію на лікування. «Нарцисичний виклик» у психотерапії залежностей відноситься до специфічних труднощів, спричинених цими рисами, включаючи крихку самооцінку, замасковану мегаломанією, інтенсивну потребу в підтвердженні своєї цінності та стійкість до вразливості. Розв'язання цих проблем вимагає

точних діагностичних підходів, розуміння динаміки нарцисичних взаємодій і застосування індивідуальних терапевтичних стратегій.

Діагностика нарцисичних рис у пацієнтів із залежностями є тонким процесом, який включає вивчення моделей поведінки, емоційних реакцій та міжособистісного функціонування. Ці риси часто проявляються як комбінація перебільшеної власної значущості та гіперчутливості до сприйнятої критики, а також прихованої невпевненості, яка спонукає до компенсаторної поведінки. У контексті залежності речовини чи поведінки часто служать інструментами для саморегуляції або шляхом посилення почуття переваги, або шляхом придушення хворобливих емоцій, пов'язаних зі сприйманою неадекватністю. Клініцисти повинні розрізняти основні риси нарцисизму та захисні механізми, які часто активуються залежністю. Діагностичні інструменти, зокрема структуровані інтерв'ю, описи особистості (наприклад, опис нарцисичної особистості) та клінічні спостереження, допомагають визначити ступінь і природу нарцисичних рис. Слід також приділити увагу розумінню того, як ці риси взаємодіють із самою залежністю, оскільки вони часто загострюють заперечення, мінімізацію та опір лікуванню.

Терапевтичний процес із нарцисичними пацієнтами в психотерапії залежності часто ускладнюється динамікою «нарцисичного виклику». Ця динаміка виникає, коли нарцисичний захист пацієнта активується у відповідь на вразливість, необхідну для значущого терапевтичного залучення. Пацієнти можуть демонструвати такі поведінкові прояви, як знецінення терапевта, надмірна зосередженість на собі або спроби контролювати терапевтичний процес, щоб зберегти відчуття переваги. Ця динаміка часто виникає через глибокий страх викриття та неадекватності, який залежність допомагає замаскувати. Для терапевтів завдання полягає в тому, щоб керувати цими захистами, не викликаючи відстороненості чи ворожості, одночасно долаючи основні проблеми, які підтримують як нарцисизм, так і залежність.

Терапевтичний альянс відіграє вирішальну роль в управлінні нарцисичним викликом. Побудова довіри з нарцисичним пацієнтом вимагає від терапевта зайняти позицію, яка врівноважує емпатію з чіткими межами. Надмірна конфронтація може спровокувати оборону, тоді як надмірна перевірка ризикує посилити дезадаптивну поведінку. Терапевт повинен демонструвати повагу до автономії та досягнень пацієнта, водночас м'яко кидаючи виклик спотворенням, які зберігають залежність. Цей процес вимагає терпіння, послідовності та здатності протистояти спробам маніпуляцій чи девальвації.

Втручання в роботу з нарцисичним викликом передбачає акцент на техніках і стратегіях, які зменшують опір, сприяють розумінню та адаптивним механізмам подолання. Мотиваційна співбесіда є особливо цінним підходом для цих осіб, оскільки вона наголошує на співпраці та поважає автономію пацієнта. Сформулювавши терапевтичні цілі з погляду особистих прагнень і самооцінки пацієнта, терапевти можуть узгодити втручання з внутрішньою мотивацією пацієнта. Наприклад, замість того, щоб розглядати тверезість як засіб уникнення шкоди, її можна представити як шлях до досягнення більшого контролю, компетентності чи визнання – цінностей, які часто сильно резонують із нарцисичними людьми.

Інша ефективна стратегія передбачає виховання емоційної свідомості й толерантності. Багатьом нарцисичним пацієнтам важко визнати або переробити такі емоції, як сором, страх або вразливість, які часто зумовлюють їх залежну поведінку. Техніки, отримані від терапії, орієнтованої на емоції, або підходів, що базуються на уважності, можуть допомогти пацієнтам розвинути здатність розпізнавати та регулювати ці почуття, не вдаючись до вживання психоактивних речовин. Наприклад, для створення відчуття безпеки під час дослідження хворобливих емоцій можна використовувати керовані образи або вправи на заземлення.

Когнітивна реструктуризація також важлива для подолання спотворених моделей мислення, характерних для нарцисичних пацієнтів. Ці люди часто дотримуються жорстких, дихотомічних переконань щодо себе та інших, коливаючись між ідеалізацією та знеціненням. Допомога пацієнтам у розробленні більш нюансованих і реалістичних перспектив може зменшити їхню залежність від мегаломанії та зовнішньої перевірки. Такі методи, як Сократове опитування та вправи на запис думок, заохочують пацієнтів досліджувати докази своїх вірувань і розглядати альтернативні інтерпретації.

Паралельно терапевти повинні розглядати реляційні аспекти нарцисичного виклику. Рольові ігри та експериментальні вправи можуть допомогти пацієнтам дослідити їх моделі взаємодії та вплив, який вони мають на їхні стосунки. Наприклад, терапевт може використовувати керований діалог, щоб допомогти пацієнту зрозуміти, як його поведінка сприймається іншими, сприяючи співпереживанню та самосвідомості. Такі втручання можуть бути особливо потужними в поєднанні зі зворотним зв'язком, який надається підтримувальним, але прямим способом.

7.3. Застосування принципів, концепцій та методів гештальт-терапії під час лікування пацієнтів із залежностями

7.3.1. Коротка характеристика принципів теорії гештальт-терапії: екзистенціалізм, холізм, гештальтпсихологія, феноменологія

Екзистенціалізм – це філософська течія, яка наголошує на індивідуальному існуванні, свободі та виборі, стверджуючи, що кожна людина несе відповідальність за наповнення сенсом власного життя. Своїм корінням екзистенціалізм сягає праць таких філософів, як Сьорен К'єркегор, Фрідріх Ніцше, Жан-Поль Сартр та Мартін Гайдеггер, і вивчає складність людського існування, часто стикаючись із темами абсурду, відчуження та смертності. Акцент на особистому досвіді та суб'єктивній природі реальності формує важливе тло для різних психологічних теорій, зокрема гештальт-теорії.

Гештальт-теорія, розроблена на початку ХХ століття такими психологами, як Макс Вертгаймер, Курт Коффка та Вольфганг Келер, зосереджується на сприйнятті цілого, а не суми частин. Цей підхід ґрунтується на переконанні, що люди сприймають світ цілісно, з акцентом на усвідомленні всього контексту індивідуального досвіду. Перетин екзистенціалізму та гештальт-теорії висвітлює кілька ключових ідей, зокрема щодо понять свободи, відповідальності та автентичності, а також ролі суб'єктивного досвіду в психотерапії.

Одним із фундаментальних постулатів екзистенціалізму є поняття свободи. Екзистенціалісти стверджують, що люди володіють вродженою свободою робити вибір, навіть перед зовнішніми обмеженнями. Ця ідея свободи знайшла своє відображення в гештальт-теорії, яка підкреслює здатність людини усвідомлювати власний досвід і брати на себе відповідальність за свій вибір. У психотерапії це означає заохочення пацієнтів до усвідомлення своєї здатності формувати власне життя, створення середовища, де вони можуть досліджувати свої почуття і бажання без тягаря суспільних очікувань. Гештальт-підхід прагне розвивати усвідомлення теперішнього моменту, надаючи пацієнтам можливість визнати свій вибір і прийняти свою свободу тут і зараз.

Відповідальність є ще одним важливим поняттям як в екзистенціалізмі, так і в гештальт-теорії. Екзистенціалісти стверджують, що зі свободою приходить відповідальність за здійснення осмисленого вибору і прийняття наслідків цього вибору. Це почуття відповідальності є невід'ємною частиною терапевтичного процесу в гештальт-терапії, де пацієнти заохочуються до усвідомлення своєї ролі у своїх переживаннях і стосунках.

Визнаючи свою відповідальність, пацієнти можуть рухатися до більшої самосвідомості та особистісного зростання. Гештальт-терапія сприяє розумінню того, що люди мають можливість впливати на свої обставини і що прийняття відповідальності за свої дії - це шлях до автентичності.

Автентичність - це основний принцип екзистенціалізму, що означає відповідність між діями людини та її справжньою сутністю. У гештальт-терапії автентичність розвивається через дослідження власного «Я» та сприяння чесному самовираженню. Пацієнтів заохочують ідентифікувати та артикулювати свої почуття, бажання та цінності, що дозволяє їм жити відповідно до свого справжнього «я». Це прагнення до автентичності є важливим для психологічного благополуччя, оскільки дозволяє людям звільнитися від неавтентичних ролей або суспільних норм, які можуть обмежувати їх справжнє самовираження.

Роль суб'єктивного досвіду в психотерапії неможливо перебільшити. Екзистенціалізм надає великого значення особистому досвіду як основі для створення сенсу. Кожна людина має унікальне бачення світу, сформоване її досвідом, емоціями та переконаннями. Гештальт-терапія приймає цю суб'єктивність, надаючи пріоритет досвіду пацієнта в терапевтичному процесі. Терапевти працюють у співпраці з пацієнтами, щоб допомогти їм сформулювати свої почуття і зрозуміти свій життєвий досвід. Такий акцент на суб'єктивному досвіді сприяє кращому розумінню себе, сприяючи зціленню та зростанню.

Холізм - це фундаментальна концепція гештальтпсихології, яка акцентує увагу на тому, що ціле є більшим, ніж сума його частин. Цей принцип є ключовим у розумінні людського досвіду, поведінки та сприйняття. Гештальт-підхід стверджує, що люди є не просто сукупністю окремих елементів, а скоріше інтегрованими системами, на функціонування яких впливає взаємодія між різними компонентами та їх оточенням. Гештальт-перспектива принципово зміщує фокус з ізольованої поведінки чи думок на ширший контекст, в якому ці елементи існують, забезпечуючи комплексне сприйняття психологічних явищ.

В основі гештальтпсихології лежить принцип цілісності, який стверджує, що людський досвід слід розглядати як єдине ціле. Ця цілісна перспектива ґрунтується на переконанні, що люди сприймають та інтерпретують свій досвід як цілісні утворення, а не фрагменти. Наприклад, коли людина стикається із ситуацією, вона не просто реагує на окремі стимули, а реагує на весь контекст, який формує її сприйняття. Цей принцип цілісності вказує на важливість урахування взаємозв'язку думок, почуттів і поведінки під час психологічного обстеження та лікування. Розглядаючи індивідів як інтегроване ціле, терапевти можуть

краще зрозуміти складність людського досвіду, визнаючи, що психічний стан людини неможливо повністю зрозуміти, вивчаючи ізольовані симптоми або поведінку.

Основою гештальт-підходу є розуміння людини як інтегрованої системи. Ця позиція передбачає, що люди є динамічними сутностями, які формуються під впливом взаємодії з навколишнім середовищем, стосунків і внутрішніх процесів. У гештальт-терапії пацієнтів заохочують досліджувати свій досвід таким чином, щоб урахувати всю повноту їхнього буття, включно з емоціями, думками, фізичними відчуттями та впливом оточення. Такий комплексний підхід дозволяє більш детально зрозуміти, як різні аспекти людини взаємодіють і впливають на її загальне психологічне здоров'я. Для терапевтів важливо створити безпечний простір, в якому пацієнти можуть висловити та інтегрувати ці різні аспекти свого досвіду, сприяючи глибшому зв'язку зі своїм цілісним «Я».

Взаємодія між частинами і цілим є надзвичайно важливою в психотерапевтичному процесі. У гештальт-терапії цю взаємодію часто зображують за допомогою концепції відносин фігура – ґрунт, коли певні елементи досвіду (фігура) виринають із фону (ґрунту), щоб привернути до себе увагу. Ця динаміка ілюструє, як люди вибірково фокусуються на певних аспектах свого досвіду, тоді як інші елементи залишаються на периферії. Під час терапії пацієнти можуть спочатку виносити на перший план конкретні проблеми або симптоми, але в процесі дослідження вони можуть виявити глибинні патерни, стосунки і контексти, які сприяють їх досвіду. Досліджуючи, як ці частини взаємодіють із цілим, терапевти можуть допомогти пацієнтам отримати уявлення про їхню поведінку та емоції, що сприятиме глибокому розумінню їх психологічного стану.

Крім цього, гештальт-підхід наголошує на важливості усвідомлення в цій взаємодії. Підвищення обізнаності дозволяє пацієнтам усвідомити, як їхні думки, емоції та поведінка взаємопов'язані, що призводить до кращого сприйняття себе як інтегрованої системи. Таке усвідомлення сприяє підвищенню особистої відповідальності та дає можливість пацієнтам робити свідомий вибір, який відповідає їхньому цілісному досвіду. Коли пацієнти стають більш пристосованими до своїх внутрішніх процесів і зовнішніх контекстів, вони краще орієнтуються в складнощах свого життя, сприяючи особистісному зростанню і лікуванню.

На практиці гештальт-терапія заохочує пацієнтів досліджувати свій досвід за допомогою різних технік, зокрема таких, як діалог, рольові ігри та експериментальні вправи. Ці методи сприяють інтеграції розрізнених аспектів особистості, дозволяючи пацієнтам взаємодіяти зі своїми емоціями, думками та фізичними відчуттями в цілісності. Звертаючись до взаємодії між частинами і цілим, терапевти можуть сприяти змістовним інсайтам і

трансформаціям, які виходять за межі полегшення симптомів і охоплюють увесь досвід людини.

Гештальтпсихологія, заснована на початку ХХ століття, являє собою значний зсув у вивченні сприйняття та пізнання. Її концептуальні засади ґрунтуються на цілісній перспективі, яка наголошує на організації чуттєвого досвіду в осмислені цілісності. Цей підхід відрізняється від редукціоністських теорій, які зосереджуються виключно на ізольованих елементах, натомість стверджуючи, що люди сприймають патерни та конфігурації у своєму оточенні. Центральне місце в гештальтпсихології займають кілька фундаментальних законів сприйняття, які пояснюють, як люди організують візуальні стимули в цілісний досвід. Ці закони – закон близькості, закон подібності, закон закриття і закон хорошого продовження – ілюструють, як перцептивний досвід формується під впливом вродженої тенденції групувати елементи на основі просторових і відносних характеристик.

Закон близькості стверджує, що об'єкти, які знаходяться близько один до одного, мають тенденцію сприйматися як єдина група. Наприклад, у скупченні точок найближчі одна до одної будуть сприйматися як частина одного об'єкта, що призведе до формування окремих фігур на тлі. Закон подібності припускає, що предмети, які мають схожі характеристики, як-от колір або форма, групуються у сприйнятті незалежно від їх просторового розташування. Цей принцип підкреслює вроджену людську схильність шукати закономірності та класифікувати досвід на основі спільних атрибутів. Закон замикання передбачає схильність розуму сприймати незавершені фігури як завершені, заповнюючи прогалини для створення єдиного цілого. Зрештою, закон хорошого продовження стверджує, що елементи, розташовані в лінію або криву, сприймаються як більш пов'язані, ніж ті, що роз'єднані. Ці закони ілюструють динамічну взаємодію між різними елементами нашого поля сприйняття і створюють основу для розуміння того, як люди інтерпретують свій досвід.

У психотерапії поняття фігури та фону відіграють ключову роль у гештальт-підході. Різниця між фігурою і фоном стосується того, як люди фокусують свою увагу на певних аспектах свого досвіду (фігура), тоді як інші елементи відходять на другий план. Ця концепція має особливе значення в терапевтичному середовищі, де пацієнти можуть спочатку представити конкретні проблеми або симптоми як фокусну точку своїх занепокоєнь. Під час терапевтичного процесу пацієнтів заохочують досліджувати ширший контекст їхнього досвіду, виявляючи глибинні патерни, емоції та стосунки, які могли зумовити їх поточний стан. Допмагаючи пацієнтам розрізнити фігуру і фон, терапевти сприяють кращому

усвідомленню ними того, як різні елементи в житті взаємодіють і впливають на їх психологічне благополуччя.

Терапевтичне дослідження фігури і фону заохочує пацієнтів усвідомити динамічну природу своїх переживань. Наприклад, пацієнт, який бореться з тривогою, може спочатку зосередитися на конкретних тригерах, розглядаючи їх як ізольовані події. Однак завдяки гештальт-терапії пацієнт може навчитися сприймати, як ці тригери пов'язані з ширшими темами в його житті, як-от негативні емоції, міжособистісна динаміка або невизнані потреби. Цей процес зміщення фокусу з фігури на тло сприяє кращому розумінню та більш інтегрованому сприйняттю себе. Розглядаючи взаємодію між проблемами на першому плані й фоновими впливами, пацієнти можуть розвинути більш цілісний погляд на свій досвід, що веде до особистісного зростання і лікування.

Гештальтпсихологія також глибоко вплинула на розвиток терапевтичної практики, забезпечивши основу для вивчення складних аспектів людського досвіду. Акцент на усвідомленні, особистій відповідальності та досвіді «тут і зараз» у гештальт-терапії відображає основоположні принципи гештальтпсихології. Цей підхід заохочує терапевтів створювати середовище, в якому пацієнти можуть досліджувати свій безпосередній досвід, сприяючи інтеграції думок, почуттів і поведінки. Надаючи пріоритет теперішньому моменту, терапевти допомагають пацієнтам розпізнавати патерни і робити свідомий вибір, який відповідає їхньому справжньому «я».

Гештальт-терапія також включає експериментальні техніки, які спираються на фундаментальні принципи сприйняття. Такі техніки, як рольові ігри, керовані образи та діалоги в порожньому кріслі, дозволяють пацієнтам взаємодіяти з різними аспектами свого досвіду, сприяючи більшому усвідомленню та інтеграції. Ці методи заохочують пацієнтів досліджувати свої емоції, бажання і конфлікти в безпечному і сприятливому середовищі, що призводить до глибоких інсайтів і трансформацій. Інтеграція принципів гештальт-терапії в терапевтичну практику збагатила сферу психології, надавши фахівцям важливі інструменти для розуміння та подолання складнощів людського досвіду.

