

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут
міжнародних відносин і соціальних наук

Кафедра психології

Даниленко Світлана Олександрівна

Кваліфікаційна робота

на тему: **«Психологічна допомога особам із
залежностями (алкоголь, наркотики, інтернет)»
(на прикладі ПП Мій вибір-життя)»**

Група ТУбц-8-21-Б₁ПС (4,0зdc)

Спеціальність: 053 Психологія

Спеціалізація: -

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський)

*Дипломна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело*

Науковий керівник

Кандидат

психологічних наук

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

С.О. Даниленко

(прізвище та ініціали)

Допущено до захисту в ЕК

Завідувач кафедри

Д.пс.н., професор

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

А.М. Шевченко

(прізвище та ініціали)

(підпис)

В.Б. Синякова

(прізвище та ініціали)

Київ 2025 р.

АНОТАЦІЯ

Даниленко С.О. «Психологічна допомога особам із залежностями (алкоголь, наркотики, інтернет)» (на прикладі ПП Мій вибір-життя) – кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеню «Бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія» у галузі знань 05 – Соціальні та поведінкові науки. – ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом».

У роботі здійснено комплексне дослідження теоретичних і практичних аспектів організації психологічної допомоги особам із різними типами залежностей з акцентом на їхній емоційний стан та розвиток емоційної грамотності. Проаналізовано сучасні наукові підходи до вивчення феномена залежності, розкрито психологічні та психофізіологічні механізми її формування й підтримання. Особливу увагу приділено аналізу емоційних порушень, алекситимії та впливу стресу на динаміку залежної поведінки.

У межах емпіричного дослідження визначено особливості емоційного стану осіб із різними видами залежностей, використано валідні психодіагностичні методики та здійснено кількісний і якісний аналіз отриманих результатів. На основі результатів дослідження розроблено та апробовано програму емоційної регуляції, спрямовану на розвиток емоційної грамотності, усвідомлення власних емоційних переживань і формування навичок їх конструктивного опрацювання.

Доведено ефективність впровадження запропонованої програми, що проявляється у зниженні рівня емоційної напруги, покращенні емоційної саморегуляції та підвищенні психологічного благополуччя осіб із залежностями. Результати роботи можуть бути використані в практичній діяльності психологів, психотерапевтів та фахівців, які працюють у сфері психологічної допомоги особам із залежною поведінкою.

Ключові слова: залежність, емоційний стан, алекситимія, стрес, емоційна грамотність, психологічна допомога, емоційна регуляція.

ANNOTATION

Danylenko S.O. “Psychological assistance to persons with addictions (alcohol, drugs, the Internet)” (on the example of PP My Choice-Life) – qualification work in the form of a manuscript.

Qualification work for the degree of “Bachelor” in the specialty 053 “Psychology” in the field of knowledge 05 – Social and behavioral sciences. – PrJSC “Higher Education Institution “Interregional Academy of Personnel Management”.

The work carries out a comprehensive study of the theoretical and practical aspects of organizing psychological assistance to persons with various types of addictions with an emphasis on their emotional state and the development of emotional literacy. Modern scientific approaches to studying the phenomenon of addiction are analyzed, psychological and psychophysiological mechanisms of its formation and maintenance are revealed. Special attention is paid to the analysis of emotional disorders, alexithymia and the influence of stress on the dynamics of addictive behavior.

Within the framework of the empirical study, the features of the emotional state of people with various types of addictions were determined, valid psychodiagnostic methods were used, and quantitative and qualitative analysis of the results was carried out. Based on the results of the study, an emotional regulation program was developed and tested, aimed at developing emotional literacy, awareness of one's own emotional experiences, and the formation of skills for their constructive processing.

The effectiveness of the implementation of the proposed program was proven, which is manifested in reducing the level of emotional tension, improving emotional self-regulation, and increasing the psychological well-being of people with addictions. The results of the work can be used in the practical activities of psychologists, psychotherapists, and specialists working in the field of psychological assistance to people with addictive behavior.

Keywords: addiction, emotional state, alexithymia, stress, emotional literacy, psychological assistance, emotional regulation.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОСІБ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ.....	9
1.1. Наукові підходи до вивчення феномена залежності.....	9
1.2. Психологічний аналіз емоційного стану осіб із різними залежностями...17	
1.3. Психологічні аспекти алекситимії у структурі залежностей.....	25
1.4. Психофізіологічний вплив стресу на динаміку залежності.....	30
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ.....	34
2.1. Організація та методики дослідження емоційного стану осіб з різними типами залежностей.....	34
2.2. Аналіз результатів дослідження емоційного стану осіб з різними типами залежностей.....	39
РОЗДІЛ 3 РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ ГРАМОТНОСТІ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНОСТЯМИ.....	50
3.1. Програма емоційної регуляції для осіб із різними видами залежностей..	50
3.2. Ефективність впровадження програми емоційної регуляції для осіб із різними видами залежностей.....	72
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	77
ДОДАТКИ.....	82

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема залежної поведінки є однією з найгостріших і найскладніших як у психологічній, так і в соціальній сфері, адже вона охоплює широкий спектр проявів - від вживання психоактивних речовин до нехімічних форм залежності, таких як комп'ютерна чи інтернет-адикція. Ці стани глибоко впливають на психічне здоров'я особистості, її соціальну адаптацію, емоційну сферу, міжособистісні зв'язки та якість життя загалом. Актуальність дослідження зумовлена також зростанням рівня стресу внаслідок суспільних криз і війни, що посилює вразливість до розвитку залежностей, особливо серед молоді та осіб у кризових життєвих ситуаціях. Залежна поведінка розглядається як складне психологічне явище, що поєднує індивідуальні, соціальні та емоційні фактори впливу.

Питанням залежної поведінки присвячено чимало досліджень як у вітчизняній, так і в зарубіжній науці. Так, у працях К. Горна, Н. Міллера, А. Бека, К. Роджерса, А. Елліса та Ф. Перлза закладено основи сучасного розуміння природи адикцій. Значний внесок зробили і такі дослідники, як Г. Мате, Дж. Кристал, П. Вацлавік, які акцентували увагу на афективних і міжособистісних порушеннях у структурі залежності. Серед українських науковців варто відзначити С. Максименка, Т. Яценко, О. Кочарян, І. Мещерякова, В. Клочко, І. Дубровіну, які розглядали залежність як багаторівневе явище, що потребує комплексного психодіагностичного та психотерапевтичного підходу.

Мета дослідження: теоретичний аналіз, емпіричне вивчення психологічних особливостей залежної поведінки та особливості надання психологічної допомоги особам із залежностями.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння залежностей.

2. Дослідити роль алекситимії та емоційної дезрегуляції як психоемоційних чинників адикції.
3. Розробити програму психотерапевтичного втручання.
4. Емпірично перевірити її ефективність на вибірці клієнтів реабілітаційного центру.
5. Розробити програму з підвищення емоційного інтелекту для подальшого впровадження її в реабілітаційних умовах.

Об'єктом дослідження виступає залежна поведінка осіб, які мають хімічні (алкогольна, наркотична) та нехімічні (інтернет) форми адикцій.

Предметом дослідження є психологічна допомога особам з залежною поведінкою, що реалізується на основі розвитку навичок емоційної регуляції, зниження рівня алекситимії та оптимізацію внутрішнього емоційного функціонування особистості.

Методи дослідження. Робота ґрунтується на використанні комплексу методів: теоретичного аналізу літератури, емпіричних методів, спостереження, експеримент та кількісного аналізу результатів із застосуванням критерію Вілкоксона.

Методики дослідження. Для вимірювання психологічних якостей досліджуваних використовувались методики для визначення рівню алекситимії TAS-26 та рівня сприйнятого стресу PSS-10.

Інформаційною базою дослідження стали дані, зібрані під час проходження переддипломної практики у реабілітаційному центрі «Мій вибір - життя», де було реалізовано авторську програму емоційної регуляції. Вона поєднувала методи гештальт-терапії, когнітивно-поведінкового підходу, арт- і тілесно-орієнтованих технік.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що вперше в умовах реабілітаційного центру для осіб із залежностями було розроблено та апробовано авторську психокорекційну програму емоційної регуляції, яка поєднує техніки гештальт-терапії, когнітивно-поведінкові інтервенції, арт-терапію та тілесно-орієнтовані практики. Уперше встановлено її ефективність

у зниженні рівня алекситимії та сприйнятого стресу за результатами квазіекспериментального дослідження з використанням валідованих психодіагностичних методик. Новизна також полягає в інтеграції якісного й кількісного підходів до аналізу результатів, що дало змогу отримати цілісне уявлення про зміни емоційного функціонування учасників після проходження програми.

Практичне значення полягає в можливості застосування запропонованої програми в діяльності психологів, психотерапевтів та фахівців з реабілітації у роботі з різними формами залежностей, а також у її адаптивності до індивідуальних і групових форматів.

Структура дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 76 сторінок друкованого тексту та 6 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ОСІБ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ

1.1. Наукові підходи до вивчення феномена залежності

Залежність є багатofакторним явищем, яке потребує комплексного підходу до вивчення та терапії. Різні наукові школи пропонують власні пояснення механізмів її розвитку - від біологічних до екзистенційних. Наукові визначення залежності можуть різнитися залежно від підходу, але ось кілька наукових формулювань:

Визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, ICD-11): «Залежність (розлад, спричинений вживанням психоактивних речовин або певною поведінкою) - це хронічний рецидивуючий стан, що характеризується втратою контролю над вживанням речовини або компульсивною поведінкою, розвитком толерантності, синдромом відміни та продовженням залежної поведінки попри негативні наслідки для фізичного, психічного або соціального благополуччя» [47].

Визначення DSM-5 (Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів, Американська психіатрична асоціація):

«Залежність (Substance Use Disorder або Behavioral Addiction) - це група когнітивних, поведінкових та фізіологічних симптомів, які включають патологічне прагнення до певної речовини або поведінки, зростання толерантності, відмову від інших життєвих сфер на користь залежної активності та неможливість припинити вживання/поведінку попри їх шкідливі наслідки» [18].

Клініко-психологічне визначення:

«Залежність - це хронічний дисфункціональний патерн поведінки, що формується через спотворену систему винагороди мозку, емоційну

дисрегуляцію та порушення особистісної інтеграції, що призводить до втрати контролю над вибором, нездатності до гнучкого ухвалення рішень і поступової соціальної ізоляції» [13; 38; 45].

Гештальт-підхід:

«Залежність - це спосіб переривання контакту з реальністю, який виникає через нездатність витримувати фрустрацію, зустрічатися з автентичними потребами та опрацьовувати емоційні переживання без зовнішніх компенсаторних механізмів» [7; 8].

У сучасній практиці найефективнішим є інтегративний підхід, який поєднує біологічні, психологічні та соціальні методи впливу. У науковій літературі виділяють кілька основних підходів до його розуміння, кожен із яких пропонує власне трактування механізмів розвитку та підтримання залежної поведінки. Залежність - це не просто поведінковий розлад, а складний клінічний стан, який змінює функціонування мозку, когнітивні процеси та соціальну поведінку людини. Вона підпорядковується чітким діагностичним критеріям у міжнародних медичних класифікаціях (МКХ-11, DSM-5) [18] і потребує серйозного підходу до лікування. У медичній класифікації залежність належить до психічних розладів, а саме до розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин або компульсивною поведінкою. Згідно з МКХ-11 [47], залежність визначається як хронічне рецидивуюче порушення, що супроводжується втратою контролю над вживанням речовини чи виконанням певної поведінки, розвитком толерантності та симптомами відміни. Інакше кажучи, особа втрачає здатність регулювати власну поведінку, навіть усвідомлюючи її негативні наслідки.

Залежність має чіткі клінічні критерії, які включають:

- компульсивний потяг - сильне бажання вжити речовину або виконати певну дію;
- втрата контролю - нездатність обмежити частоту чи кількість споживаного;
- толерантність - потреба збільшувати дозу або частоту поведінки для досягнення ефекту;

- синдром відміни - фізичні та психологічні симптоми при спробі припинити залежну поведінку;
- незважаючи на шкоду - людина продовжує вживати або діяти навіть при руйнівних наслідках.

У клінічній практиці медицина розрізняє хімічні та поведінкові залежності. Хімічні залежності включають:

- алкогольну залежність (F10) - прогресуючий розлад, що викликає толерантність та абстиненцію [18];
- наркотичну залежність (F11-F19) - використання психоактивних речовин, що змінюють роботу мозку [18];
- медикаментозну залежність - неконтрольоване споживання фармакологічних препаратів.

Поведінкові залежності, визнані у МКХ-11:

- ігрова залежність (6C51) - нав'язлива потреба грати в азартні або відеоігри;
- компульсивний шопінг (6C5Y) - патологічне бажання купувати речі, незалежно від потреби;
- інтернет-залежність - надмірне використання соцмереж або онлайн-контенту (поки не включена офіційно).

Клінічні дослідження вказують на те, що всі види залежності базуються на порушенні роботи системи винагороди мозку [37]. Основну роль у цьому процесі відіграє дофамін, який відповідає за відчуття задоволення. Коли людина повторює певну дію, її мозок «навчається», що ця поведінка приносить винагороду. З часом рівень дофаміну знижується, і для отримання того ж ефекту потрібна більша стимуляція - більша доза алкоголю, більше покупок, більше часу в соцмережах.

Залежність поступово перестає бути способом отримання задоволення - вона стає засобом уникнення болю [36]. Коли речовина чи поведінка вже не приносить задоволення, але людина не може від неї відмовитися, це є маркером розвиненої залежності.

Біологічний підхід не розглядає залежність як моральну слабкість чи погану звичку, а трактує її як хронічне нейробіологічне порушення, що змінює функціонування головного мозку [36]. Основна увага приділяється нейрохімічним процесам, які супроводжують розвиток залежності, а також генетичним та нейрофізіологічним факторам, що зумовлюють підвищену вразливість до формування адиктивної поведінки [45; 46].

В основі біологічного підходу лежить концепція системи винагороди мозку. Ключову роль у цьому процесі відіграє дофамін - нейромедіатор, що викликає відчуття задоволення і мотивує людину повторювати певні дії. Коли людина вживає психоактивну речовину або виконує залежну поведінку (азартні ігри, шопінг), рівень дофаміну різко зростає, створюючи ейфорію. Проте з часом мозок адаптується: рецептори дофаміну втрачають чутливість, і людина потребує більших доз або частішої стимуляції, щоб досягти того ж ефекту. Це явище відоме як толерантність [38; 45].

При спробі припинити вживання речовини або змінити поведінку виникає синдром відміни - стан, що супроводжується депресією, тривогою, роздратованістю, фізичним дискомфортом. Це пов'язано з тим, що порушується власна система вироблення дофаміну, і людина втрачає здатність отримувати задоволення природним шляхом. У цьому криється головна небезпека залежності: вона перетворюється на засіб виживання у стані внутрішньої порожнечі та страждання.

Дослідження за допомогою МРТ підтверджують, що у людей із залежністю відбуваються структурні зміни в мозку. Зокрема, знижується активність префронтальної кори, яка відповідає за самоконтроль і раціональне мислення. Це пояснює, чому навіть при усвідомленні шкоди залежні особи не можуть припинити свою поведінку - їхня здатність до саморегуляції значною мірою порушена.

Генетика також відіграє важливу роль: існують гени, що впливають на схильність до залежності. Дослідження показують, що якщо один із батьків

має адиктивну поведінку, ризик розвитку залежності у дитини зростає в кілька разів [13].

Психодинамічний підхід розглядає залежність не як суто біологічне явище, а як результат глибинних внутрішніх конфліктів особистості, що формуються ще в дитинстві. Цей підхід походить з психоаналітичних ідей Зигмунда Фрейда, який вважав, що адиктивна поведінка є захисним механізмом проти нестерпної тривоги, депресії та внутрішнього конфлікту між «Я» та підсвідомими імпульсами.

Залежність у психодинамічному підході часто розглядається як регресивний механізм, тобто спосіб повернення до більш примітивного рівня психічного функціонування. Людина, яка стикається з непереборними внутрішніми конфліктами або глибокою емоційною порожнечою, може «втікати» у залежну поведінку як спосіб тимчасового полегшення. У такому випадку психоактивні речовини чи нав'язлива поведінка стають заміником незадоволених потреб - потреби у безпеці, прийнятті чи любові [2; 13].

Залежні люди використовують речовини або поведінкові патерни для компенсації емоційних дисбалансів - це відоме як теорія саомедикації. Наприклад, люди з високим рівнем тривожності можуть тягнутися до алкоголю як засобу розслаблення, а люди з депресією - до стимуляторів для підвищення настрою.

Таким чином, залежність у психодинамічному підході є не просто поведінковим розладом, а глибинним способом регуляції психічного стану [7; 8].

Ще один важливий аспект - зв'язок залежності з травматичним досвідом. Люди, які пережили насильство, втрату або емоційну нестабільність у дитинстві, часто схильні до залежної поведінки. Вони можуть використовувати адиктивні механізми як спосіб відгородитися від болючих спогадів або заблокувати небажані емоції.

Лікування в межах психодинамічного підходу передбачає глибоку роботу з несвідомими конфліктами, розпізнавання внутрішніх механізмів

захисту та поступову інтеграцію витіснених переживань у свідоме життя. Цей підхід ефективний у довготривалій терапії, особливо для людей із хронічними залежностями, які мають складні емоційні та міжособистісні проблеми.

Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ) пояснює залежність через закріплення деструктивних поведінкових патернів та викривлене мислення, що підтримує компульсивну поведінку. Основна ідея полягає в тому, що людина навчається залежності так само, як вона навчається будь-якої іншої поведінки - через підкріплення, звички та асоціації [37].

Згідно з КПТ, залежність формується через цикл негативних думок, емоцій та поведінки. Людина може відчувати стрес, тривогу або депресію і використовувати речовину чи поведінкову залежність як засіб полегшення. Це дає тимчасове полегшення, але в довгостроковій перспективі лише погіршує ситуацію, формуючи замкнене коло залежності [37].

Ще один важливий аспект когнітивно-поведінкового підходу - автоматичні негативні думки. Наприклад, людина може переконувати себе: «я не зможу впоратися без цього», «я слабкий» або «це допомагає мені розслабитися». Такі переконання змушують її знову і знову повертатися до залежної поведінки. КПТ-методи фокусуються на виявленні та зміні цих думок, а також на формуванні нових, здорових поведінкових стратегій. Наприклад, замість того, щоб пити алкоголь при стресі, людину навчають альтернативних способів подолання тривоги - дихальних практик, фізичних вправ, соціальної підтримки [19; 37].

Інтернет-залежність (ІЗ) стосується відсутності контролю над використанням Інтернету та може включати залежність від онлайн-ігор та використання віртуальних соціальних мереж. ІЗ може призвести до низки соціальних та психологічних проблем і залишити численні негативні наслідки. Хоча дослідники розробили різноманітні терапевтичні методи для ІЗ, вони все ще перебувають на ранніх стадіях і, здається, мають обмежений вплив на покращення соціальних відносин. ІЗ зменшує особисті соціальні контакти, і, як наслідок, провокує негативні почуття, такі як депресія та самотність [49].

Згідно з літературою, багато психопатологій, таких як СДУГ, депресія, тривога, параноїдальні ідеї, ворожість, міжособистісна чутливість, шизофренія та obsесивно-компульсивний розлад, можуть бути пов'язані з ІЗ [16; 17]. Симптоми імунної залежності та різних типів імунної залежності, таких як залежність від онлайн-ігор [22; 32; 34] визначаються за критеріями Янга [22; 24; 50], і потребують застосування ефективного лікування.

Також важливу роль відіграє поведінкове підкріплення. Залежна людина звикає до швидкої винагороди - ейфорії від речовини чи адреналіну від ігор, тому терапія допомагає замінити це на позитивне підкріплення іншими стимулами - відчуттям досягнення, соціальною взаємодією або фізичним благополуччям. Когнітивно-поведінковий підхід вважається одним із найефективніших методів лікування залежностей, оскільки він працює не тільки з поведінкою, а й із мисленням людини, допомагаючи їй поступово змінювати спосіб сприйняття себе та світу.

Соціальний підхід розглядає залежність не лише як особисту проблему людини, а як явище, що формується під впливом соціального середовища [11]. У цьому контексті залежність є не просто наслідком біологічних чи психологічних чинників, а відповіддю на соціальні умови, у яких живе людина.

Залежність часто виникає там, де існує нестача соціальної підтримки, високий рівень стресу, безробіття, низький соціальний статус або культурні особливості, що заохочують певні види залежної поведінки. Наприклад, у суспільствах, де алкоголізм є частиною соціальних ритуалів, ризик розвитку алкогольної залежності значно зростає. Так само, в економічно нестабільних районах, де поширене безробіття, люди можуть частіше звертатися до наркотиків або азартних ігор як способу тимчасового уникнення реальності.

Окрему роль відіграє сімейне середовище. Якщо дитина зростає в сім'ї, де один або обоє батьків мають залежність, вона може не тільки перейняти таку поведінку, а й не отримати навичок здорового подолання стресу. Відсутність підтримки, жорстоке поводження, емоційна холодність - усе це

сприяє формуванню адиктивних патернів у майбутньому. Соціальний підхід також пояснює, чому залежність має тенденцію до групового поширення. Наприклад, якщо людина перебуває в середовищі, де вживання наркотиків чи надмірний онлайн-гемблінг є нормою, вона поступово адаптується до цих стандартів, навіть якщо спочатку не була схильна до залежності [40].

З точки зору лікування, соціальний підхід робить акцент на модифікації соціального середовища. Важливими є програми ресоціалізації, підтримуючі групи (наприклад, «Анонімні Алкоголіки»), створення альтернативних здорових спільнот та розвиток нових соціальних зв'язків. Ефективна реабілітація не обмежується лише індивідуальною терапією - вона включає зміну соціального контексту, у якому перебуває людина. Таким чином, соціальний підхід дає змогу подивитися на проблему залежності ширше: не лише через призму особистості, а через взаємодію з соціумом.

«Дослідження нейробіології залежності продовжують підтримувати модель залежності як хвороби мозку, що має важливі наслідки для профілактики, лікування та політики охорони здоров'я» .

Це твердження підкреслює важливість розуміння залежності як хронічного захворювання мозку, особливо в умовах підвищеного стресу, характерного для військового часу [45].

Традиційні методи лікування залежностей використовуються недостатньо та характеризуються високим рівнем відсіву, що свідчить про те, що вони можуть не задовольняти потреби певної частини людей із проблемами, пов'язаними із залежністю, включаючи проблемне вживання алкоголю, куріння, вживання психоактивних речовин та азартні ігри [25].

1.2. Психологічний аналіз емоційного стану осіб із різними залежностями

Залежність, незалежно від її форми - чи то хімічна, чи то поведінкова, - має спільну природу. Вона не виникає випадково, а формується внаслідок певних життєвих передумов, пов'язаних із психологічним розвитком особистості та її здатністю до емоційної саморегуляції [40]. Людина стає вразливою до залежності, коли в її досвіді є невирішені конфлікти, незавершені етапи розвитку, емоційні травми або дефіцити, які заважають їй підтримувати внутрішню рівновагу без зовнішніх «агентів регуляції». Коли ми говоримо про залежну поведінку, важливо розглядати її як механізм адаптації, який виникає у відповідь на глибоку внутрішню нестачу. Це не просто звичка або слабкість характеру, а спосіб переживати світ через певний «канал», що компенсує недоотримані досвіди. У таких випадках залежність перетворюється на єдиний доступний механізм регуляції емоційного стану.

Залежна людина часто має внутрішню «порожнечу» - певний незадоволений емоційний або екзистенційний голод [14]. Його джерело може критися у ранніх періодах розвитку, коли закладається здатність людини будувати зв'язки, розпізнавати свої потреби та задовольняти їх здоровими способами. Якщо цей етап проходить із дефіцитами - наприклад, коли дитина не отримує достатньо підтримки, турботи або можливостей для формування автономії - у дорослому віці це може проявлятися як схильність до залежностей [7; 14].

Алкоголь, наркотики, азартні ігри, компульсивні стосунки - усе це виконує одну й ту саму функцію: стає «внутрішнім костилем», який допомагає компенсувати дефіцит саморегуляції. Вживання речовин або залученість у залежні стосунки дозволяє уникати болю, страху, самотності, екзистенційної тривоги або відчуття безсилля. Ці стани особливо характерні для людей, які пережили порушення в емоційному розвитку, не отримали досвіду здорової прив'язаності або зіткнулися з ранніми травмами [7;12].

Щоб зрозуміти особливості емоційних станів людей з різними типами залежностей, доцільно звернутися до психологічних передумов залежності та ранніх етапів розвитку особистості.

У новонародженого відсутнє усвідомлення меж між собою та зовнішнім світом - він повністю залежить від матері та емоційного середовища. Внутрішньоутробна стабільність різко змінюється після народження, що спричиняє сенсорне перевантаження та стрес. У цей період (від 0-8 місяців) формується основа емоційної саморегуляції, опосередкована тілесним контактом з матір'ю - її голосом, дотиками, ритмом дихання. Фізична та емоційна присутність матері в перші місяці життя критично важлива. Саме через тілесну залученість та стабільний контакт у дитини формується базове відчуття безпеки та власного існування [14]. Недостатній сенсорний досвід може призвести до феноменів «завмирання», емоційної депривації, а в екстремальних випадках - до синдрому раптової смерті немовляти. У психоаналітичній традиції це описується як анаклітична депресія.

Формування тілесних меж відбувається через дотик, рух і сенсорний досвід. Порушення цього процесу зумовлює труднощі з тілесною ідентичністю та саморегуляцією. У подальшому це може проявлятися у вигляді залежної поведінки, коли людина використовує речовини чи емоційно насичені стосунки як засіб стабілізації [12]. Наприклад, вживання психоактивних речовин часто виконує функцію «анестезії» при неможливості витримувати внутрішню напругу.

Феномен (у сучасному психолого-соціальному значенні) страху зникнення формується в контексті нестабільної турботи: дитина не отримує підтвердження власного існування через контакт, що зумовлює порушення відчуття суб'єктності. Здатність витримувати тривогу також залежить від якості раннього контакту: якщо мати залишається емоційно доступною навіть під час фрустрації, це формує внутрішній досвід, що негативні переживання можна витримати. В іншому разі формується дезорганізована регуляція афектів, яка в подальшому житті може набувати форм залежності [7; 12].

На другому етапі (від 1-1,5 року) психічного розвитку формуються глибинні страхи - поглинання та відкидання - які виникають на тлі зростаючої автономії дитини. У цей період закладаються основи самостійності та здатності до дослідження середовища. Водночас для подолання тривоги, пов'язаної з відокремленням від матері, дитина формує зв'язок із так званими перехідними об'єктами - предметами, що символічно представляють безпечний зв'язок з материнською фігурою [4; 14]. Якщо в процесі розвитку дорослі пригнічують імпульси дитини до дослідження та не дозволяють їй зберігати зв'язок із важливими предметами, це може порушити становлення автономії. Дитина втрачає можливість поступового відокремлення, що знижує її здатність переживати фрустрацію та гальмує розвиток бажання. Таким чином, другий етап розвитку є ключовим для формування механізмів автономії, здатності до відокремлення й збереження емоційного зв'язку. Недостатня підтримка в цей період може стати основою для подальших труднощів у сепарації та розвитку залежної поведінки.

У віці 2-3 років дитина вступає в етап активної сепарації від матері, що виявляється у прагненні до самостійності, ініціативності, імітації дорослих дій. Цей процес є природним, якщо попередні етапи - зокрема формування емоційного зв'язку та перехідних об'єктів - були пройдені гармонійно. Дитина вчиться досліджувати світ і проявляти себе. У цей період формується перехідний простір - внутрішній уявний світ, де народжуються фантазії, сюжетно-рольові ігри, перші уявлення про себе. Цей простір слугує фундаментом психічної автономії, розвитку символічного мислення та індивідуації. Він виникає на межі внутрішнього й зовнішнього і потребує делікатної підтримки з боку дорослого, передусім матері [4; 7].

Водночас у цьому віці закладається співвідношення між автономією і соромом. Сором - це первинна тілесна реакція на пригнічення імпульсу, яка з'являється у відповідь на заборони з боку дорослого. Якщо обмеження є передбачуваними та ясними, дитина вчиться регулювати себе. Якщо ж зупинки різкі, хаотичні або принизливі - формується токсичний сором і

внутрішнє переконання у власній «поганості». Якщо цей простір систематично придушується - заборонами, осудом або контролем - це перешкоджає розвитку внутрішньої свободи. У дорослому віці наслідком таких порушень стають труднощі з самовираженням, страх проявлятися, тривожність і глибокий сором.

Період незалежності (3-6 років), за описом подружжя Вайлд, є фазою формування чіткого уявлення про себе. За умови стабільного емоційного зв'язку з батьками, валідного віддзеркалення та підтримки ініціативи дитини, в неї закладаються основи самоповаги, автономності та прийняття власної енергії. У цей період дитина починає спрямовувати активність не лише на об'єкти, а й на суб'єкти - інших людей. Відбувається перехід до трикутної взаємодії: фігури матері й батька більше не сприймаються як єдине ціле, з'являється усвідомлення «третього» - іншого значущого об'єкта. Це відкриває нові соціальні ролі, зони уваги та регуляції, що впливають на уявлення дитини про себе та про відносини [40].

Взаємодія з батьками стає диференційованою за статтю: хлопчик орієнтується на матір, дівчинка - на батька. Починається підготовка до едіпального періоду: дитина прагне близькості з батьком протилежної статі, що супроводжується фантазіями та рольовими іграми [12; 14]. Це можливо лише за умов, коли дитина має енергетичний ресурс, досвід гри, ініціативи, а фігура дорослого залишається емоційно привабливою. Якщо цей етап порушено - через виснаження, нестачу емоційної підтримки чи передчасні обов'язки - дитина не входить у повноцінний едіпальний досвід, що може позначитися на її подальшій ідентичності та здатності до стосунків.

У період едіпального розвитку ключовим завданням є передача функції регуляції від батька тієї ж статі, що й дитина, у стосунки з батьком протилежної статі. Це створює у психіці дитини важливе уявлення про межі: доступ до об'єкта любові є частковим, але не втрачає емоційної значущості. Такий досвід формує здатність витримувати амбівалентні стосунки без потреби у симбіотичній злитості. Дитина засвоює, що батьки належать не

тільки їй, і водночас переживає, що «частина мамі (або тата) залишається зі мною». Це запускає внутрішнє уявлення про «частковий об'єкт» - образ, який підтримує зв'язок навіть за умов дистанції. Така психічна структура є основою подальшої емоційної зрілості та соціального упорядкування, де взаємодія з іншими людьми також регулює близькість, межі, контакт [7]. Перехідний об'єкт у цьому контексті набуває нового значення: це вже не лише «предмет-заспокоєння», а символ важливого зв'язку, який можна зберегти всередині себе. Він уособлює здатність до автономії та перенесення частини досвіду у внутрішній світ, що підтримує стабільність і при відсутності фігури об'єкта [8; 14].

Едіпальний досвід також є передумовою до наступного етапу - латентного періоду (приблизно 6-11 років), який характеризується зниженням емоційної напруги, переключенням енергії на навчання та соціалізацію. Щоб цей перехід був можливим, необхідна м'яка, але чітка «зупинка» з боку батька своєї статі - не як заборона, а як перенаправлення енергії. Якщо ця функція не виконується, психічна енергія «застрягає» в едіпальній ситуації, не переходячи до нових сфер діяльності. Таким чином, завдання дорослого - підтримати інтерес до іншого, але допомогти дитині рухатися далі, формуючи основу зрілих стосунків і особистісного зростання [4; 7].

У дітей, які не мають доступу до речовин, формується низка компенсаторних механізмів для регуляції надмірної внутрішньої енергії. Це можуть бути: емоційна відстороненість і втрата контакту з власними переживаннями (нарцисична порожнеча); заміщення особистого досвіду фокусом на потребах інших (сміслові зсуви); хронічне самопригнічення та приглушення імпульсів; регуляція через зовнішню тривогу - наприклад, заспокоєння шляхом адаптації до тривожного стану матері.

Такі адаптивні моделі не є прямо залежністю, але створюють її психічну основу. Вони формуються в середовищі, де дитина засвоює, що її емоції - небезпечні, а енергію слід стримувати або повністю «вимикати».

Відпочинок у такому випадку асоціюється з відсутністю активності, а не з відновленням.

Формування залежної поведінки тісно пов'язане з еволюційною системою гальмування базових імпульсів, зокрема харчової. Їжа є первинною поведінкою виживання, і тому біологічно закладені механізми контролю запобігають її надмірному вживанню. Схожі механізми активуються і при вживанні психоактивних речовин. Наприклад, деякі фази метаболізму алкоголю створюють ефекти розслаблення та знеболення, що пояснює його популярність як способу саморегуляції, особливо серед осіб із підвищеною чутливістю до тривоги [39].

Залежна поведінка, таким чином, розглядається не як патологія, а як адаптаційна відповідь на порушення у ранньому досвіді взаємодії з дорослими. Вона формується на перетині індивідуальних біологічних передумов і специфіки виховного середовища, як функціональна стратегія виживання у несприятливому емоційному кліматі. Таким чином, залежна поведінка є наслідком глибоких порушень у становленні психічної структури, зумовлених дефіцитом раннього досвіду стабільного, тілесного й емоційного контакту з дорослими. Вона виникає як спроба компенсувати відсутню внутрішню опору через зовнішні засоби стабілізації - речовини, стосунки або поведінкові патерни [4; 7; 14].

Залежність можна розглядати як специфічний стиль міжособистісної взаємодії - щільний, ригідний та малорухливий щодо змін. Це форма контакту, яка виникає на ґрунті недостатньої диференціації, плутаності меж між полярними елементами психіки - Я й Інший, Ід та Его, фігура та фон, фантазія і реальність [39]. Відсутність чітко окреслених, але водночас інтегративних кордонів не дозволяє створити гнучке, цілісне сприйняття, в якому ритмічне чергування уваги сприяє формуванню фігур на фоні.

Залежність передуює освоєнню розвиткового розщеплення, яке дає змогу розрізнити базові дихотомії - «ти хороша, коли поруч» і «погана, коли відсутня». Це - початок формування вибірковості. Водночас розвиток уже

вимагає вирішення сепараційного завдання, тоді як потреба в симбіозі ще залишається нерозв'язаною. Таким чином, залежність репрезентує повернення до етапу симбіотичного злиття. Неможливо відчутти бажання відокремитися від того, з ким не було сформовано первинного емоційного зв'язку - іншого немає. Це подібно до відмови від їжі в стані крайнього голоду.

Тривога, характерна для шизо-параноїдної позиції, за відсутності базового відчуття себе та світу, не дозволяє рухатися далі, і саме від цієї тривоги залежна поведінка певною мірою захищає - від страху «не бути», яким би ірраціональним він не був [9].

