УДК 159.98:616.89-008.441.1:615.851
DOI https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2026.3.13

Просвєтін О. С.
аспірант кафедри психології
Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького
ORCID: 0009-0002-3444-7612

НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ ТА РЕЛЯЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕГРАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ

NEUROBIOLOGICAL AND RELATIONAL FEATURES OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY FOR ADDICTIONS

У статті розглянуто теоретичні засади та практичні можливості застосування методів інтегративної психотерапії Р. Ерскіна в комплексному лікуванні залежностей. Актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості звернень з приводу залежної поведінки в умовах хронічного стресу воєнного часу, а також обмеженою ефективністю суто симптоматичних і поведінкових підходів, які недостатньо враховують глибинні дефіцити контакту та порушену автономію особистості. Метою статті є обґрунтування клінічної доцільності поєднання нейробіологічних знань про систему винагороди мозку з класичними положеннями транзактного аналізу та інтегративної психотерапії в роботі із залежною поведінкою. Проаналізовано механізми функціонування дофамінергічних шляхів (мезолімбічного, мезокортикального, нігростріарного) і їх дисфункцію за умов хронічного вживання психоактивних речовин, а також вплив травматичного досвіду дитинства на розвиток гіпокампа й префронтальної кори, що визначає підвищену вразливість особистості до формування залежності. Розкрито механізм формування амбівалентних екзистенційних позицій «Я-ОК / Ти-не-ОК» за Е. Берном як психологічного підґрунтя саморуйнівної поведінки. Обґрунтовано розуміння автономії й контакту за Р. Ерскіном як центральної терапевтичної мішені відновлювальної роботи із залежними клієнтами. Описано практичні етапи та інтервенції інтегративної психотерапії – від стабілізації й відновлення тілесної регуляції до реконструкції сценарних рішень і розвитку здатності до контакту. Наведено емпіричні дані масштабного натуралістичного дослідження та контрольованого квазіекспериментального дослідження, які підтверджують клінічну ефективність реляційно орієнтованої психотерапії в лікуванні залежності. Результати дослідження можуть бути корисні практичним психологам, психотерапевтам і фахівцям реабілітаційних центрів, які працюють із залежною поведінкою в умовах сучасної України.

Ключові слова: інтегративна психотерапія, транзактний аналіз, залежність, система винагороди, автономія, контакт, психологічна травма.

The article examines the theoretical foundations and practical applications of R. Erskine's methods of integrative psychotherapy in the comprehensive treatment of addictions. The relevance of the study is determined by the growing number of cases of addictive behaviour under conditions of chronic wartime stress, as well as by the limited effectiveness of purely symptomatic and behavioural approaches that insufficiently address the underlying deficits in contact and disrupted personal autonomy. The purpose of the article is to substantiate the clinical value of combining neurobiological knowledge of the brain's reward system with the classical concepts of transactional analysis and integrative psychotherapy in working with addictive behaviour. The mechanisms of dopaminergic pathways (mesolimbic, mesocortical, nigrostriatal) and their dysfunction under conditions of chronic substance use are analysed, together with the influence of childhood traumatic experience on the development of the hippocampus and prefrontal cortex, which determines increased vulnerability to addiction. The formation of the ambivalent existential positions "I'm OK / You're not OK" according to E. Berne is disclosed as the psychological basis of self-destructive behaviour. Autonomy and contact, as conceptualised by R. Erskine, are substantiated as the central therapeutic target of restorative work with addicted clients. The practical stages and interventions of integrative psychotherapy are described, from stabilisation and restoration of bodily regulation to the reconstruction of script decisions and the development of the capacity for contact. Empirical evidence from a large-scale naturalistic study and a controlled quasi-experimental study is presented, confirming the clinical effectiveness of relationally oriented psychotherapy in the treatment of addiction. The findings may be useful for practising psychologists, psychotherapists, and specialists at rehabilitation centres working with addictive behaviour in present-day Ukraine.

Key words: integrative psychotherapy, transactional analysis, addiction, reward system, autonomy, contact, psychological trauma.