Феноменологія як філософський підхід спрямована на дослідження і вивчення людського досвіду з точки зору першої особи, підкреслюючи багатство суб'єктивного досвіду і сенсів, які люди вкладають у своє життя. У контексті гештальт-теорії феноменологія слугує основоположним принципом, на якому ґрунтується як розуміння людської поведінки, так і практика психотерапії. Інтеграція феноменологічних принципів у гештальт-терапію дає терапевтам можливість взаємодіяти з пацієнтами таким чином, щоб надавати пріоритет

їхньому життєвому досвіду, сприяючи поглибленому розумінню світу людини та сприяючи особистісному зростанню.

Одним з основних принципів феноменологічного підходу є акцент на винесенні за межі, що передбачає відкидання упереджень і теоретичних інтерпретацій для повного залучення до суб'єктивного досвіду пацієнта. Цей процес дозволяє терапевтам зосередитися на сприйнятті та почуттях пацієнта, не нав'язуючи зовнішніх рамок або суджень. Приймаючи феноменологічну позицію, терапевти створюють для пацієнтів простір для автентичного дослідження їхнього досвіду, сприяючи справжньому розумінню їхніх почуттів, думок і поведінки. Цей принцип має особливе значення в гештальт-терапії, де усвідомлення терапевтом власних упереджень має вирішальне значення для підтримання відкритих і емпатійних терапевтичних стосунків із пацієнтом.

Суб'єктивний досвід розглядається як першоджерело взаєморозуміння в гештальт-терапії. Феноменологічний підхід заохочує терапевтів цінувати і підтверджувати унікальну точку зору пацієнта, розуміючи, що кожна людина інтерпретує свій досвід через призму власного контексту, історії та емоцій. У цьому сенсі суб'єктивний досвід стає центром терапевтичного процесу, оскільки пацієнтів заохочують висловлювати свої почуття, бажання і конфлікти власними словами. Такий акцент на суб'єктивному дає змогу глибше дослідити внутрішній світ пацієнта, сприяючи самоусвідомленню та інсайту.

Роль терапевта в цьому контексті полягає в тому, щоб сприяти дослідженню, а не спрямовувати його. Активно вислуховуючи та взаємодіючи з пацієнтом, терапевти допомагають йому розкрити значення, закладені в його досвіді. Цей процес часто передбачає постановку відкритих запитань, які спонукають пацієнтів глибше зануритися у свої почуття та сприйняття, розвиваючи почуття активності та відповідальності за свій досвід. Мета – створити атмосферу співпраці, в якій пацієнти почуваються безпечно, досліджуючи свої суб'єктивні реалії, не боячись осуду чи нерозуміння. Таким чином, терапевт стає партнером у дослідженні феноменологічного світу пацієнта, спрямовуючи його до більшого самопізнання та розуміння.

Важливим аспектом феноменології в гештальт-теорії є практика відкритого спостереження та уникнення інтерпретацій. Відкрите спостереження передбачає неупереджену позицію, коли терапевт спостерігає і визнає переживання пацієнта так, як вони розгортаються в теперішньому моменті. Ця практика дозволяє терапевтам залишатися налаштованими на емоційний стан і тілесні відчуття пацієнта, створюючи середовище, в якому пацієнт може відчувати, що його бачать і розуміють. На відміну від традиційних

терапевтичних підходів, які можуть включати аналіз або інтерпретацію поведінки пацієнта, гештальт-терапія віддає перевагу безпосередньому досвіду, визнаючи, що почуття і думки пацієнта найкраще розуміються в контексті «тут і зараз».

Уникнення інтерпретацій має вирішальне значення для збереження цілісності суб'єктивного досвіду пацієнта. Коли терапевти накладають інтерпретації або висновки на розповідь пацієнта, вони ризикують спотворити розуміння пацієнтом власного досвіду. Натомість гештальт-терапія заохочує терапевтів до рефлексії спостережень і почуттів пацієнта, дозволяючи йому робити власні висновки та інсайти. Ця рефлексивна практика зміцнює терапевтичні стосунки, сприяючи довірі та співпраці між терапевтом і пацієнтом. Пацієнти отримують можливість досліджувати свої почуття без необхідності відповідати будь-яким заздалегідь визначеним інтерпретаціям, що сприяє більш автентичній і змістовній взаємодії зі своїм досвідом.

Важливість відкритого спостереження та уникнення інтерпретацій проявляється у використанні експериментальних технік, поширених у гештальт-терапії. Такі методи, як рольові ігри, керовані образи та вправи на фокусування, дозволяють пацієнтам безпосередньо взаємодіяти зі своїми почуттями та сприйняттям, заохочуючи їх досліджувати свій досвід у безпечному та сприятливому середовищі. Ці методи підкреслюють багатство суб'єктивного досвіду, запрошуючи пацієнтів до повного та автентичного самовираження. Роль терапевта в цих вправах полягає в тому, щоб сприяти дослідженню, зберігаючи при цьому відкриту, неупереджену присутність, що дозволяє пацієнтам установити зв'язок зі своїм внутрішнім світом.

7.3.2. Загальні терапевтичні моделі в порівнянні з підходом гештальт-терапії:

медична модель; психіатрична модель; модель поведінкової терапії

Медична модель довгий час домінувала в теорії розуміння та лікування залежності, наголошуючи на біологічному підґрунті та ролі фізіологічних процесів у розвитку адиктивної поведінки. В основі цієї моделі є розуміння того, що залежність – це хронічне захворювання, яке часто має генетичну схильність, нейрохімічний дисбаланс і зміни в структурі та функціях мозку. Біологічні основи поведінки, особливо в контексті залежності, дають важливе розуміння механізмів, що призводять до компульсивного вживання психоактивних речовин і залежності. На противагу цьому, гештальт-підхід, який виник із більш широкої галузі гуманістичної психології, забезпечує цілісну перспективу, яка інтегрує фізіологічні, емоційні, когнітивні та соціальні виміри людського досвіду. Цей підхід зміщує акцент із діагнозу і

патології на особисту обізнаність і зростання, представляючи помітно іншу парадигму для розв'язання проблеми залежності.

Медична модель інтерпретує залежність насамперед як дисфункцію в системі винагороди мозку. Нейромедіатори, як-от дофамін, серотонін і гамма-аміномасляна кислота (ГАМК), відіграють важливу роль у регулюванні настрою, мотивації та оброблення винагороди. Порушення регуляції цих систем, часто спричинене вживанням психоактивних речовин, призводить до посилення циклів потягу та споживання. Візуалізаційні дослідження виявляють структурні та функціональні зміни в ключових ділянках мозку, зокрема в префронтальній корі та ядрі, що призводять до порушення процесу прийняття рішень і підвищеної чутливості до сигналів, пов'язаних із вживанням наркотиків. Ці висновки підкреслюють важливість вивчення проблем через призму фізіології, оскільки вони дозволяють здійснювати цілеспрямовані втручання, включаючи фармакотерапію та інші біологічно обґрунтовані методи лікування.

У межах цієї моделі роль терапевта полягає в тому, щоб бути експертом-діагностом і лікарем. Медична модель надає пріоритет точному діагнозу за допомогою клінічних оцінок, лабораторних тестів і методів нейровізуалізації. Точність діагнозу є основою для розроблення науково обґрунтованих планів лікування, які часто передбачають медикаментозну підтримувальну терапію (МПЛ) такими препаратами, як метадон, бупренорфін або налтрексон, для пом'якшення симптомів абстиненції та зниження ризику рецидиву. Фаховість лікаря відіграє ключову роль у процесі лікування, оскільки він здійснює моніторинг фізіологічних реакцій, коригує дозування препаратів та лікує супутні захворювання. Ієрархічна динаміка між лікарем і пацієнтом відображає акцент моделі на спеціалізованих знаннях і авторитеті в керуванні процесом одужання.

Водночас медична модель має суттєві обмеження в контексті психологічної терапії. Її редукціоністський фокус на біологічних механізмах часто ігнорує складну взаємодію психологічних, соціальних та екзистенційних факторів, які сприяють виникненню залежності. Такий звужений підхід може призвести до лікування симптомів, а не першопричин, що призводить до неповного або тимчасового одужання. До того ж залежність медичної моделі від стандартизованих протоколів може не враховувати індивідуальні відмінності в життєвому досвіді, культурному контексті та особистих цінностях. Ці обмеження підкреслюють потребу в додаткових підходах, які б ураховували багатогранну природу залежності.

Гештальт-підхід передбачає протилежну парадигму, яка підкреслює інтеграцію розуму і тіла, розглядаючи залежність не лише як біологічну дисфункцію, а й як прояв

нерозв'язаних емоційних конфліктів і порушень самосвідомості. У цій моделі терапевт бере на себе роль фасилітатора, а не авторитетного експерта. Терапевтичний процес зосереджений на сприянні усвідомленню, заохочуючи пацієнтів досліджувати свої думки, почуття і поведінку в теперішньому моменті. Цей фокус на досвідченому навчанні та саморозвитку дає змогу людям виявити та усунути першопричини своєї залежності, як-от незадоволені потреби, травми чи дисфункціональні моделі стосунків.

Гештальт-підхід ураховує суб'єктивний досвід пацієнта і визнає важливість особистої активності в процесі одужання. На відміну від медичної моделі, яка може випадково посилити почуття пасивності або залежності від зовнішніх втручань, гештальт-метод заохочує пацієнтів брати активну участь у своєму шляху до одужання. Такі методи, як рольові ігри, діалогові вправи та практики усвідомленості, використовуються для підвищення самосвідомості та полегшення емоційного оброблення, сприяючи цілісному благополуччю.

Незважаючи на те, що гештальт-підхід усуває деякі недоліки медичної моделі, він не позбавлений своїх проблемних аспектів. Відсутність акценту на біологічних основах може обмежити його ефективність у випадках, коли фізіологічні фактори відіграють значну роль, наприклад, у разі важких симптомів абстиненції або супутніх медичних станів. Це підтверджує потенційні переваги інтегративного підходу, який поєднує сильні сторони обох моделей. Поєднуючи біологічні уявлення медичної моделі з цілісними, орієнтованими на пацієнта принципами гештальт-підходу, терапевти можуть розробити комплексні та персоналізовані стратегії боротьби із залежністю.

Медична модель і гештальт-підхід пропонують різні, але взаємодоповнювальні погляди на діагностику та лікування залежності. Акцент медичної моделі на біологічних основах поведінки і ролі терапевта як експерта створює важливу основу для розуміння й управління фізіологічними аспектами залежності. Водночас її обмеженість у роботі з психологічними та екзистенційними аспектами вказує на потребу в таких підходах, як гештальт-терапія, які ставлять на перше місце усвідомлення, особисту активність і цілісне лікування.

Психіатрична модель є спеціальним розширенням медичної моделі, з чітким акцентом на взаємозв'язок між психічним здоров'ям і залежністю. У межах цієї моделі залежність часто розглядається як психічний розлад, який супроводжується іншими психічними порушеннями, як-от депресія, тривога, біполярний розлад або шизофренія. Ця модель акцентує увагу на взаємозалежності психічного та фізичного здоров'я, підкреслюючи роль психіатричних патологій у розвитку та закріпленні адиктивної поведінки. Розглядаючи

залежність через призму психічних розладів, психіатрична модель підкреслює необхідність комплексних стратегій діагностики та лікування, адаптованих до складних потреб людей.

Однією з визначальних особливостей психіатричної моделі є структурований підхід до діагностики, що ґрунтується на стандартизованих системах класифікації, як-от Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) та Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів (DSM). Ці класифікації надають лікарям детальні критерії для виявлення залежності та пов'язаних з нею психічних розладів, пропонуючи спільну мову для полегшення діагностики, досліджень і планування лікування. DSM, яка наразі перебуває в п'ятому виданні (DSM-5), класифікує залежність у розділі «Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та адиктивні розлади», розрізняючи розлади, пов'язані з вживанням, наприклад, алкоголю, опіоїдів, стимуляторів, та поведінкові адикції (наприклад, азартні ігри). Аналогічно, МКХ-11 класифікує ці стани в рамках психічних і поведінкових розладів. Обидві системи використовують дименціональний підхід, підкреслюючи тяжкість і вплив симптомів на повсякденне функціонування людини. Ця методологія відображає детальне розуміння залежності як спектрального розладу, що виходить за межі бінарних понять залежності або утримання.

Лікування в рамках психіатричної моделі часто передбачає поєднання фармакотерапії та психотерапії з акцентом на усунення симптомів залежності та основних психіатричних супутніх захворювань.

Фармакотерапія відіграє ключову роль у цій моделі, використовуючи ліки для лікування симптомів абстиненції, зменшення потягу та стабілізації настрою.

Такі засоби, як антидепресанти, антипсихотики та стабілізатори настрою, призначають для лікування супутніх психічних розладів, тоді як такі препарати, як метадон, бупренорфін і налтрексон, спрямовані на усунення нейрохімічних порушень, пов'язаних із розладами, спричиненими вживанням психоактивних речовин. Ці фармакологічні втручання часто доповнюються психотерапією, яка спрямована на психологічні та поведінкові аспекти залежності. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), діалектична поведінкова терапія (ДПТ) та травмофокусовані підходи є одними з найпоширеніших методів, адаптованих до конкретних потреб людини.

Психіатрична модель також підтримує комбіновані підходи, інтегруючи фармакотерапію із психотерапією для покращення результатів лікування. Наприклад, пацієнт з опіоїдною залежністю та супутньою депресією може отримувати медикаментозне лікування (МПЛ) бупренорфіном разом із КПТ для усунення депресивних симптомів та

розвитку здорових механізмів подолання. Ця інтегративна стратегія визнає взаємозв'язок між біологічними, психологічними та соціальними факторами залежності, пропонуючи більш цілісний підхід до лікування. Крім того, включення сімейної терапії, групової терапії та психоосвіти ще більше розширює сферу лікування, сприяючи створенню сприятливого середовища для одужання.

Хоча психіатрична модель надання допомоги є багатоаспектною, її часто критикують за притаманний їй «патерналізм», який позиціонує пацієнта як об'єкт лікування, а не як активного учасника процесу одужання. Така перспектива відображає традиційну медичну ієрархію, в якій лікар бере на себе роль експерта, а пацієнт повинен виконувати призначені втручання. Хоча така структура може створювати відчуття організованості та авторитету в управлінні складними випадками, вона може ненавмисно зменшити відчуття активності та самоефективності пацієнта. Критики стверджують, що цей аспект психіатричної моделі може посилити залежність від системи охорони здоров'я, замість того, щоб розширити можливості людини взяти на себе відповідальність за свій шлях до одужання.

Переваги психіатричної моделі полягають в її доказовій основі та здатності враховувати багатофакторну залежність. Її опора на стандартизовані діагностичні критерії забезпечує послідовність і точність у виявленні та класифікації розладів, а інтеграція фармакологічних і психотерапевтичних методів лікування створює надійну основу для втручання. Крім того, визнання в моделі взаємозв'язку між залежністю та психічним здоров'ям забезпечує більш повне розуміння проблем, з якими стикаються люди, що дозволяє надавати індивідуалізовану та ефективну допомогу.

Втім, модель не позбавлена обмежень. Її акцент на патології та зменшенні симптомів іноді може затьмарювати ширший контекст досвіду людини, наприклад, культурні, соціальні та екзистенційні фактори, які сприяють виникненню залежності. Крім того, залежність від фармакотерапії може призвести до побоювань щодо надмірної медикалізації, особливо в тих випадках, коли нефармакологічні втручання можуть бути однаково або навіть більш ефективними. Зрештою, структурований підхід психіатричної моделі до діагностики та лікування, хоча і є важливим для стандартизації, може бути недостатньо гнучким, щоб урахувати унікальний і динамічний характер процесу одужання кожної окремої людини.

Загалом, психіатрична модель пропонує важливу основу для розуміння і лікування залежності, підкреслюючи взаємозв'язок між розладами психічного здоров'я і вживанням психоактивних речовин. Її опора на чіткі діагностичні критерії та поєднання фармакотерапії і психотерапії забезпечує комплексний підхід до лікування. Однак її ієрархічна природа і

зосередженість на патології підкреслюють потребу в додаткових підходах, які надають пріоритет активності пацієнта і контекстуальному розумінню. Подолання цих обмежень дозволить психіатричній моделі продовжувати розвиватися, пропонуючи більш персоналізовані та цілісні шляхи до одужання.

Модель поведінкової терапії, що ґрунтується на принципах біхевіоризму, пропонує структуровану, науково обґрунтовану основу для подолання залежності, зосереджуючись на спостережуваній поведінці та факторах середовища, які на неї впливають. Виникнувши на основі фундаментальних робіт таких учених, як Джон Б. Уотсон і Б. Ф. Скіннер, біхевіоризм розвинувся, підкреслюючи роль зумовленості у формуванні людської поведінки. Із цього погляду залежність розглядається як вивчена поведінка, підкріплена повторним впливом речовин або компульсивних дій. Це різко суперечить гештальт-підходу, який надає пріоритет цілісному усвідомленню, емоційному обробленню та особистій активності. Акцент поведінкової моделі на підкріпленні та модифікації поведінки виділяє її як методично точний підхід до лікування залежності.

Теоретичною основою моделі поведінкової терапії є принципи класичного та оперантного зумовлення. Класичне зумовлення, як показали експерименти Івана Павлова, пояснює, як стимули оточення асоціюються з поведінкою, що викликає звикання. Наприклад, люди можуть відчувати потяг до певних стимулів, як-от місце, особа або емоційні стани, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, під впливом певних подразників. Оперантне зумовлення, прихильником якого є Б. Скіннер, наголошує на ролі підкріплення – як позитивного, так і негативного – у підтримці адиктивної поведінки. Речовини або діяльність приносять негайне задоволення або позбавляють від дискомфорту, підкріплюючи їх вживання. Ця теоретична основа визначає спрямованість моделі на зміну моделей підкріплення для того, щоб розірвати цикл залежності.

Модель поведінкової терапії ґрунтується на таких основних принципах, як підкріплення, навчання та систематична модифікація поведінки. Позитивне підкріплення передбачає винагороду за здорову поведінку, зокрема утримання або участь у заходах з відновлення, щоб заохотити її повторення. Негативне підкріплення спрямоване на подолання шкідливої поведінки шляхом усунення несприятливих стимулів, наприклад, полегшення симптомів абстиненції за допомогою структурованих втручань. Тренінги охоплюють вправи з формування навичок для розвитку більш здорових механізмів подолання труднощів і соціальної взаємодії, що зменшують залежність від адиктивної

поведінки. Модифікація поведінки використовує системний підхід для заміни дезадаптивної поведінки на адаптивну, орієнтовану на конкретні, вимірювані цілі в процесі лікування.