Залежність не гальмує розвиток як такий, але замикає його у межах повторюваної опозиції «злиття - відокремлення». Це особливий шлях розвитку - глибокий, інтенсивний, але монотонний: об'єкт уваги щоразу втягує особистість у глибину, яка водночас лякає та зачаровує.

У своїй суті залежність є псевдорозщепленням: реалізація залежної поведінки, з одного боку, демонструє потребу й виявлення об'єкта, здатного її задовольнити, а з іншого - не дає змоги повноцінно прожити горе, пов'язане з недосконалістю цього об'єкта, що перешкоджає подальшій інтеграції протилежностей. Таким чином, залежність - це повторюване «застрягання» на межі переходу в депресивну позицію. У депресивній позиції розгортаються процеси розчарування, горювання за втраченим ідеальним об'єктом та тривога при нестачі підтримки. Саме через депресію формується уявлення про «достатньо хороше», неоднорідне, але цілісне. Залежність, навпаки, повторює опір цьому переходу, закріплюючи поведінкову стратегію захисту від того, що наразі неможливо витримати самотійно.

Залежність утримує зв'язок з ідеальним і повертає людину до завдання симбіозу. Водночас вона не сприяє розвитку контейнерної функції психіки й грубо розщеплює знання про себе й світ на дві однорідні, але розірвані категорії - «порожнеча» і «все». Відчуття існування виявляється зовні обумовленим - склеєним з кимось або чимось ззовні [39].

Об'єкт залежності - це той самий «інший», який є необхідним для симбіозу. Проблема полягає в тому, що інтеграція ідеального об'єкта суттєво обмежена, оскільки сама ідеалізація живиться переслідуваною тривогою та ранньою надією, що досконале - можливе.

Аддиктивні агенти можна розглядати як показники типу порушення прив'язаності. Вибір хімічного агента часто свідчить про глибші - ранішні - порушення у системі прив'язаності. Хімічна речовина не є суб'єктом, вона універсальна, передбачувана у своєму ефекті та добре узгоджується з інфантильною картиною світу, де все інтроєктується в умовах симбіотичного злиття та сприймається як частина власного «Я» [14; 21].

Натомість діяльність як аддиктивний агент відображає пізніше порушення, пов'язане з нарцисичним рівнем розвитку. Тут провідною є здатність середовища емоційно відповідати на поведінку дитини, підтримувати її творчість, виявляти живу реакцію, зберігаючи базову доброзичливість.

Людина як об'єкт залежності свідчить про прагнення до більш складних форм зв'язку, де є місце як потребі у приналежності, так і бажанню привласнити іншого, створити «Ми». Проте зберігається переконання у власній недостатності, що зумовлює сприйняття іншого радше як ресурсу, ніж суб'єкта взаємності. У цьому контексті можливе формування співзалежних патернів поведінки [40].

Залежність має здатність до мутації: в умовах зміни поля вона може перемикатися між різними об'єктами або ж «жонглювати» ними. Повторне злиття з об'єктом залежності ілюструє спробу знайти точку опори, «схопитися» за щось, аби не втратити рівновагу - подібно до того, як немовля стискає палець матері у своїй долоньці.

Залежність - це своєрідний психічний запобіжник, що захищає особистість від переживання психотичного жаху перед розщепленням. Для його подолання необхідний саме цей Інший - достатньо надійний і симбіотичний, з яким можливе поступове насичення та відштовхування.

Залежна поведінка виконує функцію анестезії - вона знижує інтенсивність болю, але водночас зводить уся чуттєвість до базових бінарних категорій: «боляче - не боляче».

На перший погляд може здатися, що феномен (у сучасному психолого-соціальному значенні) залежності поєднує в собі низку суперечливих властивостей, які неможливо вмістити одночасно. Проте всі ці властивості справді співіснують синхронно - жодна з них не є домінантною, але всі разом вони створюють єдність. Причина цього - в особливому типі межі між ними: вона визначається не почуттями, розумінням чи усвідомленням, а саме злиттям - як фонову умову, що блокує проходження через роздільну мембрану.

1.3. Психологічні аспекти алекситимії у структурі залежностей

Алекситимія є важливим конструктом у сучасній клінічній психології та психотерапії, особливо у контексті дослідження залежної поведінки. Цей термін, запропонований П. Сіфнеосом у 1970-х роках, означає буквальный «брак слів для позначення емоцій» і вказує на характерну ознаку - нездатність людини ідентифікувати, розпізнавати та вербалізувати власні емоції [43]. Сьогодні алекситимія розглядається як комплексна психологічна характеристика, що охоплює не лише труднощі в емоційній сфері, а й певні когнітивні та міжособистісні патерни.

До основних ознак алекситимії відносять:

1. Труднощі у розпізнаванні власних емоцій та диференціації між емоціями і тілесними відчуттями.
2. Труднощі у вираженні емоцій вербально.
3. Обмежену уяву, зокрема бідність фантазійного життя.

4. Зовнішньо орієнтоване мислення, при якому увага людини фокусується здебільшого на зовнішніх подіях, а не на внутрішньому досвіді [40].

Ці характеристики тісно пов'язані з порушенням афективної регуляції, що відіграє ключову роль у розвитку та підтримці залежної поведінки.

У контексті залежностей алекситимія виступає як один із чинників вразливості. Люди з високим рівнем алекситимії схильні до використання психоактивних речовин або адиктивних поведінкових патернів як засобів регуляції емоційного стану, з яким вони не можуть впоратися інакше [35]. Нездатність розпізнавати та вербалізувати емоції унеможливорює продуктивне емоційне реагування, що зумовлює потребу в «зовнішніх регуляторах» - алкоголі, наркотиках, азартних іграх, шопінгу тощо. Залежна поведінка у цьому випадку виконує функцію афективного самозаспокоєння, тобто слугує формою уникнення або пригнічення інтенсивних, часто неусвідомлених емоцій [7; 12].

Алекситимія поділяється на два основні типи - первинну та вторинну. Первинна алекситимія має нейробіологічну основу і, як правило, розглядається як стабільна риса особистості. Вона асоціюється з певними відмінностями у функціонуванні мозку, зокрема в структурах, відповідальних за емоційну обробку та міжпівкульну комунікацію [43]. У таких випадках алекситимія не є результатом психологічної травми, а має характер вродженого або рано сформованого патерну.

Вторинна алекситимія, навпаки, є реакцією на значущі події, зокрема психоемоційні травми, тривалий хронічний стрес або досвід залежності. Вона формується як захисний механізм, що дозволяє уникати болісного афективного досвіду шляхом його витіснення або дисоціації. Цей тип є потенційно змінним і піддається корекції в терапевтичному процесі, особливо у випадках, коли алекситимія виникає вторинно до формування залежної поведінки.

Окремі дослідження вказують на пластичність алекситимії, особливо вторинної. Зокрема, спостерігається покращення здатності до емоційної ідентифікації та вербалізації в результаті психотерапії, тілесно-орієнтованих практик або розвитку усвідомленості. Це дозволяє зробити висновок, що алекситимія, особливо в контексті залежностей, не є фіксованим діагнозом, а радше складною динамічною конструкцією, що відображає особливості емоційного реагування та захисту.

Прояви алекситимії можуть суттєво відрізнятися залежно від типу залежності. Наприклад, у випадку алкогольної залежності алекситимія часто маскується під емоційну відстороненість і ригідність мислення. Такі особи можуть демонструвати соціальну адаптованість, проте неспроможні розпізнати власні почуття, що призводить до внутрішньої напруги та компенсації через алкоголь [31]. У випадку наркотичної залежності домінує виражене відчуття внутрішньої пустоти, неможливість відреагувати емоції в соціально прийнятний спосіб, а також схильність до дисоціації. Наркотичні речовини у цьому випадку виконують роль «відключення» від непереносимої емоційної реальності. Ігрова залежність, натомість, частіше поєднується з високим рівнем емоційної імпульсивності та недостатньою здатністю розпізнавати афекти у зв'язку з діями [7; 14]. Такі особи схильні до афективних спалахів або тривалих періодів емоційної апатії, що чергуються з екстремальними переживаннями під час гри.

Деталізація проявів алекситимії у різних типах залежної поведінки дозволяє краще розуміти індивідуальні механізми підтримання залежності та сприяти розробці персоналізованих терапевтичних підходів. Це також допомагає фахівцям уникати стереотипного уявлення про залежну особистість як емоційно «плоску» або байдужу, натомість спонукаючи до глибшого розуміння психічних процесів, що стоять за зовнішньою поведінкою клієнта.

Дослідження показують, що серед осіб із різними формами залежностей алекситимія зустрічається значно частіше, ніж у загальній популяції. Згідно з даними емпіричних досліджень, рівень алекситимії

корелює з тяжкістю залежності, частотою рецидивів та низькою ефективністю традиційних психотерапевтичних інтервенцій, якщо не враховується ця особливість. Алекситимія може формуватися як первинне порушення (тобто бути стабільною рисою особистості), або як вторинне - у відповідь на психологічну травму, хронічний стрес або тривале зловживання речовинами [3; 21].

Існує низка теоретичних пояснень взаємозв'язку між алекситимією та залежностями. По-перше, обмеження у сфері емоційної обробки ускладнює формування зрілих механізмів подолання стресу, що сприяє використанню зовнішніх компенсаторів. По-друге, недостатня розвиненість уяви та символічного мислення обмежує здатність до рефлексії, що ускладнює як усвідомлення внутрішніх станів, так і їх обговорення в терапевтичному процесі. По-третє, зовнішньо орієнтоване мислення звужує коло доступних людині способів обробки внутрішнього конфлікту, знижуючи можливість сублімації або інтеграції емоційного досвіду.

З позиції психоаналітичної теорії, алекситимія розглядається як результат порушень у ранній прив'язаності та обмеженого емоційного обміну з материнською фігурою. Якщо дитина у перші роки життя не отримує досвіду емпатійного віддзеркалення своїх емоцій, вона не засвоює навичок ідентифікації та вербалізації почуттів. Це може призводити до дисоціації афективного компоненту досвіду та тілесних відчуттів, що у майбутньому проявляється у вигляді алекситимії. Таким чином, ранні дефіцити у сфері емоційної регуляції формують вразливість до психічних розладів і, зокрема, до залежностей [35].

У психотерапевтичній практиці залежні клієнти з високим рівнем алекситимії демонструють специфічні труднощі: вони рідко звертаються зі скаргами на емоційні стани, частіше говорять про фізичний дискомфорт, втому, порушення сну або знижену мотивацію. Їхня розповідь про себе зазвичай фрагментарна, позбавлена рефлексивності та емоційної насиченості. У процесі терапії такі клієнти можуть уникати емоційного контакту,

опиратися інтерпретаціям та виявляти знижену здатність до уявлення психологічних процесів.

Крім того, алекситимія у залежних осіб ускладнює побудову терапевтичного альянсу. Емоційна відстороненість, труднощі в емпатії та недостатня здатність розуміти емоції інших можуть перешкоджати встановленню довірливих стосунків із терапевтом. Це вимагає від спеціаліста особливої делікатності, гнучкості та здатності працювати з «мовою тіла», поведінковими реакціями та невербальними проявами клієнта [7; 14].

Нейропсихологічні дослідження підтверджують, що алекситимія має біологічні кореляти. Зокрема, виявлено знижену активність у структурах мозку, відповідальних за обробку емоцій, таких як передня поясна кора, інсулярна кора та мигдалина [45]. Ці дані вказують на те, що у деяких випадках алекситимія може мати нейропсихологічне походження, що вимагає мультидисциплінарного підходу до лікування.

Рівень алекситимії в загальній популяції оцінюється в межах 6–10 % [31; 35], однак це явище значно частіше спостерігається серед осіб, які вживають психоактивні речовини. Зокрема, повідомляється, що близько 78 % людей із розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, мають певний рівень алекситимії [41], при цьому поширеність зазвичай коливається в межах 45–67 %. Наявність алекситимії також виявляється у зв'язку з сімейною історією алкоголізму.

Серед осіб із розладами, пов'язаними зі вживанням нелегальних наркотичних речовин, алекситимія також є поширеним явищем: за даними окремих досліджень, її прояви спостерігаються у 42 % та 50 % респондентів відповідно [29; 30]. Порівняно з особами, які не мають залежності, ті, хто страждає на розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, значно частіше демонструють алекситимічні риси [25].

Алекситимія також виявляється з високою частотою у пацієнтів, які перебувають на лікуванні від наркотичної залежності. Деякі дослідження

свідчать про те, що ця характеристика може виявлятися стійкою та важкозмінною навіть у процесі терапевтичного втручання.

Отже, алекситимія є не лише супутнім феноменом при залежностях, а й суттєвим чинником у їхньому формуванні, підтримці та ускладненні лікування. Вона вимагає уважного діагностичного підходу та спеціалізованих психокорекційних стратегій. Робота з такими клієнтами має бути спрямована на розвиток емоційного усвідомлення, формування навичок афективної рефлексії та поступове збільшення здатності до символізації внутрішнього досвіду. Інтеграція цих аспектів у психотерапевтичну практику дозволяє знизити ризик рецидивів, поглибити самоусвідомлення клієнта та сприяти його особистісному зростанню.

У структурі залежної поведінки алекситимія виступає як своєрідний «емоційний фільтр», який блокує доступ до афектів і унеможливорює їхню обробку. Цей механізм створює замкнене коло: чим менше людина усвідомлює власні почуття, тим більше вона потребує зовнішніх засобів для зниження напруги [42]. Залежність, таким чином, стає компенсаторною стратегією для виживання в умовах емоційної ізоляції. Усвідомлення цієї динаміки є ключовим для формування ефективної терапевтичної інтервенції.

У підсумку, дослідження психологічних аспектів алекситимії у структурі залежностей відкриває нові горизонти для розуміння адиктивної поведінки як складного багатовимірного явища, що потребує глибокого, персоналізованого та міждисциплінарного підходу.

1.4. Психофізіологічний вплив стресу на динаміку залежності

У контексті дослідження залежної поведінки важливо враховувати не лише психологічні, а й психофізіологічні аспекти, зокрема вплив стресу на формування, перебіг та загострення залежності. Стрес є одним із ключових тригерів як виникнення залежної поведінки, так і її рецидивів [35]. Реакції на

стрес включають складну взаємодію нервової, ендокринної та імунної систем, яка істотно впливає на емоційний стан, мотиваційну сферу та поведінкові патерни індивіда.

У процесі адаптації до стресових факторів активізується гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова (ГГН) система, яка відповідає за вивільнення кортизолу - основного гормону стресу. Тривале або хронічне підвищення рівня кортизолу здатне змінювати функціонування префронтальної кори, мигдалини, гіпокампу - структур, що регулюють емоційні реакції, пам'ять, контроль імпульсів і прийняття рішень [42]. У стані хронічного стресу ці зміни можуть сприяти послабленню внутрішнього контролю, підвищенню тривожності, зниженню стійкості до фрустрації, що створює ґрунт для розвитку залежної поведінки.

Робота розглядає вплив фрустраційної толерантності на психічне здоров'я та фізичний стан. Довготривала фрустрація може призводити до зниження імунітету та ризику розвитку психічних порушень.

У стресових ситуаціях індивід схильний шукати способи зняття напруги, що підвищує ймовірність звернення до психоактивних речовин або адиктивних моделей поведінки як до швидкого та доступного засобу саморегуляції. Залежність у цьому випадку виступає як форма копінгу - специфічний спосіб емоційного уникнення, що тимчасово знижує інтенсивність внутрішнього дискомфорту [36]. Водночас така стратегія не усуває першопричину напруги, а закріплює деструктивний спосіб реагування.

На нейрофізіологічному рівні залежність і стрес мають спільні нейрохімічні механізми. Зокрема, і при стресі, і при вживанні психоактивних речовин відбувається активація дофамінергічної системи, зокрема мезолімбічного шляху, відповідального за відчуття задоволення та підкріплення поведінки [45]. Унаслідок тривалого впливу стресу дофамінова система може бути виснаженою або дезбалансованою, що знижує здатність отримувати задоволення від звичайних життєвих активностей і посилює тягу до речовин або поведінкових стимуляторів.

Хронічний стрес також пов'язаний із підвищеним рівнем адреналіну та норадреналіну, які активують симпатичну нервову систему. В короткостроковій перспективі це дозволяє організму мобілізуватись, однак при тривалому впливі такі гормональні коливання спричиняють емоційну нестабільність, порушення сну, вегетативну лабільність і посилення імпульсивності [42]. Особа стає більш вразливою до будь-яких подразників, а нервова система втрачає здатність повертатися до стану гомеостазу. В таких умовах навіть незначний тригер може спровокувати компульсивну поведінку або рецидив.

Ці явища часто описуються як феномен «стресового звикання» (stress-induced sensitization) - стан, коли повторювані або тривалі стресові ситуації підвищують чутливість до нових подразників, посилюючи реактивність нервової системи [40; 42]. Таким чином, стрес не просто сприяє формуванню залежності, а з часом вбудовується в її динаміку, підсилюючи тягу до речовин або деструктивної поведінки навіть у ситуаціях незначної напруги.

Окремої уваги заслуговують психосоматичні наслідки стресу в осіб із залежною поведінкою. Порушення сну, хронічна втома, соматизовані форми тривоги, шлунково-кишкові розлади, головний біль, м'язова напруга - усе це часто фіксується як тло для формування або загострення залежності [5]. Організм, перебуваючи в постійній мобілізації, втрачає здатність до відновлення, а тіло починає накопичувати наслідки непрожитих психоемоційних станів. У таких умовах залежна поведінка виступає не лише як психічна, а й як тілесна стратегія виживання.