Постановка проблеми. Залежна поведінка залишається однією з найскладніших проблем сучасної клінічної психології та психотерапії. В умовах повномасштабної війни в Україні кількість осіб, що звертаються по допомогу з приводу зловживання психоактивними речовинами, алкоголем, а також поведінкових залежностей, суттєво зросла, що пов'язано з накопиченням хронічного стресу, втратами, вимушеною міграцією та тривалим перебуванням у ситуаціях загрози. Водночас традиційні підходи до терапії залежностей, зосереджені переважно на усуненні симптому (відмові від речовини чи поведінки), демонструють обмежену стійкість результату: рецидив після завершення реабілітаційної програми залишається радше правилом, ніж винятком.

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Причина цієї обмеженості, полягає в тому, що залежна поведінка є не ізольованим симптомом, а системним наслідком порушеної здатності до саморегуляції та контакту, яка формується на ранніх етапах розвитку особистості під впливом травматичного досвіду. Відповідно, ефективна терапевтична робота потребує інтеграції щонайменше трьох рівнів розуміння: нейробіологічного (як травма й хронічне вживання психоактивних речовин змінюють функціонування системи винагороди мозку), особистісного (як формуються сценарні рішення й екзистенційні позиції, що підтримують саморуйнівну поведінку) та реляційного (яким чином дефіцит контакту в ранніх стосунках прив'язаності перетворюється на залежність від зовнішнього об'єкта – речовини, іншої людини чи поведінкового патерну).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Нейробіологічні механізми залежності ґрунтовно висвітлено в роботах Н. Волков зі співавторами, які на основі багаторічних досліджень із застосуванням позитронно-емісійної томографії показали, що хронічне вживання психоактивних речовин призводить до стійкого зниження чутливості дофамінових D2-рецепторів у стріатумі та послаблення функціонального зв'язку між префронтальною корою і лімбічними структурами, що лежить в основі втрати контролю над потягом [1; 2; 3]. Вплив травматичного досвіду дитинства на розвиток мозкових структур, зокрема гіпокампа, детально досліджено М. Тейчер зі співавторами, які встановили залежність об'єму гіпокампа від типу, тяжкості та періоду впливу несприятливого досвіду [4; 5]. Д. Сігел описав дев'ять функцій префронтальної кори, порушення яких унаслідок травматизації безпосередньо позначається на здатності до саморегуляції – ключовому дефіциті, що спостерігається в клієнтів із залежною поведінкою [6; 7].

Теоретичною основою для розуміння особистісних і реляційних механізмів залежності в цій статті слугує інтегративна психотерапія Р. Ерскіна, яка поєднує класичний транзактний аналіз Е. Берна [8; 9] із гештальт-підходом та теорією об'єктних стосунків. Р. Ерскін розробив модель реляційних потреб і терапевтичних методів контакту (дослідження, налаштованість, залученість), що спрямовані на відновлення переривань контакту, які виникли внаслідок незадоволення базових реляційних потреб у ранньому досвіді [10; 11; 12]. Попри значний теоретичний доробок у кожному з цих напрямів окремо, у вітчизняній психологічній літературі бракує робіт, які б системно поєднували нейробіологічну, транзактно-аналітичну та інтегративно-психотерапевтичну перспективи безпосередньо в контексті терапії залежностей.

Метою статті є теоретичне обґрунтування та практична ілюстрація застосування методів інтегративної психотерапії в лікуванні залежностей на основі поєднання нейробіологічних даних про систему винагороди мозку, концепції екзистенційних позицій і сценарних рішень за трансактним аналізом та моделі автономії й контакту за Р. Ерскіном.

Виклад основного матеріалу.