Поведінкова терапія використовує низку методів для зміни поведінки. Систематична десенсибілізація, заснована на класичних принципах зумовлення, використовується для зменшення потягу і тривоги, пов'язаних із тригерами залежності. Завдяки поступовому впливу на ці тригери в контрольованому середовищі люди вчаться асоціювати їх з нейтральними або позитивними емоційними реакціями, а не з вживанням психоактивних речовин. Методи оперативного навчання включають управління непередбачуваними ситуаціями, винагороду за утримання та інші позитивні моделі поведінки з матеріальними стимулами. Когнітивно-поведінкові методи, які поєднують когнітивну реструктуризацію зі стратегіями, орієнтованими на поведінку, допомагають людям виявляти та долати викривлені стереотипи мислення, котрі призводять до адиктивної поведінки. Ці методи заохочують пацієнтів до більш здорового мислення та дій, підвищуючи їх здатність справлятися зі стресом, протистояти потягам і запобігати рецидивам.

У моделі поведінкової терапії терапевт відіграє подвійну роль – наставника та модифікатора поведінки. Ця роль вимагає від терапевта оцінювати поведінку пацієнта, визначати патерни підкріплення та розробляти індивідуальні втручання для її зміни. Терапевт виступає в ролі авторитетного провідника, надаючи структурований зворотний зв'язок, відстежуючи прогрес і закріплюючи позитивні зміни. Це наставництво наголошує на співпраці та чіткій комунікації, гарантуючи, що пацієнти розуміють цілі та методи свого лікування. На відміну від гештальт-підходу, який розглядає терапевта як фасилітатора самоусвідомлення та емоційного дослідження, поведінкова модель позиціонує терапевта як активного агента змін, зосередженого на практичних результатах і вимірюваних поліпшеннях.

Незважаючи на свої сильні сторони, модель поведінкової терапії має суттєві обмеження, зокрема, вона зосереджена на симптомах, а не на причинах, що лежать в її основі. Зосереджуючись на спостережуваній поведінці та її підкріпленні, модель може ігнорувати емоційні, реляційні та екзистенційні виміри залежності. Такий підхід, орієнтований на симптоми, може призвести до того, що прояви залежності будуть розглядатися без вивчення глибших проблем, як-от травма, незадоволені психологічні потреби або відсутність сенсу і зв'язку в житті людини. Структурованість і цілеспрямованість моделі також може здатися деяким пацієнтам знеособленою, що обмежує можливості для самоаналізу та самопізнання.

На противагу цьому, гештальт-підхід забезпечує ширший погляд на людину загалом, підкреслюючи інтеграцію розуму, тіла та емоцій. Залежність розглядається не просто як набір дезадаптивних форм поведінки, а як реакція на нерозв'язані конфлікти, незадоволені потреби та порушену самосвідомість. Гештальт-підхід заохочує пацієнтів досліджувати ці глибинні виміри за допомогою таких методів, як рольові ігри, діалог та усвідомленість, сприяючи почуттю розширення можливостей та особистісному зростанню. Хоча гештальт-методу може не вистачати методологічної точності поведінкової терапії, його цілісна й орієнтована на пацієнта філософія доповнює структурований підхід поведінкової моделі.

Модель поведінкової терапії та гештальт-підхід являють собою різні парадигми для розуміння та лікування залежності. Поведінкова модель, заснована на принципах біхевіоризму, забезпечує чітку структуру для модифікації дезадаптивної поведінки за допомогою підкріплення, систематичної десенсибілізації та когнітивно-поведінкових технік. Акцент на спостережуваних результатах і структурованих втручаннях робить цю модель практичним і ефективним інструментом для лікування залежностей. Однак її обмеження в усуненні першопричин підкреслюють цінність додаткових підходів, зокрема гештальт-терапії, які надають пріоритет емоційному обробленню, самоусвідомленню та цілісному оздоровленню. Інтегруючи сильні сторони обох моделей, фахівці можуть запропонувати більш комплексну та персоналізовану допомогу людям, які борються із залежністю.

Гештальт-терапія, що бере свій початок у гуманістичній психології, пропонує особливий інтегративний підхід до психотерапії, наголошуючи на взаємозв'язку між розумом, тілом і оточенням. Розроблений у середині ХХ століття Фріцом Перлзом, Лаурою Перлз і Полом Гудменом, цей підхід ґрунтується на принципі цілісності, зосереджуючись на сприйнятті людини як цілісної істоти, а не як фрагментованої складової частини. Центральне місце в гештальт-терапії займає акцент на «тут і зараз», заохочуючи пацієнтів досліджувати свої безпосередні переживання та взаємодії. Ця феноменологічна орієнтація надає пріоритет безпосередньому досвіду над абстрактним аналізом, що робить гештальт-терапію динамічним та емпіричним методом особистісного зростання та лікування.

В основі гештальт-терапії знаходиться принцип цілісності, який стверджує, що індивідів слід розуміти цілісно. Це контрастує з моделями, які ізолюють психологічні, емоційні чи фізіологічні елементи як дискретні сутності. Натомість гештальт-терапія вивчає взаємодію між цими вимірами, а також стосунки людини з її оточенням. Сприяючи усвідомленню цих взаємопов'язаних аспектів, гештальт-терапія має на меті допомогти пацієнтам розпізнати закономірності та конфлікти, які порушують їх відчуття цілісності. Не менш важливим є фокус

на теперішньому моменті – «тут і зараз». Гештальт-терапія стверджує, що минулий досвід і майбутні тривоги проявляються в теперішній поведінці, думках та емоціях. Привертаючи увагу до теперішнього, пацієнти можуть повніше взаємодіяти зі своїми переживаннями, виявляти приховану динаміку та розвивати більшу самосвідомість.

Феноменологія, ще один важливий елемент гештальт-терапії, підкреслює важливість суб'єктивного досвіду. Замість того, щоб інтерпретувати чи патологізувати досвід пацієнта, гештальт-терапевти прагнуть зрозуміти його так, як він прожитий. Це передбачає відкидання упереджених понять і суджень, щоб по-справжньому дослідити, як пацієнти сприймають і взаємодіють зі світом. Феноменологія узгоджується з вірою в те, що люди є найкращими експертами у власному житті, здатними отримати доступ до своєї унікальної реальності та зрозуміти її.

Однією з відмінних рис гештальт-терапії є зосередженість на досвіді пацієнта як основному агенті змін. Цей метод надає пріоритет особистісному зростанню та саморегуляції, заохочуючи людей брати на себе відповідальність за свої емоції, думки та поведінку. Гештальт-терапія розглядає дисфункцію як результат перерваної саморегуляції, тобто коли людина пригнічує або уникає частини свого досвіду, вона втрачає контакт зі своїм автентичним «я». Сприяючи усвідомленню, гештальт-терапія прагне відновити цей природний регуляторний процес, дозволяючи пацієнтам реагувати на свої потреби й оточення більш здоровими та адаптивними способами. Особистісне зростання в цьому контексті полягає не лише в розв'язанні конкретних проблем, але й у культивуванні глибшого відчуття присутності, автентичності та активності.

Роль терапевта в гештальт-терапії помітно відрізняється від більш директивних чи ієрархічних підходів. Терапевт виступає в ролі партнера і фасилітатора на шляху пацієнта до самоусвідомлення. Ці відносини співпраці побудовані на довірі, емпатії та справжньому співробітництві. Замість того, щоб прописувати рішення або інтерпретувати досвід пацієнта, терапевт створює безпечне і підтримувальне середовище, де людина може досліджувати свої думки, почуття і поведінку. Завдяки уважному спостереженню, активному слуханню та керованому експериментуванню терапевт допомагає пацієнту стати більш пристосованим до свого досвіду та відкрити інсайти, які ведуть до суттєвих змін.

Гештальт-терапія використовує різні техніки, щоб полегшити цей процес, з акцентом на експериментальному навчанні. Техніка «порожнього стільця» – один із найвідоміших методів, покликаний допомогти пацієнтам екстерналізувати та розв'язати внутрішні конфлікти. Уявляючи значущу для себе людину або аспект себе в порожньому кріслі,

пацієнти вступають у діалог, який вносить ясність в емоції та стосунки. Ця вправа сприяє самовираженню, емоційному обробленню та інтеграції.

Робота зі сновидіннями – ще один унікальний напрям гештальт-терапії, що відображає її цілісну перспективу. На відміну від традиційних психоаналітичних підходів, які інтерпретують сновидіння як символічні репрезентації несвідомого матеріалу, гештальт-терапія розглядає сновидіння як вираження теперішнього досвіду людини. Пацієнтів заохочують відтворювати елементи своїх сновидінь, надаючи голос персонажам, об'єктам або сценам. Цей процес розкриває приховані аспекти їхньої психіки, сприяючи кращому саморозумінню та інтеграції.

Усвідомлення тіла – важливий компонент гештальт-терапії, що визнає тісний зв'язок між фізичними відчуттями та емоційними станами. Пацієнтам рекомендується звертати увагу на свої тілесні відчуття, рухи та пози, які часто дають уявлення про пригнічені емоції або незадоволені потреби. Стаючи більш пристосованими до свого фізичного досвіду, пацієнти можуть виявити і подолати напругу, дискомфорт або дисбаланс, які можуть відображати психологічні конфлікти.

Ці техніки ілюструють експериментальний і процесно-орієнтований характер гештальт-терапії, що надає перевагу активній взаємодії, а не абстрактному обговоренню. Мета полягає не в тому, щоб аналізувати чи препарувати досвід, а в тому, щоб повністю проживати і досліджувати його, створюючи можливості для трансформації і зростання.

Хоча гештальт-терапія пропонує значні переваги, її залежність від активної участі пацієнта та його готовності до глибокого залучення може підійти не всім. Деякі люди можуть вважати експериментальні техніки складними або дискомфортними, особливо якщо вони не звикли досліджувати емоції або тілесні відчуття. Крім того, неінтерпретаційна позиція терапевта вимагає від пацієнта високого рівня самосвідомості та відкритості, що може бути недоступним у певних дистресових станах.

7.3.3. Соціальні моделі в гештальт-терапії залежностей: мікросоціальна, макросоціальна та модель прийому

Мікросоціальна модель у гештальт-терапії залежностей наголошує на важливості міжособистісних стосунків і соціального контексту в розумінні та лікуванні адиктивної поведінки. Цей підхід ґрунтується на ширших принципах гештальт-терапії, яка зосереджена

на цілісному сприйнятті індивідів в їх оточенні та динаміці стосунків, що формують їхній досвід. У контексті залежності ця модель стверджує, що індивідуальну поведінку, в тому числі вживання психоактивних речовин, неможливо повністю зрозуміти ізольовано, а необхідно розглядати в складній мережі соціальних взаємодій і впливів.

В основі мікросоціальної моделі лежить ідея про те, що залежність часто є реакцією на незадоволені психологічні потреби, які виникають у межах соціальних відносин. Ці потреби можуть включати прагнення до зв'язку, схвалення та приналежності. Люди, які борються із залежністю, часто опиняються в системі стосунків, яка посилює їхню адиктивну поведінку. Наприклад, вони можуть оточувати себе однолітками, які заохочують до вживання психоактивних речовин, або вступати в стосунки, котрі характеризуються конфліктами, зневагою чи емоційною недоступністю. Такий контекст стосунків створює цикл залежності та уникнення, коли людина звертається до психоактивних речовин як до способу впоратися з незадоволеними емоційними потребами.

Акцент гештальт-терапії на усвідомленні має ключове значення у вирішенні цієї динаміки. Терапевти заохочують пацієнтів до усвідомлення своїх емоцій, думок і поведінки, а також того, як ці елементи взаємодіють в їх соціальному контексті. За допомогою таких методів, як діалог, рольові ігри та метод «порожнього стільця», люди можуть дослідити свої моделі взаємовідносин і зрозуміти, як ці моделі сприяють їхній адиктивній поведінці. Цей експериментальний підхід дозволяє пацієнтам зіткнутися зі своїми почуттями та переживаннями в реальному часі, що сприяє кращому розумінню впливу, який формує їхні вчинки.

Крім того, мікросоціальна модель підкреслює важливість самих терапевтичних відносин як мікросвіту соціального світу пацієнта. Відносини між терапевтом і пацієнтом слугують простором, де останній може експериментувати з новими способами взаємовідносин і розвивати більш здорові міжособистісні навички. Завдяки створенню безпечного та підтримувального терапевтичного середовища пацієнти мають змогу досліджувати свої вразливі місця та практикувати нові моделі поведінки, які можуть допомогти побудувати здоровіші стосунки поза терапією. Така динаміка сприяє формуванню почуття власної спроможності та активності, що дозволяє людям робити свідомий вибір щодо своєї поведінки і шукати зв'язки, які сприятимуть їх одужанню.

Крім акценту на індивідуальній динаміці стосунків, мікросоціальна модель також розглядає ширший суспільний вплив на залежність. Такі фактори, як соціально-економічний статус, культурні норми та системи підтримки в громаді, відіграють важливу роль у

формуванні досвіду людей, пов'язаного із залежністю. Наприклад, люди з маргіналізованих спільнот можуть зіткнутися з додатковими бар'єрами на шляху до одужання, як-от обмежений доступ до медичних послуг та соціальна стигма, пов'язана із залежністю. Гештальт-терапевти, які працюють у цьому напрямку, виступають за цілісний підхід, що враховує не лише внутрішню боротьбу людини, але й зовнішні соціальні умови, які впливають на її благополуччя.

Інтеграція мікросоціальної моделі в практику гештальт-терапії вимагає від терапевтів культурної компетентності та усвідомлення різноманітних контекстів, в яких живуть пацієнти. Це включає розуміння впливу культурних цінностей і переконань на залежність і одужання. Застосовуючи спільний підхід, який ураховує культурне походження пацієнта, терапевти можуть краще підтримувати людей на їх шляху до зцілення. Це може включати вивчення того, як культурні наративи формують уявлення пацієнтів про залежність, ідентичність і одужання, а також визнання сильних сторін і ресурсів, наявних в їх культурних спільнотах.

Загалом, мікросоціальна модель у гештальт-терапії залежностей забезпечує комплексну основу для вивчення складної взаємодії між індивідуальною поведінкою та соціальним контекстом. Акцентуючи увагу на усвідомленні, динаміці стосунків і ширшому соціальному впливі на залежність, цей підхід сприяє глибокому розумінню факторів виникнення адиктивної поведінки. Завдяки терапевтичному процесу пацієнти можуть розвинути більше усвідомлення своїх стосунків, побудувати здоровіші зв'язки і, зрештою, знайти більш адаптивні способи задоволення своїх емоційних потреб. Така цілісна перспектива не тільки підвищує ефективність лікування залежності, але й сприяє довгостроковому одужанню та благополуччю, даючи можливість людям орієнтуватися в соціальному середовищі з більшою стійкістю та проникливістю.

Макросоціальна модель у гештальт-терапії залежностей забезпечує комплексну основу для розуміння того, як суспільні структури, культурні норми та колективний досвід формують індивідуальну поведінку, пов'язану із залежністю. Цей підхід виходить за межі індивідуалістичного фокусу, який часто спостерігається в традиційних терапевтичних моделях, визнаючи глибокий вплив, який ширший соціальний контекст має на розвиток і підтримку адиктивної поведінки. У цьому контексті залежність розглядається не просто як особиста проблема, а як явище, глибоко вкорінене в соціальні системи, яке може як сприяти, так і перешкоджати процесам одужання.

В основі макросоціальної моделі знаходиться визнання того, що залежність не існує у вакуумі. Соціальні, економічні, політичні та культурні чинники суттєво впливають на

поширеність і характер адиктивної поведінки. Наприклад, особи з неблагополучних соціально-економічних верств населення можуть бути більш сприйнятливими до залежності через обмежений доступ до ресурсів, освіти та систем підтримки. Ця соціально-економічна перспектива підкреслює, як системна нерівність може призвести до посилення стресу, травм і, зрештою, до більшої ймовірності вживання психоактивних речовин як механізму подолання труднощів. У цьому контексті гештальт-терапія підкреслює важливість розуміння життєвої ситуації людини в ширшому соціальному контексті, що дозволяє терапевтам працювати не лише з особистими, а й з колективними факторами, які сприяють залежності.

Макросоціальна модель також висвітлює роль культурних уявлень і суспільних цінностей у формуванні ставлення людей до психоактивних речовин. Різні культури по-різному ставляться до вживання алкоголю та наркотиків, що може впливати як на поширеність залежності, так і на стигму, пов'язану з нею. Наприклад, в одних культурах вживання психоактивних речовин може бути нормалізоване в межах соціальних ритуалів, тоді як в інших воно може бути різко засуджене. У цьому контексті гештальт-терапія заохочує пацієнтів дослідити, як їх культурне походження і суспільні очікування впливають на їхнє сприйняття залежності й одужання. Усвідомлюючи ці культурні впливи, пацієнти можуть почати руйнувати інтерналізовані переконання, які можуть сприяти виникненню сорому і провини, пов'язаних з їх залежністю.

Ще одним важливим аспектом макросоціальної моделі є акцент на ролі громади та соціальних мереж як у виникненні залежності, так і в процесі одужання. Системи соціальної підтримки відіграють життєво важливу роль, допомагаючи людям долати труднощі, пов'язані із залежністю. Спільноти, які надають такі ресурси, як доступні варіанти лікування, групи підтримки та освітні програми, можуть значно покращити результати одужання. І навпаки, спільноти, для яких характерні соціальна ізоляція, дискримінація або брак ресурсів, можуть загострити проблеми залежності. Гештальт-терапія заохочує пацієнтів взаємодіяти зі своїми громадами та будувати стосунки підтримки, які сприяють зціленню. Цей колективний підхід підкреслює важливість соціальних зв'язків у формуванні стійкості та одужання.

Макросоціальна модель підкреслює важливість захисту інтересів і соціальних змін як невід'ємних компонентів лікування залежності. Терапевтам, які працюють у межах цієї моделі, рекомендується визнавати системні бар'єри, з якими зіштовхуються пацієнти, і виступати за соціальну справедливість і зміни в політиці, які долають ці проблеми. Ця діяльність може включати роботу зі зниження стигми, пов'язаної із залежністю, сприяння рівному доступу до послуг лікування та усунення соціально-політичних чинників, які сприяють

розладам, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин. Інтегруючи ці елементи в терапевтичний процес, гештальт-терапія узгоджується з більш широким рухом до соціальної відповідальності та розширення прав і можливостей громади, визнаючи, що ефективне одужання часто вимагає зміни суспільних поглядів і практик.

