

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота

НАЗВА РОБОТИ

ОСОБЛИВОСТІ МЕНТАЛІЗАЦІЇ ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

Виконала: студентка

6 курсу, групи __ЗПП20__

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми «Клінічна

психологія з основами

психодинамічної терапії»

Кузьмич Оксана Олександрівна

Науковий керівник:

доктор психол.н, професор

Ткачук Т.А.

Рецензент

Львів – 2022

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛІЗАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ

1.1. Поняття залежності в координатах психоаналітичних теорій.....	7
1.2. Менталізація як проблема сучасної психологічної науки.....	14
1.3. Теоретична модель дослідження: взаємозв'язок адикцій та менталізації у формуванні особистості людини.....	17
Висновки до 1 розділу.....	21

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

2.1. Процедура проведення емпіричного дослідження. Характеристика досліджуваних груп	23
2.2. Характеристика методів та методик емпіричного дослідження.....	27
Висновки до 2 розділу.....	35

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ

3.1. Особливості емоційної регуляції uzалежнених осіб.....	36
3.2. Психологічні особливості здатності до менталізації uzалежнених осіб...	41
3.3. Прогностична модель менталізації експериментальної та контрольної груп	44
Висновки до 3 розділу.....	49

ВИСНОВКИ	51
-----------------------	----

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55
---	----

ДОДАТКИ	61
----------------------	----

ВСТУП

Актуальність дослідження: Останнім часом в наукових колах дослідників психології набирає популярності дослідження концепту менталізації. Психотерапія, котра бере за основу менталізацію, націлена на зміну трьох вимірів психічного стану особистості: когнітивного, стосункового та емоційного [27], і спрямована на підвищення рівня усвідомленості по відношенню до себе та інших осіб. Отож, поняття менталізації охоплює доволі широкий спектр психічного життя людини. Наше дослідження бере під увагу здатність до менталізації саме залежних осіб.

Такі дослідники як Ostler et al. [40] у 2009 р. обстежували дітей, батьки котрих зловживали метамфетаміном, і виявилось, що люди з більш високою менталізацією були менш схильні до занижених симптомів, мали менше проблем з психічним здоров'ям і були оцінені їхніми опікунами як більш соціально компетентні.

Lescours та Bouchard стверджують, що травмовані люди, ймовірно, відповідатимуть критеріям DSM-IV для межового розладу особистості лише в тому випадку, якщо вони мають низький рівень менталізації [32]. Дослідник Savov, коментуючи ці припущення [41], стверджує що в даному випадку присутня паралель з залежностями, де нездатність стримати афекти, яка є основним компонентом менталізації, може бути використана як ключова психодіагностична характеристика. На даний час, однак, проблема зв'язку менталізації та адикції недостатньо вивчена.

Український інститут майбутнього в 2021 році провів велике соціологічне опитування [6] з питань наркотичної та алкогольної залежності в Україні. 10% українців зазначили, що в їхньому близькому колі спілкування є люди, які страждають наркотичною й алкогольною залежністю, а 26% респондентів вказали, що вживають алкоголь кілька разів на місяць.

Щоб випрацювати ефективну стратегію запобігання та терапії uzалежнень,

важливо дослідити психологічний портрет залежної особи, та виявити наявність зв'язку між залежністю та іншими психологічними конструктами. Наукові дослідження, присвячені проблемам залежності, звертають увагу на наявність алекситимічності в залежних осіб, їх низьку здатність до емоційного усвідомлення та регуляції афекту [31], [27].

Також однією з найбільших перешкод, яка притаманна залежній особі, що вступила на шлях одужання, називають співзалежність [24], котра під час періоду абстиненції виступає ключовою проблемою для залежного та його оточення і є зворотною стороною залежності

В реабілітаційних закладах для uzалежнених проводяться тренінги, спрямовані на здатність учасників програми усвідомлювати та регулювати власні емоції. Останнім часом увагу психотерапевтів привертає можливість ефективного застосування терапії, яка має в основі менталізацію, для корекції різного роду психологічних патологій, в тому числі залежності, оскільки така терапія спрямована на зростання емоційного усвідомлення і зростання здатності до регуляції афекту. Емпіричні дослідження, які беруть до уваги зв'язок менталізації та психологічних особливостей залежних осіб, можуть виявити або спростувати ефективність терапевтичних технік, спрямованих на зростання менталізації у залежних осіб. Отож, саме прикладний аспект проблематики та її актуальність впливали на вибір теми даного дослідження.