1. Нейробіологічні механізми системи винагороди та вплив травматичного досвіду

Система винагороди мозку є комплексом нервових структур, що регулює поведінку через відчуття задоволення від досягнення мети, прийнятого рішення чи виконаного завдання. До її складу входять дофамінові нейрони вентральної області покришки (VTA), їхні проєкції до прилеглого ядра (nucleus accumbens), мигдалеподібного тіла, гіпокампа та префронтальної кори, що формують мезолімбічний, мезокортикальний і нігростріарний шляхи [1]. У нормі ця система забезпечує адаптивне научання: дії, що ведуть до задоволення значущих потреб, підкріплюються підвищенням рівня дофаміну і закріплюються як бажані поведінкові патерни.

Дослідження Н. Волков зі співавторами переконливо демонструють, що психоактивні речовини викликають надфізіологічний викид дофаміну в прилеглому ядрі, що суттєво перевищує ефект природних підкріплювачів [1; 2]. Повторне вживання призводить до нейропластичних змін: послаблюється чутливість дофамінових D2-рецепторів, знижується реактивність системи винагороди на природні стимули, натомість зростає чутливість до сигналів, пов'язаних із речовиною (тригерів), і посилюється реакція на стресові подразники [2; 3]. Паралельно послаблюється низхідний контроль із боку префронтальної кори, зокрема орбітофронтальної та передньої поясної ділянок, що відповідають за гальмування імпульсивних реакцій і прийняття зважених рішень [3]. Саме ця комбінація – зниження чутливості до природної винагороди, підвищення реактивності на тригери й ослаблення префронтального контролю – формує клінічну картину компульсивного потягу, що не піддається довільному контролю навіть за високої мотивації відмовитися від речовини.

Важливим доповненням до цієї картини є дані про вплив несприятливого досвіду дитинства на розвиток структур, залучених до системи винагороди та регуляції стресу. М. Тайчер зі співавторами на основі багаторічної програми досліджень (Developmental Biopsychiatry Research Program, McLean Hospital) встановили, що хронічний стрес і жорстоке поводження в дитинстві супроводжуються підвищеним рівнем кортизолу, який пригнічує нейрогенез у гіпокампі – структурі, тісно пов'язаній із функціонуванням системи винагороди й регуляцією емоцій [4]. Наслідком є зменшення об'єму гіпокампа в дорослому віці, що корелює з підвищеним ризиком розладів настрою, тривожних розладів і залежностей [5]. Це дає підстави розглядати ранній травматичний досвід не просто як фактор психологічної вразливості, а як чинник, що на нейробіологічному рівні готує ґрунт для подальшого формування залежної поведінки як способу компенсації порушеної здатності до саморегуляції.

Комплементарну модель запропонував Д. Сігел, який виокремив дев'ять функцій середньої префронтальної кори: тілесну регуляцію, налаштовану кому-

нікацію, емоційне балансування, гнучкість реакцій, емпатію, самопізнання (інсайт), послаблення страху, інтуїцію та моральну регуляцію поведінки [6; 7]. За даними Сігел і Хертцелл, у дітей, що зростали в умовах хронічної травматизації, спостерігається виражене порушення саме цих дев'яти функцій унаслідок дезінтеграції зв'язків між кортикальними й підкірковими структурами [7]. У клінічній практиці це проявляється як нездатність клієнта із залежністю самостійно заспокоїтися в стані емоційного збудження, розпізнати й назвати власні почуття, гнучко реагувати на фрустрацію та передбачити наслідки власних дій – тобто саме ті функції, дефіцит яких психоактивна речовина чи адиктивна поведінка тимчасово компенсує штучним, зовнішнім шляхом.

2. Екзистенційні позиції «Я-ОК/Ти-не-ОК» за Е. Берном і формування залежної поведінки

Класичний транзактний аналіз Е. Берна описує чотири базові екзистенційні позиції, які особистість формує щодо себе та інших ще в ранньому дитинстві на основі досвіду стосунків із значущими дорослими: «Я-ОК, Ти-ОК» (конструктивна, психологічно здорова позиція), «Я-ОК, Ти-не-ОК» (позиція знецінення інших, часто пов'язана з витісненням агресії), «Я-не-ОК, Ти-ОК» (позиція самознецінення й депресивності) та «Я-не-ОК, Ти-не-ОК» (позиція безнадії, що описується, як пов'язана з ризиком інституціоналізації чи навіть суїциду) [8; 9].