Дослідження демонструють, що особи з історією травматичного досвіду або тривалого стресу мають вищу ймовірність розвитку залежностей. Порушення механізмів афективної регуляції, що виникає внаслідок тривалого стресу, формує схильність до імпульсивного реагування, порушення толерантності до емоційних навантажень і посилення поведінкових патернів уникнення [36; 39]. У свою чергу, залежність посилює реактивність на стрес, створюючи замкнене коло.

У підлітковому та юнацькому віці - періодах підвищеної чутливості до стресу - ризик формування залежності значно зростає. Незріла нервова система, нестабільна ідентичність, емоційна лабільність та соціальний тиск можуть виступати додатковими факторами уразливості. У таких умовах психоактивні речовини або інші форми залежної поведінки слугують не лише як засіб втечі, а й як спосіб структурування досвіду та зниження відчуття хаосу. Це особливо небезпечно, оскільки саме в цей період формується базова стратегія реагування на труднощі, яка може зберігатися у дорослому віці.

Фізіологічні прояви стресу, такі як безсоння, головний біль, втома, соматичні розлади, часто поєднуються з емоційною дестабілізацією - тривожністю, дратівливістю, депресивними станами [36]. У таких умовах потреба у швидкому полегшенні стає домінантною, що робить залежні патерни особливо привабливими. Залежність компенсує відсутність навичок саморегуляції та емоційного контейнерування, але водночас поглиблює первинні дисфункції.

З точки зору психотерапії, важливо враховувати вплив хронічного стресу на когнітивні функції: порушення концентрації, зниження планувальної здатності, імпульсивність і втрата відчуття перспективи [36]. Усе це ускладнює включення залежної особи в терапевтичний процес і потребує стабілізаційного підходу, спрямованого на відновлення відчуття безпеки, тілесної присутності й базової регуляції нервової системи.

Таким чином, психофізіологічний вплив стресу відіграє критичну роль у розвитку, підтримці та рецидивах залежної поведінки. Він опосередковує як початковий вибір адиктивного патерну, так і складність його подолання. Усвідомлення цього взаємозв'язку дозволяє не лише краще зрозуміти природу залежності, а й сформуванню ефективну стратегію втручання, що поєднує роботу з тілом, психікою та нейрофізіологічною стабілізацією.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ

2.1. Організація та методики дослідження емоційного стану осіб з різними типами залежностей

Емпіричне дослідження емоційного стану осіб із різними типами залежної поведінки проводилося в рамках переддипломної практики на базі реабілітаційного центру «Мій вибір - життя». Дослідження було спрямоване на аналіз динаміки емоційних станів та їх усвідомлення у процесі реабілітації осіб з різними типами залежності, а саме проходження занять з підвищення емоційної грамотності.

Залежна поведінка є багатовимірним явищем, який охоплює широкий спектр проявів - від хімічних (алкогольна, наркотична залежність) до нехімічних (ігрова, комп'ютерна, співзалежність тощо). Саме тому дослідження передбачало залучення осіб із різними типами адикцій, що відповідає реальним умовам функціонування сучасних центрів реабілітації, де рідко вдається працювати лише з однорідною за нозологією групою.

Мета: дослідити динамічні особливості емоційних станів осіб з різними типами залежностей в умовах психологічної інтервенції, орієнтованої на розвиток емоційної сфери, на рівень алекситимії та сприйнятого стресу у клієнтів реабілітаційного центру. Особливу увагу було приділено саме емоційному компоненту, адже відповідно до численних досліджень, труднощі з усвідомленням, ідентифікацією та вираженням емоцій є характерними для осіб із залежностями.

Вибірка: у дослідженні взяли участь 32 респонденти - клієнти, які на момент проведення дослідження перебували на стаціонарному етапі проходження програми у реабілітаційному центрі. Учасники були поділені на дві підгрупи:

- експериментальна група (n=17) - особи, які брали участь у програмі занять із розвитку емоційного інтелекту. Серед них - 12 чоловіків і 5 жінок, віком від 18 до 47 років;

- контрольна група (n=15) - особи, які не проходили додаткової інтервенції. До групи увійшли 11 чоловіків і 4 жінки, віком від 18 до 52 років.

Формування груп здійснювалося за принципом випадкового розподілу. Додатково було враховано фактор взаємного впливу учасників: дослідження проводилося у двох окремих відділеннях центру, що дозволило мінімізувати ймовірність неформального обміну досвідом між клієнтами різних груп.

Для оцінки змін в емоційному стані було використано дві психодіагностичні методики, які відзначаються високими показниками надійності та валідності:

- торонтська шкала алекситимії (TAS-26) - опитувальник, що складається з 26 тверджень (Додаток А) і призначений для діагностики рівня алекситимії. Методика охоплює такі компоненти, як труднощі в ідентифікації почуттів, труднощі у вербалізації емоційного досвіду та схильність до зовнішнього мислення [45];

- шкала сприйнятого стресу (PSS-10) - інструмент для вимірювання інтенсивності суб'єктивного переживання стресу протягом останнього місяця. Опитувальник містить 10 пунктів (Додаток Б) і дозволяє оцінити, наскільки респонденти вважають своє життя напруженим, неконтрольованим або непередбачуваним [43].

Дослідження мало квазіекспериментальний дизайн із двома точками вимірювання: до початку інтервенції (етап 1) та після її завершення (етап 2) (Додаток В). Такий підхід дозволив простежити динаміку змін у психоемоційному стані учасників дослідження під впливом інтервенції.

Інтервенція, спрямована на розвиток емоційного інтелекту, проводилася у форматі групових занять протягом чотирьох тижнів. Учасники експериментальної групи відвідували по два заняття щотижня, кожне з яких тривало приблизно 90 хвилин. Загальна кількість занять склала вісім. Заняття

проводилися у стабільному складі групи, що забезпечило безпечну атмосферу, необхідну для роботи з емоційними процесами.

Метою програми було сприяння розвитку здатності розпізнавати, диференціювати, вербалізувати й адекватно виражати власні емоції, а також знижувати рівень внутрішнього напруження та стресової реакції. Інтервенція спиралася на поєднання елементів гештальт-терапії, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), арт-терапевтичних технік і вправ із тілесного усвідомлення.

Програма була побудована таким чином, щоб поступово підводити учасників до глибшого контакту з власними емоціями. Якщо на перших етапах переважала робота з простими емоціями (сум, радість, страх), то в другій половині циклу акцент робився на складніших станах - амбівалентності, внутрішньому конфлікті, соромі, безпорадності. Така послідовність відповідала як потребам клієнтів із залежною поведінкою, так і їхньому етапу реабілітаційного процесу.

З метою забезпечення наукової достовірності та валідності дослідження було реалізовано низку процедур, спрямованих на контроль за можливими джерелами похибок і викривлень.

По-перше, для вимірювання змін в емоційному стані використовувалися стандартизовані інструменти, що мають підтверджену психометричну надійність. Обидві обрані методики - TAS-26 та PSS-10 - є валідними шкалами, рекомендованими для використання у клінічній психології, зокрема в роботі з особами, які мають залежну поведінку. Вони демонструють високі коефіцієнти внутрішньої консистентності, достатню чутливість до змін, а також культурну адаптацію для використання в українському контексті.

По-друге, формування експериментальної та контрольної груп здійснювалося за принципом рандомізації. Учасники були розподілені випадковим чином, без урахування попереднього рівня емоційної компетентності, типу залежності чи тривалості перебування в програмі. Це дозволило забезпечити відносну еквівалентність груп на початковому етапі.

По-третє, було запроваджено контроль зовнішніх змінних. Експериментальна та контрольна групи проходили реабілітацію у різних структурних підрозділах центру, що мінімізувало ризик впливу міжособистісної взаємодії між учасниками різних груп. Заняття з розвитку емоційного інтелекту проводились у межах окремого простору, відведеного для психокорекційної роботи, що забезпечувало стабільні умови для інтервенції.

По-четверте, було застосовано метод сліпого аналізу результатів. Обробку даних проводив спеціаліст, який не мав інформації про те, до якої групи належали окремі учасники. Це дозволило уникнути можливих когнітивних упереджень з боку дослідника та підвищити об'єктивність інтерпретації результатів.

По-п'яте, для статистичного аналізу використовувався непараметричний критерій Вілкоксона (Wilcoxon signed-rank test), який є оптимальним методом перевірки гіпотез у випадку роботи з малими вибірками ($n < 30$) та парними спостереженнями. Цей тест не вимагає нормального розподілу даних, що є важливою перевагою в контексті реабілітаційної вибірки, де можливі відхилення від нормальності внаслідок психоемоційної нестабільності учасників.

Обґрунтування вибору саме критерію Вілкоксона полягає в тому, що дослідження передбачало вимірювання одного й того ж показника (рівень алекситимії та рівень стресу) до та після втручання в межах однієї групи. Таким чином, статистичний аналіз змін не міг бути адекватно реалізований за допомогою параметричних тестів, таких як t-критерій Ст'юдента, через потенційне порушення припущень нормальності. Критерій Вілкоксона дозволяє фіксувати напрям і значущість змін навіть у разі наявності несиметричних чи негаусівських розподілів.

Таким чином, сукупність обраних методів і процедур дозволила не лише забезпечити валідність дослідження, але й адекватно інтерпретувати отримані результати. Отримані дані в подальшому стали основою для аналізу

динаміки змін емоційного стану учасників унаслідок проходження інтервенційної програми, що буде детально розглянуто у наступному підпункті 2.2.

Узагальнюючи, варто підкреслити, що емпіричне дослідження емоційного стану осіб із різними типами залежностей проводилося у реальних клінічних умовах, що додає йому як наукового, так і прикладного значення. Реабілітаційний центр «Мій вибір - життя» надав можливість інтегрувати науковий підхід у контекст щоденної психотерапевтичної практики, де дослідницька діяльність поєднувалася з наданням реальної психологічної допомоги.

Особливістю обраної моделі стало те, що інтервенція з розвитку емоційного інтелекту не була ізольованою від загального реабілітаційного процесу, а органічно доповнювала вже існуючу систему психосоціальної підтримки клієнтів. Це дало змогу оцінити ефективність цілеспрямованого впливу на емоційно-рефлексивну сферу, не порушуючи загальної логіки терапевтичного середовища.

Ще одним важливим аспектом було врахування рівня мотивації учасників. Клієнти, які брали участь в експериментальній програмі, мали позитивну динаміку залучення та висловлювали інтерес до занять, що підвищувало ймовірність стійких змін. Залучення клієнтів на етапі середнього терміну перебування в центрі (після первинної стабілізації, але до етапу виписки) дозволило обрати найбільш сприятливий момент для впровадження інтервенції.

Також слід відзначити терапевтичну цінність саме групової форми роботи, яка створювала можливість для соціального зворотного зв'язку, колективної рефлексії, віддзеркалення емоційних реакцій. Цей фактор посилював ефективність впроваджених технік, адже дозволяв учасникам не лише досліджувати себе, але й бачити інші моделі поведінки, зокрема у сфері вираження емоцій.

Таким чином, в основу реалізації дослідження було покладено сукупність науково обґрунтованих методик, продуманих процедур валідизації та реалістичних умов проведення. Це створило надійну основу для подальшого аналізу динаміки змін, оцінки впливу інтервенції та формування висновків щодо ефективності психологічної допомоги особам із залежною поведінкою.

2.2. Аналіз результатів дослідження емоційного стану осіб з різними типами залежностей

Метою цього підпункту є комплексна інтерпретація результатів дослідження, спрямованого на оцінку ефективності програми розвитку емоційного інтелекту в осіб із залежною поведінкою. У процесі аналізу використовувалися як кількісні показники (середні значення, стандартні відхилення, результати статистичних тестів), так і якісні теоретико-психологічні підходи до осмислення динаміки змін. Основними змінними виступали рівень алекситимії (за шкалою TAS-26) та інтенсивність сприйнятого стресу (за шкалою PSS-10), виміряні до та після інтервенції в експериментальній і контрольній групах.

Результати порівняльного аналізу дозволяють оцінити вплив психологічної інтервенції на емоційну сферу учасників. Крім того, було здійснено розширену інтерпретацію отриманих даних з урахуванням нейропсихологічних, психотерапевтичних і соціальних аспектів. Особливу увагу приділено не лише кількісним змінам, а й умовам, за яких вони відбулися, зокрема динаміці групових процесів і рівню внутрішньої мотивації клієнтів.

Для візуалізації результатів використано таблиці та діаграми, що наведені у Додатку Г. У Таблиці 2.1 подано середні значення і стандартні відхилення показників до та після інтервенції, а Таблиця 2.2 містить

результати статистичного аналізу за критерієм Вілкоксона. Діаграми доповнюють опис динаміки та підсилюють аргументацію висновків.

Одним із ключових теоретичних понять, які дозволяють інтерпретувати отримані дані, є алекситимія - психоемоційний стан, що характеризується труднощами в ідентифікації, розпізнаванні й вербалізації емоцій, а також зовнішньо орієнтованим стилем мислення. У численних дослідженнях алекситимія розглядається як не лише супутній, а й центральний чинник адиктивного функціонування.

В експериментальній групі, що проходила цілеспрямовану програму з розвитку емоційного інтелекту, було зафіксовано зниження рівня алекситимії за шкалою TAS-26 з 66,12 до 62,82 балів ($M_1 = 66,12$; $SD_1 = 13,38$; $M_2 = 62,82$; $SD_2 = 13,24$). Зміни виявились статистично значущими ($Z = -2,83$; $p = 0,01$), що вказує на позитивну динаміку в емоційній сфері респондентів. Це підтверджує гіпотезу про те, що залежна поведінка часто є вторинною формою захисту від емоційного болю, з яким особа не здатна впоратись безпосередньо.

У контрольній групі, яка не проходила емоційно-орієнтованої інтервенції, рівень алекситимії залишився практично незмінним ($M_1 = 72,47$; $M_2 = 71,93$), а зафіксовані відмінності не досягли статистичної значущості ($Z = -0,69$; $p = 0,49$). Така стабільність або навіть незначне підвищення рівня емоційної відчуженості свідчить про те, що без спеціального втручання алекситимія не зменшується, навіть у терапевтичному середовищі.

Теоретична важливість отриманих результатів полягає в тому, що вони підтверджують актуальну позицію в клінічній психології: емоційна глухота є центральною ланкою патогенезу залежної поведінки. Відповідно, без її трансформації спроби корекції адикції залишаються поверхневими. Особа, яка не вміє розпізнавати тривогу, гнів, провину чи самотність, схильна «глушити» ці стани за допомогою зовнішніх засобів - алкоголю, наркотиків, азартних ігор чи компульсивної онлайн-активності.

Таблиця 2.1

Середні значення та стандартні відхилення показників алекситимії (TAS-26) і сприйнятого стресу (PSS-10) у досліджуваних групах

Показник	Група	До інтервенції (M, SD)	Після інтервенції (M, SD)	Кількість (N)
TAS-26	Експериментальна	66,12 ($\pm 13,38$)	62,82 ($\pm 13,24$)	17
TAS-26	Контрольна	72,47 ($\pm 17,67$)	71,93 ($\pm 18,19$)	15
PSS-10	Експериментальна	19,94 ($\pm 6,81$)	18,06 ($\pm 8,50$)	17
PSS-10	Контрольна	19,53 ($\pm 4,39$)	20,67 ($\pm 4,32$)	15

Таблиця 2.2

Результати критерію Вілкоксона для порівняння показників до і після інтервенції

Показник	Група	Z-значення	Асимпт. значущість (p)
TAS-26	Експериментальна	-2,83	0,01
PSS-10	Експериментальна	-2,00	0,05
TAS-26	Контрольна	-0,69	0,49
PSS-10	Контрольна	-1,54	0,12

Таким чином, результати дослідження демонструють, що програма розвитку емоційного інтелекту має прямий вплив на зниження рівня алекситимії. Це не лише зменшує ймовірність рецидиву, а й відкриває людині доступ до автентичного внутрішнього життя. Такий ефект підсилює аргументи на користь інтеграції подібних програм у базовий модуль реабілітації клієнтів з різними типами залежностей.

Здобуті дані можуть бути додатково осмислені в межах сучасної нейропсихології, яка розглядає алекситимію та порушення емоційної регуляції як наслідки дисфункцій у взаємодії окремих мозкових структур. Зокрема, дослідження свідчать про знижену активність у передній частині поясної звивини, нижній лобній звивині та префронтальній корі, водночас із

підвищеною активацією в зонах, що відповідають за соматичні реакції - зокрема в мигдалеподібному тілі [36; 44].

У цьому контексті результати дослідження набувають додаткової глибини. В експериментальній групі було виявлено статистично значуще зниження рівня алекситимії за шкалою TAS-26 - з 66,12 до 62,82 бала ($Z = -2,83$; $p = 0,01$) - див. Таблицю 2.2. Це дає підстави припустити, що участь в інтервенції сприяла покращенню функціональної взаємодії між емоційними та когнітивними структурами мозку.

Суть запропонованої інтервенції полягала у включенні кількох каналів обробки афективної інформації: моделювання емоційних ситуацій, рольової експресії, тілесної фокусованості та символічного образотворення. Наприклад, виконання вправи «Три зони усвідомлення», орієнтованої на тілесні сигнали, могло активізувати інсулярну кору - зону, яка інтегрує інтероцептивний досвід з емоційним усвідомленням. Арт-техніки, які передбачали створення символічних образів, імовірно активізували праву півкулю - більш чутливу до невербального емоційного змісту.