Мета роботи: визначити основні особливості менталізації в людей із хімічною залежністю.

Об'єкт дослідження: менталізація особистості.

Предмет дослідження: особливості менталізації uzалежнених осіб.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до дослідження менталізації та залежності особистості.

2. Підібрати та обґрунтувати психодіагностичний інструментарій для дослідження менталізації uzалежнених осіб.

3. Емпірично дослідити особливості менталізації залежних осіб та визначити їх детермінанти.

Гіпотези дослідження:

1. Залежні особи будуть відрізнятися від осіб без залежностей за рівнем менталізації: ймовірно, в осіб з залежною поведінкою буде нижчий рівень усвідомлення та регуляції емоцій.

2. Ймовірно, існує зв'язок між періодом перебування на реабілітації та здатністю до менталізації: чим більший період перебування на реабілітації, тим збільшується здатність до емоційного усвідомлення та регуляції афекту.

3. Залежні особи відрізнятимуться від осіб без залежностей за рівнем алекситимії, співзалежності та емоційної регуляції.

4. Емоційна регуляція, алекситимія та співзалежність відіграють різну роль у здатності до менталізації у залежних осіб та в осіб без залежностей.

Для вирішення поставлених завдань було використано теоретичні, емпіричні та статистичні **методи дослідження**.

Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та експериментальних даних з проблем об'єкту та предмету дослідження.

Емпіричні методи застосовувалися при проведенні опитування шляхом анонімного анкетування експериментальної та контрольної груп. У дослідженні застосовувалися наступні методики: «Опитувальник Каузберга для вимірювання рівня менталізації» (MZQ) (адапт. Турецької Х.І., Кунікевич Б.І.); «Шкала співзалежності у стосунках Спана-Фішера» (SF CDS), «Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії» (TAS-20) (авт. G. J. Taylor), «Опитувальник емоційної регуляції» (ERQ) (адаптація А. Панкратової, Д.Корнієнко).

Статистичні методи обробки експериментальних даних – розрахунки мір варіативності результатів (кореляційний, порівняльний, регресивний аналіз) з наступною якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична

обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалися на базі пакету статистичних програм Statistica 8.0.

Збір даних здійснювався за допомогою онлайн форми опитування на платформі Google Forms. Усі досліджувані мали змогу з допомогою персонального комп'ютера виконати тест.

Експериментальна база дослідження: в опитуванні взяли участь 60 осіб, які утворили дві групи: 30 в контрольній та 30 осіб в експериментальній. До контрольної групи ввійшли студенти вищого навчального закладу «Український Католицький Університет» різних курсів та спеціальностей, до експериментальної – учасники реабілітаційної програми в ГО «Сім доріг».

Практичне значення одержаних результатів: результати дослідження можуть бути використані у роботі лікарів-наркологів, на курсах підвищення кваліфікації лікарів, у процесі викладання курсів студентів спеціальностей медична та клінічна психологія з метою розширення їх знань щодо особливостей менталізації uzалежнених осіб.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (40 найменування) та додатків. У роботі подано загалом 8 таблиць, 10 рисунків. Загальний обсяг роботи – 72 сторінки, основний зміст містить 55 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛІЗАЦІЇ ТА ЗАЛЕЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття залежності в координатах психоаналітичних теорій

У психології термін «залежність (адикція)» визначають як нав'язливе, сильне бажання здійснювати дії на патологічному рівні, що згодом призводить до певних психічних станів, найхарактернішими і найчастішими з яких є розслаблення, задоволення, заспокоєння. Часто залежність порівнюють зі звичками, проте, від звички цей стан відрізняється саме силою потреби, нездатністю займатися іншою справою для задоволення бажання, нав'язливими думками про об'єкт залежності, несвідомим вчиненням певних дій для досягнення мети [17]. Термін «адикція» застосовують для того, щоб описати залежності, починаючи з харчових звичок й закінчуючи технікою та гаджетами. Вони можуть з'являтися у людей різного віку, комплекції, статі, способу життя, статусу. Адикції можуть набувати різних форм, а тому по-різному впливати на поведінку людини.