У клінічній роботі з клієнтами, що мають залежну поведінку, часто спостерігається не стала, а осцилювальна позиція – маятникоподібний перехід між «Я-ОК, Ти-не-ОК» (епізоди грандіозності, знецінення оточення, виправдання вживання) та «Я-не-ОК, Ти-ОК» (епізоди провини, самозвинувачення, відчуття власної непридатності). Ця нестабільність позиції є не випадковою, а функціональною: вона відображає спробу психіки уникнути найбільш нестерпної, четвертої позиції безнадії, коливаючись між двома відносно «стерпнішими» полюсами. Вживання речовини чи інша адиктивна поведінка в цьому контексті виконує функцію тимчасової стабілізації – штучного переведення особистості з нестерпного емоційного стану в стан ілюзорного контролю чи полегшення.

Р. Ерскін пропонує розглядати подібні патерни через призму сценарних рішень – ранніх, часто довербальних висновків дитини про себе, інших і світ, які приймаються у відповідь на незадоволення базових реляційних потреб і надалі організовують досвід і поведінку впродовж життя [10]. Якщо потреба в контакті, визнанні чи безпеці систематично не задовольнялася природним шляхом у стосунках зі значущими дорослими, дитина знаходить «штучне закриття» цієї потреби – поведінковий патерн, що дає ілюзію задоволення, не вирішуючи проблему по суті [11]. У дорослому віці подібні «штучні закриття» можуть трансформуватися в залежну поведінку: вживання речовини, компульсивну поведінку чи стосунки співзалежності, які відтворюють структуру раннього дефіциту контакту, забезпечуючи короткочасне полегшення ціною поглиблення проблеми.

Важливо підкреслити, що з погляду інтегративної психотерапії залежна поведінка не є проявом «слабкості волі» чи морального дефекту, а є найкращим доступним для особистості на певному етапі розвитку способом впоратися з нестерпним дефіцитом контакту й регуляції. Це розуміння принципово змінює терапевтичну позицію: замість боротьби із симптомом терапевт досліджує разом із клієнтом ту незадоволену потребу, яку симптом намагається компенсувати.

3. Автономія і контакт за Р. Ерскіном як терапевтична мішень

Центральним поняттям інтегративної психотерапії Р. Ерскіна є контакт – повне усвідомлення відчуттів, почуттів, потреб, тілесної активності, думок і спогадів, що виникають у людини, разом з усвідомленням та реагуванням на аналогічний досвід іншої людини [10; 12]. Потреба у стосунках розглядається як первинна мотиваційна сила людської поведінки, а контакт – як засіб задоволення цієї потреби. Коли природний контакт переривається (через травму, нехтування, непослідовність значущого дорослого), особистість вимушено вдається до «переривань контакту» – механізмів захисту (інтроєкції, проєкції, ретрофлексії, дефлексії, конфлуенції), запозичених інтегративною психотерапією з гештальт-підходу, що дають змогу уникнути болю незадоволеної потреби ціною втрати повноти контакту із собою та іншими [11].

У роботі з залежністю ці перериваня контакту виявляються особливо виразно: ретрофлексія (спрямування назовні неможливого імпульсу всередину себе) часто лежить в основі саморуйнівного вживання речовини; дефлексія (ухилення від прямого контакту) проявляється як уникнення значущих стосунків на користь «безпечнішого» контакту з речовиною чи поведінкою; конфлуенція (злиття, втрата меж) характерна для співзалежних стосунків, що часто супроводжують залежність у сім'ї.

Автономія, за Е. Берном і Р. Ерскіном, визначається через три взаємопов'язані здатності: усвідомленість (безпосереднє, неупереджене сприйняття реальності «тут-і-тепер»), спонтанність (свобода вибору з усього репертуару почуттів, думок і поведінки, а не автоматичне відтворення сценарних патернів) та інтимність (здатність до відкритого, автентичного обміну почуттями й потребами в стосунках без маніпуляції) [9; 10]. Саме дефіцит цих трьох здатностей – а не сама по собі речовина чи поведінка – є, з погляду інтегративної психотерапії, справжньою терапевтичною мішенню в роботі із залежністю.