Макросоціальна модель також розглядає вплив травми та несприятливого дитячого досвіду на залежність. Дослідження показали, що люди, які пережили значну травму, пов'язану із сімейною динамікою, насильством у громаді або системним пригніченням, мають вищий ризик розвитку адиктивної поведінки. У цьому контексті гештальт-терапія заохочує пацієнтів досліджувати свої історії в більш широкому соціальному контексті, допомагаючи їм зрозуміти, як колективна травма може проявлятися в особистій боротьбі із залежністю. Усвідомлюючи ці зв'язки, пацієнти можуть почати зцілювати не тільки свої індивідуальні травми, а й ті, що пов'язані з їх спільнотами та культурними традиціями.

Модель прийому в гештальт-терапії залежностей фокусується на важливості усвідомлення та процесу інтеграції різних аспектів власного «Я», коли людина працює над одужанням від адиктивної поведінки. Ця модель ґрунтується на фундаментальних принципах гештальт-терапії, які наголошують на цілісному розумінні людини, важливості усвідомлення теперішнього моменту та динаміці стосунків між людьми та їх оточенням. Модель рецепції стверджує, що залежність – це не лише особиста неспроможність, а скоріше складна взаємодія психологічних, емоційних і соціальних факторів, які можна зрозуміти через призму прийняття та інтеграції.

В основі моделі прийому лежить роль усвідомлення в терапевтичному процесі. Гештальт-терапія заохочує пацієнтів до усвідомлення своїх думок, емоцій і тілесних відчуттів, сприяючи кращому розумінню їхнього життєвого досвіду. Таке усвідомлення має важливе значення для людей, які борються із залежністю, оскільки дозволяє їм розпізнати тригери і патерни, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Усвідомлюючи свої потяги, емоції та контексти, в яких вони шукають наркотичні речовини, пацієнти можуть почати розуміти основні потреби, які задовольняються їхньою адиктивною поведінкою. Цей процес самодослідження та визнання має вирішальне значення для того, щоб розірвати коло залежності, оскільки це дає можливість людям робити більш свідомий вибір у своєму житті.

Модель прийому також підкреслює важливість прийняття в терапевтичній роботі. Гештальт-терапія виступає за прийняття себе і свого досвіду, в тому числі викликів і боротьби, пов'язаних із залежністю. Пацієнтам пропонується прийняти свої почуття сорому, провини і страху, а не придушувати чи заперечувати їх. Таке прийняття створює безпечний

простір, де люди можуть досліджувати складні моменти своєї залежності без осуду. Визнання того, що їхній досвід є дійсним і вартим уваги, дозволяє пацієнтам почати розвивати співчуття до себе і зменшити внутрішню стигму, яка часто супроводжує залежність. Цей процес прийняття є важливим для формування позитивної самооцінки та підтримки здатності людини до змін.

Невід'ємною складовою частиною моделі прийому є поняття інтеграції. У гештальт-терапії інтеграція означає процес об'єднання фрагментованих аспектів особистості в єдине ціле. Для людей, які борються із залежністю, це часто передбачає конфронтацію та інтеграцію частин їх ідентичності, які могли бути маргіналізовані або пригнічені через вживання психоактивних речовин. Наприклад, у пацієнта могло сформуватися відчуття власної ідентичності, яке визначається насамперед його залежністю, що призводить до почуття сорому та ізоляції. Модель прийому заохочує пацієнтів досліджувати свою багатогранну ідентичність, визнаючи, що вони є чимось більшим, ніж їхня адиктивна поведінка. Такий підхід сприяє формуванню відчуття цілісності та дає можливість людям відновити свої наративи, сприяючи більш автентичному та інтегрованому почуттю власної ідентичності.

Також модель прийому підкреслює важливість терапевтичних стосунків як засобу сприяння усвідомленню, прийняттю та інтеграції. Відносини між терапевтом і пацієнтом слугують важливим контекстом для лікування, дозволяючи людям відчути справжній зв'язок і підтримку. У цих стосунках пацієнти можуть практикувати вразливість і чесність, ділячись своєю боротьбою і проблемами, пов'язаними із залежністю. Терапевт своєю чергою забезпечує неупереджену присутність, яка заохочує дослідження і самопізнання. Така динаміка стосунків має особливе значення в контексті залежності, оскільки люди можуть пережити розрив стосунків або соціальну ізоляцію в результаті вживання психоактивних речовин. Емпатичне залучення терапевта створює безпечну базу, з якої пацієнти можуть досліджувати свій досвід і працювати над одужанням.

Модель прийому також визнає роль екологічних та контекстуальних факторів у виникненні залежності, тобто те, що люди не існують ізольовано, а перебувають під впливом свого соціального, культурного та екологічного середовища. З огляду на це гештальт-терапія заохочує пацієнтів досліджувати, як їх оточення сприяє їхній адиктивній поведінці. Наприклад, пацієнти можуть виявити соціальні кола, які сприяють вживанню психоактивних речовин, або середовище, яке посилює потяг до них. Підвищуючи обізнаність про ці зовнішні фактори, пацієнти можуть почати робити свідомий вибір щодо своїх стосунків та оточення,

сприяючи налагодженню більш здорових зв'язків і створюючи простір, який підтримує їх одужання.

7.4. Гештальт-терапія: процеси формування гештальта, усвідомлення та їх роль у лікуванні пацієнтів

Саморегуляція організму – це базовий принцип, що забезпечує функціонування осіб, завдяки якому вони підтримують рівновагу та адаптуються до мінливих внутрішніх і зовнішніх умов. Це поняття має важливе значення в психології, особливо в рамках гештальт-теорії та гештальт-терапії. Центральне місце в саморегуляції організму займають процеси формування та усвідомлення гештальтів, які відіграють ключову роль у виробленні адаптивних рішень у відповідь на життєві проблеми.

Процес формування гештальтів пов'язаний з природною тенденцією людського розуму організувати сприйняття в цілісні, осмислені утворення. Цей принцип ґрунтується на гештальтпсихології, яка підкреслює, що «ціле більше, ніж сума його частин». У застосуванні в психології гештальт-формування передбачає інтеграцію сенсорних даних, емоцій і думок в єдиний досвід. Цей процес дозволяє людям інтерпретувати своє оточення, знаходити сенс і приймати рішення, які відповідають їхнім потребам і цілям. Формування гештальтів не є статичним; це динамічний і безперервний процес, який адаптується до нових стимулів і контекстів. Ця адаптивна природа гарантує, що людина залишається чутливою до мінливих обставин, забезпечуючи ефективну саморегуляцію.

У пацієнтів процес формування гештальтів часто порушується або є неповним, особливо в тих, хто переживає психологічний дистрес або травму. Наприклад, люди з нерозв'язаними емоційними конфліктами можуть мати труднощі з формуванням цілісних гештальтів, що призводить до фрагментарного сприйняття і проблем з обробленням досвіду. Ці незавершені гештальти можуть проявлятися у вигляді постійного відчуття незадоволеності, розгубленості або психологічного дискомфорту. У терапії важливим завданням є сприяння завершенню цих гештальтів. Визначаючи незадоволені потреби або необроблені емоції, терапевти допомагають пацієнтам реорганізувати їхній досвід у цілісну картину, сприяючи більшій ясності та емоційному врівноваженню.

Усвідомлення як ще один ключовий компонент саморегуляції організму відноситься до здатності сприймати та розуміти свої внутрішні стани і зовнішні обставини. Усвідомлення – це не просто пасивний процес, це активна взаємодія з навколишнім середовищем і

внутрішніми переживаннями. Цей процес має важливе значення для саморегуляції, оскільки дозволяє людині розпізнавати свої потреби, емоції та потенційні шляхи дій. Усвідомлення також формує основу для навмисності, дозволяючи людині робити свідомий вибір, а не автоматично реагувати на стимули.

Для пацієнтів розвиток усвідомлення часто є трансформаційним аспектом терапевтичної роботи. Багато людей починають терапію з обмеженим усвідомленням своїх емоційних станів, поведінкових патернів або факторів, що сприяють їх дистресу. Така необізнаність може перешкоджати їхній здатності до ефективної саморегуляції, що призводить до неадаптивних механізмів подолання або хронічного емоційного болю. За допомогою таких терапевтичних технік, як усвідомленість, кероване дослідження та рефлексивний діалог, пацієнтів заохочують розвивати глибший зв'язок зі своїми думками, почуттями та фізичними проявами. Таке покращене усвідомлення дозволяє їм виявляти патерни, які раніше могли залишатися непоміченими, що дає пацієнтам можливість робити більш усвідомлений і адаптивний вибір.

Взаємодія між гештальт-формуванням і усвідомленням має особливе значення в терапевтичному процесі. Коли пацієнти стають більш усвідомленими у своїх переживаннях, вони краще можуть ідентифікувати незавершені гештальти і працювати над їх закриттям. Наприклад, пацієнт, який усвідомлює постійне відчуття тривоги, може почати досліджувати її глибинні причини, виявляючи незадоволені потреби або нерозв'язані конфлікти, які потребують уваги. Так само завершення гештальтів часто призводить до підвищення рівня усвідомленості, оскільки люди отримують нові уявлення і перспективи, які раніше були приховані.

Організова саморегуляція, якій сприяють гештальт-формування та усвідомлення, наголошує на вродженій здатності людей досягати рівноваги та зростання. У терапевтичному середовищі ці процеси використовуються, щоб допомогти пацієнтам подолати психологічні виклики, сприяючи підвищенню їх життєстійкості та благополуччю. Розв'язуючи проблеми у формуванні гештальтів і розвиваючи усвідомленість, терапевти допомагають пацієнтам орієнтуватися у своєму внутрішньому і зовнішньому світах із більшою ясністю, узгодженістю й адаптивністю. Цей цілісний підхід не тільки полегшує дистрес, але й дає можливість людям жити більш повноцінним та інтегрованим життям.

Гештальт-терапія стала високоефективним методом розв'язання різних психологічних і поведінкових проблем у пацієнтів, особливо тих, хто проходить складні процеси відновлення, як-от детоксикація, постдетоксикація та ресоціалізація. Ґрунтуючись на

принципах усвідомленості, присутності та цілісної інтеграції, гештальт-терапія забезпечує комплексну основу для полегшення одужання та сприяння довготривалому покращенню самопочуття.

Детоксикація – це початковий і часто критичний етап у лікуванні людей, які мають розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, або токсичні поведінкові патерни. Цей процес передбачає виведення шкідливих речовин або впливів з організму і свідомості, створюючи основу для подальшого лікування. Детоксикація може бути фізично та емоційно складною, оскільки пацієнти часто відчують абстинентний синдром, емоційну турбулентність та підвищену вразливість. Гештальт-терапія відіграє важливу роль на цьому етапі, забезпечуючи сприятливе терапевтичне середовище, в якому пацієнти можуть опрацювати інтенсивні емоції та відчуття, що виникають. Терапевти заохочують пацієнтів залишатися присутніми у своєму досвіді, а не придушувати чи уникати його, розвиваючи почуття активності та стійкості. Сприяючи встановленню глибокого зв'язку з тілесними відчуттями та емоційними станами, гештальт-терапія допомагає пацієнтам долати фізичні та психологічні виклики детоксикації з більшою ясністю та співчуттям до себе.

Постдетоксикаційний етап знаменує перехід від гострих проблем детоксикації до розв'язання ширшого завдання – подолання психологічних та емоційних чинників, які спричинили проблеми, що виникли в пацієнта. На цьому етапі часто доводиться стикатися зі старими травмами, дезадаптивним мисленням і незадоволеними емоційними потребами. Гештальт-терапія ідеально підходить для цієї фази завдяки своєму акценту на «тут і зараз» та інтеграції фрагментованих аспектів особистості. За допомогою експериментальних методів, як-от рольові ігри, керовані образи та діалог, терапевти допомагають пацієнтам дослідити та опрацювати емоції, які, можливо, були пригнічені або яких вони уникали під час боротьби. Такий інтегративний підхід дозволяє пацієнтам розвинути більш згуртоване відчуття себе, що дає їм змогу вийти за межі моделей уникнення або самосаботажу, які, можливо, закріпили їхні труднощі.

Крім того, постдетоксикаційний період – це час, коли пацієнти часто відчують підвищене усвідомлення наслідків своєї минулої поведінки та вибору. Гештальт-терапія підтримує пацієнтів у розвитку цього усвідомлення, допомагаючи їм розрізнити почуття провини та відповідальності. Це розмежування має вирішальне значення для розвитку самоприйняття та заохочення до конструктивних дій, оскільки дає можливість пацієнтам взяти на себе відповідальність за свій шлях до одужання, не піддаючись самозвинуваченню.

Ресоціалізація, завершальний етап процесу лікування, передбачає реінтеграцію в соціальне, сімейне та професійне середовище. Для багатьох пацієнтів цей етап пов'язаний з викликами, включаючи відновлення довіри, управління складною міжособистісною динамікою і переосмислення своїх ролей у різних відносинах. Гештальт-терапія надає важливі інструменти для подолання цих проблем, зосереджуючись на справжньому залученні та усвідомленні взаємовідносин. Пацієнтам пропонують проаналізувати свої моделі взаємодії та дослідити, як ці моделі впливають на їхні стосунки. У разі кращого розуміння своїх потреб і меж пацієнти можуть розвивати більш здорові та повноцінні зв'язки з іншими людьми.

Головним компонентом ресоціалізації в гештальт-терапії є акцент на відповідальності та виборі. Пацієнтам допомагають усвідомити, що вони мають силу формувати свою взаємодію та реакцію навіть перед зовнішніми викликами. Цей перехід від реактивної до проактивної позиції дозволяє їм підходити до стосунків із більшою впевненістю та свідомістю. Зосередженість гештальт-терапії на теперішньому моменті допомагає пацієнтам залишатися налаштованими на свій досвід у реальному часі, що дозволяє їм розв'язувати міжособистісні проблеми в міру їх виникнення, а не зациклюватися на минулих патернах або майбутніх тривогах.

Протягом усього процесу одужання – детоксикації, постдетоксикації та ресоціалізації гештальт-терапія наголошує на взаємозв'язку розуму, тіла та оточення. Така цілісна перспектива гарантує, що пацієнти не лише усувають конкретні симптоми, але й розвивають глибше розуміння себе та свого місця у світі. Сприяючи усвідомленню, інтеграції та автентичному спілкуванню, гештальт-терапія слугує потужним каталізатором трансформації, дозволяючи пацієнтам вийти за межі виживання і перейти до життя, наповненого сенсом і реалізацією.

Психологічні механізми формування залежності (з погляду теорії навчання, у межах когнітивно-поведінкового підходу) подано в розділі у вигляді схем, що ілюструють кожен із механізмів, які разом формують зміщення діяльності на об'єкт адикції.

До них належать такі:

1. Формування досвіду управління емоційними станами - отримання досвіду підміни потреб за допомогою впливу на емоційний стан. (Поведінкове підкріплення)
Формування стереотипу регулювання емоційних станів.

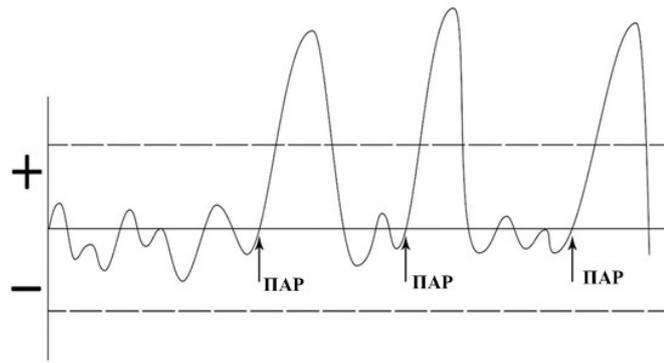


Рисунок 7.1. Схема формування досвіду підкріплення регулювання емоційних станів

Багато наших вчинків та особливостей поведінки з часом стають звичками, тобто автоматичними діями, автоматизмами. Автоматизуючи наші дії, звичка робить рухи більш точними і вільними. Вона зменшує ступінь свідомої уваги, з якою здійснюються дії.

У комплекс нервових структур, що забезпечують звичний спосіб дій, як правило, включаються і механізми емоційного реагування. Вони викликають емоційно позитивні стани в період реалізації звички і, навпаки, народжують негативні переживання за обставин, що заважають її здійсненню.

Таким чином у процесі періодичного споживання народжується звичка споживати ПАР або виконувати адиктивні патерни.

2 Емоційна бовтанка (розгойдування, маятник емоцій).

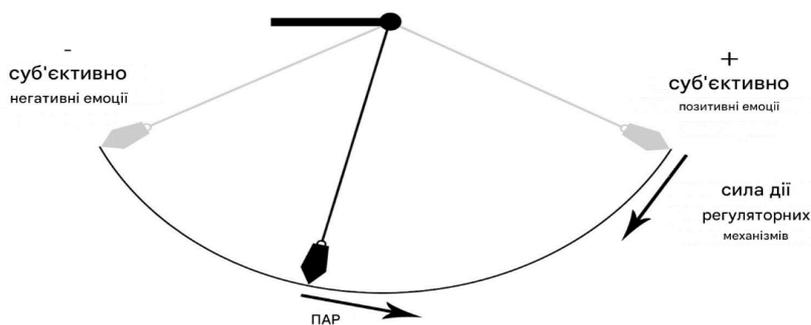


Рисунок 7.2. Схема формування стереотипу функціонування маятника емоцій.