Дослідники класифікують два основні види залежностей [16]: хімічні (від наркотичних засобів або алкоголю) та нехімічні (психологічні, поведінкові). Хімічні залежності передбачають фізіологічну залежність, при якій організм адаптується до препарату, вимагаючи його більше, щоб досягти певного ефекту (толерантності) і викликати специфічні фізичні або психічні симптоми, якщо вживання певних речовин різко припинено (відмова). Нехімічна (поведінкова) адикція проявляється у ігроманії (гемблінгу), комп'ютерній залежності або залежності від соціальних мереж, стосунках, сексуальних, любовних проявах і т.д. Поведінкова адикція характеризується нав'язливою схильністю до певної діяльності, а також нездатністю або слабкою здатністю самостійно її припинити. Найчастіше виникає через бажання людини втекти від реальності і потрапити до штучно створеного ілюзорного світу. Отож, хоча залежності

можуть проявлятися у різних видах, проте механізм формування у них єдиний [31].

Очевидно, що адиктивна поведінка з'являється у людини, яка знаходиться у сфері впливу конкретних передумов. Провідну роль у тому, звідки з'явилася адиктивна поведінка, зазвичай приписують сім'ї. Після великої кількості спостережень та експериментів знайдено взаємозв'язок у подальших виявах адиктивної поведінки людей і поведінки їх рідних завдяки роботам А. Фрейда, Д. Віннікота, М. Балинта, М. Кляйна, Б. Спока, М. Маллера, Р. Спиць. Дані автори досліджують, яким чином розвиток дитини зазнає шкоди через невміння матері визначати і задовольняти її базові потреби [26],[32], [34], [44].

Розвиток психодинамічних теорій адиктивної поведінки відображає всю історію психоаналітичного мислення. Freud, наприклад, стверджував, що щоразу, коли бажання ід загрожують проявитися в думках або діях, породжується тривога, котра діє як сигнал, змушуючи Его мобілізувати витіснення, поряд з широким спектром інших захистів (зміщення, заперечення, проєкція) [26], спрямованих на те, щоб заблокувати або замаскувати бажання, що провокує тривогу.

Таким чином, інтенсивність тривоги пов'язана з розривом між зовнішніми вимогами і ресурсами людини для їх обробки. Нездатність впоратися із зовнішніми подіями (травмами) може призвести до почуття безпорадності і безсилля. Не маючи змоги справлятися з негативними почуттями, залежні особи намагаються задіяти потужні, але примітивні захисні механізми для того, щоб впоратися з напругою. Людина, що використовує механізм примітивного захисту, як правило, намагається справитися з тривогою і підтримати власну самооцінку. Наприклад, алкоголіки наполягають, що у них немає проблем з алкоголем, використовуючи при цьому захисний механізм заперечення. Збереження неприйнятних почуттів від усвідомлення призводить до розвитку «фальшивого я» [7]. Ціна такого захисту – неможливість розвинути стійкість.

Психоаналітична точка зору припускає, що залежність є розладом саморегуляції. Imperatori та ін. на основі крос-секційного дослідження у 2018 р. дійшли до висновків, що особи, в анамнезі яких є вплив несприятливого середовища в дитячому віці (наприклад, фізичного та сексуального насильства), як правило, мають знижену здатність регулювати негативні емоції та ефективно справлятися зі стресом [30]. Ці люди мають схильність потерпати від тривоги та розладів настрою.

Ідеї перших психоаналітиків про те, що всі випадки залежності являють собою регрес до оральної стадії психосексуального розвитку, поступилися місцем іншій концепції, згідно з якою всі випадки залежності мають захисну і адаптивну функцію [13]. Сьогодні багато психоаналітиків вважають (Khantzian et al., 1990), що головне в адиктивній поведінці – це не імпульс до самознищення, а відсутність адекватної інтерналізації батьківських фігур і порушення здатності до самооборони [31].