Крім того, в експериментальній групі було зафіксовано зниження інтенсивності сприйнятого стресу. Середнє значення за шкалою PSS-10 зменшилося з 19,94 до 18,06 бала ($Z = -2,00$; $p = 0,05$), що може свідчити про покращення загальної емоційної регуляції. З погляду нейропсихофізіології, це могло бути пов'язано зі зниженням активації гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (НРА-ось), яка відповідає за стресову відповідь організму. Простіше кажучи, учасники стали не лише краще усвідомлювати власні емоції, а й менш інтенсивно реагували на стрес фізіологічно.

Натомість у контрольній групі подібних змін не відбулося. Рівень алекситимії за TAS-26 зменшився несуттєво - з 72,47 до 71,93 бала ($p = 0,49$), а показники стресу за PSS-10, навпаки, зросли - з 19,53 до 20,67 бала ($p = 0,12$). Обидва результати не були статистично значущими, що підтверджує: без спеціальної емоційно-орієнтованої інтервенції нейропсихологічні порушення,

властиві залежній поведінці, залишаються незмінними навіть за умов загальної реабілітації.

Узагальнюючи, можна припустити, що впроваджена програма активувала процеси нейропластичності - поступового відновлення та реорганізації зв'язків між зонами мозку, відповідальними за емоційне реагування. Враховуючи той факт, що залежна поведінка має нейропсихологічні передумови, результати дослідження демонструють потенціал немедикаментозного впливу на емоційно-регуляторні механізми. Це надає запропонованій інтервенції не лише психологічного, а й нейрофізіологічного обґрунтування.

З огляду на психотерапевтичну практику, залежна поведінка розглядається не лише як порушення контролю над імпульсами або повторюваний патерн уникнення, а як глибокий симптоматичний вираз неспроможності особистості витримувати та обробляти інтенсивні емоції. У цьому сенсі алекситимія виступає не просто когнітивною особливістю, а захисною стратегією, яка дозволяє уникати усвідомлення болю, гніву, сорому, безсилля - і тим самим не входити з ними у внутрішній контакт. Парадокс полягає в тому, що уникнення емоцій лише посилює їхню накопичену інтенсивність, яку людина прагне «гасити» за допомогою залежності.

Результати дослідження дозволяють оцінити ефективність інтервенції з точки зору переживання, рефлексії та інтеграції емоційного досвіду. Після проходження програми в експериментальній групі було зафіксовано статистично значуще зниження рівня алекситимії (TAS-26: з 66,12 до 62,82, $p = 0,01$) та помірне, але важливе зниження сприйнятого стресу (PSS-10: з 19,94 до 18,06, $p = 0,05$) - див. Таблиці 2.1-2.2.

З терапевтичної точки зору, такі показники можуть свідчити про формування нового емоційного «контейнера» - внутрішнього простору, здатного витримувати інтенсивність переживань без потреби у зовнішньому заспокоєнні через деструктивну поведінку. Вправа «Лист емоціям», рольові ігри, арт-рефлексія та тілесне фокусування виступали посередниками між

неперетравленим афектом і його свідомим усвідомленням. Завдяки структурованій і повторюваній формі подачі, учасники поступово освоювали нову «мову» - мову емоцій, у якій тривога може бути висловлена словами, а не лише поведінкою.

Значення цієї трансформації полягає також у зниженні потреби в регресивних механізмах захисту. Людина, яка здатна визнати: «Я злюся», «Мені соромно», «Я відчуваю самотність», - уже не так гостро потребує втечі в адикцію. Таким чином, робота з емоційною сферою перетворюється на профілактику рецидиву, адже формує альтернативні способи саморегуляції.

Важливо врахувати стабільність показників у контрольній групі, де не проводилось цілеспрямоване емоційне втручання: TAS-26 знизився незначно (з 72,47 до 71,93; $p = 0,49$), а рівень стресу за PSS-10, навпаки, дещо зріс (з 19,53 до 20,67; $p = 0,12$). Це свідчить, що загальне перебування в реабілітаційному середовищі без роботи з емоціями не забезпечує суттєвого прогресу в регуляції внутрішнього стану.

Психотерапевтична інтерпретація результатів підтверджує актуальність інтеграції програм емоційної підтримки у базову структуру реабілітації. Групова форма роботи, яка застосовувалась у дослідженні, створила середовище відображення, нормалізації та підтримки. Це дозволило учасникам входити в емоційний досвід, який раніше здавався нестерпним, і розвивати навички емпатійного контакту.

Таким чином, запропонована інтервенція не лише зменшила рівень алекситимії та стресу, а й відкрила шлях до нового способу внутрішнього життя - з меншою унікаючою поведінкою, більшою присутністю у власних переживаннях та зниженням потреби в зовнішніх компенсаторах.

Окремої уваги заслуговує груповий контекст інтервенції. Психотерапевтична група - це не лише формат, а середовище соціального навчання. Учасники не просто засвоювали навички емоційної рефлексії, а й отримували досвід бути побаченими, почутими, визнаними. Саме це й забезпечило глибину змін в експериментальній групі.

Динаміка результатів свідчить, що навіть у межах чотиритижневої програми (вісім занять) можуть відбутись значущі позитивні зрушення. Зменшення рівня алекситимії з 66,12 до 62,82 ($Z = -2,83$; $p = 0,01$) та зниження стресу з 19,94 до 18,06 ($Z = -2,00$; $p = 0,05$) демонструють ефективність інтервенції. Хоча частина результатів могла бути зумовлена індивідуальною роботою, ключову роль відіграв саме соціальний зворотний зв'язок і підтримка, притаманна груповому середовищу.

Згідно з сучасними підходами гештальт-терапії та екзистенційної психотерапії, зцілення відбувається не лише всередині особистості, а й у полі взаємин. В умовах реабілітації, коли багато клієнтів мають травматичний досвід, ізоляцію або стигматизацію, можливість спостерігати емоції інших, ділитися власними та отримувати безпечний відгук - є трансформуючим досвідом. Практика спільного малювання, обговорення колажів, виконання вправ типу «Рольова ситуація» або «Лист емоції» формувала не лише навички, але й групову норму емоційної виразності, яка поступово засвоювалася всіма учасниками.

На відміну від цього, у контрольній групі, де відсутня структурована емоційна програма, групова взаємодія не мала цілеспрямованого терапевтичного фокусу. Це може пояснити відсутність статистично значущих змін: TAS-26 - зниження з 72,47 до 71,93 ($p = 0,49$); PSS-10 - зростання з 19,53 до 20,67 ($p = 0,12$). Попри загальну реабілітаційну підтримку, саме відсутність цілеспрямованої емоційно-корекційної роботи обмежила можливості трансформації.

Стабільний склад експериментальної групи також мав значення - він забезпечив необхідний рівень довіри й безпеки, що є критично важливим у роботі з клієнтами, які мають досвід психологічної травми, відторгнення або сорому.

Таким чином, результати дослідження підтверджують: груповий формат не лише підсилює інтервенцію, а й є її невід'ємним інструментом. Саме через групову динаміку відбувається глибше засвоєння досвіду,

інтенсивніша інтеграція емоційного матеріалу та створення передумов для майбутньої соціальної реадaptaції. Тому для роботи з особами, які мають залежну поведінку, групова взаємодія повинна розглядатися як самостійний фактор терапевтичного впливу.

У процесі інтерпретації ефективності психотерапевтичного втручання важливо не лише аналізувати зміни в експериментальній групі, а й вивчати динаміку в контрольній. Саме порівняльний підхід дозволяє стверджувати, що зафіксовані зміни є результатом інтервенції, а не спонтанної динаміки чи загального терапевтичного середовища.

Контрольна група, яка не проходила програму розвитку емоційного інтелекту, продемонструвала відносну стабільність: TAS-26 зменшився лише з 72,47 до 71,93 ($Z = -0,69$; $p = 0,49$), а PSS-10 навпаки - зріс з 19,53 до 20,67 ($Z = -1,54$; $p = 0,12$). Див. Таблиці 2.1 та 2.2.

На перший погляд така стабільність може видаватися нейтральним результатом. Проте з наукової точки зору вона має важливе значення. По-перше, вона демонструє, що емоційна сфера осіб із залежною поведінкою не змінюється автоматично, навіть у сприятливому терапевтичному середовищі. По-друге, вона виконує роль контрольної точки, на тлі якої зміни в експериментальній групі набувають особливої переконливості.

Учасники, які пройшли інтервенцію, продемонстрували значуще зниження алекситимії (з 66,12 до 62,82; $p = 0,01$) та сприйнятого стресу (з 19,94 до 18,06; $p = 0,05$). Тобто, на відміну від контрольної групи, їх психоемоційний стан зазнав реальних позитивних змін, які можна інтерпретувати як результат цілеспрямованого втручання.

По-третє, незначне зростання рівня стресу в контрольній групі може відображати природну ескалацію напруження на етапі усвідомлення життєвих проблем у процесі реабілітації - особливо у фазі, коли клієнти ще не мають доступу до звичних компенсаторних механізмів. Це ще раз підкреслює важливість активної роботи з емоційним матеріалом, яка дозволяє не тільки

витримати цей перехід, але й перетворити його на ресурс для внутрішньої трансформації.

Таким чином, результати контрольної групи не лише підтверджують відсутність змін без спеціального втручання, а й підкреслюють, що без цілеспрямованої роботи з емоційною сферою очікувати суттєвого покращення психоемоційного стану не варто. Це є додатковим обґрунтуванням доцільності включення програм розвитку емоційного інтелекту до базової структури реабілітації осіб із залежною поведінкою.

Результати дослідження також дозволяють зробити висновок щодо оптимального часу впровадження емоційно-орієнтованої інтервенції в реабілітаційному процесі. Заняття проводилися серед клієнтів, які перебували на середньому етапі реабілітації - після фази стабілізації, але до підготовки до виписки. Саме цей період виявився найсприятливішим для запуску глибоких внутрішніх змін, що підтверджується як кількісними результатами, так і спостереженнями в динаміці.

Після восьми групових занять учасники експериментальної групи продемонстрували статистично значуще зниження рівня алекситимії (TAS-26: з 66,12 до 62,82; $p = 0,01$) та рівня сприйнятого стресу (PSS-10: з 19,94 до 18,06; $p = 0,05$) - див. Таблиці 2.1-2.2. Це свідчить про наявність у клієнтів внутрішнього ресурсу до рефлексії та емоційного відкриття, який формується не одразу після детоксикації, а після стабілізації та відновлення базового функціонування.

Занадто раннє впровадження подібної програми, ймовірно, було б менш ефективним. На початку реабілітації більшість клієнтів перебувають у стані постабстинентного синдрому, що супроводжується емоційною лабільністю, фрустраційною вразливістю, тривожністю, когнітивною нестабільністю та труднощами з саморефлексією. У цей період домінують адаптаційні потреби, пов'язані з відновленням фізіологічного гомеостазу. Глибока емоційна робота в таких умовах може бути надмірною, викликати посилення захистів або емоційне закриття.

Натомість на пізніх етапах реабілітації увага клієнта часто зміщується на зовнішні завдання - планування майбутнього, ресоціалізацію, структурування поведінки. Тому середина процесу - найбільш сприятливий момент для емоційної інтервенції. У цей період клієнт уже здатен до саморефлексії, має стабілізований режим, відновлене відчуття безпеки та приналежності, що створює оптимальне поле для емоційної обробки досвіду та формування нових стратегій регуляції.

З огляду на це, можна зробити висновок, що вибір часу є критичним фактором ефективності інтервенції. Програма має бути інтегрована саме у середню фазу реабілітації - коли клієнт вже не в кризі, але ще не за межами процесу. Це забезпечує не лише кращу результативність, а й більшу глибину та стійкість змін.

Окрему увагу варто приділити типам залежностей у вибірці. В експериментальній групі були представлені як хімічні форми адикції (алкогольна, наркотична), так і нехімічні (ігрова, інтернет-залежність). Така гетерогенність відповідає реаліям сучасної практики, де рідко можна працювати з однорідними групами. Це дозволяє зробити висновок про універсальність впливу емоційно-орієнтованої інтервенції на різні типи залежностей.

Попри відмінності у клінічному профілі, динаміка позитивних змін спостерігалася серед представників усіх типів залежностей, що свідчить про наявність спільних емоційно-регуляторних порушень, незалежно від форми адикції. Зокрема, як учасники з алкогольною залежністю, так і з ігровою чи інтернет-залежністю демонстрували зниження рівня алекситимії та сприйнятого стресу за шкалами TAS-26 та PSS-10.

Ці результати дозволяють припустити, що алекситимія та порушення емоційної регуляції є адиктивними механізмами, характерними для більшості видів залежної поведінки. Такий висновок підсилює ідею про можливість адаптації програми розвитку емоційного інтелекту як універсальної форми

емоційної підтримки, ефективної як у роботі з хімічними, так і з нехімічними залежностями.

Це, у свою чергу, відкриває перспективи для ширшого впровадження подібних програм не лише в умовах клінічної реабілітації, а й у превентивних та ресоціалізаційних проєктах. Особливу актуальність це має у випадках прихованих або маскованих форм адикції - таких як інтернет-залежність, емоційна співзалежність або компульсивна соціальна активність.

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ ГРАМОТНОСТІ ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНОСТЯМИ

3.1. Програма емоційної регуляції для осіб із різними видами залежностей

У фокусі уваги при роботі з особами, які мають різні форми залежної поведінки, є емоційна сфера. Розлади емоційної регуляції вважаються як передумовою формування залежності, так і чинником її підтримання [39; 45]. Неможливість розпізнавати, називати, проживати й виражати власні емоції часто призводить до пошуку компенсаторних стратегій, серед яких поширеними є як хімічні (алкоголь, наркотики), так і поведінкові (азартні ігри, шопінг, комп'ютерна залежність) форми адикції. У цьому контексті розвиток емоційної грамотності постає не лише як інструмент психопрофілактики рецидиву, а й як основа особистісного зростання клієнта.

Поняття «емоційна грамотність» заснована Е. Берном, охоплює такі компоненти: здатність розпізнавати власні емоції, розуміти їхній зв'язок з потребами та подіями, адекватно виражати почуття у соціальному контексті та використовувати емоційну інформацію для саморегуляції поведінки. Емоційний інтелект - складний інтегрований комплекс здатностей особистості: пізнавати, розуміти, диференціювати та усвідомлювати емоції (власні й інших людей); застосовувати емоції для активізації своєї розумової діяльності; застосовувати знання про прояви емоцій іншими людьми для виявлення чинників і вирішення різних ситуацій соціальних взаємодій; усвідомлено управляти своїми емоціями тощо. Емоційний інтелект сприяє встановленню успішних взаємодій із іншими людьми, ефективній адаптації до різних соціальних умов, досягненню поставлених життєвих цілей [15]. Низький рівень емоційної обізнаності часто супроводжується алекситимією - станом, за якого людина має труднощі з диференціацією емоцій та їхньою

вербалізацією. Це, у свою чергу, ускладнює побудову значущих стосунків - одного з ключових факторів, що підтримує залежну поведінку.

Для осіб із залежністю характерні такі типові емоційні порушення:

- труднощі з регуляцією афекту (емоційні зриви, коливання настрою);
- уникнення або заперечення емоційного досвіду;
- знижена здатність до емпатії;
- залежність від зовнішнього схвалення та підкріплення;
- емоційна ізоляція, відчуття внутрішньої пустоти.

У процесі реабілітації важливо не лише навчити клієнта розпізнавати базові емоції, а й допомогти відновити зв'язок між тілесним, емоційним і когнітивним рівнями переживань. Саме такий інтегративний підхід лежить в основі програми емоційної регуляції, розробленої та апробованої в межах емпіричної частини дослідження.

Для побудови програми було обрано два провідні психотерапевтичні напрямки - гештальт-терапію та когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Такий вибір обумовлений доказовою ефективністю цих підходів, їхньою гнучкістю у груповому форматі та орієнтацією на розвиток саморефлексії, емоційного усвідомлення й особистої відповідальності.

Гештальт-терапія дозволяє клієнту відновити перерваний контакт із реальністю - зокрема, з власними почуттями, тілесними реакціями та бажаннями. Через фокус на «тут і зараз», а також через роботу з трьома зонами усвідомлення (внутрішньою, зовнішньою та середньою), клієнт вчиться ідентифікувати й приймати свій емоційний досвід, не уникаючи його через вживання речовин або деструктивну поведінку.

Когнітивно-поведінковий підхід забезпечує раціональне осмислення автоматичних реакцій, допомагає виявляти деструктивні переконання, що сприяють втечі в залежність, і формує альтернативні стратегії поведінки. КПТ-техніки дозволяють клієнту освоїти практичні способи зниження тривожності, протидії тригерам та утримання від імпульсивних дій [19; 37].

Таким чином, поєднання гештальт-орієнтованих і когнітивно-поведінкових інструментів створює багаторівневу структуру програми, яка охоплює як глибинну емоційну роботу, так і тренування адаптивних реакцій у щоденному житті. Змішаний підхід дозволяє одночасно враховувати тілесно-емоційну складову залежності та когнітивно-мотиваційні патерни, що підтримують адиктивну поведінку.