Відповідно, відновлення автономії й контакту стає стрижнем терапевтичного процесу. Р. Ерскін і Р. Траутманн описують три методи, що реалізують контактну, реляційну психотерапію: дослідження(inquiry) – уважне, неупереджене дослідження суб'єктивного досвіду клієнта; налаштованість (attunement) – резонансне співналаштування терапевта з афективним і фізіологічним станом клієнта; та залученість (involvement) – готовність терапевта бути присутнім,

автентичним й відповідальним учасником стосунків, а не нейтральним спостерігачем [10; 12]. У сукупності ці три методи створюють коригувальний реляційний досвід, який поступово компенсує дефіцит контакту, що історично призвів до формування залежної поведінки, і в такий спосіб знижує функціональну потребу в штучному, речовинному способі регуляції.

4. Практичні інтервенції інтегративної психотерапії в роботі із залежністю

Практична робота в межах інтегративної психотерапії із залежною поведінкою будується поетапно, що узгоджується як із логікою відновлення нейробіологічної регуляції, так і з логікою відновлення реляційної автономії.

Перший етап – стабілізація та безпека. На цьому етапі пріоритетом є відновлення базової тілесної регуляції (перша з дев'яти функцій префронтальної кори за Д. Сігел [6]): режиму сну, харчування, фізичної активності, зниження гостроти абстинентних і тривожних симптомів. Терапевтичний контакт на цьому етапі спрямований насамперед на створення відчуття безпеки й передбачуваності стосунків – часто вперше в житті клієнта.

Другий етап – дослідження історії дефіциту контакту й травматичного досвіду. Терапевт застосовує метод запитування, допомагаючи клієнту усвідомити, які саме реляційні потреби систематично не задовольнялися в ранньому досвіді, та які сценарні рішення й екзистенційні позиції сформувалися у відповідь на цей дефіцит. Важливо, щоб це дослідження відбувалося в темпі, який клієнт може витримати, без ретравматизації.

Третій етап – ідентифікація функції залежної поведінки. Спільно з клієнтом досліджується, яку саме потребу – у безпеці, визнанні, прийнятті, контролі, полегшенні болю – «закриває» вживання речовини чи адиктивна поведінка. Це дослідження принципово змінює ставлення клієнта до власного симптому: замість боротьби з «ворогом» усередині себе клієнт вчиться розпізнавати повідомлення, яке несе його потяг, і шукати для цієї потреби більш адаптивні способи задоволення в реальних стосунках.

Четвертий етап – реконструкція сценарних рішень і відновлення автономії. Використовуються техніки роботи з его-станами (діалог між внутрішніми позиціями Батько–Дорослий–Дитина), техніка порожнього стільця для роботи з інтроєктованими фігурами значущих дорослих, а також пряма робота з тілесними патернами, що супроводжують тригерні стани. Мета цього етапу – розширення репертуару доступних клієнту реакцій за межами автоматичного сценарного вибору «жити речовину / втекти в поведінку» у бік усвідомленого, спонтанного вибору.

П'ятий етап – розвиток здатності до контакту в групі та відновлення соціальних зв'язків. З огляду на реляційну природу залежності, групові формати роботи (терапевтичні групи, реабілітаційні спільноти, ретритні формати) мають особливе значення: вони дають клієнту можливість практикувати нові, здоровіші патерни контакту в безпечному середовищі, отримувати живий, а не уявний досвід прийняття й визнання з боку інших учасників групи, а також навчатися через спостереження за регульованою поведінкою інших (механізм, що частково пояснюється через дзеркальні нейронні системи та ефект наслідування регульованих реакцій інших членів групи). Практичний досвід у проведенні чоловічих груп-ретритів підтверджує, що саме структурований груповий контакт – а не лише індивідуальна робота – суттєво прискорює засвоєння нових способів регуляції емоцій і побудови довірливих стосунків.