Деякі психоаналітики провели поглиблене дослідження адиктивної поведінки, що дозволило виявити ряд факторів, що викликають залежність: необхідність стримування агресії, сильне прагнення до симбіотичних відносин з материнською фігурою, бажання послабити депресію [16]. Залежні особи постійно борються з почуттям сорому і провини, з відчуттям нікчемності, з підвищеною самокритичністю. Супер-Его стає суворим мучителем для залежного, тому караюче Супер-Его такої особи мало б привернути увагу психотерапевта не менше, ніж караюче Супер-Его важкого невротичного пацієнта [21]. За словами Khantzian, основною причиною всіх адиктивних розладів є страждання, які наркомани намагаються полегшити за допомогою алкоголю, їжі і т.д., відображаючи труднощі в саморегуляції чотирьох основних аспектів психологічного життя: почуттів, самооцінки, відносин з людьми і турботи про себе. Аналіз клінічної роботи з адиктивними пацієнтами свідчить про те, що у них є наявні проблеми, пов'язані з неможливістю керувати своїми афектами, підтримувати здорові відносини з оточуючими, а також адаптивно

змінювати і контролювати свою поведінку.

За словами Cristall [16], більшість залежних не в змозі диференціювати свої почуття, схильні соматизувати афект і не можуть висловити свої почуття словами. Вони не можуть ототожнювати себе з різними емоційними станами, наприклад, відрізнити тривогу від депресії, незалежно від того, хворі вони, втомлені або голодні, сумні або сердиті. Wursmer [9] вважає, що основою адиктивних розладів є «дефект афективного захисту». З цієї причини адиктивні речовини називаються «коректорами або протезами» [21], оскільки вони допомагають наркоманам компенсувати відсутність захисту від сильних емоційних переживань. Описано явище «пролонгації болю» [19]: залежні пацієнти навмисно продовжують активно використовувати адиктивні речовини з метою відтворення непрожитого до кінця болю, що з'явився на ранніх стадіях розвитку.



Рис. 1.1. Процес формування адикцій

Згідно з біхевіоральною моделлю захворювання (Рис.1.1), адикції постають як розлад певних частин мозку. Коли людина отримує задоволення, наприклад, від кокаїну, мішенню або органом в її мозку стає ядро вентрального сегмента. Спричинений стрес перетворює гедонічну регуляцію у ваду або дефект [17].

Збільшення дофаміну пропорційне до збільшення задоволення, а тому цей нейромедіатор має значну роль у посиленні досвіду. Мозок отримує інформацію про те, що вживаний препарат є кращим, ніж очікуваний. Під час вживання наркотичних засобів, у тілі людини стається викид дофаміну у середній мозок, наслідком чого може бути зміщення «порогів» відчуття задоволеності. Глутамат «підбирає наркотики» (адже одним з найпоширеніших нейрохіміком у мозку є нейрохімічний глутамат, який бере участь у процесах запам'ятовування та встановлення зв'язку між запам'ятовуваною інформацією), коли наркозалежна людина виявлятиме звикання до адиктивної поведінки [18]. Нейрохімічною мотивацією пояснюється ініціація пошуку наркотичних речовин, тобто поява залежності.

Стан гомеостазу не може бути досягнутий мозком під час стресу. Через це відбувається повернення мозку до стану алостазу, а тому відбувається зміна здатності мозку отримувати об'єктивну оцінку щодо рівня задоволення, зокрема мова йдеться про гедонічну «задану точку». Попередні, звичні чи буденні задоволення перестають приносити радість. Настає стан ангедонії, тобто «задоволення – глухоти». Переживаючи стрес, наркозалежний відчуває дуже сильний потяг – посилений, нав'язливий емоційний досвід. Наркотична речовина завдає шкоди префронтальній корі (PFC), корі передньої черепиці (ACC), орбітофронтальній корі (OFC). Виникає тенденція обирати невеликі та негайні винагороди на противагу більшим; через затримку винагороди спостерігається дефіцит соціального реагування внаслідок погіршення обізнаності соціальних ознак та погіршення роботи виконавчої функції, наприклад, відсутня чутливість до можливих наслідків [4], [6], [7], [8], [15], [22], [36].