Гештальт-терапія, заснована Ф. Перлзом, Л. Перлз та П. Гудманом [12], від початку орієнтується на цілісний підхід до особистості. Вона розглядає людину як систему, що постійно взаємодіє з навколишнім середовищем. У гештальт-підході вважається, що порушення цього контакту - зокрема уникнення або блокування емоцій - призводить до фіксації незавершених гештальтів: внутрішніх конфліктів, непрожитих почуттів або травматичних ситуацій, які залишаються активними у психіці та зумовлюють деструктивну поведінку [39].

У роботі із залежною поведінкою гештальт-терапевти звертають увагу на характерні механізми переривання контакту: уникнення, проєкцію, інтроекцію, дефлексію, конфлуенцію. Наприклад, залежна особа може несвідомо уникати проживання болю або гніву через вживання психоактивних речовин чи компульсивну поведінку, що виступає своєрідним «емоційним протезом» - способом тимчасово знизити внутрішню напругу. Однак такий механізм блокує здатність до справжнього самопереживання і змін.

Центральне значення в гештальт-терапії має розвиток усвідомлення (awareness), яке реалізується через роботу з трьома зонами досвіду: - внутрішня зона - тілесні відчуття: напруга, біль, тепло, поколювання, які часто залишаються поза увагою залежної особи. Вміння фіксувати увагу на сигналах тіла допомагає відновити втрачений зв'язок із собою; - зовнішня зона - сенсорне сприйняття навколишнього світу. У залежних клієнтів часто спостерігається «тунельна свідомість», коли увага звужується до внутрішньої тривоги, ігноруючи реальність. Залучення до сенсорного досвіду сприяє заземленню та зниженню тривожності; - середня зона - думки, фантазії,

спогади, образи. Вона є містком між тілесним і зовнішнім світом, дозволяючи знаходити причинно-наслідкові зв'язки у переживаннях.

У межах реалізованої програми були проведені окремі заняття, присвячені кожній із трьох зон, що дозволило учасникам поступово відновити здатність спостерігати, усвідомлювати та регулювати свій емоційний стан. Наприклад, під час вправи «тілесне сканування» клієнти з подивом виявляли хронічну напругу в ділянці грудей, живота чи плечей, яку раніше сприймали як норму. Важливим був перехід від тілесного до емоційного усвідомлення: що саме я відчуваю, як це пов'язано з моїм досвідом, чого я уникаю?

Окрему увагу було приділено роботі з незавершеними гештальтами. У вправах, що повертали до конфліктних або травматичних подій (наприклад, втрата близької людини, насильство, зрада), учасники мали змогу завершити емоційний процес, вступити у внутрішній діалог, висловити приглушені почуття - вербально, тілесно або творчо. Потужним інструментом стала вправа «лист емоціям», яка дала можливість встановити контакт із власним страхом, гнівом чи тугою у безпечному форматі письма.

Гештальт-терапія в контексті залежностей не зосереджується виключно на усуненні симптомів, а має на меті відновлення здатності до саморегуляції. Це передбачає не тільки вміння справлятися з напругою без вживання речовин, а й розпізнавати внутрішні сигнали, своєчасно ідентифікувати потреби, конструктивно виражати емоції та будувати здорові міжособистісні межі. Поступове повернення здатності до контакту з собою відкриває шлях до справжніх змін - не нав'язаних зовні, а таких, що ґрунтуються на внутрішньому переживанні та особистому виборі.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [37] є одним із найбільш науково обґрунтованих та ефективних методів психотерапії, який широко використовується у роботі з різними формами залежної поведінки. Основна ідея КПТ полягає в тому, що емоції та поведінка людини безпосередньо пов'язані з тим, як вона інтерпретує події, тобто з її автоматичними думками,

переконаннями та уявленнями. Зміна мислення, відповідно, призводить до трансформації емоційного стану й поведінкових реакцій.

У контексті залежності когнітивно-поведінкова терапія дозволяє досліджувати, які думки та переконання лежать в основі імпульсивного, компульсивного або уникаючого реагування, та яким чином ці установки можуть бути трансформовані в більш адаптивні. Залежна особа часто діє під впливом автоматичних негативних думок (АНД), що виникають миттєво, без участі свідомості, й провокують дистрес або дезорганізацію. Наприклад: «Я не зможу витримати цю тривогу», «Я нікому не потрібен», «Усе одно нічого не вийде». Такі думки мають катастрофізуючий, чорно-білий характер, ґрунтуються на узагальненнях із поодиноких випадків і формують емоційне тло для зриву.

Когнітивні викривлення - такі як персоналізація, негативна фільтрація, надмірне узагальнення, мислення типу «все або нічого» - підвищують емоційне навантаження, знижують почуття ефективності та збільшують ризик рецидиву. У межах програми значна увага приділялася навчанню клієнтів розпізнавати ці викривлення, піддавати їх сумніву та формувати більш реалістичні, підтримувальні переконання.

Одна з базових КПТ-технік, що використовувалась на заняттях, - когнітивна реструктуризація. Вона передбачала такі кроки:

1. Виявлення негативної автоматичної думки (наприклад: «Я не зможу зупинитись»).
2. Запис доказів «за» і «проти» цієї думки на основі власного досвіду.
3. Формулювання альтернативної, більш реалістичної думки (наприклад: «У мене вже був досвід утримання - я здатен повторити це з підтримкою»).

Ця техніка сприяла зниженню емоційної напруги, подоланню відчуття безсилля й самоосуду, а також відкривала нові можливості для адаптивної поведінки.

Ще одним дієвим інструментом у програмі була техніка STOP - метод швидкої саморегуляції у стресових або провокативних ситуаціях. Її алгоритм включає:

- S (Stop) - зупинись;
- T (Take a breath) - зроби глибокий вдих;
- O (Observe) - зверни увагу на думки, емоції, тілесні сигнали;
- P (Proceed) - обери усвідомлену дію.

Цей метод дозволяв створити паузу між імпульсом і реакцією - критичну навичку для осіб із залежністю, які часто діють автоматично. Учасники програми застосовували техніку STOP у ситуаціях внутрішньої напруги, конфлікту або спокуси порушити правила реабілітації.

У межах програми велась також робота з індивідуальними тригерами - емоційними, ситуаційними або когнітивними подразниками, які запускали тягу до деструктивної поведінки. Клієнти формували власний «профіль ризику», створювали персональні стратегії реагування, вели щоденник думок, у якому фіксували АНД, їхній зв'язок із почуттями та поведінкою, а також відпрацьовували альтернативні інтерпретації подій.

КПТ-компонент [37] програми сприяв розвитку внутрішньої мови підтримки, підвищував відчуття контролю та ефективності, а також зміцнював здатність до саморефлексії - ключову навичку у процесі відновлення.

Першим заняттям програми була робота з тілесними відчуттями, що відповідає внутрішній зоні усвідомлення в гештальт-терапії [33]. Саме тілесний рівень є фундаментом для формування емоційного контакту із собою. У осіб із залежністю ця зона часто ігнорується або сприймається як загрозна. Багато клієнтів відзначали, що без впливу речовин тривалий час взагалі не відчували жодних тілесних імпульсів.

Відновлення чутливості до тілесних сигналів стало першим кроком у напрямку розвитку емоційної грамотності. Через практики «тілесного сканування», «пауза й дихання», «виявлення емоції через тілесну мапу» учасники поступово вчилися розпізнавати, локалізувати та інтерпретувати

свої відчуття. Це формувало ґрунт для подальшої роботи з емоціями та мисленням.

Заняття 1. Усвідомлення тілесних реакцій (внутрішня зона) [33].

Мета заняття: навчити учасників ідентифікувати тілесні відчуття, дослідити зв'язок між тілом, емоціями та мисленням, а також створити безпечний простір для роботи з власним досвідом.

Структура заняття:

1. Вступна частина (5 хвилин). Терапевт привітав групу, окреслив тему й мету заняття. Учасникам було пояснено значення внутрішньої зони у контексті гештальт-терапії та підкреслено важливість безоцінного спостереження за тілом. Було встановлено правила психологічної безпеки: кожен має право зупинити виконання вправи у разі дискомфорту або утриматися від обговорення.

2. Основна частина (10 хвилин). Учасникам було запропоновано виконати вправу «тілесне сканування». Інструкція полягала у поступовому фокусуванні уваги на окремих частинах тіла - від стоп до обличчя. Терапевт повільно проводив групу через зони тіла, закликаючи звертати увагу на такі відчуття, як напруга, пульсація, холод, тепло, важкість чи поколювання. Кожен мав зафіксувати, у яких ділянках тіла відчувався дискомфорт, а в яких - розслаблення.

3. Групове обговорення (15 хвилин). Після виконання вправи учасники ділилися враженнями. Багато хто вперше помітив постійну напругу в ділянці грудної клітки, шиї або щелеп. Один із клієнтів зазначив: «Я постійно тримаю плечі піднятими і не усвідомлював цього раніше». Інший сказав: «Коли я фокусувався на животі, з'явилося відчуття тривоги». Такі висловлювання свідчать про відновлення внутрішнього контакту, який раніше залишався заблокованим.

4. Рефлексійна частина (10 хвилин). Група обговорила зв'язок тілесних відчуттів з емоційними станами. Терапевт поставив запитання: «Що могло бути джерелом цієї напруги?», «Яке почуття могло стояти за цим сигналом?».

Учасники намагались обережно ідентифікувати внутрішні емоції: тривогу, гнів, сором. Один із них поділився: «Моє тіло ніби говорить, що я весь час напружений через страх зробити щось не так».

5. Завершення (5 хвилин). Учасникам було запропоновано зафіксувати свої спостереження у щоденнику - зосередившись на тілесних сигналах, які зазвичай ігноруються. Надано рекомендацію практикувати «паузи тілесної уваги» по 2-3 хвилини щодня.

Підсумок заняття: цей перший досвід дозволив учасникам відчутти опору на власне тіло як джерело інформації про внутрішній стан. Вони усвідомили, що тілесна напруга - це не норма, а сигнал, який варто вивчати. Деякі клієнти вперше за довгий час змогли відчутти зв'язок із собою без вживання речовин або зовнішніх стимулів. Так було започатковано розвиток навички самоспостереження - ключової умови емоційної регуляції.

Заняття 2. Робота з зовнішньою зоною (сенсорне заземлення та контакт із реальністю) [33].

Мета заняття: сформувати в учасників здатність використовувати сенсорне заземлення для регуляції тривоги, повернення у теперішній момент і зниження нав'язливого мислення.

Структура заняття:

1. Вступна частина (5 хвилин). Терапевт окреслив мету заняття, підкресливши, що у період реабілітації часто спостерігається занурення в минулі травматичні спогади або очікування загрози. Було зазначено, що опора на навколишнє середовище дозволяє стабілізуватися, повернутись у «тут і тепер» і зменшити емоційний тиск.

2. Основна частина (10 хвилин). Учасники виконували вправу на фокусування уваги через п'ять сенсорних каналів: - Зір: що я бачу прямо зараз (кольори, форми, освітлення, текстури)?

- Слух: які звуки я чую (голоси, шум, тиша)?

- Дотик: що я відчуваю тілом (тканина одягу, опора підлоги, спинка стільця)?

- Нюх і смак: які запахи або присмаки помітні в цей момент?

Учасників заохочували проговорювати свої спостереження вголос, без оцінювання - лише описуючи фактично сприйняте.

3. Групове обговорення (15 хвилин). Учасники поділилися відчуттями від виконання вправи. Один із клієнтів відзначив, що вперше звернув увагу на текстуру оббивки стільця, і це його розслабило. Інший сказав: «Я почув, як тече вода в батареї. Раніше я взагалі не чув таких дрібних звуків». Один з учасників зазначив, що тиша викликає у нього тривогу, бо асоціюється з небезпекою - це стало відправною точкою для подальшої терапевтичної роботи.

4. Рефлексійна частина (10 хвилин). Терапевт поставив запитання: «Які у вас відчуття після фокусування на зовнішньому середовищі?», «Що вам допомагає заземлюватись у стресі?». Учасники зазначили, що навіть просте усвідомлення кольорів у кімнаті або прохолоди під руками допомагає «відпустити думки» і сконцентруватися на теперішньому. Один із клієнтів зізнався: «Я ніколи не думав, що речі навколо можуть бути моїм ресурсом».

5. Завершення (5 хвилин). Учасникам було запропоновано обрати одну сенсорну дію для щоденного застосування (наприклад: «відчути тканину одягу», «знайти три кольори навколо»). Також було запропоновано мікропрактику: у разі тривоги - назвати по черзі 5 речей, які бачиш; 4 - які чуєш; 3 - яких торкаєшся; 2 - які відчуваєш через нюх; 1 - на що звертаєш увагу у смаку.

Підсумок заняття: цей блок допоміг учасникам відчувати реальність як джерело безпеки. У багатьох виник інтерес до навколишнього середовища, яке раніше сприймалося як тло. Сенсорне заземлення виявилось несподівано ефективним засобом стабілізації - без зовнішніх стимуляторів. Вправа сприяла формуванню нових звичок у стресових ситуаціях та розширенню уявлення про можливість впливу на власний стан через прості, доступні дії.

Заняття 3. Середня зона: думки, емоції, образи [33].

Мета заняття: допомогти учасникам розпізнавати думки, образи, емоції та пов'язувати їх із тілесними й поведінковими реакціями; активізувати

внутрішній діалог; знизити напругу, пов'язану з «неперетравленими» фрагментами досвіду.

Структура заняття:

1. Вступна частина (5 хвилин). Терапевт озвучив тему заняття та запропонував учасникам подумати над питанням: «Що відбувається всередині мене, коли я зупиняюсь і прислухаюсь до себе?». Було пояснено, що середня зона не є «помилкою» або «непотрібною балаканиною», а джерелом важливої інформації про внутрішній світ.

2. Основна вправа (15 хвилин). Учасникам запропонували закрити очі, зробити кілька глибоких вдихів і послідовно дослідити: - які думки виникають прямо зараз;

- чи з'являються образи, спогади, фрази, уривки внутрішнього діалогу;
- які емоції супроводжують ці думки або образи;
- який зв'язок існує між цим змістом і тілесними реакціями.

Терапевт підкреслив важливість безоцінного спостереження. Учасники фіксували те, що виникало, а після завершення вправи записували кілька ключових фраз або образів.

3. Групове обговорення (15 хвилин). У процесі обговорення учасники поділилися пережитим. Один із клієнтів згадав сцену, коли батько мовчки проходив повз нього після сварки - і відчув те саме безсилля. Інша учасниця зазначила, що її внутрішній голос повторював: «Ти нічого не варта». Ці образи й фрази дали змогу виявити домінантні переконання, які зазвичай діють несвідомо.

4. Рефлексійна частина (10 хвилин). Група аналізувала запитання: «Як ці думки або образи впливають на мої емоції?», «Який зв'язок між внутрішнім монологом і моєю поведінкою?». Багато учасників вперше усвідомили, що багато їхніх реакцій зумовлені непомітними фоновими думками. Було зроблено висновок, що думки не є об'єктивною істиною, однак мають силу формувати внутрішню і зовнішню реальність.

5. Завершення (5 хвилин). Учасникам запропоновано впродовж тижня звертати увагу на зміст середньої зони: типові фрази у внутрішньому монологі, емоції, які виникають при спогадах, фантазії та переконання, що впливають на настрій.

Підсумок заняття: учасники отримали перший досвід спостереження за власним мисленням у безпечному середовищі. Це дозволило їм побачити, як автоматичні думки та глибинні переконання впливають на емоційний стан і поведінку. Розпізнавання цих патернів стало підґрунтям для подальшої КПТ-роботи, спрямованої на їхню трансформацію. Зменшення страху перед «голосом у голові» стало однією з перших ознак емоційного прогресу.

Заняття 4. Арт-терапія: робота з емоціями через символіку і колір.

Четверте заняття програми було орієнтоване на використання арт-терапевтичних інструментів для роботи з емоційним досвідом [1]. На цьому етапі учасники вже мали первинні навички тілесної та когнітивної саморефлексії, а також перший досвід усвідомлення власних емоцій. Завдяки арт-терапії з'явилася можливість виразити внутрішній досвід у невербальній формі, обійти раціональний захист і сформувати нові способи контакту з почуттями.

Особливу актуальність ця методика має у роботі із залежними клієнтами, для яких вербалізація почуттів часто є складним і небезпечним процесом. Емоції або не ідентифікуються, або подаються в надмірно загальному вигляді: «мені погано», «все дістало», «я пустий». Арт-терапія дозволяє створити перехідний простір, де емоції можуть бути візуалізовані, досліджені та прийняті без прямих конфронтацій.

Мета заняття: дати учасникам можливість дослідити, візуалізувати та назвати свої емоції через творчий процес; активізувати внутрішній діалог і асоціативне мислення; сприяти самоприйняттю.

Структура заняття:

1. Вступна частина (10 хвилин). Терапевт ознайомив групу з форматом заняття. Було підкреслено, що «художні здібності» не мають жодного значення - важливий лише особистий зміст зображень. Звучали запитання:

- Як ви зазвичай виражаєте свої почуття?
- Які кольори або форми асоціюються у вас з різними емоціями?
- Чи є емоції, яким складно знайти форму або голос?

2. Основна частина - вправа «Карта емоцій» (30 хвилин). Кожен учасник отримав аркуш формату А3 та набір матеріалів (фарби, олівці, фломастери, кольоровий папір, клей, текстури). Інструкція:

- подумайте про емоції, які супроводжують вас останнім часом;
- зобразіть їх у вигляді карти - через кольори, форми, символи;
- за бажанням позначте, де саме ці емоції «живуть» у тілі;
- можна додати слова, фрази або уривки з пісень чи снів, які передають ваш стан.