3. Девальвація суб'єктивно пережитих емоційних станів (через психофізіологічні механізми пристосування до яскравих інтенсивних сенсацій - подразників)

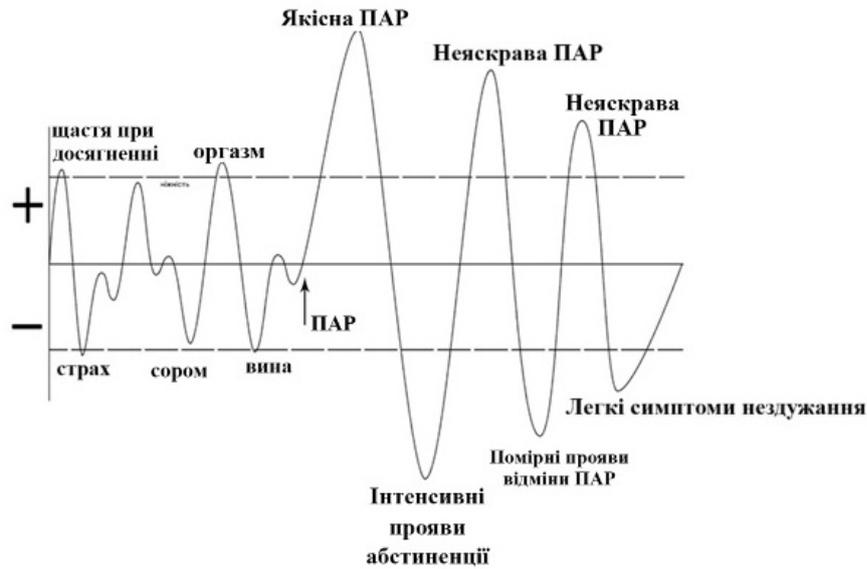


Рисунок 7.3. Схема знецінення емоційних станів унаслідок психофізіологічних механізмів функціонування рецепторних систем аналізаторів, зокрема емоційної сфери, як філогенетично найдавнішого аналізатора ЦНС.

4. Зміни в мотиваційно-вольовій сфері - перепідпорядкування єдиному мотиву споживання



Рисунок 7.4. Схеми перепідпорядкування єдиному мотиву наркотизації

С. Л. Рубінштейн зазначав, що утворення звички означає появу не стільки нового вміння, скільки нового мотиву або тенденції до дій, що виконуються автоматично. Набуття звички з фізіологічного погляду є не що інше, як утворення в мозкових структурах стійких нервових зв'язків, що відрізняються підвищеною готовністю до функціонування. Система таких нервових зв'язків служить основою більш-менш складних форм поведінкових актів, які І. П. Павлов називав динамічними стереотипами.

Іншими словами, звичка - це дія, виконання якої стає потребою. Формування нової потреби в процесі споживання стає часто неконтрольованим процесом.

5. Формування захисних психологічних механізмів, що сприяють споживанню

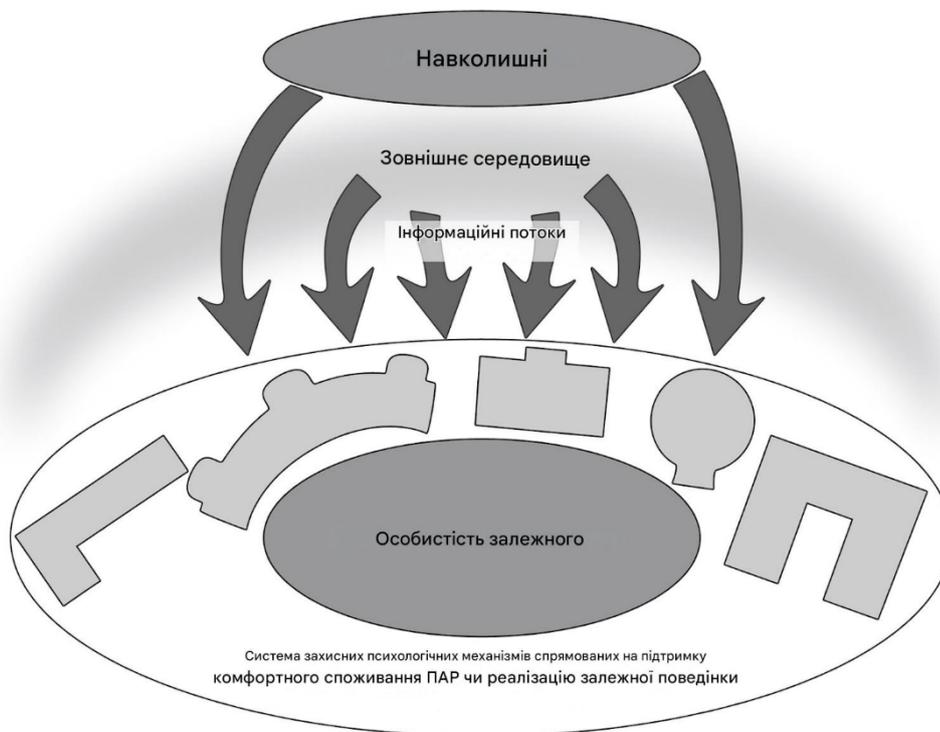


Рисунок 7.5. Структура психологічних захисних механізмів, спрямованих на забезпечення безпечного споживання

Аддикт страждає внаслідок переживання внутрішньої дисгармонії, дискомфорту та фрагментації або через нездатність думати добре про себе, а отже, і про інших.

Для зняття напруженості внутрішньоособистісного конфлікту аддикту допомагають психологічні захисти, за допомогою яких він намагається приховати свою вразливість, але які виявляються для нього руйнівними.

За рятівну допомогу цих патологічних захистів доводиться платити почуттям ізоляції, збіднінням емоційної сфери та нестійкістю взаємин із людьми, а також порушенням контакту із середовищем загалом.

Основними психологічними захистами ушкодженого та вразливого Его аддикта є:

- опрIMITивна ідеалізація об'єкта залежності;
- фантазії інкорпорації - поглинання об'єкта отвором тіла (ротом, очима, вагіною);

- інтроекція - заміна стосунків із зовнішнім об'єктом стосунками з його інтроектом;
- всемогутність - перебільшення власної сили;
- девальвація - презирливе знецінення чогось важливого;
- проєкція - приписування іншому власних емоційно значущих мотивацій;
- проєктивна ідентифікація - проєкція своїх почуттів і мотивацій на об'єкт залежності, над яким аддикт потім намагається встановити контроль за допомогою ідентифікації;
- розщеплення (сплітінг) - поділ себе й об'єкта (об'єктів) на хороших і поганих;
- заперечення - ігнорування важливих аспектів реальності;
- контрфобія - задоволення від небезпечної діяльності, бравлада;
- псевдонезалежність - несвідома демонстрація незалежності від об'єктів адикції;
- екстерналізація - перенесення внутрішнього конфлікту назовні й відігравання його компульсивною або імпульсивною дією;
- раціоналізація - свідоме обґрунтування своєї поведінки прийнятними мотивами замість прихованих неприйнятних.

Посідаючи центральне місце в житті аддикта, об'єкт адикції ідеалізується. Уява аддикта заповнюється фантазіями, в яких він смакує канібальське поглинання об'єкта адикції або органістичне злиття з ним.

Завдяки інтроекції аддикт тотально і безроздільно контролює обраний об'єкт. Використовуючи його магічну силу, аддикт набуває всемогутності. Володіючи інтроектом, аддикт може дозволити собі знецінити об'єкт адикції, щоб не відчувати заздрість до його сили.

Під впливом проєкції пацієнт перекладає на об'єкт адикції власні імпульси та афекти.

У результаті проєктивної ідентифікації хворий може приписати об'єкту адикції власну ворожість і потім зі страхом очікувати якоїсь шкоди, а свою агресію вважати реакцією на це.

Дихотомічний поділ мотивацій, інтроектів та об'єктів на життєво необхідні та смертельно небезпечні призводить до розщеплення.

Щоб зберегти контроль над внутрішнім і зовнішнім світом, розщеплена свідомість вдається до заперечення, ігноруючи наявність адикції та її безпеку.

Нестерпний страх перед цією небезпекою вдається блокувати за допомогою контрфобії, що спричиняє почуття азарту з ейфорією від переживання своєї безстрашності, забезпеченою викидом внутрішнього наркотику - ендорфіну.

Уникнути почуття принизливої залежності допомагає псевдонезалежність.

7.5 Висновки

У розділі було розглянуто застосування гештальт-терапії в роботі з пацієнтами, які мають залежну поведінку, з акцентом на системний, послідовний та етапний підходи. Було встановлено, що гештальт-підхід, завдяки своїм принципам усвідомлення, відповідальності та інтеграції, забезпечує ефективні методи для подолання психологічних труднощів залежних пацієнтів.

Проаналізовано особливості стратегічної терапії залежності, яка поєднує прагматичність із глибинним дослідженням особистісних конфліктів пацієнта. Важливу роль відіграє формування терапевтичного альянсу, заснованого на емпатії, довірі та взаєморозумінні, особливо в роботі з пацієнтами, які демонструють нарцисичні риси. Виявлено, що успішне лікування залежності передбачає поєднання технік гештальт-терапії з іншими підходами, як-от когнітивно-поведінкова терапія та мотиваційне інтерв'ю.

У розділі висвітлено ключові феномени, пов'язані із залежною поведінкою, серед яких нарцисичний виклик, порушення самооцінки, а також емоційна ізоляція. Виявлено, що терапевтична робота має бути спрямована не лише на зміну поведінкових патернів, але й на глибинне емоційне зцілення пацієнта.

Підкреслено значення усвідомлення поточного моменту та інтеграції досвіду для ефективної терапії. Використання емпіричних методик, зокрема техніки «порожнього крісла» і роботи з фігурою і фоном, дозволяє пацієнтам краще зрозуміти свої внутрішні конфлікти та підвищити рівень емоційної регуляції.

Окрему увагу приділено кризам, які залежні особи проходять у різні періоди життя. Встановлено, що робота з такими кризами сприяє розумінню витоків залежності, дозволяє активувати ресурси пацієнта для особистісного зростання та гармонізації стосунків.

Таким чином, гештальт-терапія є ефективним інструментом для роботи з залежними пацієнтами, особливо завдяки її здатності інтегрувати емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти функціонування особистості. Застосування її принципів і технік у комплексі з іншими підходами дозволяє досягати стійких результатів у подоланні залежності та покращенні якості життя пацієнтів.

7.6 Питання для самоконтролю

1. Що таке гештальт-терапія, які її основні принципи?
2. Як екзистенційний підхід інтегрується в гештальт-терапію?
3. Яку роль відіграє усвідомлення в процесі гештальт-терапії?
4. Як принцип «фігура і фон» використовується в гештальт-терапії?
5. Що таке холістичний підхід у гештальт-терапії та чому він важливий?
6. Як поняття відповідальності розкривається в рамках гештальт-підходу?
7. Які техніки гештальт-терапії використовуються для роботи із залежними пацієнтами?
8. Як техніка «порожнього крісла» сприяє емоційному усвідомленню?
9. Яке значення має емоційна регуляція в терапії залежних пацієнтів?
10. Як гештальт-терапія сприяє інтеграції емоційних, когнітивних і поведінкових аспектів?
11. Що таке нарцисичний виклик і як він впливає на процес терапії?
12. Які риси характеру пацієнтів із залежностями створюють труднощі в терапії?
13. Як формується терапевтичний альянс у роботі з нарцисичними пацієнтами?
14. У чому полягають основні складнощі під час роботи з опором у пацієнтів із залежностями?
15. Як стратегічна терапія інтегрується з гештальт-підходом у лікуванні залежностей?
16. Які ключові етапи терапевтичного процесу в гештальт-підході?
17. Як гештальт-терапія допомагає працювати з кризами різних етапів життя пацієнта?
18. Що таке мотиваційне інтерв'ю і як воно поєднується з гештальт-підходом?
19. Як когнітивно-поведінкові методи доповнюють гештальт-терапію?
20. Які техніки усвідомленості використовуються в гештальт-терапії залежностей?
21. Як емпатія та підтримка сприяють ефективності терапевтичного процесу?
22. Які аспекти залежної поведінки можна пояснити через поняття «психосоціальна криза»?
23. У чому полягають особливості роботи із самооцінкою залежних пацієнтів?
24. Як залежні пацієнти переживають ірраціональне почуття провини і як це коригується в терапії?
25. Яке значення має роль ранніх життєвих подій у формуванні залежної поведінки?
26. Як формування довіри впливає на успішність терапії залежних?
27. Які механізми використовуються для роботи із соромом у залежних пацієнтів?
28. Як рольові ігри допомагають у терапії залежностей?

29. Яке значення має інтеграція феноменологічного підходу в гештальт-терапії?
30. Як можна оцінити ефективність застосування гештальт-терапії в лікуванні залежностей?

7.7 Тестові завдання

Тестові завдання з однією правильною відповіддю

1. Що є основною метою гештальт-терапії?
 - a) Лише зменшення симптомів тривоги
 - b) Усвідомлення та інтеграція досвіду пацієнта
 - c) Зосередження на минулих травмах
 - d) Уникнення роботи з емоціями
2. Що таке «фігура» в контексті гештальт-терапії?
 - a) Тло, на якому відбуваються всі події
 - b) Аспект досвіду, який у даний момент перебуває в центрі уваги
 - c) Емоційний стан, прихований від пацієнта
 - d) Метод роботи терапевта
3. Який принцип є основним у гештальт-підході?
 - a) Використання сугестивних методів
 - b) Вплив на підсвідомість пацієнта
 - c) Усвідомлення «тут і зараз»
 - d) Ігнорування минулого досвіду
4. Яка основна мета техніки «порожнього крісла»?
 - a) Відтворення дитячого досвіду
 - b) Аналіз поведінкових шаблонів
 - c) Робота з нерозв'язаними конфліктами та емоціями
 - d) Розроблення стратегій поведінки
5. Що є основною перешкодою в роботі з нарцисичними пацієнтами?
 - a) Небажання пацієнта відвідувати терапію
 - b) Постійна зміна терапевта
 - c) Схильність до маніпуляцій і уникання вразливості
 - d) Потреба в медикаментозному лікуванні
6. Як гештальт-терапія допомагає працювати із залежностями?
 - a) Зосереджуючись на уникненні тригерів
 - b) Підтримуючи інтеграцію емоцій, когніцій та поведінки
 - c) Уникаючи роботу з травматичним досвідом

d) Фокусуючись лише на зовнішніх аспектах залежності

7. Що є ключовою характеристикою стратегічної терапії?

- a) Використання медикаментозного лікування
- b) Підхід, заснований на негайних змінах поведінки
- c) Вивчення лише дитячих травм
- d) Ігнорування індивідуальних потреб пацієнта

8. Яка з наведених технік використовується для дослідження відносин «фігура – фон»?

- a) Інтерпретація снів
- b) Емпіричне дослідження через рольові ігри
- c) Гіпнотичне занурення
- d) Використання фізичних вправ

9. Що сприяє формуванню ефективного терапевтичного альянсу в гештальт-терапії?

- a) Уникнення конфліктів
- b) Побудова довіри та взаєморозуміння
- c) Концентрація на раціональних аспектах особистості
- d) Відсутність чітких терапевтичних рамок

10. Що є першочерговим завданням у роботі з пацієнтом із залежністю?

- a) Зміна життєвого оточення пацієнта
- b) Допомога у визнанні залежності та створенні відчуття безпеки
- c) Контроль над поведінкою пацієнта
- d) Повна зміна його соціальних зв'язків

Тестові завдання з декількома правильними відповідями

1. Які принципи є ключовими в гештальт-терапії?

- a) Усвідомлення «тут і зараз»
- b) Акцент на минулому досвіді
- v) Холізм
- г) Прагнення уникати емоційного контакту

2. Які задачі ставить гештальт-терапія в роботі із залежними пацієнтами?

- a) Інтеграція емоційних та когнітивних процесів
- b) Придушення негативних емоцій
- v) Зміна моделей поведінки
- г) Усвідомлення нерозв'язаних внутрішніх конфліктів

3. Які техніки використовуються в гештальт-терапії?

- a) Техніка «порожнього крісла»

- б) Когнітивне переконання
- в) Емпіричні експерименти
- г) Сугестивний вплив

4. Які проблеми можуть виникати під час роботи з нарцисичними пацієнтами?

- а) Відмова визнавати вразливість
- б) Емоційна нестабільність
- в) Знецінення терапевта
- г) Високий рівень довіри з першої сесії

5. Які терапевтичні інструменти допомагають інтегрувати гештальт-підхід з іншими методами?

- а) Мотиваційне інтерв'ю
- б) Використання медикаментозного лікування
- в) Практики усвідомленості
- г) Когнітивно-поведінкові техніки

6. Які елементи включає стратегічний підхід у терапії залежностей?

- а) Парадоксальні втручання
- б) Орієнтація на негайні зміни поведінки
- в) Ігнорування внутрішніх конфліктів
- г) Рефреймінг

7. Що впливає на ефективність роботи із залежними пацієнтами?

- а) Створення безпечного терапевтичного середовища
- б) Ігнорування ранніх травматичних подій
- в) Емоційна підтримка
- г) Переважне використання директивних методів

8. Які аспекти залежної поведінки розглядаються в гештальт-терапії?

- а) Нерозв'язані емоційні кризи
- б) Вплив зовнішніх тригерів
- в) Патерни поведінкових розривів
- г) Пошук нових соціальних зв'язків

9. Які теми часто стають предметом терапевтичної роботи із залежними пацієнтами?

- а) Емоційна ізоляція
- б) Низька самооцінка
- в) Розвиток емоційної регуляції
- г) Повна зміна їх ідентичності

10. Які особливості враховуються в роботі із психосоціальними кризами залежних?

- а) Вплив дитячого досвіду на поточну поведінку

- б) Зміна звичних моделей відносин
- в) Придушення негативних емоцій
- г) Відновлення відчуття внутрішнього контролю

Тестові завдання з розгорнутою відповіддю

1. Опишіть принципи гештальт-терапії та їх роль у роботі із залежними пацієнтами.
2. Розкрийте поняття «фігура» і «фон» у гештальт-терапії та поясніть, як вони використовуються в терапевтичній роботі.
3. Поясніть, як техніка «порожнього крісла» допомагає залежним пацієнтам працювати з емоційними конфліктами.
4. Розгляньте значення усвідомлення «тут і зараз» для пацієнтів із залежною поведінкою.
5. Опишіть основні виклики в роботі з нарцисичними пацієнтами та стратегії їх подолання в гештальт-терапії.
6. Визначте, які техніки гештальт-терапії можна інтегрувати з іншими методами (наприклад, КПТ чи мотиваційним інтерв'ю), і поясніть їх ефективність.
7. Розкрийте, як стратегічна терапія допомагає формувати нові поведінкові патерни в пацієнтів із залежностями.
8. Опишіть, як гештальт-терапія працює з почуттям провини в залежних пацієнтів та сприяє його трансформації у відповідальність.
9. Визначте основні психосоціальні кризи залежних пацієнтів на різних етапах їхнього життя та роль терапевта в їх подоланні.
10. Проаналізуйте, як феноменологічний підхід у гештальт-терапії сприяє глибшому розумінню емоційного стану залежних пацієнтів.