Залежність з'являється поступово, а тому механізм формування адикції поділяють на чотири етапи [22] (див. рис.1):

1. Алкоголь, їжа, наркотик або певна сильна емоція глибоко впливає на людську поведінку. На першій стадії залежності людині властиво психологічно

сприймати залежність як необхідність, а предмет, що викликає залежність зі збільшенням свого обсягу може приносити тільки все гіршу задоволеність потреби внаслідок звикання. Збільшуються зусилля і час, які витрачено на прояви залежної поведінки, що виражається підвищенні кількості прийомів, наприклад, наркотичних засобів, і їх дози, чи надмірне збільшення зусиль і часу, які ігroman витрачає на гру. Відбувається зниження тону, емоційного настрою, працездатності людини. Ця стадія досить нетривала - починаючи від кількох тижнів, може продовжуватися до пів року.

2. Людина може відчувати задоволення, радість, ейфорію, адже збудження мозку є сильнішим, ніж зазвичай, і вироблення нейромедіатори стає більшим за норму. Спроби позбуття адиктивної поведінки ведуть до різних болючих дисфункцій – до абстинентного синдрому (є характерним і для хімічної, і для поведінкової залежності). У випадку наявності симптомів цієї стадії слід розпочати лікування, адже в іншому разі – людині властиво відсторонення від різних сфер життя, інтенсивніше вживання різноманітних речовин або довготривале перебування у стані залежної поведінки. Руйнуються стосунки в родині та в соціумі, зникає система цінностей, змінюються вірування та система поглядів на життя.

3. Нейромедіаторів стає вже недостатньо для виникнення бажаної емоції, з часом їхня кількість зменшується. У людини виникають соматичні захворювання, спровоковані залежністю внаслідок послаблення організму. Відбувається розумова і фізична деградація, настрої, спілкування та поведінкові риси мають ознаки нерозважливості. Людина стає іншою незалежно від виду адиктивної речовини.

4. За допомогою вживання нової порції «наркотику» людина намагається позбутися дискомфорту. На четвертому етапі виникає психологічна залежність як переконання у тому, що алкоголь, цигарки, ігри, їжа є чудовим засобом позбутися дратівливості, уникнути чергового стресу [23], [34].

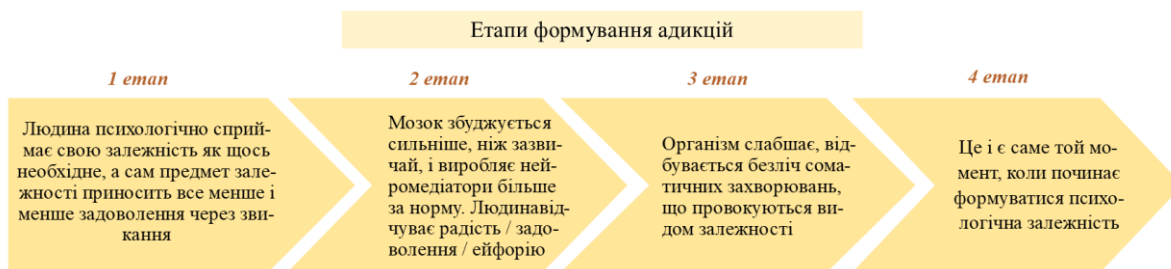


Рис.1.2 Етапи формування адикцій

Загальноприйнятою є думка, що адикт, тобто особа з залежною поведінкою, має негативний вплив на близьких людей, і тих, хто поруч. Проте, ці люди також можуть нести негативний вплив на адикта, а саме: провокувати адикції, спричиняти, заважати їх корекції. У цьому і полягає проблема співзалежності [33]. Адиктивні батьки у сім'ях можуть виховати два типи людей: тих, хто турбується про адиктів і самих адиктів. Батьки передають їм свій світогляд, спосіб життя, формують у них відчуття незахищеності. На думку дослідників, так формується генераційний цикл адикції, тобто співзалежність. Тобто, така недуга вражає сім'ю цілком, адже кожен із членів сім'ї виконує свою роль, «допомагаючи» зловживанню, таким чином створюють умови для подальшого розвитку адикцій [27].

Існують незворотні наслідки від проявів адиктивної поведінки, а саме:

- організм людини зазнає психологічного та фізичного виснаження;
- з'являється нездатність задовольнити свої соціальні та особистісні потреби;
- проблеми із взаємодією у соціумі;
- летальний наслідок і т. д. [34].

Таким чином, залежність є доволі складним психопатологічним феноменом, який є пов'язаним з численними психологічними та соціальними конструктами. Дослідження цих зв'язків уможливить вживати ефективні терапевтичні стратегії для лікування залежності.