3. Групове обговорення (15 хвилин). Учасники (за бажанням) презентували свої роботи. Одна з учасниць розповіла, що зобразила свій страх у вигляді чорного кола в центрі малюнка, яке поглинає яскраві кольори навколо. Інший клієнт створив «місто гніву» - у вигляді абстрактної карти з вулканами і блискавками, де кожна вулиця була названа на честь ситуації, яка викликає роздратування. У групі виникла підтримуюча атмосфера - учасники почали давати назви своїм почуттям, співвідносити їх між собою.

4. Рефлексійна частина (10 хвилин). Терапевт ставив питання:

- Що вас здивувало у вашій карті?
- Чи було складно дозволити собі виразити те, що відчуваєте?
- Як ці зображення співвідносяться з вашим щоденним досвідом?

Один із клієнтів зізнався: «У мене весь малюнок сірий, хоча я думав, що в мені багато гніву. Тепер думаю, що я більше пригнічений». Інша учасниця помітила, що змогла зобразити емоції, які не могла раніше назвати.

5. Завершення (5 хвилин). Кожен учасник отримав завдання - спробувати щодня звертати увагу на кольори навколо себе і фіксувати, з якими

емоціями вони асоціюються. Це допомагало тренувати емоційну ідентифікацію у простих щоденних ситуаціях.

Підсумок заняття: «Карта емоцій» стала першою вправою, яка дозволила учасникам побачити власні емоції зовні, створити між ними просторові відношення та надати форму. Цей процес посилив саморефлексію та відкрив нові шляхи для самовираження. Багато учасників відзначили, що вперше відчули, що «мають право» на свої почуття. Вправа активізувала здатність до символічного мислення - як спосіб контакту з тим, що не піддається прямій мові. Завдяки арт-формату напруга у групі знизилась, з'явилась більша емоційна відкритість.

Заняття 5. Рольові ігри: вираження емоцій та конструктивна комунікація.

П'яте заняття програми було присвячене інтеграції отриманих навичок усвідомлення емоцій у міжособистісну площину. Якщо попередні блоки фокусувалися на внутрішньому сприйнятті (тілесному, сенсорному, когнітивному), то наступним логічним кроком стала здатність відкрито виражати емоції у взаємодії, а також розпізнавати їх у поведінці інших. Саме цей навик є одним із найскладніших для людей із залежністю, оскільки більшість з них звикли приховувати, придушувати або неконтрольовано «виплескувати» емоції, часто в агресивній або пасивно-уникаючій формі.

Порушення комунікації в таких клієнтів часто виявляється у вигляді:

- емоційної надмірності (гнів, сльози, звинувачення);
- зворотного феномену - емоційної відстороненості або соціальної маски;
- труднощів з розпізнаванням емоцій у себе та інших;
- очікування негативної реакції або відмови - ще до початку діалогу.

Мета заняття: розвиток навичок конструктивної комунікації, вираження почуттів у межах безпечного контакту, формування емпатії та здатності розпізнавати емоційний стан інших.

Структура заняття:

1. Вступна частина (10 хвилин). Учасникам було запропоновано обговорити, які емоції їм складно висловлювати іншим людям. Звучали відповіді: «злість», «розчарування», «вразливість», «сором». Терапевт підкреслив, що саме ті почуття, які не мають «каналу виходу», стають причиною емоційного зриву або замикання.

2. Основна частина (60 хвилин). Проводилась серія рольових ігор, в яких реабілітанти моделювали типові конфліктні або емоційно насичені ситуації:

- конфлікт із членом сім'ї, який не підтримує тверезість;
- ситуація критики з боку консультанта;
- нерозуміння у групі чи почуття ізоляції.

У кожному сценарії один учасник виконував роль «себе», інший - роль «іншого» (батька, друга, консультанта). Після першого програвання сцени (автоматична реакція) відбувалась зупинка та коротка рефлексія: «Що я сказав? Чого не сказав?», «Чи це дійсно те, що я хотів висловити?».

Потім проводилось повторне програвання сцени - з акцентом на усвідомлене вираження почуттів і потреб. Використовувались такі фразові конструкції:

- «Я відчуваю... коли ти...»;
- «Мені важливо...»;
- «Я хотів би, щоб...».

Після вправ кожен учасник коротко поділився, що було для нього найскладнішим, а що допомогло почути іншого.

3. Додаткова вправа - розпізнавання емоцій (10 хвилин). Учасникам роздали картки з назвами емоцій (сором, гнів, тривога, надія, провина, розчарування). Завдання - невербально зобразити цю емоцію (міміка, поза, рух), щоб інші змогли її впізнати. Це дозволило активізувати емоційну інтуїцію та емпатійне сприйняття.

4. Групова рефлексія (10 хвилин). Обговорювались запитання:

- Що було найважчим - говорити про емоції чи чути їх від інших?

- Які слова чи реакції стали для вас підтримкою?
- Чи є щось, що ви хотіли б «привнести» у свої щоденні стосунки?

Один із учасників сказав: «Мені було складно сказати про своє розчарування, але коли я це озвучив - виявилось, що інша людина мене почула». Інший поділився: «Я завжди боявся говорити про потреби, бо думав, що це слабкість. Сьогодні відчув, що це про силу».

5. Завершення (5 хвилин). Учасникам запропонували протягом тижня фіксувати ситуації, в яких вони виразили свої почуття, та їхню реакцію - емоційну та поведінкову. Також кожен обрав «емоцію тижня», яку прагнув краще розпізнавати у собі та в інших.

Підсумок заняття: учасники вперше відчули досвід відкритої взаємодії, де емоції не ігноруються, не знецінюються і не вибухають, а озвучуються в межах контакту. Це створило відчуття довіри у групі, підвищило емоційну чутливість і зменшило рівень напруги. Формувалась первинна навичка конструктивної конфронтації - здатність заявити про себе без агресії чи уникнення. У деяких клієнтів з'явилося нове відчуття: «Я можу бути емоційним - і це не руйнує стосунки».

Заняття 6. Вправа «Лист емоціям»: робота з заблокованими почуттями [1].

У шостому занятті акцент було зроблено на тій частині емоційного досвіду, яка найчастіше втрачається, витісняється або придушується особами з залежною поведінкою. Це ті емоції, до яких клієнт роками не торкається - не лише через страх чи сором, а й через брак інструментів для їх осмислення. Гнів, провина, сором, туга, біль або навіть радість можуть виявитися неприйнятними - як через внутрішні заборони, так і через попередній негативний досвід. Вправа «Лист емоціям» була побудована як особиста письмова зустріч із тим почуттям, яке найважче прожити.

Мета заняття: створити безпечний формат для контакту з «відкинутими» або травматичними емоціями; дати голос тій частині

емоційного світу, яка зазвичай не має права на існування; інтегрувати ці почуття через усвідомлення і вираження.

Структура заняття:

1. Вступна частина (10 хвилин). Терапевт підготував учасників до глибокої індивідуальної роботи. Уточнював, що мета вправи - не «перемогти» емоцію, а дати їй можливість висловитися. Запитання, які звучали перед початком:

- Яка емоція лякає вас найбільше?
- Чи є почуття, яке переслідує, але якого ви намагаєтесь уникати?
- Що ця емоція хоче вам сказати, але ви її не слухаєте?

2. Основна вправа - написання листа (20-25 хвилин). Кожен учасник отримав аркуш паперу й ручку. Інструкція звучала так:

- оберіть емоцію, з якою хочете поговорити;
- уявіть, що ця емоція - жива істота, яка має голос, характер, історію;
- напишіть лист від її імені до себе. Що вона відчуває? Чого прагне?

Чому вона з'явилась? Що вона хоче вам сказати?

Учасники поринули у глибоку тишу. Дехто писав швидко, емоційно, дехто довго зупинявся між реченнями. Було видно, що це не просто вправа, а внутрішній діалог з частиною себе.

3. Групове обговорення (15 хвилин). За бажанням, учасники поділилися уривками листів або своїми враженнями. Один клієнт, який писав лист від імені гніву, зазначив: «Він сказав мені: я не ворог, я хочу, щоб ти себе захищав». Інша учасниця, яка писала лист до страху, зізналась: «Він втомився кричати і хоче, щоб його просто обійняли». Багато хто говорив про подив, сум, полегшення після написання - наче «емоція отримала право бути».

4. Рефлексійна частина (10 хвилин). Учасники відповідали на питання:

- Чи змінилося ваше ставлення до цієї емоції після листа?
- Як ви тепер сприймаєте її роль у вашому житті?
- Чи є щось, що ви хотіли би сказати їй у відповідь?

Це обговорення дозволило побачити, що навіть «негативні» почуття мають цінність - вони сигналізують про потреби, межі, біль, бажання бути почутими.

5. Завершення (5 хвилин). Терапевт запропонував учасникам зберегти лист або знищити - залежно від особистого вибору. Це підтримало досвід автономії та відповідальності. Також запропоновано продовжити практику «внутрішнього діалогу» у вигляді коротких нотаток, звернених до своїх емоцій у складні моменти.

Підсумок заняття: багато учасників вперше дозволили собі подивитися в обличчя власному гніву, страху або болю. Ця зустріч виявилася не руйнівною, як вони очікували, а цілющою. З'явилося відчуття, що навіть найскладніші почуття - частина особистості, а не вороги. Письмова форма надала відчуття контролю, знизила інтенсивність переживань і дала змогу розпочати процес емоційної інтеграції. У декого це стало ключовою точкою зміни ставлення до себе.

Заняття 7. КПТ: техніка «STOP» і аналіз стресових тригерів [37].

На цьому занятті учасники переходили до практичного засвоєння технік когнітивно-поведінкової самодопомоги. Попередні вправи були орієнтовані на розвиток усвідомлення та емоційної чутливості. Водночас для осіб із залежностями підвищення усвідомлення без інструменту саморегуляції може викликати зростання тривожності, самозвинувачення або імпульсивного реагування. Саме тому наступним логічним кроком стало навчання навички паузи та швидкої стабілізації в момент стресу чи ризику зриву.

Це заняття було спрямоване на формування внутрішнього алгоритму: помітити - зупинитися - зробити вибір, що є протилежністю автоматизованої реакції на тригер.

Мета заняття - навчити учасників виявляти власні тригери, зупиняти імпульсивну реакцію та обирати адаптивну поведінку; розвинути навички самоспостереження і короткочасної стабілізації у критичних ситуаціях.

Структура заняття:

1. Вступна частина (10 хвилин)

Терапевт коротко пояснив, як працює автоматична реакція на стрес у залежної особистості: тригер → імпульс → дія (наприклад, крик, втеча, вживання). Учасників запитали:

- У яких ситуаціях ви не можете «взяти себе в руки»?
- Що зазвичай запускає вашу емоційну реакцію?

Потім було представлено техніку STOP як просту, але дієву практику для перехоплення імпульсу:

- S (Stop) - зупинись
- T (Take a breath) - глибокий вдих-видих
- O (Observe) - що я думаю, відчуваю, як реагує тіло?
- P (Proceed) - який варіант дії я можу обрати?

2. Аналіз стресових тригерів (10 хвилин)

Кожен учасник отримав бланк (Додаток Д), у якому мав описати:

- типову стресову ситуацію (реальну з життя);
- автоматичну реакцію на неї;
- емоції та тілесні прояви, які її супроводжують;
- альтернативну реакцію після зупинки.

Один із учасників описав, як різке слово з боку консультанта викликає в нього імпульс «вийти з кімнати і грюкнути дверима». У ході аналізу він помітив, що за цією реакцією стоїть глибоке переконання: «Я не маю права на помилку».

3. Рольові ігри (20 хвилин). Група відпрацьовувала застосування техніки STOP у типових ситуаціях:

- конфлікт у спальні гуртожитку;
- спокуса порушити режим;
- розмова, яка викликає сором чи гнів.

Кожен сценарій розігрувався двічі: перший раз - як зазвичай (автоматично), другий - із застосуванням STOP. Учасники порівнювали свої реакції, фіксували зміни в емоціях, мові, тілі.

4. Рефлексія (10 хвилин). Група обговорила:

- Що було найважчим у зупинці?
- Що допомагало зробити вдих, не відповісти одразу?
- Як відчуваєшся, коли маєш вибір, а не дієш на автоматі?

Один із клієнтів зазначив: «Я завжди думав, що мушу миттєво захищатись. STOP дав мені змогу подумати - і виявилось, я не хочу сварки».

5. Завершення (5 хвилин) Учасникам запропонували завести «щоденник STOP», де вони могли б коротко записувати ситуації, у яких їм вдалося (або не вдалося) зупинити автоматичну реакцію. Це сприяло перенесенню навички у повсякденне життя.

Підсумок заняття: учасники отримали відчуття внутрішнього контролю, навіть у складних ситуаціях. Було помітно, що практика STOP викликає спочатку опір («немає часу зупинитися», «реакція вже пішла»), але вже після кількох вправ учасники почали використовувати її інтуїтивно. Особливо цінною вона стала для тих, хто раніше вважав свої емоційні спалахи «неминучими». З'явилося нове відчуття: я не зобов'язаний діяти так, як раніше - у мене є вибір.

Заняття 8. КПТ: когнітивна реструктуризація «Докази за і проти».

Завершальне заняття програми було присвячене інтеграції попередніх блоків через усвідомлену роботу з переконаннями та мисленням. У межах когнітивно-поведінкового підходу автоматичні негативні думки (АНД) розглядаються як одна з головних причин емоційної дестабілізації та підтримання залежної поведінки. Ці думки часто сприймаються як абсолютна істина та не піддаються сумніву, навіть якщо суперечать фактам.

Учасники вже мали досвід роботи з емоціями, тілесними сигналами, тригерами. Настав час дослідити переконання, що формують реакції на життєві ситуації - переконання про себе, інших, світ. Вправа «Докази за і проти» була обрана як проста та структурована техніка роботи з АНД, що дозволяє знижувати їхню силу та формувати реалістичні альтернативи.

Мета заняття: навчити учасників виявляти негативні автоматичні думки, критично оцінювати їхню достовірність, формувати підтримувальні альтернативи; розвивати навички рефлексії, самопідтримки та внутрішнього діалогу;

Структура заняття: вступна частина (10 хвилин): терапевт пояснив механізм дії АНД: думка → емоція → поведінка → наслідок. Приклад: «Я нічого не вартую» → відчуття безнадії → уникнення дій → підкріплення негативного самосприйняття;

Представлена техніка «Докази за і проти», яка передбачає постановку думки «на лаву підсудних» із запитаннями: «Чи справді це так?», «Чи є інші пояснення?»;

Ідентифікація АНД (10 хвилин): кожен учасник згадав типову для себе негативну думку, що виникає у кризі:

- «я все одно зірвусь»;
- «мені ніхто не допоможе»;
- «я завжди все псую»;
- «я недостатньо сильний, щоб змінитись».

Аналіз доказів (20 хвилин): учасники заповнили таблицю з двома колонками:

- докази, що підтверджують думку;
- докази, що її спростовують.

Один із учасників зазначив: «Я думав, що не можу утриматись - але вже три тижні в центрі». Інший сказав: «Я постійно себе звинувачую, хоча часто підтримував інших».

Формулювання альтернативної думки (10 хвилин): на основі аналізу сформульовано нові твердження:

- «я не завжди діяв правильно, але вчуся змінюватись»;
- «у мене є досвід стійкості - я можу на нього спиратись»;
- «навіть якщо я помиляюсь - я не приречений».

Рефлексія і завершення (10 хвилин): обговорювались питання:

- Як змінюється емоція після формування нової думки?
- Чи виникає відчуття тілесного розслаблення?
- Як нове твердження може змінити поведінку в майбутньому?

Учасники зауважили, що навіть якщо нова думка ще не сприймається як «своя», вже сам процес її створення знижує емоційне напруження;

Завершальне заняття стало кульмінацією програми. Учасники змогли побачити себе з нової перспективи, розпізнати і поставити під сумнів деструктивні переконання, відчувти внутрішню силу та надію. У групі сформувався початок внутрішнього діалогу підтримки, який може продовжуватись за межами терапевтичного простору.

Програма розвитку емоційної регуляції впроваджувалася у рамках практичної частини дослідження на базі реабілітаційного центру для осіб із різними формами залежностей. Формат реалізації передбачав групову роботу з фіксованим складом учасників, регулярністю 2 рази на тиждень, тривалістю заняття 90 хвилин. Загальна тривалість програми - 8 занять, що охоплювали ключові компоненти емоційної грамотності: усвідомлення, експресію, регуляцію та інтеграцію емоцій.

До участі в програмі було залучено 17 реабілітантів віком від 21 до 45 років, які перебували на стаціонарному етапі лікування в реабілітаційному центрі. Учасники були на різних стадіях тверезості (від 1 до 4 місяців) та мали досвід роботи з психологом у межах обов'язкової терапевтичної програми установи. Група була гетерогенною за віком, типом залежності (алкогольна, наркотична, ігрова, комп'ютерна) та особистісними характеристиками, однак мала спільну рису - відсутність сформованих навичок емоційного самоспостереження та регуляції.

Формування групи здійснювалося на основі принципу добровільності. Перед початком програми проводилась мотиваційна бесіда, під час якої обговорювались цілі програми, особливості роботи з емоціями, правила безпеки. Кожен учасник надав письмову згоду на участь у психологічному дослідженні.