Посилання на статті з теми розділу для конспектування:

1. Берегова Н., Колба В. Психологічні особливості формування адиктивної поведінки у сучасної молоді. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 15-22. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-4>
2. Богаєвська Н. М. Психотерапія особистісних особливостей наркозалежних. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 3 (1). С. 40-45. URL: <http://surl.li/delgbk> (дата звернення: 12.01.2025)

3. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2020. № 6. С. 72-78. DOI: <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-11>
4. Калмиков Г. В. Психотерапія: минуле, сьогодення та психолінгвістично центрована перспектива. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. 2020. № 31 (70). С. 34 – 41. Серія: Психологія. DOI: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.4/05>
5. Козира П. В., Багрій В. В. Ігрова залежність: визначення, класифікація та діагностика. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія: Психологічна*. 2023. № 1. С. 54-61. DOI: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2023-1-8>
6. Малиш В. Загальний огляд поняття «психологічні кризи»: види, діагностика та допомога. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 9 (43). С. 618-630. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-9\(43\)-618-630](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-9(43)-618-630)
7. Петрунько О., Телешун К. Інтернет-залежність дорослих користувачів та можливості її профілактики. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2022. № 4 (68). С. 91-99. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-68-91-99>
8. Сябренко Г., Срібна О. Психологічний зміст комплексної програми профілактики та корекції панічних розладів. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 15 (33). С. 843-851. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-843-851](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-843-851)
9. Фітькало О. С. Особливості надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ за наявності ПТСР з ознаками адиктивної поведінки (власний досвід). *Health & Education*. 2024. № 1. С. 77-83. DOI: <https://doi.org/10.32782/health-2024.1.10>
10. Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні проблеми психології. Серія: Екологічна психологія*. 2018. № 7. (38). С. 73-79. URL: <http://surl.li/njeihb> (дата звернення: 13.01.2025)

Основна література:

1. Будник А.В., Мацкевич О.Ю. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: практ. посібник. Київ, 2019. 256 с.
2. Вдовиченко А.В. Особливості копінг-поведінки особистості у життєвих та професійних ситуаціях. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2013. С. 17-20.

3. Заїка В.М. Психологічні особливості сімей, хворих на алкоголізм. *Молодь: освіта, наука, духовність*: тези доповідей XIV Всеукр. наук. конф., м. Київ, 04-06 квітня 2017 р. У II част., ч. II. К. : Університет «Україна», 2017. С. 84 – 86.
4. Зайцев В.В. Патологічна схильність до азартних ігор – нова проблема психіатрії. *Соціальна й клінічна психіатрія*. 2000. № 3. С. 52-58.
5. Ільченко Р.М., Заїка В.М., Моргун В.Ф. Психосоціальна реадaptaція постнаркозалежних за методом Мюррей як основа формування здорової врівноваженої особистості. *Scientific Collection «InterConf»*, (42): with the Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Conference «Theory and Practice of Science: Key Aspects» (February 19-20, 2021). Rome, Italy: Dana, 2021. P. 445 – 455.
6. Нечипоренко А.В., Попова І.В. Тривожні розлади: сучасний погляд на проблему. Київ, 2020. 208 с.
7. Повернення до здорового способу життя дорослих людей, постзалежних від наркотиків, алкоголю та азартних ігор. Програма психосоціальної реадaptaції за методом Мюррей / автор-розробник Р. М. Ільченко; науков. ред. В. Ф. Моргун. Полтава: ПП Астроя, 2020. 56 с.
8. Пшук М.В., Маркова А.І., Кондратюк, Л.В. Медична психологія: навч. посібник. Вінниця, 2010. 135 с.
9. Шварц. Р. В. Внутрішня родина. Використання сублічних переконань у терапії. Київ, 1995. 28-29 с.
10. Makarchuk N., Tamarin S., Miloradova N., Dotsenko V., Lobanov S. Development of psychological support programs for military personnel considering combat experience (Ukrainian case). *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2024. Vol. 4. Article 542. URL: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/542> (date of access: 21.08.2025).
11. Rogozhan P., Borysova O., Volnova L., Pichurin V., Lobanov S. The impact of post-traumatic stress disorder on the psychological and physical health of military personnel. *Salud, Ciencia y Tecnología – Serie de Conferencias*. 2025. Vol. 4. Article 695. URL: <https://conferencias.ageditor.ar/index.php/sctconf/article/view/695> (date of access: 21.08.2025).

Додаткова література:

1. Folkman S., Lazarus R.S. If it changes it must be a process «Study of emotion and coping during the three stages of a college examination». *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985. P. 150-170.
2. Войтко Т.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. Київ, 2020. 224 с.

3. Гейко Є.В. Психологія цілісності особистості: Монографія. Кропивницький: Центрально-Українське видавництво, 2016. 384 с.
4. Грабовська С., Єсип М. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*. № 4, 2010. С. 188-198.
5. Заїка В.М., Р.М. Ільченко. Несприятливі події дитинства як чинник виникнення ризикованої поведінки в майбутньому. *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: тези доповідей XVII Всеукр. наук. конф., м. Київ, 27-28 травня 2020 р. У III част., ч. III. К. : Університет «Україна», 2020. С. 194 - 196.
6. Зеленіна І.В., Іваненко О.І., Кононенко І.О. Терапія тривожних розладів: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 368 с.
7. Ільченко Р.М., Заїка В.М., Моргун В.Ф. Метод Мюррей як засіб психологічної реадaptaції постнаркозалежних дорослих. *International scientific and practical conference «Pedagogy and Psychology in the Modern World: the art of teaching and learning»*: conference proceedings, February 26-27, 2021. Vol. 1. Riga, Latvia : «Baltija Publishing». P. 97 - 101.
8. Савіна М. В. Обґрунтування засад та ефективності психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності адиктивної поведінки у жінок. *Архів психіатрії*. 2016. № 22 (4). С. 86-94.
9. Сізанов А. Н. Психологічні ігри. Львів, 1995. 342 с.

ДОДАТКИ



1 Опис клієнтського випадку:

Збір інформації про клієнта в минулому та опис феноменології залежної поведінки на поточний момент.

Початок залежних проявів. Розвиток залежності. Поняття і роль зміненого стану свідомості в житті клієнта. Поняття та роль об'єктів.

Психологічні механізми формування залежної поведінки:

- а) примусового регулювання емоційних станів,
- б) маятника емоційних станів,
- в) девальвації емоційних станів,
- г) зміни системи мотивів і смислоутворення,
- д) захисних психологічних механізмів.

Передумови розвитку залежності - патерни залежності в батьківському середовищі, в референтних групах, Теоретичне усвідомлення залежної поведінки загалом у контексті клієнта.

Концепція залежності клієнта як адаптаційного синдрому, заломлена через досвід терапевта, як творче пристосування клієнта і творча зацікавлена байдужість терапевта.

Світогляд клієнта в контексті його залежних проявів, професійне бачення бачення терапевта в оцінці ролі залежності в житті клієнта в цілому.

2. Мотиваційна частина:

Причини звернення клієнта до роботи з залежним патерном, зриви його та кризи адаптації, порушення звичного укладу життя, причини звернення до роботи з цією темою, наростання видів шкоди, пов'язаних з розвитком залежних патернів. Динаміка наростання феноменів залежної поведінки та наслідків за спектром життєвих сфер.

Аналіз разом із клієнтом мотивації роботи з цією темою. Прояснення рівнів запиту клієнта (кліше, симптоматичний, процесуальний, перенесення, особистісний, екзист., ін.). З'ясування чинників, суб'єктів, процесів, що мотивують клієнта до психотерапії та змін у житті.

Дослідження змін у сферах життя у зв'язку зі споживанням і співвіднесення з іншими особами, родичами, далеким оточенням, терапевтом, їх верифікація.

3. Розробка основних понять залежної поведінки з клієнтом.

Виокремлення хибних та істинних фігур потреби, хибного та істинного селфі.

Усвідомлення клієнтом феноменології власних потреб у контексті облігатних (їжа, вода, повітря, сон) і факультативних базових потреб.

Уявлення про потребу сферу, спотворену споживанням і легалізація системи мотивів.

Співпраця терапевта з клієнтом в описі потребової сфери клієнта через звичні феномени, спотворені залежними патернами, з подальшою верифікацією та співвіднесенням зі зрозумілими феноменами поза споживанням.

Робота з дослідженням співвідношення ід-процесів і функцій персони, з описом переважання тієї чи іншої частини. Дослідження його-процесу, як хибного в процесі спотворення мотиваційно-вольового процесу.

Дослідження і співвіднесення ід-процесу в контексті антиципаційної спроможності клієнта і співвідношення фокусування на поточному моменті і на зоні найближчого майбутнього.

Дослідження фонових процесів та актуалізація фігур замовчування в контексті усвідомлення потреб досі прихованих, неописаних і не розроблених (хто, з ким, коли, куди спрямовані, як, у який спосіб, у яких ситуаціях, у який час тощо). Поняття станів: злий, голодний, втомлений, самотній у житті клієнта. Якість контакту в момент актуалізації фонових промовчаних процесів (дифузна, переривчаста, стійка, часткова, мінімальна та ін.). Феноменологія холістичної присутності (тілом, почуттями, розумінням) при усвідомленні клієнтом власної потребової сфери.

Опис ранньої травматизації клієнта у вигляді феноменології актуалізованої потребової сфери в контексті теорій раннього розвитку.

Якість усвідомлення і присутності клієнта в поточному моменті, описана через призму незавершених завдань розвитку.

4. Аналіз історії клієнта в окремій (поточній) сесії в парадигмі гештальт-терапії залежної поведінки: об'єкт залежності, цикл контакту з потребою, переривання (організація) контакту, СЕЛФ, динаміка

енергії, фігура / фон, організація польових феноменів навколо споживання, Фігури замовчування, ЕГО-процес, дифузія ідентичності, усвідомленість в моменті.

5. Програми соціальної підтримки та розширення досвіду клієнта (тактичні).

Опис поточної ситуації залежної поведінки в контексті ув'язки із соціальними процесами та сферами контактування клієнта.

Соціальні середовища і фонові процеси організації самопідтримки клієнта - родичі та сім'я, близькі, друзі, колеги, сусіди, знайомі та ін. у поточному моменті, минулому, уявлення про найближче майбутнє.

Системи соціальних заходів, які на погляд клієнта могли б з'явитися або розвиватися в його поточному житті.

6 Планування пов'язане з усвідомленням клієнтом його залежних патернів у житті. Посилення функцій персони на основі його-процесу в роботі з клієнтом (тактичне).

Співпраця з клієнтом у контексті розвитку системи уявлень про розширення опор і актуалізацію способів розвитку його істинного його процесу - запланувати наповнення життя задоволенням своїх потреб.

Розроблення системного, часового, ймовірнісного інструментарію щодо полегшення актуалізації потреб і його-процесу.

Планування профілактики актуалізації механізмів організації (переривання) контакту в контексті сорому, провини, страху, що мають соціальний характер, для розроблення способів більш цілісної присутності та профілактики хибного селф.

Поняття рецидиву залежної поведінки, як природного й очікуваного розвитку подій за актуалізації залежних сценаріїв і як форми

звичної автоматизованої дії. Усвідомлення і наповнення станів: злий, голодний, втомлений, самотній у потребовій сфері клієнта.

7. Розгорнутий аналіз сімейної ситуації щодо залежних патернів клієнта (стратегічний).

Наявність у нуклеарній і розширеній сім'ї тих, хто зловживає алкоголем, наркотиками, має аб'юзивні або токсичні патерни поведінки.

Наявність феноменів дисфункціональної сімейної системи в розширеній родині клієнта. Наявність важких травм втрат або переживання катастроф у сімейній історії. Наявність у розширеній сім'ї в різних поколіннях тих, хто страждає на психічні захворювання, алкоголізм, психопатії, порушення поведінки, суїцидальну поведінку тощо.

Розгорнуте дослідження фону в контексті середньої зони усвідомлення і систем самопідтримки в реальних поточних стосунках. Генограма.

8. Розворот і актуалізація фонових виявлених зон дефіциту в житті клієнта в контексті довжинника життя, як стратегічних завдань розвитку.

Робота над темами клієнта: самооцінка, асертивна поведінка, профілактика рецидиву, турбота про здоров'я, відпочинок, харчування, тіло.

Самопідтримка клієнта в контексті фігур умовчання, виявлених вище.

Опис стратегічного планування в описаних у пунктах 5 і 6 контекстах.

9. Посилення селф-процесу.

Відтворення та реалізація нових засвоєних навичок, патернів і поведінки в контексті усвідомлення залежної поведінки, як хибного селфі-процесу в напрямку зміцнення істинного селфі.

Участь у програмах самодопомоги та самовдосконалення. Обговорення нових можливостей, областей усвідомлення, психологічних механізмів.

Перевірка стійкості актуалізації нових областей селфі в контакті з терапевтом, з близьким і далеким оточенням.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ ТА ВИЗНАЧЕНЬ



А

АБСТИНЕНТНИЙ СИНДРОМ (withdrawal syndrome), або АБСТИНЕНЦІЯ (лат. Abstinencia – утримання), – група симптомів різного поєднання та ступеня тяжкості, що виникають при припиненні або зменшенні споживання психоактивної речовини, яка приймалася неодноразово, зазвичай протягом тривалого часу та/або у великих дозах. Синдром може супроводжуватися ознаками фізіологічних розладів.

Чим різкіше припиняється введення в організм речовини, що спричинила токсикоманію (алкоголю, наркотиків, снодійних препаратів тощо), тим більш вираженими є прояви абстиненції. У деяких випадках припинення прийому цих речовин може призвести до смертельного наслідку. Особливості клінічної картини абстиненції залежать від типу вживаної речовини, дози та тривалості її споживання. Наявність абстиненції свідчить про сформовану залежність.

Початок і перебіг абстинентного синдрому обмежені в часі та пов'язані з типом речовини і дозою, прийнятою безпосередньо перед припиненням або зменшенням споживання. Як правило, ознаки абстинентного синдрому протилежні до ознак гострої інтоксикації.

Опіятний абстинентний синдром супроводжується ринореєю (посиленими виділеннями з носа), слезотечею, болями у м'язах, ознобом, «гусячою шкірою» і, через 24-48 годин, м'язовими та черевними судомами. Пошук наркотика є характерною рисою поведінки, яка триває навіть тоді, коли фізичні симптоми зникають.

Абстинентний синдром при стимуляторах вивчений гірше, ніж синдроми депресантів, проте проявляється депресія, а також нездужання, млявість, нестійкість.

АДДИКЦІЯ (addiction) – повторюване споживання психоактивної речовини або речовин до такої міри, що споживач періодично або хронічно відчуває стан інтоксикації, непереборне бажання вживати обрану речовину (речовини) та значні труднощі в добровільному припиненні або зміні споживання і виявляє намір отримувати психоактивні речовини майже будь-якими шляхами. Як правило, толерантність досить висока, і при

припиненні споживання спостерігається абстинентний синдром. Термін «аддикція» також використовується в сенсі того, що така речовина має певний вплив як на суспільство, так і на особистість. Термін аддикція застосовується протягом тривалого часу і різними способами. З 1920 по 1960 рік робилися спроби диференціювати терміни аддикція і звикання, менш важку форму психологічної адаптації. У 1960-х роках ВООЗ рекомендувала відмовитися від обох термінів на користь залежності, яка може мати різні ступені тяжкості. Аддикція не є діагностичним терміном в ICD-10, але широко використовується як професіоналами, так і громадськістю.

АМФЕТАМІН (amfetamine) – препарат з класу амінів з сильним стимулюючим дією на центральну нервову систему. До симптомів і ознак інтоксикації амфетаміном та його аналогами відносяться: тахікардія, розширення зіниць, підвищений кров'яний тиск, потовиділення, озноб, відсутність апетиту, нудота, блювота, безсоння та ненормальна поведінка, що проявляється в агресивності, пихатості, тривожності та помилкових судженнях. У рідкісних випадках, протягом 24 годин після вживання, розвивається делірій. Хронічне вживання зазвичай призводить до змін особистості та поведінки, які проявляються в імпульсивності, агресивності, дратівливості, підозрливості та параноїдальному психозі (амфетаміновому психозі). Припинення прийому після тривалого або підвищеного вживання може викликати реакції абстиненції, що характеризуються пригніченим настроєм, втому, неутримимим голодом, розладами сну та підвищеною сонливістю.

АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ (alcohol dependence) – хронічний стан, що характеризується нездатністю контролювати вживання алкоголю, підвищенням толерантності до його дії та виникненням симптомів відміни при зменшенні або припиненні вживання. Алкогольна залежність може призводити до серйозних фізичних і психологічних ускладнень, впливаючи на особисте, соціальне та професійне життя людини.

АДИКТОЛОГІЯ (addictology) – наукова дисципліна, що вивчає причини, механізми, наслідки та лікування залежностей, зокрема алкоголізму, наркоманії, ігрової залежності та інших форм адиктивної поведінки. Адиктологія поєднує знання з медицини, психології та соціології для розробки ефективних методів профілактики та реабілітації.

Б

БАРБИТУРАТ (barbiturate) – один із депресантів, хімічно являє собою похідні барбітурової кислоти. Використовується як антиепілептичний, знеболювальний, заспокійливий засіб. Надмірне або хронічне споживання викликає ефекти, подібні до ефектів алкоголю. Межа між терапевтичним і токсичним споживанням барбітурів досить вузька, а передозування часто призводить до летального результату. Толерантність розвивається досить швидко, а ймовірність виникнення залежності досить висока. Використовуючи цей препарат протягом тривалого періоду, пацієнти можуть стати психологічно і фізично залежними, навіть якщо призначена доза ніколи не була перевищена.

Інтоксикація барбітурами характеризується погіршенням концентрації, пам'яті і координації, балакучістю. Симптоми абстиненції такі: нудота, блювання, слабкість, прискорений пульс, підвищений кров'яний тиск, грубодвигунне тремтіння рук або язика. Делірій зазвичай спостерігається протягом тижня після припинення або різкого зниження прийому. Може розвинути слабумство, також відоме як барбітуровий залишковий психічний розлад.