1.2. Менталізація як проблема сучасної психологічної науки

Концепція менталізації розроблена доктором філософії Пітером Фонагі (Fonagy). Він характеризує її як розуміння людьми себе, інших та свого оточення [2]. Фонагі припускає, що при порушенні нормального розвитку менталізації, яка починає розвиватися в ранньому дитинстві, виникає психічна патологія в зрілому віці, а особливо часто це відбувається при межовому розладі особистості.

Ця точка зору заснована на психодинамічних теоріях здорової прив'язаності до материнського об'єкта. Коли дитина не може встановити належний зв'язок з материнським об'єктом, їй важко зрозуміти власні почуття. Вона не має здорового контексту, на якому можна засновувати емоції та поведінку. Постійність об'єкта не підтримується, дитина починає боятися самотності і віддаляється від інших. Цей розлад розвитку може виникнути як внаслідок темпераменту дитини (біологічні або генетичні обмеження), так і через патологію материнського об'єкта, що може проявлятися в фізичному або емоційному насильстві, байдужості до дитини або нездоровому придушенні незалежності, а може й у всьому відразу [7].

Психотерапія, котра має за основу менталізацію, ґрунтується на припущенні, що погляди, мотиви, емоції, бажання, причини і потреби особи повинні спочатку бути усвідомленими для можливості оптимально взаємодіяти з іншими. Докази ефективності цього методу були задокументовані Бейтманом і Фонагі, переважно в рамках програми часткової госпіталізації в Англії [25].

Тож менталізація – це процес, за допомогою якого ми імпліцитно і явно усвідомлюємо один одного та самих себе з точки зору суб'єктивних станів і психічних процесів. Отож, можна вважати, що це соціальна конструкція в тому сенсі, що уможливорює уважність до психічних станів тих, з ким ми перебуваємо, фізично чи психологічно. Менталізація переважно передсвідома і

спрямована на розуміння або інтерпретацію власної поведінки та поведінки інших людей з точки зору психічних станів.

Ефективна менталізація, згідно визнень дослідників [28], є ключовим фактором розвитку зрілої системи саморегуляції та способів організації, осмислення власного досвіду, спирається на цілий комплекс взаємопов'язаних психічних процесів:

1) розвинене уявлення про тимчасову перспективу (вміння проєктувати свої стани в майбутнє), що може бути додатковим регулятором поведінки (наприклад, здатність передбачити майбутнє відчуття провини, може стати підставою для здійснення чи уникнення відповідного вчинку);

2) вміння вибудовувати причинно-наслідкові зв'язки між подіями та емоціями;

3) певна толерантність до невизначеності (в даному випадку внутрішнього світу Іншого);

Оскільки здатність до менталізації формується через взаємодію з батьками, то батьківська здатність менталізувати внутрішній світ дитини, наповнений її власним змістом, включає вміння надавати значення сильним афектам немовляти.

Порушення здатності до менталізації. Окрім формування дезорганізованого, та уникаючого стилів прив'язаності, наявність фізичного чи емоційного насильства у дитинстві призводить до порушення розвитку менталізації. Якщо об'єкт переважно негативний, надкритичний, розвиток уявлень про внутрішній світ Іншого загрожує фрустраціями, почуттям провини та власної неповноцінності [31]. При цьому процес менталізації, що представляє собою загрозу руйнування, призводить до хворобливих переживань, посилення тривожності і блокується. Символічні уявлення перестають виконувати функції регуляції й організації емоційного переживання, а їх місце займають безпосередньо поведінкові та психосоматичні форми реакції афектів.

Низький рівень менталізації – це порушення здатності встановлювати зв'язки поведінки з психічним станом і висувати гіпотези про внутрішній світ себе та інших людей, що виходять за рамки конкретної ситуації.

Порушені відносини одночасно порушують менталізацію та самі підриваються за рахунок її порушення [32]. Менталізація часто залежить від контексту, людина може успішно менталізувати в більшості міжособистісних ситуацій, але здатність до менталізації може бути недоступна в тих міжособистісних контекстах, які викликають сильні емоції або активізують ідеї, пов'язані з прихильністю.