Переважає більшість учасників мали позитивну установку на саморозвиток, проте рівень психологічної готовності до роботи з емоціями був різним. Частина реабілітантів відкрито говорила про страх «розкритись», інші - про небажання «відкривати старі рани». Зустрічались і клієнти з пасивною участю - присутніми фізично, але емоційно відстороненими. У таких випадках головним ресурсом став контакт у групі, який поступово стимулював включення, через механізми ідентифікації, емпатії, реакції на схожі переживання.

Мотивацію підтримувала регулярна рефлексія прогресу - на початку кожного заняття учасники коротко ділились спостереженнями після попередньої зустрічі. Також корисним виявилось записування емоційних станів у щоденнику, який частина учасників вела за власною ініціативою.

В процесі реалізації програми спостерігались типові реакції опору:

- інтелектуалізація («я все це знаю, але це не працює»);
- уникнення («нічого особливого не відчув», «немає про що говорити»);
- агресивне заперечення («це не має сенсу», «мені це не потрібно»);

У деяких учасників проявлявся регрес - повернення до захисних моделей поведінки, таких як відмова від участі в групі, знецінення досвіду або уникання зорового контакту. Такі реакції не сприймалися як провал, а використовувались як матеріал для роботи: досліджувалось, яку функцію виконує опір, яку емоцію він приховує, як його можна трансформувати в більш адаптивну форму.

Підтримка між сесіями та сесійна динаміка. У міжсесійний період відбувались важливі процеси: деякі учасники ініціювали бесіди на тему емоцій з іншими мешканцями центру; зростала кількість ситуацій, у яких вони усвідомлено фіксували та називали свій стан; виникали епізоди використання технік STOP або внутрішнього діалогу з емоціями - наприклад, «я сказав собі, що маю право на злість». Було помітно, як із кожним заняттям знижувався рівень емоційного напруження, зростала відкритість до зворотного зв'язку, зменшувався страх помилитися.

Приклади змін, зафіксованих у процесі програми. Учасники почали демонструвати зміни у поведінці та сприйнятті вже під час проходження програми: зменшилась кількість конфліктів у побуті центру; дехто почав активніше брати участь у групових обговореннях, де раніше мовчав; кілька клієнтів наважились відкрити складні емоційні теми у розмові з психологом; спостерігалось зростання емоційної диференціації - від загального «погано» до конкретного «відчуваю розчарування», «злість», «втому»;

Ці ознаки свідчать про те, що навіть у межах короткострокової програми, при регулярній підтримці та безпечному середовищі, можливе формування базових навичок емоційної регуляції. Особливу роль відігравала структура програми - поступове занурення, чергування вербальних і невербальних форм, баланс підтримки та виклику.

3.2 Ефективність впровадження програми емоційної регуляції для осіб із різними видами залежностей

Оцінка ефективності програми емоційної регуляції є важливою частиною емпіричного дослідження, що дозволяє не лише виявити динаміку психологічного стану учасників, але й оцінити потенціал запропонованої моделі роботи з емоціями у контексті залежної поведінки. У дослідженні було використано комплексний підхід до оцінювання - як із залученням психометричних шкал, так і через якісне спостереження за поведінковими змінами учасників у ході терапевтичної роботи.

Для кількісного аналізу ефективності було застосовано дві валідні психодіагностичні методики:

- TAS-26 (Toronto Alexithymia Scale) [44] - для оцінки рівня алекситимії, що відображає здатність особи ідентифікувати та вербалізувати емоції;
- PSS-10 (Perceived Stress Scale) [23] - для вимірювання рівня суб'єктивного стресу та сприйняття навантаження;

У дослідженні брали участь дві групи: експериментальна (17 учасників), які проходили повний курс занять з розвитку емоційної регуляції; контрольна група (15 учасників), які не залучались до програми, але перебували в реабілітаційному центрі за стандартною терапевтичною програмою. Оцінка проводилась у два етапи - до початку програми та після її завершення.

Аналіз результатів показав позитивну динаміку змін у експериментальній групі як за шкалою алекситимії, так і за рівнем сприйнятого стресу.

За показником TAS-26 середній рівень алекситимії в експериментальній групі знизився з $M = 66,12$ ($SD = \pm 13,38$) до $M = 62,82$ ($SD = \pm 13,24$). Статистична обробка результатів за допомогою критерію Вілкоксона показала значуще зниження цього показника: $Z = -2,83$; $p = 0,01$. Це свідчить про достовірне покращення здатності учасників усвідомлювати і називати свої емоції.

Щодо рівня сприйнятого стресу (PSS-10), також зафіксовано зниження середнього балу - з $M = 19,94$ ($SD = \pm 6,81$) до $M = 18,06$ ($SD = \pm 8,50$). Згідно з результатами статистичного аналізу, зміна була на межі статистичної значущості: $Z = -2,00$; $p = 0,05$. Це дає підстави припустити, що участь у програмі сприяла зменшенню суб'єктивного відчуття напруги та тривожності.

Для перевірки того, що зміни не є наслідком інших чинників (наприклад, спонтанного покращення чи дії зовнішніх змінних), результати експериментальної групи було зіставлено з показниками контрольної групи. У контрольній групі не зафіксовано статистично значущих змін.

Так, за шкалою TAS-26 середній бал змінився незначно - з $M = 72,47$ ($SD = \pm 17,67$) до $M = 71,93$ ($SD = \pm 18,19$) при $Z = -0,69$; $p = 0,49$. Подібна ситуація спостерігалась і за шкалою PSS-10: середній бал зріс з $M = 19,53$ ($SD = \pm 4,39$) до $M = 20,67$ ($SD = \pm 4,32$), що також є статистично незначущим ($Z = -1,54$; $p = 0,12$).

Ці дані дозволяють припустити, що зміни в експериментальній групі були зумовлені саме участю в програмі емоційної регуляції, а не зовнішніми чинниками.

Окрім психометричних показників, було зафіксовано низку поведінкових і вербальних змін, що свідчать про покращення емоційної чутливості учасників:

- з'явилась емоційна мова - учасники почали використовувати точні визначення почуттів: «розгубленість», «роздратування», «вдячність», «тривожне очікування» замість узагальненого «погано»;

- у поведінці спостерігались зниження уникнення, зростання відкритості, вміння залишатися в контакті під час конфлікту, більше конструктивної комунікації;

- у кількох учасників зафіксовані епізоди самотійного застосування технік STOP, рефлексії думок, спроби вербалізувати тілесні сигнали («я відчув напругу в грудях і зрозумів, що це не страх, а сором»).

Ці якісні зміни не лише підтверджують кількісні результати, а й демонструють початок інтеграції емоційного досвіду у поведінкову практику.

Застосована програма емоційної регуляції виявилась ефективною в роботі з особами, що мають залежності. Вона сприяла зниженню рівня алекситимії - тобто зростанню здатності ідентифікувати та висловлювати власні емоції, - а також зменшенню суб'єктивного рівня стресу, що є ключовими завданнями у психокорекції залежної поведінки. Статистично значущі результати в експериментальній групі та відсутність змін у контрольній підтверджують позитивний ефект саме від цілеспрямованого психотерапевтичного втручання.

Отримані результати можуть бути використані для подальшої розробки програм реабілітації з акцентом на емоційний розвиток клієнтів.

ВИСНОВКИ

Дослідження психологічної допомоги особам із залежностями, проведене в рамках цієї дипломної роботи, дало змогу здійснити комплексний аналіз феномена залежної поведінки з огляду на її психологічні, емоційні та когнітивні чинники. У результаті було досягнуто поставленої мети - поєднати теоретичне розуміння природи залежності з емпіричним дослідженням ефективності психотерапевтичного втручання, орієнтованого на розвиток емоційної регуляції.

Перш за все, на основі теоретичного аналізу було встановлено, що залежна поведінка є багаторівневим психологічним утворенням, яке формується внаслідок порушень раннього емоційного досвіду, травматичних подій, дефіциту стійких прив'язаностей та неспроможності особи до адаптивного самозаспокоєння. У роботі розглянуто сучасні теоретичні підходи до адиктивної поведінки - нейробіологічні, психоаналітичні, когнітивно-поведінкові та гуманістичні концепції, - що дало змогу сформуувати широку парадигму розуміння адикцій.

Особливу увагу приділено феномену алекситимії як предиктору розвитку залежної поведінки. Дані, отримані за допомогою шкали TAS-26, свідчать про високу поширеність труднощів у розпізнаванні та вербалізації емоцій серед осіб із адиктивною поведінкою. Водночас емпіричний матеріал підтвердив, що рівень алекситимії безпосередньо корелює з інтенсивністю суб'єктивного переживання стресу, що було виявлено за допомогою шкали PSS-10. Це дозволило обґрунтувати гіпотезу про роль емоційної дезрегуляції в підтриманні залежного функціонування.

На основі виявлених закономірностей було розроблено програму психологічної допомоги, спрямовану на розвиток емоційної грамотності осіб із залежностями. Програма ґрунтувалась на поєднанні технік гештальт-терапії, когнітивно-поведінкових інтервенцій, тілесної усвідомленості та практик самоспостереження. Вона включала вправи на розпізнавання емоцій,

вербалізацію почуттів, тілесну рефлексію, роботу з тригерами та побудову безпечного контакту з іншими. Ключовим завданням було формування здатності залишатися в емоційному контакті, не уникаючи переживань, що викликали раніше імпульс до вживання.

Емпірична перевірка ефективності програми проводилась у форматі порівняння експериментальної та контрольної груп клієнтів реабілітаційного центру. Отримані результати засвідчили статистично значуще зниження рівня алекситимії та сприйнятого стресу у експериментальній групі після проходження програми. Крім кількісних змін, зафіксовано низку якісних трансформацій у поведінці учасників: зростання емоційної мови, конструктивної комунікації, зменшення уникання та здатність до усвідомленого контакту із внутрішніми переживаннями.

У результаті проведеної роботи підтверджено доцільність використання програм емоційної регуляції в контексті реабілітації осіб із залежностями. Ефективність такого втручання виявляється не лише у зменшенні симптомів, але й у зміні патернів взаємодії зі світом, емоціями та тілом. На основі дослідження сформульовано низку практичних рекомендацій щодо впровадження подібних програм у системах психологічної допомоги. Серед них - важливість тривалого супроводу, врахування тілесного аспекту переживань, залучення групової динаміки та гнучке поєднання психотерапевтичних підходів.

Таким чином, результати дослідження мають теоретичне, прикладне та соціальне значення. Вони підтверджують необхідність цілісного підходу до надання психологічної допомоги залежним особам, що включає не лише роботу з поведінкою, але й із глибинними механізмами емоційної обробки та саморегуляції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бедіченко О., Раєвська Я. Концепції та методики арт-терапії: розвиток і впровадження в Україні // Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2024. № 3(64). С. 5–11.
<https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.3.1>
2. Бріш К. Г. Психоаналіз. – Київ : Літопис, 2014. – 316 с.
3. Даниляк О., Маринець С.-А., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень // Праці НТШ. Медичні науки. 2016. Т. XLV. С. 27–40.
4. Еріксон Е. Г. Дитинство і суспільство. – Київ : Основи, 2020. – 432 с.
5. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : ВСВ «Медицина», 2023. – 288 с.
6. Католик Г. В. Практикум з арттерапії. – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2020. – 240 с.
7. Конференція з питань залежної поведінки. Дев'ята українська конференція НАГТУ. – Київ, 25–26 лютого 2025.
8. Корольов К. Ю. Залежність // Бурлака Р. (ред.) Психологічне консультування. – Київ : Психологія, 2021. – 152 с.
9. Мак-Вільямс Н. Психоаналітична діагностика. – Вінниця : Видавничий дім SKY Print, 2020. – 384 с.
10. Новак А. Фрустраційна толерантність // Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2023. № 5(61). С. 12–17. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2023.5.2>
11. Османова А. М., Хорунженко Г. В. Клінічна психологія : навч. посіб. – Київ : ЗВО «Відкритий міжнар. ун-т розвитку людини «Україна», Ін-т соціальних технологій, 2023. – 328 с.
12. Перлз Л., Гудман П. Гештальт-терапія: збудження і зростання в людській особистості. – Київ : Центр учбової літератури, 2020. – 452 с.

13. Поттер-Ефрон Р. Т. Клінічна психотерапія. – Київ : Альянс, 2012. – 416 с.
14. Спеціалізація «Гештальт-психотерапія залежної поведінки». – НАГТУ, 2023–2024. – Програма курсу.
15. Старинська О. Проблема психологічної сутності понять «соціальний інтелект» та «емоційний інтелект»: науковий дискурс // Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2022. № 3(56). С. 40–44. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2022.3.6>
16. Adalier A., Balkan E. The relationship between Internet addiction and psychological symptoms // International Journal of Global Education. 2012. Vol. 1, № 2. P. 42–49.
17. Alavi S. S. et al. The effect of psychiatric symptoms on the internet addiction disorder in Isfahan's University students // Journal of Research in Medical Sciences. 2011. Vol. 16, № 6. P. 793–800.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington : APA, 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
19. Beck J. S. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (3rd ed.). New York : Guilford Press, 2020.
20. Brand M. et al. Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An I-PACE model // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2016. Vol. 71. P. 252–266. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.033.
21. Brady K. T., Levin F. R., Galanter M., Kleber H. D. (Eds.). The American Psychiatric Association Publishing textbook of substance use disorder treatment (6th ed.). Washington : APA Publishing, 2025.
22. Charlton J. P., Danforth I. D. Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing // Computers in Human Behavior. 2007. Vol. 23, № 3. P. 1531–1548. DOI: 10.1016/j.chb.2005.07.002.

23. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24, № 4. P. 385–396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
24. Flisher C. Getting plugged in: An overview of Internet addiction // *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2010. Vol. 46, № 10. P. 557–559. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2010.01879.x
25. Gainsbury S., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31, № 3. P. 490–498. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.11.007
26. Ghalehban M., Besharat M. A. Examination and comparison of alexithymia and self-regulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2011. Vol. 30. P. 35.
27. Ha J. H. et al. Depression and Internet addiction in adolescents // *Psychopathology*. 2007. Vol. 40, № 6. P. 424–430. DOI: 10.1159/000107426. PMID: 17709972
28. Hawi N. S., Samaha M. To excel or not to excel: Strong evidence on the adverse effect of smartphone addiction on academic performance // *Computers & Education*. 2016. Vol. 98. P. 81–89. DOI: 10.1016/j.compedu.2016.03.007
29. Haviland M. G., Hendryx M. S., Shaw D. G., Henry J. P. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence // *Comprehensive Psychiatry*. 1994. Vol. 35, № 2. P. 124–128.
30. Haviland M. G., Shaw D. G., MacMurray J. P., Cummings M. A. Validation of the Toronto alexithymia scale with substance abusers // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1988. Vol. 50, № 2. P. 81–87.
31. Hintikka J., Honkalampi K., Lehtonen J., Viinamaki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? A study in a general population // *Comprehensive Psychiatry*. 2001. Vol. 42, № 3. P. 234–239.
32. Hyun G. J. et al. Risk factors associated with online game addiction: A hierarchical model // *Computers in Human Behavior*. 2015. Vol. 48. P. 706–713. DOI: 10.1016/j.chb.2015.02.008

33. Joyce P., Sills C. Skills in Gestalt counselling & psychotherapy (4th ed.). London : SAGE Publications Ltd, 2018.
34. Kim E. J., Kim S. J. Internet game addiction, depression, and escape from negative emotions in adolescence: A structural modeling approach // Korean Journal of Youth Studies. 2010. Vol. 17, № 2. P. 77–99.
35. Kokkonen P. et al. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults // Comprehensive Psychiatry. 2001. Vol. 42, № 6. P. 471–476.
36. Koob G. F., Volkow N. D. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis // The Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3, № 8. P. 760–773.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
37. Leahy R. L. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide (2nd ed.). New York : Guilford Press, 2017.
38. Lembke A. Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence. New York : Penguin Publishing Group, 2021.
39. Porges S. W. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. New York : W. W. Norton & Company, 2011.
40. Robinson T. E., Berridge K. C. Addiction // Annual Review of Psychology. 2003. Vol. 54. P. 25–53.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>
41. Rybakowski J. et al. High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence // Drug and Alcohol Dependence. 1988. Vol. 21, № 2. P. 133–136.
42. Sapolsky R. M. Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping (3rd ed.). New York : Henry Holt and Company, 2004.
43. Sifneos P. E. The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients // Psychotherapy and Psychosomatics. 1973. Vol. 22, № 2. P. 255–262. <https://doi.org/10.1159/000286529>

44. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A. Construct validity and clinical utility of the Toronto Alexithymia Scale // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1988. Vol. 50, № 1. P. 17–23. <https://doi.org/10.1159/000288170>
45. Volkow N. D., Koob G. F., McLellan A. T. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction // *New England Journal of Medicine*. 2016. Vol. 374, № 4. P. 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>
46. Woititz J. G. *Adult Children of Alcoholics*. – Deerfield Beach : Health Communications, 1983. – 254 c.
47. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.; ICD-11)*. Geneva : WHO, 2019. <https://icd.who.int>
48. Yao M. Z., Zhong Z. J. Loneliness, social contacts and Internet addiction: A cross-lagged panel study // *Computers in Human Behavior*. 2014. Vol. 30. P. 164–170. DOI: 10.1016/j.chb.2013.08.007
49. Young K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // *CyberPsychology & Behavior*. 1998. Vol. 1, № 3. P. 237–244. DOI: 10.1089/cpb.1998.1.237
50. Young K. S., Rogers R. C. The relationship between depression and Internet addiction // *CyberPsychology & Behavior*. 1998. Vol. 1, № 1. P. 25–28. DOI: 10.1089/cpb.1998.1.25