В

ВІДНОВЛЕННЯ (recovery) – збереження утримання від алкоголю та/або наркотиків будь-якими засобами. Термін в основному пов'язаний із групами взаємодопомоги і в інших подібних групах стосується процесу досягнення та збереження тверезості. Оскільки відновлення розглядається як процес, що триває все життя, члени АА завжди вважають себе «відновлювальними алкоголіками».

Г

ГРУПИ ВЗАЄМОПОМОГИ (mutual-help group) – група, в якій учасники підтримують один одного в одужанні або підтриманні одужання від алкогольної або іншої наркотичної залежності чи проблем, або ж від впливу залежності іншої людини, без професійної терапії та керівництва. Найбільш відомі такі групи, як Анонімні Алкоголіки, Анонімні Наркомани (NA), Ал-Анон (для членів сімей алкоголіків). Групи взаємодопомоги в галузі алкоголю відомі з 1840-х років (Американські вашингтонці) і включають такі європейські групи, як Синій Хрест, Золотий Хрест, групи Худоліна і Лінкс. Підхід деяких груп допускає професійне або напівпрофесійне керівництво.

ГАЛЛЮЦИНОГЕН (hallucinogen) – хімічний агент, який викликає зміни сприйняття, мислення і почуттів, що нагадують зміни при функціональних психозах, але без значних погіршень пам'яті та орієнтаційних характеристик. Прикладами галюциногенів є LSD, екстазі.

Галюциногени зазвичай приймаються епізодично, хронічне вживання зустрічається досить рідко. Ефекти зазвичай спостерігаються через 20-30 хвилин після вживання і включають в себе розширення зіниць, підвищення кров'яного тиску, тахікардію, тремор і психоделічну фазу (стан, що складається з ейфорії або змішаних змін настрою, візуальних ілюзій і змінених відчуттів). Часто спостерігаються різкі переходи між ейфорією і дисфорією. Крім того, до побічних ефектів галюциногенів належать: 1) галюцинації з неприємними відчуттями (бэд-тріп); 2) постгалюциногенні розлади сприйняття; 3) стан марення, який може тривати один-два дні або зберігатися надовго; 4) різні емоційні розлади, такі як тривога, депресія, манія, зазвичай індивід відчуває, що він ніколи більше не буде нормальним, він стурбований божевіллям внаслідок вживання наркотиків. Галюциногени використовувалися в психотерапії, але це було законодавчо обмежено або навіть заборонено.

ГЕЙМІНГ-ЗАЛЕЖНІСТЬ (gaming addiction) – психічний розлад, що характеризується надмірним та неконтрольованим захопленням комп'ютерними іграми, яке призводить до негативних наслідків у повсякденному житті. Люди, що страждають на геймінг-залежність, часто віддають перевагу іграм над соціальними взаємодіями, навчанням або роботою, що може призводити до соціальної ізоляції, проблем у навчанні чи на роботі, а також до психічних і фізичних розладів, таких як тривожність або депресія. Геймінг-залежність може бути діагностована на основі певних критеріїв, включаючи зниження інтересу до інших видів діяльності, необхідність збільшувати час гри для отримання задоволення та негативні емоційні реакції при спробах зменшити або припинити гру.

Д

ДЕФЕНЗИВНІСТЬ (defenso – обороняти, лат.) або оборонність означає, що такі люди при зустрічі з життєвими труднощами не йдуть в агресивну атаку, а намагаються уникнути, сховатися або замкнутися в дусі мовчазного протесту, також можуть проявляти швидко виснажливі дратівливі сплески в колі близьких людей. Дефензивні люди, як правило, совісливі і протилежні агресивним або ледачо-байдужим людям. Дефензивному чоловікові

притаманний конфлікт вразливого самолюбства і преувеличеного почуття власної неповноцінності. Така людина в тяжкі періоди свого життя здається собі гіршою і малозначнішою за більшість людей і гостро страждає, оскільки її самолюбство не мириться з цим. Цей дефензивний конфлікт є найбільш мучительним проявом в житті астеничної людини, мучливішим за дратівливість, нервозність, виснаженість.

ДЕТОКСИКАЦІЯ (detoxification) – 1. Процес, в ході якого індивід відвикає від ефектів психоактивної речовини. 2. Як клінічна процедура, процес відвикання проводиться безпечним і ефективним способом, так щоб симптоми відвикання були мінімізовані. Місце, де проводиться ця процедура, називають дезінтоксикаційним центром або витрезвителем. Дезінтоксикація може включати і може не включати використання медичних препаратів.

ДЕПРЕСАНТ (depressant) – будь-який агент, який подавляє, перешкоджає або знижує деякі аспекти активності центральної нервової системи. До головних класів депресантів відносяться седативи, опіоїди та нейролептики. Прикладами наркотиків-депресантів є алкоголь, барбітурати, опіати та їх синтетичні аналоги.

Е

ЕМОЦІЙНЕ СПОЖИВАННЯ (emotional eating) – поведінка, що полягає у вживанні їжі для задоволення емоційних потреб, а не з фізіологічної необхідності. Емоційне споживання часто виникає як спосіб справлятися зі стресом, тривогою або іншими негативними емоціями, і може призводити до розвитку розладів харчової поведінки.

З

ЗАЛЕЖНІСТЬ (dependence) – В застосуванні до алкоголю та інших наркотиків термін передбачає необхідність у повторюваних дозах наркотика для того, щоб почуватися краще або не почуватися гірше. Стан залежності не обов'язково є шкідливим саме по собі, але може призвести до вживання наркотика в дозах, що викликають згубні фізичні та поведінкові наслідки, які можуть спричинити медичні або соціальні проблеми. У DSM-III-R залежність визначається як «група когнітивних, поведінкових і психологічних симптомів, які визначають, що людина має ослаблений контроль за споживанням психоактивної речовини і продовжує вживати цю речовину незважаючи на несприятливі наслідки». Він приблизно

еквівалентний синдрому залежності за ICD-10. У 1964 році Експертний Комітет ВООЗ ввів «залежність» для заміни аддикції та звикання. Термін може використовуватися як у загальному плані, у застосуванні до всіх психоактивних наркотиків (наркотична залежність, хімічна залежність), так і в специфічному, у застосуванні до окремого наркотика або їх класу (алкогольна залежність, опіатна залежність). Залежність стосується як фізичних, так і психологічних елементів. Психологічна або психічна залежність стосується ослаблення контролю над вживанням алкоголю або наркотиків, тоді як фізіологічна або фізична залежність стосується толерантності та абстинентного синдрому. У біологічно орієнтованих дискусіях залежність використовується лише в значенні фізичної залежності.

ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ (maintenance therapy) – лікування наркотичної залежності шляхом призначення замісного препарату, який має схожі характеристики. Термін іноді використовується щодо менш небезпечної форми вживання того самого наркотика під час лікування. Метою замісної терапії є припинення або зниження споживання певної речовини, особливо якщо вона незаконна, або зниження шкоди, пов'язаної з певним способом вживання, що несе додаткову небезпеку для здоров'я (наприклад, спільне використання голочок) та соціальні наслідки. Замісна терапія часто супроводжується психологічним та іншим лікуванням. Прикладами замісної терапії у роботі з наркозалежними за кордоном є використання метадону або жувальної гумки з нікотином для заміни куріння. Замісна терапія може тривати від кількох тижнів до 20 і більше років.

ЗЛОВЖИВАННЯ (abuse) – термін, який широко використовується, але має різні значення. У DSM-III-R «зловживання психоактивними речовинами визначається як «неадекватне споживання, яке характеризується... продовженням споживання, незважаючи на усвідомлення того, що це споживання спричиняє або загострює постійні чи тимчасові соціальні, виробничі, психологічні або фізичні проблеми, або ж періодичне споживання в ситуаціях, коли це фізично небезпечно». Це залишкова категорія, і, по можливості, краще застосовувати термін «залежність». Термін «зловживання» іноді використовується для позначення будь-якого споживання взагалі, особливо нелегальних наркотиків. Через його неоднозначність термін не використовується в ICD-10 (окрім випадків із речовинами, що не ведуть до залежності, див. нижче); шкідливе споживання або небезпечне споживання є еквівалентами при використанні в ВООЗ, хоча зазвичай вони стосуються лише впливу на здоров'я і не торкаються соціальних наслідків.

У інших контекстах зловживання відноситься до немедичного або несанкціонованого споживання, незалежно від наслідків. У 1969 році Експертний Комітет ВООЗ з Наркологічної Залежності дав таке визначення: «постійне або спорадичне надмірне споживання, яке не співпадає з або не має відношення до прийнятої медичної практики».

ЗЛОВЖИВАННЯ РЕЧОВИНАМИ, ЩО НЕ ВЕДУТЬ ДО ЗАЛЕЖНОСТІ (abuse of non-dependence producing substances) – ICD-10 визначає це як повторюване або нецілеспрямоване споживання речовини, яке, незважаючи на відсутність у речовини потенціалу залежності, супроводжується шкідливими фізичними або фізіологічними ефектами або призводить до непотрібних контактів з медичними працівниками.

До цієї категорії можуть належати різноманітні ліки, включаючи ліки, що відпускаються без рецепта, трави та народні засоби. Найважливішими групами є: 1) психотропні препарати, які не призводять до залежності, такі як депресанти та нейролептики; 2) проносні; 3) анальгетики, включаючи ліки, що продаються без рецепта, такі як аспірин і парацетамол; 4) стероїди та інші гормони; 5) вітаміни; 6) антациди.

Незважаючи на сильну мотивацію пацієнта приймати таку речовину, ні синдром залежності, ні абстинентний синдром не розвиваються. Ці речовини не мають потенціалу залежності в сенсі притаманних їм фармакологічних впливів, але здатні викликати психологічну залежність.

ЗНИЖЕННЯ ШКОДИ (harm reduction) – у застосуванні до алкоголю та інших наркотиків, описує політичні заходи або програми, які прямо спрямовані на зниження шкоди, викликані використанням алкоголю чи наркотиків. Цей термін використовується, в особливості, для заходів і програм, які націлені на зниження шкоди без обов'язкового впливу на споживання речовини, що лежить в основі проблеми. Приклади включають в себе обмін шприців/голок для протидії спільному використанню голок споживачами героїну або ж самонадувні повітряні подушки в автомобілях для зниження травмування в аваріях, що виникають внаслідок водіння в нетверезому стані. Таким чином, стратегії зниження шкоди охоплюють більш широкий спектр проблем, ніж зниження попиту та зниження пропозиції.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД МОБІЛЬНИХ ТЕЛЕФОНІВ (mobile phone addiction) – психологічний стан, що характеризується надмірним використанням мобільних телефонів, яке призводить до негативних наслідків у повсякденному житті. Люди, які страждають від цієї

залежності, можуть відчувати тривогу без свого телефону, витратити надмірно багато часу на соціальні мережі, ігри або інші мобільні додатки, що шкодить їх соціальним взаємодіям, роботі та загальному благополуччю.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД СТИМУЛЯТОРІВ (stimulant dependence) – патологічна залежність від психостимуляторів (амфетамінів, кокаїну, метилфенідату), яка проявляється в постійному бажанні вживати ці речовини для підвищення енергії, покращення настрою або концентрації. У випадку відміни можуть виникати депресивні симптоми, зниження енергії, апетиту та порушення сну.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ІНГАЛЯНТІВ (inhalant dependence) – залежність, що розвивається внаслідок вживання інгалянтів (речовин, які вдихаються для отримання психоактивного ефекту, таких як леткі розчинники, аерозолі, газу). Використання інгалянтів може призвести до короткочасного ейфорійного стану, але також супроводжується ризиками серйозних уражень органів і систем, включаючи нервову та дихальну системи. Припинення вживання може викликати фізичні та психічні проблеми.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД СОЛЕЙ (salt dependence) – форма залежності, що виникає внаслідок вживання солей (синтетичних наркотиків, таких як «солі для ванн» або інші синтетичні психостимулятори). Залежні люди відчувають потребу у вживанні цих речовин для досягнення стимулюючого або ейфорійного ефекту. Відміна може викликати тяжкі симптоми, включаючи агресію, тривожність, галюцинації та депресію.

ЗМІНЕНІ СТАНИ СВІДОМОСТІ (altered states of consciousness) – стани свідомості, що відрізняються від звичного рівня сприйняття, думок і емоцій. Змінені стани можуть бути викликані різними чинниками, такими як вживання психоактивних речовин, медитація, тривога, або виснаження. Вони можуть супроводжуватися змінами в сприйнятті часу, простору, та особистої ідентичності.

I

ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЬ (internet addiction) – психічний розлад, що характеризується компульсивним використанням Інтернету, яке негативно впливає на повсякденне життя особи. Включає в себе надмірну прихильність до онлайн-активностей,

таких як соціальні мережі, ігри, порнографія або інші цифрові платформи, що призводить до ігнорування реальних соціальних взаємодій, обов'язків і загального благополуччя. Інтернет-залежність може викликати тривогу, депресію, порушення сну та інші психоемоційні розлади, а також призводити до фізичних проблем, таких як порушення зору або проблеми з поставою.

К

КОРОТКА ІНТЕРВЕНЦІЯ (brief intervention) – стратегія лікування, в якій структурована терапія короткої тривалості (зазвичай 5-30 хвилин) надається з метою допомоги індивіду припинити або зменшити споживання психоактивної речовини. До теперішнього часу короткі інтервенції застосовувалися в основному для припинення куріння та як терапія при зловживанні алкоголем. Основою для коротких інтервенцій є те, що навіть якщо відсоток тих, хто змінить своє споживання речовини після одноразової інтервенції і невеликий, її вплив на здоров'я досить значний, за умови, що велика кількість працівників первинної медичної допомоги проводить інтервенції систематично.

КАНАБІС (cannabis) – загальний термін для позначення психоактивних препаратів з коноплі (*Cannabis sativa*), до яких входять марихуана, гашиш тощо. Марихуана – це мексиканський термін, спочатку що позначав дешевий тютюн (випадково змішаний з каннабісом), а тепер став загальним терміном для листя каннабісу в багатьох країнах. Гашиш, який спочатку був назвою для каннабісу у Східному Середземномор'ї, тепер називають смолою каннабісу. У каннабісі міститься щонайменше 60 канабіноїдів, деякі з яких біологічно активні. Найбільш активним є 9-тетрагідроканнабіол, який може бути визначений у сечі протягом кількох тижнів після вживання каннабісу.

Інтоксикація каннабісом викликає відчуття ейфорії та легкості в кінцівках. Вона призводить до погіршення навичок водіння та іншої діяльності, часу реакції, глибини сприйняття, координації, пізнавальної здатності, периферійного зору, відчуття часу та розпізнавання сигналів. Ознаками інтоксикації можуть бути підвищене занепокоєння, підозрілість, параноїдальні ідеї у одних і ейфорія та апатія у інших, а також посилений апетит, сухість у роті та тахікардія. Вживання каннабісу може призвести до шизофренії, стану бреду або паніки.

КОКАЇН (cocaine) – алкалоїд, що отримується з листя коки або синтезується. Кокаїн є потужним стимулятором, повторюване споживання викликає залежність. Зазвичай вдихається у вигляді порошку, який через 1-3 хвилини викликає ефект, що триває близько 30 хвилин. Існують і інші способи прийому.

Гострі токсичні реакції можуть спостерігатися як у наївного експериментатора, так і у хронічного споживача. До них належать панічний бред, підвищений артеріальний тиск, серцева аритмія, інфаркт міокарда, нападки, епілепсія та смерть. Нейропсихіатричні наслідки включають параноїдальний бред, слухові та звукові галюцинації.

КОФЕЇН (caffeine) – ксантин, що є слабким стимулятором, судинорозширювальним і сечогінним засобом. Кофеїн міститься в каві, шоколаді, чаї. Гостре або хронічне надмірне споживання (наприклад, більше 500 мг щодня), що призводить до отруєння, називається кофеїнізмом. Симптомами його є тривога, безсоння, почервоніння обличчя, тремтіння м'язів, тахікардія, шлунково-кишкові розлади та, зрідка, панічний стан, депресія або шизофренія.

Л

ЛЕТУЧІ РЕЧОВИНИ (volatile substances) – речовини, що випаровуються при температурах навколишнього середовища. До летючих речовин (також званих інгалянтами), які вдихають для отримання психоактивного ефекту, відносяться органічні розчинники, що містяться у багатьох продуктах, таких як клей, аерозолі, фарби, промислові розчинники, лаки, бензин та очищувальні рідини, а також аліфатичні нітроти. Деякі речовини мають пряме отруйне дію на печінку, нирки або серце, а деякі призводять до периферичної нейропатії або прогресуючої дегенерації мозку. Найбільш частими споживачами цих речовин є підлітки. Ознаки інтоксикації включають в себе ворожість, апатію, погіршення психомоторних функцій, ейфорію, запаморочення, неясну мову, тремтіння, м'язову слабкість, ступор або кому.

Н

НАРКОМАНІЯ (drug dependence) – хворобливий психічний стан, що характеризується пристрастю до наркотиків (як правило, незаконних), наркотична залежність. Поведінка, що виявляється в нав'язливому бажанні приймати наркотик постійно

або періодично для того, щоб відчувати його дію на психіку або ж щоб не відчувати дискомфорту через відсутність наркотика, є головною ознакою наркоманії. Абстинентний синдром (або фізична залежність) і толерантність є наслідками вживання наркотиків і самі по собі не є достатніми ознаками для діагностування наркоманії.

НАРКОТИК (drug, narcotic):

У вузькому сенсі – хімічний агент, що викликає ступор, кому або нечутливість до болю.

В юридичному сенсі – речовина, визнана такою в міжнародних конвенціях і/або національному законодавстві.

В медичному сенсі – психоактивна речовина, що викликає залежність, яка призводить до прийому цієї речовини в небезпечних для здоров'я дозах і може спричинити негативні соціальні наслідки. При цьому зазвичай (але не обов'язково) спостерігаються толерантність і абстинентний синдром. За МКХ-10 виділяються десять класів наркотиків: 1. Алкоголь. 2. Опіоїди. 3. Канабіноїди. 4. Седативи. 5. Кокаїн. 6. Інші стимулянти, включаючи кофеїн. 7. Галюциногени. 8. Тютюн. 9. Летючі речовини. 10. Інші психоактивні речовини або наркотики різних класів, що приймаються спільно.