Найпоширенішою формою поганої менталізації дослідники вважають є конкретне розуміння. Часто це свідчить про повну нездатність надавати значення внутрішнім станам та алекситимічність [24]. Особі не вдається встановити зв'язок між думками і почуттями, з одного боку, та своїми вчинками і партнера, з іншого. Відмінною рисою такого менталітету є відсутність гнучкості і мислення в категоріях «чорний» і «білий». У цьому випадку наявна відсутність здатності спостерігати за своїми думками та почуттями, що створює проблеми з усвідомленням того, що власні думки особи та почуття впливають на інших людей [31]. Якщо такій особі не в змозі усвідомити, що вона часто сердиться, їй важко зрозуміти реакцію інших на її постійну ворожість.

Ще одна особливість цієї менталізації – нездатність розпізнавати емоції інших людей, що може змусити людину піти в погоню за привидами, коли вона намагається зрозуміти емоцію партнера, якої насправді не було. Нездатність концептуалізувати психічні стани може призвести до надмірного узагальнення, заснованого на єдиному вираженні наміру з боку іншої людини. Наприклад, зроблений комплімент може бути неправильно витлумачений як прояв пристрасної любові. Значна кількість людей із тяжким розладом особистості мають надмірні здібності до менталізації. Таке враження створюється через те, що вони використовують менталізацію для того, щоб контролювати поведінку інших [16]. Реакції, яких вони домагаються при натисканні таких «важелів»

зазвичай негативні, наприклад, маніпулювання, щоб викликати гнів. Такого роду знання чужих «важелів», натиск на які запускає очікувану реакцію, може створити враження виняткової здатності до менталізації. Однак у даних осіб «читання думок» інших людей часто шкодить здатності менталізувати власні думки і почуття. Найчастіше така менталізація спрямована на маніпулювання, яке стосується тих чи інших соціальних обставин.

Крайній випадок надмірної менталізації представлений у антисоціальних (психопатичних) особистостях, які садистським чином використовують свої знання про почуття інших людей, такі маніпуляції використовуються для того, щоб викликати довіру, а потім експлуатувати відносини. Прикладом надмірної менталізації є навіювання почуття тривоги, вини, сорому з метою тримати іншу людину під контролем [18], [25], [35].

Таким чином, менталізація як процес усвідомлення та емоційної регуляції – доволі збірне поняття, на котре впливають різноманітні чинники, включно зі ступенем психічної організації особистості та спадковий анамнез.

1.3 Теоретична модель дослідження: взаємозв'язок адикцій та менталізації у формуванні особистості людини

Отож, ми наблизились до ключового питання нашого дослідження – а саме визначення точок дотику між адикцією та менталізацією. Як саме пов'язані між собою ці два поняття?

З вищезгаданого опису порушеної здатності до менталізації та опису адикції можна зробити висновок, що поведінково ці два феномени дуже подібні, або й навіть ідентичні. Наприклад, для обидвох характерним є використання примітивних механізмів захисту, низька здатність ідентифікувати власні емоції та будувати взаємодію з оточуючим світом.

Дослідники стверджують, що пацієнти з межовим розладом особистості відчувають труднощі в менталізації, зокрема, в ситуаціях міжособистісної

взаємодії, коли вони найбільш вразливі до надмірних проявів тривожності. Порушення менталізації не дозволяють таким особам мати досить надійний «буфер» як захист від афектів, що провокує реакцію «бийся» або «втікай», як відповідь на стресовий стимул зовні. Такі реакції при взаємодії з навколишнім світом характерні, зокрема, для залежних осіб [12, 17].

Аллен та ін. описують двосторонній зв'язок між зловживанням психоактивними речовинами та менталізацією [34]. Інтоксикація погіршує усвідомлення власних емоційних станів, а також погіршує зв'язок з власними позитивними інтроектами. Дефіцити в менталізації, з іншого боку, сприяють схильності до зловживання психоактивними речовинами при емоційному стресі, викликаному міжособистісними конфліктами зі значущими об'єктами [1].