Важливо зауважити, що описані методи інтегративної психотерапії не заперечують і не замінюють медикаментозного лікування, детоксикації чи участі залежної особи в реабілітаційних програмах – вони радше доповнюють ці підходи, забезпечуючи глибшу, довгострокову роботу з реляційними й особистісними чинниками, що підтримують ризик рецидиву після завершення гострого етапу лікування.

5. Емпіричні дані про ефективність транзактно-аналітичної психотерапії в лікуванні залежності

Найпереконливішим емпіричним підтвердженням практичної цінності описаних методів є результати масштабного дослідження Т. Ольссона, що оцінило ефективність транзактно-аналітичної групової психотерапії в поєднанні з середовищною (мільє-) терапією як методу лікування залежності від важких наркотичних речовин [13].

Дослідження охопило 10 терапевтичних спільнот у Швеції, які застосовували транзактно-аналітичну психотерапію протягом 25 років. У 7 спільнотах докладно документували перебіг терапії 67 клієнтів упродовж 20 місяців (кількість сесій – від 1 до 168, у середньому 64), з подальшим дворічним катамнестичним спостереженням; ще у 3 спільнотах 38 клієнтів і 43 фахівці оцінювали суб'єктивну значущість чинників лікування в записаних інтерв'ю [13]. Результати показали, що транзактний аналіз був центральним лікувальним чинником для учасників, а клієнти, які відвідали понад 80 групових сесій, демонстрували статистично значуще краще одужання ($p < 0{,}001$), так само як і ті, хто пройшов терапію повним, незавершеним достроково циклом ($p < 0{,}001$). Кваліфікація терапевта також значуще корелювала з результатом лікування ($p < 0{,}02$) [13].

Ці результати мають пряме теоретичне значення для аргументації цієї статті: ефект залежав не від самого факту застосування транзактного аналізу, а від глибини й тривалості реляційної роботи – показника, що узгоджується з описаною вище моделлю трьох методів контактної психотерапії (запитування, налаштованість, залученість), які потребують часу для розгортання коригувального реляційного досвіду. Значущість кваліфікації терапевта додатково підтверджує тезу про те, що ключовим чинником зміни є якість реляційного контакту, а не формальне виконання протоколу.

Ці дані узгоджуються з результатами пізнішого квазіекспериментального дослідження М. Форгані та Б. Гханбарі Хашем Абаді, проведеного на вибірці залежних від психоактивних речовин у реабіліта-

ційних центрах Мешхеда (Іран). Групова психотерапія на основі транзактного аналізу (12 сесій) статистично значуще поліпшила показники емоційного інтелекту та виконавчих функцій і знизила об'єктивно виміряні (за результатами лабораторних тестів на морфін і метамфетаміни) показники залежності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$) [14]. Поєднання цих двох досліджень – масштабного натуралістичного (Ольссон) і контрольованого квазіекспериментального з об'єктивними біологічними маркерами (Форгані та Гханбарі Хашем Абаді) – забезпечує взаємодоповнювальну емпіричну основу для тези про клінічну ефективність реляційно орієнтованої психотерапії в лікуванні залежності.

Ці емпіричні дані ілюструють ключову тезу статті: стійка ремісія в роботі із залежністю пов'язана не з формальним застосуванням певної техніки, а з глибиною й тривалістю реляційної роботи, спрямованої на відновлення тих контактних і регуляторних дефіцитів, які історично зумовили функціональну потребу особистості в адиктивній поведінці.

Висновки. Проведений теоретичний аналіз дає підстави для таких висновків. По-перше, залежна поведінка є багаторівневим феноменом, що поєднує нейробіологічну дисфункцію системи винагороди мозку (зниження чутливості до природних підкріплювачів, послаблення префронтального контролю), особистісні механізми (сценарні рішення й осцилювальні екзистенційні позиції «Я-ОК/Ти-не-ОК» за Е. Берном) та реляційні дефіцити (переривання контакту й незадоволені базові потреби за Р. Ерскіном). Ефективна психотерапевтична робота потребує врахування всіх трьох рівнів одночасно.