НЕЛЕГАЛЬНИЙ НАРКОТИК (illicit drug) – психоактивна речовина, виробництво, продаж або використання якої заборонені. «Нелегальний ринок наркотиків» – більш точний термін, що стосується виробництва, розповсюдження та продажу будь-якого наркотика поза легально санкціонованими шляхами.

О

ОПІАТИ (opiates) – одна з груп алкалоїдів, отриманих з опіумного маку. Термін «опіат» не включає в себе синтетичні опіоїди.

ОПІОЇД (opioid) – узагальнений термін для позначення алкалоїдів з опіумного маку, їх синтетичних аналогів та синтезованих організмом сполук, які діють на одні й ті ж рецептори мозку, здатні послаблювати біль і викликати відчуття ейфорії. Опіумні алкалоїди та їх синтетичні аналоги при високих дозах також викликають ступор, кому та пригнічення дихання.

Опіумні алкалоїди та їх полусинтетичні похідні включають в себе морфій, героїн, кодеїн та інші наркотики. До синтетичних опіоїдів належать метадон та інші препарати. До ендогенних сполук належать ендорфіни та інші речовини.

Найбільш часто використовувані опіоїди викликають знеболення, зміни настрою (від ейфорії до апатії), сонливість, порушення психомоторних функцій, погіршення концентрації та пам'яті. З часом до морфію та його аналогам розвивається толерантність, а в організмі відбуваються нейроадаптаційні зміни, які і викликають посилену реакцію при припиненні прийому наркотика. При абстинентному синдромі спостерігаються тривога, сльозовиділення, безсоння, нудота або блювання, пронос, судоми, м'язові болі та лихоманка. У разі вживання швидкодіючих наркотиків, таких як морфій і героїн, симптоми абстиненції можуть проявитися через 8-12 годин після останнього прийому наркотика, досягти свого піку через 48-72 години і пройти через 7-10 днів. У разі вживання наркотиків тривалої дії, таких як метадон, симптоми абстиненції можуть не проявлятися протягом 1-3 діб після останньої дози, пік симптомів спостерігається між третім і восьмим днем і можуть зберігатися протягом кількох тижнів, але зазвичай ці симптоми слабші за ті, що викликані морфієм або героїном при рівних дозах.

До численних фізичних наслідків споживання опіоїдів (переважно, шляхом їх звичайного внутрішньовенного введення) належать гепатит, СНІД, зараження крові, пневмонія, тромбофлебіт і гострий некроз скелетних м'язів. Досить значні психологічні та соціальні наслідки, що часто пов'язано з нелегальною природою немедичного використання опіоїдів.

ОПІОЇД (opioid) – узагальнений термін для позначення алкалоїдів з опіумного маку, їх синтетичних аналогів та синтезованих організмом сполук, які діють на одні й ті ж рецептори мозку, здатні знижувати біль і викликати відчуття ейфорії. Опіумні алкалоїди та їх синтетичні аналоги при високих дозах також викликають ступор, кому та пригнічення дихання.

Опіумні алкалоїди та їх напівсинтетичні похідні включають морфій, героїн, кодеїн та інші наркотики. До синтетичних опіоїдів відносяться метадон та інші препарати. До ендогенних сполук належать ендорфіни та інші речовини.

Найбільш часто вживані опіоїди викликають знеболювання, зміни настрою (від ейфорії до апатії), сонливість, порушення психомоторних функцій, погіршення концентрації та пам'яті. З часом до морфію та його аналогам розвивається толерантність, а в організмі відбуваються нейроадаптаційні зміни, які викликають посилену реакцію при припиненні

вживання наркотика. При абстинентному синдромі спостерігаються тривога, сльозотеча, безсоння, нудота або блювота, пронос, судоми, м'язові болі та лихоманка. У разі вживання швидкодіючих наркотиків, таких як морфій і героїн, симптоми абстиненції можуть проявитися через 8-12 годин після останнього вживання наркотика, досягти свого піку через 48-72 години і пройти протягом 7-10 днів. У разі вживання наркотиків тривалої дії, таких як метадон, симптоми абстиненції можуть не проявлятися протягом 1-3 днів після останньої дози, пік симптомів спостерігається між третім і восьмим днем, і можуть зберігатися протягом кількох тижнів, але зазвичай ці симптоми слабші за ті, що викликаються морфієм або героїном при рівних дозах.

До численних фізичних наслідків вживання опіоїдів (переважно шляхом їх звичайного внутрішньовенного введення) відносяться гепатит, СНІД, зараження крові, пневмонія, тромбофлебіт та гострий некроз скелетних м'язів. Значні психологічні та соціальні наслідки часто пов'язані з нелегальною природою немедичного використання опіоїдів.

ОТРУЄННЯ (poisoning) – алкоголем або наркотиком. Стан сильного розладу свідомості життєвих функцій і поведінки, що настало після прийому надмірної дози (навмисно або випадково) психоактивної речовини. В токсикології використовується більш широко для позначення стану, викликаного надмірним прийомом будь-якого фармакологічного агента психоактивного або ні.

П

ПСИХОТРОПНИЙ (psychotropic) – у більш загальному сенсі термін, що має таке ж значення, як і «психоактивний», тобто впливаючий на розум і мисленнєвий процес. Строго кажучи, психотропним препаратом є будь-який хімічний агент, чиї основні або суттєві ефекти проявляються на центральній нервовій системі. Деякі автори застосовують термін до препаратів, головним призначенням яких є лікування психічних розладів. Інші використовують цей термін для речовин, які можуть викликати зловживання через їхній вплив на настрій і/або свідомість – стимулянти, галюциногени, опіати, седативи (включаючи алкоголь) тощо.

ПОЛІНАРКОМАНІЯ (multiple drug use) – вживання людиною більше ніж одного наркотика або типу наркотика, часто одночасно або послідовно і зазвичай з наміром посилити дію або перешкоджати ефектам іншого наркотика. Термін використовується і

більш широко, включаючи не пов'язане між собою вживання двох або більше наркотиків однією особою. При цьому зазвичай мається на увазі вживання нелегальних наркотиків, хоча в індустріальних суспільствах такі речовини, як алкоголь, нікотин і кофеїн, найчастіше використовуються в комбінації з іншими.

Політоксикоманія, відповідно до ICD-10, діагностується тільки тоді, коли відомо, що використовувалися дві або більше речовин, і неможливо оцінити, яка з них у найбільшій мірі призвела до розладу. Ця категорія також використовується, коли не вдається точно визначити або дізнатися деякі або навіть всі з прийнятих речовин, оскільки багато полінаркоманів самі точно не знають, які саме речовини вони приймали.

ПСИХОАКТИВНА РЕЧОВИНА (psychoactive drug) – речовина, яка, при прийомі всередину, впливає на психічний процес, наприклад, пізнавальні функції і емоційні реакції. Цей термін і його еквівалент, «психотропний препарат», є найбільш нейтральними і описовими термінами для всього класу речовин, легальних і нелегальних, що представляють інтерес для наркотичної політики. «Психоактивний» необов'язково означає «викликаючий залежність» і в розмовній мові часто залишається невизначеним, так само як «вживання наркотиків».

ПСИХОТРОПНА ЗАЛЕЖНІСТЬ (psychotropic dependence) – стан, що виникає при регулярному вживанні психоактивних препаратів, які впливають на центральну нервову систему і змінюють настрій, поведінку чи свідомість. Психотропна залежність може включати препарати, що викликають ейфорію або знеболювання, і може призводити до розвитку толерантності та фізичних або психологічних симптомів відміни.

ПСИХОЛОГІЯ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ (psychology of addictive behavior) – розділ психології, що досліджує психічні, емоційні та поведінкові аспекти залежностей. Він включає аналіз механізмів формування залежності, впливу соціального оточення, стресу та інших факторів на розвиток адиктивної поведінки, а також розробку психологічних методів терапії.

Р

РОМАНТИЧНА ЗАЛЕЖНІСТЬ (romantic addiction) – емоційна залежність від романтичних стосунків, що проявляється в потребі бути у стосунках для відчуття щастя або самостійності. Ця залежність може призводити до ігнорування власних потреб, втрати

особистісної ідентичності, а також повторення нездорових відносин, що супроводжуються емоційним болем, ревнощами та контролем з боку партнера.

С

СИНДРОМ ЗАЛЕЖНОСТІ (dependence syndrome) – група поведінкових, пізнавальних та фізіологічних явищ, які можуть розвинути після повторюваного споживання психоактивної речовини. Зазвичай ці явища включають у себе сильне бажання приймати наркотик, погіршення контролю над його споживанням, уперте його вживання незважаючи на шкідливі наслідки, більший пріоритет, що надається споживанню наркотика, у порівнянні з іншими видами діяльності та зобов'язаннями, зростаючу толерантність, а також фізичну реакцію абстиненції, коли споживання наркотика припиняється. Згідно з ICD-10, діагноз синдрому залежності ставиться у випадках, коли три або більше з шести специфічних критеріїв спостерігаються протягом року.

Синдром залежності може стосуватися певної речовини (наприклад, тютюну, алкоголю або діазепаму), класу речовин (наприклад, опіатів) або ж широкого спектра фармакологічно різних речовин.

СЕДАТИВИ (sedatives) – будь-який з депресантів центральної нервової системи, що має властивість знижувати тривожність і викликати спокій та сон. Деякі такі препарати також викликають амнезію та розслаблення м'язів. До седативів відносять бензодіазепіни, барбітурати, а також алкоголь та інші речовини.

Усі седативи можуть погіршити концентрацію, пам'ять і координацію, часто спостерігаються також ефекти похмілля, плутаної мови, нестійкої ходи, сонливості, сухості в роті, нестійкості настрою. Іноді може виникати парадоксальна реакція збудження або люті.

Реакції абстиненції можуть бути сильними і проявлятися не більше ніж через кілька тижнів помірною споживання. Синдроми абстиненції включають в себе тривогу, дратівливість, безсоння (часто з кошмарами), нудоту або блювання, тахікардію, потовиділення, галюцинації, м'язові судоми, епілептичні напади. Може розвинути делірій, зазвичай протягом тижня після припинення прийому.

Тривале зловживання седативами веде до погіршення пам'яті, вербального та невербального засвоєння, швидкості координації і триває тривалий час після детоксикації; в деяких випадках може викликати постійні розлади пам'яті.

СТИМУЛЯНТ (stimulant) – щодо центральної нервової системи будь-який агент, який активізує, посилює або збільшує нервову активність; також називається психостимулянт. До стимулянтів відносять амфетаміни, кокаїн, кофеїн та інші ксантини, нікотин і деякі інші речовини.

Стимулянти при інтоксикації можуть викликати такі симптоми: тахікардія, розширення зіниць, підвищений артеріальний тиск, гіперрефлексія, потовиділення, озноб, нудота або блювання, або ж ненормальна поведінка, включаючи бійки, нахабство, сильну безсоння, збудження та помилкові судження. Хронічне зловживання зазвичай призводить до змін особистості і поведінки, таких як імпульсивність, агресивність, дратівливість і підозрілість. Припинення прийому після тривалого або значного вживання може викликати абстинентний синдром.

СЕКСУАЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ (sexual addiction) – психічний стан, що характеризується нав'язливим прагненням до сексуальної активності, яка стає основним джерелом задоволення, але при цьому призводить до негативних наслідків у різних сферах життя, включаючи стосунки, роботу та здоров'я. Люди з сексуальною залежністю можуть втрачати контроль над своїми поведінковими імпульсами, що може проявлятися у частих зміні партнерів, зловживанні порнографією або інтимними стосунками.

СПОРТОГОЛІЗМ (sport addiction) – психологічний стан, що характеризується нав'язливою потребою займатися спортом, незважаючи на фізичні, соціальні або емоційні наслідки. Спортголіки часто жертвують іншими аспектами свого життя, такими як робота, навчання або стосунки, щоб підтримувати свій спортивний режим. Це явище може супроводжуватися фізичними травмами, емоційною виснаженістю та соціальною ізоляцією.

СЕДАТИВНА ЗАЛЕЖНІСТЬ (sedative dependence) – стан, що характеризується потребою у регулярному вживанні седативних засобів (анхіолітиків, барбітуратів, бензодіазепінів) для досягнення психоемоційної стабільності або зменшення тривожності. Припинення вживання таких засобів може призвести до фізичних і психологічних симптомів відміни, включаючи тривожність, безсоння, тремор та в тяжких випадках – психоз.

СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ (codependency) – психологічний стан, при якому одна особа залежить від іншої, зазвичай в контексті хворобливих або дисфункціональних відносин. Співзалежність часто спостерігається в стосунках з людьми, які мають залежності, коли один партнер відчуває потребу у контролі, турботі або підтримці іншого, що може призводити до ігнорування власних потреб та емоцій. Це явище може негативно впливати на психічне здоров'я обох сторін, ведучи до емоційної та психологічної виснажливості

Т

ТОКСИКОМАНІЯ (toxicomania) – в країнах СНД цим терміном позначається наркоманія, при якій використовуються речовини, юридично наркотиками не є (наприклад, летючі речовини). У французькій мові – це синонім наркотичної залежності.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ (tolerance) – зниження реакції на дозу наркотика, що спостерігається при тривалому вживанні. Усе більші дози алкоголю та інших наркотиків необхідні для отримання ефектів, які спочатку викликалися меншими дозами. Розвиток толерантності може бути зумовлений як фізіологічними, так і психологічними факторами. У фізіологічному плані може розвиватися як метаболічна, так і функціональна толерантність. За допомогою прискорення метаболізму організм може швидше позбавлятися від речовини. Функціональна толерантність визначається як зниження чутливості центральної нервової системи до речовини. Поведінкова толерантність – це зміна впливу наркотиків внаслідок навчання або зміни зовнішніх обмежень. Толерантність є одним із критеріїв синдрому залежності.

ТРАНКВІЛІЗАТОР (tranquillizer) – заспокійливий агент: загальний термін для кількох класів препаратів, що застосовуються при симптоматичному лікуванні різних психічних розладів. Цей термін може використовуватися, щоб відрізнити ці препарати від седативів: транквілізатори мають заспокійливий і пригнічуючий ефект на психомоторні процеси без (за винятком високих доз) впливу на свідомість і мислення.

Термін «транквілізатор» зараз в основному стосується препаратів, що використовуються для лікування розладів тривожності. «Слабкий транквілізатор» є в таких випадках синонімом. Останній термін був введений для того, щоб відрізнити ці препарати

від «сильних транквілізаторів» (нейролептиків), що застосовуються для лікування психотичних розладів. Проте термін «слабкий транквілізатор» неправильно сприймається як вказівка на відсутність значних шкідливих ефектів. Через те, що ці препарати мають потенціал залежності, останній термін краще не вживати.

ТРУДОГОЛІЗМ (workaholism) – патологічна пристрасть до роботи, що проявляється в надмірній зайнятості, постійному бажанні працювати та уникненні відпочинку або соціальних контактів. Трудоголіки часто відчувають відчуття провини або тривоги, якщо не працюють, і можуть зазнавати емоційного вигорання. Цей стан може призвести до погіршення фізичного та психічного здоров'я, а також до проблем у стосунках з близькими.

ТЮТЮНОЗАЛЕЖНІСТЬ (tobacco dependence) – психічна і фізична залежність від нікотину, що міститься в тютюні. Цей стан супроводжується постійним бажанням вживати тютюнові вироби, високою толерантністю до нікотину і виникненням симптомів відміни, таких як тривога, дратівливість і проблеми зі сном, при спробах відмовитися від вживання.

Х

ХАРЧОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ (food addiction) – психічний розлад, що характеризується повторюваним вживанням певних продуктів або видів їжі, незважаючи на негативні наслідки для здоров'я та якості життя. Це може проявлятися в постійному бажанні їсти нездорову їжу, відчутті втрати контролю над споживанням та емоційній залежності від їжі, що може призводити до ожиріння та супутніх захворювань.

ХІМІЧНА ЗАЛЕЖНІСТЬ (chemical dependence) – стан, при якому організм адаптується до регулярного вживання психоактивних речовин, що призводить до формування толерантності та фізичних або психологічних симптомів відміни при зменшенні або припиненні вживання. Хімічна залежність може включати різні речовини, такі як наркотики, алкоголь, тютюн і інші психотропні засоби.

Ш

ШОПОГОЛІЗМ (shopaholism) – поведінковий розлад, що виражається в надмірному бажанні здійснювати покупки, часто без потреби в придбанні товарів. Люди з шопоголізмом можуть відчувати ейфорію під час покупок, але після цього часто виникає почуття провини або депресії. Шопоголізм може призводити до фінансових труднощів, проблем у стосунках і погіршення загального психічного стану.



ПРИМІТКИ



Психологія та психотерапія залежної поведінки

Автори посібника: ЛОБАНОВ СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ,
ЗАЙЧИКОВА ТЕТЯНА ВІКТОРІВНА

**Видавець: Futurity Research Publishing,
2025, Лодзь, Польща**

ISBN 978-83-969744-9-5



9 788396 974495

Ця книга присвячена психологічним механізмам формування залежної поведінки та сучасним підходам до її подолання. Автори поєднують наукові дослідження з багаторічною психотерапевтичною практикою, щоб надати фахівцям ефективні інструменти роботи з клієнтами. Видання буде корисним психологам, психотерапевтам, викладачам і студентам.



Лобанов Сергій Олегович ©

Кандидат медичних наук, провідний тренер Національної асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ), сертифікований супервізор та гештальт-терапевт. Викладач програм післядипломної підготовки з гештальт-терапії, спеціалізації «Гештальт-психотерапія залежної поведінки». Співорганізатор українських конференцій та інтенсивів із гештальт-терапії. Автор наукових праць у сфері психотерапії та реабілітації залежної поведінки, має багаторічний досвід викладання у провідних вишах України та приватну практику.



Зайчикова Тетяна Вікторівна ©

Кандидат психологічних наук, доцент, провідний тренер Національної асоціації гештальт-терапевтів України (НАГТУ), сертифікований супервізор та гештальт-терапевт. Має понад 20 років викладацького досвіду, авторка та співавторка понад 120 наукових праць і навчальних посібників, рекомендованих МОН України. Веде навчальні програми та спеціалізації з гештальт-терапії, співорганізатор конференцій та інтенсивів, має приватну практику, активно займається науковою та освітньою діяльністю.

ISBN 978-83-969744-9-5



9 788396 974495