По-друге, методи інтегративної психотерапії – дослідження, налаштованість і залученість – створюють умови для коригувального реляційного досвіду, який поступово компенсує історичний дефіцит контакту, що лежить в основі функціональної потреби особистості в адиктивній поведінці. Відновлення автономії (усвідомленості, спонтанності та здатності до інтимності) є, з цього погляду, більш стійкою терапевтичною метою, ніж лише усунення симптому.

По-третє, поетапна модель терапевтичної роботи – від стабілізації тілесної регуляції через дослідження травматичного досвіду й функції симптому до реконструкції сценарних рішень і розвитку здатності до контакту в груповому форматі – є практично реалізовним і клінічно обґрунтованим алгоритмом, що узгоджує нейробіологічну й реляційну перспективи.

Перспективи подальших наукових пошуків полягають у проведенні емпіричних досліджень ефективності описаного інтегративного підходу на вибірках українських клієнтів реабілітаційних програм, зокрема з урахуванням специфіки травматичного досвіду воєнного часу; у розробці стандартизованого протоколу поєднання методів інтегративної психотерапії з груповими ретритними форматами роботи; а також у дослідженні можливих нейробіологічних кореляцій (наприклад, показників варіабельності серцевого ритму чи кортизолового профілю) як об'єктивних маркерів ефективності реляційно орієнтованої психотерапії залежностей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Volkow N. D., Wang G.-J., Fowler J. S., Tomasi D., Telang F. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2011. Vol. 108, No. 37. P. 15037–15042. DOI: 10.1073/pnas.1010654108.

2. Volkow N. D., Michaelides M., Baler R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. Physiological Reviews. 2019. Vol. 99, No. 4. P. 2115–2140. DOI: 10.1152/physrev.00014.2018.

3. Volkow N. D., Morales M. The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. Cell. 2015. Vol. 162, No. 4. P. 712–725. DOI: 10.1016/j.cell.2015.07.046.

4. Teicher M. H., Samson J. A., Anderson C. M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nature Reviews Neuroscience. 2016. Vol. 17, No. 10. P. 652–666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111.

5. Teicher M. H., Anderson C. M., Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2012. Vol. 109, No. 9. P. E563–E572. DOI: 10.1073/pnas.1115396109.

6. Siegel D. J. The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being. New York : W. W. Norton & Company, 2007. 432 p.

7. Siegel D. J., Hartzell M. Parenting from the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding Can Help You Raise Children Who Thrive. New York : TarcherPerigee, 2003. 288 p.

8. Berne E. Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry. New York : Grove Press, 1961. 261 p.

9. Berne E. Games People Play: The Psychology of Human Relationships. New York : Grove Press, 1964. 216 p.

10. Erskine R. G., Trautmann R. L. Methods of an Integrative Psychotherapy. Transactional Analysis Journal. 1996. Vol. 26, No. 4. P. 316–328. DOI: 10.1177/036215379602600410.

11. Erskine R. G. Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement. Transactional Analysis Journal. 2009. Vol. 39, No. 3. P. 207–218. DOI: 10.1177/036215370903900304.

12. Erskine R. G., Moursund J. P., Trautmann R. L. Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in-Relationship. Philadelphia : Brunner/Mazel, 1999. 256 p.

13. Ohlsson T. Effects of transactional analysis psychotherapy in therapeutic community treatment of drug addicts. Transactional Analysis Journal. 2002. Vol. 32, No. 3. P. 153–177. DOI: 10.1177/036215370203200304.

14. Forghani M., Ghanbari Hashem Abadi B. A. The Effect of Group Therapy With Transactional Analysis Approach on Emotional Intelligence, Executive Functions and Drug Dependency. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2016. Vol. 10, No. 2. Art. e2423. DOI: 10.17795/ijpbs-2423.

Дата першого надходження статті до видання: 05.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 03.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 17.11.2026