Проблема людських взаємовідносин в онтогенезі розвитку адикцій та порушень менталізації відкликає нас до теорії прив'язаності, яка повертає нашу увагу ще й з огляду на те, що від самого початку концепція менталізації була висвітлена в контексті великого емпіричного дослідження, в якому безпечний тип прив'язаності немовлят до власних матерів виявився обумовленим не тільки безпечним типом прив'язаності їхніх матерів під час вагітності (Fonagy & Steele, 1991) [2], але ще більше здатністю матері рефлексувати над своїми дитячими стосунками з власною матір'ю з точки зору усвідомлення («in terms of mental states»), тобто менталізації (Fonagy, Steele, & Steele, 1991). Це одне з перших проспективних досліджень такого типу респондентів. Інтерв'ю для дорослих було проведено 100 матерям, які очікували на свою першу дитину, і 96 з них були на спостереження протягом 1 року. Тип прив'язаності, який демонстрували вагітні матері, був ідентичний до тієї, яка формувалась між ними та їх дітьми після пологів у 75% випадків [36].

Для аналізу ролі емоційної чуйності матері в розвитку адиктивної поведінки, а також в успіху реабілітації після стаціонарного лікування героїнової залежності було проведено емпіричне дослідження. Для цього тип

прив'язаності матері виступав в ролі робочої незалежної змінної – набору свідомих, а здебільшого несвідомих уявлень про силу і надійність відносин суб'єкта зі значущою особою. Саме ця надійність, виникнувши в ранньому віці, більш-менш стабільно продовжує функціонувати в психіці дорослої людини. Для визначення типу прив'язаності матерів було використане напівструктуроване інтерв'ю для дорослих (AAI). Дослідження проводилося на базі центру реабілітації алкоголіків і наркоманів в Москві, були обстежені наступні гурпи респондентів: (а) група наркоманів; б) їхні матері; с) контрольна група жінок, чії діти не страждають від наркотичної залежності. За результатами реабілітації група матерів наркозалежних (експериментальних) була розділена на дві підгрупи «Ремісія» - жінки, діти яких перестали вживати наркотики і перебували в ремісії не менше 9 місяців, і «Вживання»- жінки, чії діти відновили вживання наркотиків в цей період [27].

Наявність високого рівня ненадійної прив'язаності в матері залежної особи, в порівнянні з контрольною групою, підтвердила гіпотезу про те, що ненадійна прив'язаність матері виступає фактором ризику для розвитку залежності. У той же час надійна прив'язаність прямо корелює з відсутністю залежності.

Отож, емоційна відчуженість чи нестабільність матері (як прояв її власного типу прив'язаності) схиляє дитину в майбутньому до формування залежності, оскільки це призводить до недостатнього розвитку цілого ряду психічних функцій (регуляції та ідентифікації афектів, стабільної самооцінки, вміння піклуватися про себе), необхідних для забезпечення і підтримки відчуття психологічної безпеки [9]. Отож, можемо зробити висновок зв'язок між ознаками низької здатності до менталізації та розвитком залежності.

Також дане дослідження показало, що тип і якість прив'язаності матері відіграє значну роль у визначенні адиктивного розладу і здатності його подолати; тим самим підтверджуючи твердження про те, що діти матерів з ненадійною прив'язаністю, швидше за все, не здатні трансформувати

негативний вплив стосунку з матір'ю в дитинстві. На думку дослідників, результати даного дослідження показують механізм і природу формування співзалежності.

Останнє відоме дослідження для виявлення зв'язку між порушеннями менталізації та зловживанням алкоголем у вибірці молодих людей було проведене в Італії в період з листопада 2019 р до березня 2020 р. Вибірка була зроблена з 271 осіб італійської молоді, 65,9% жінок і 34,1% чоловіків (183 жінки і 88 чоловіків; середній вік: $23,20 \pm 3,55$ років; діапазон: 18-34р). Ці дані показали, що порушення менталізації значно пов'язані зі зловживанням алкоголю серед молодих людей. У цьому ж дослідженні, яке було опубліковане 2020 р, зазначено, що зв'язок менталізації та адикції щоразу то більше привертає увагу науковців [8].

В Україні наразі відсутні дані про психологічні дослідження на тему зв'язку між адикцією та здатністю до менталізації.

Отож, наявні дослідження вказують про існування зв'язку між залежністю, емоційною регуляцією, алекситимічністю та співзалежністю, внаслідок чого можемо припустити, що залежні особи відзначатимуться низьким рівнем емоційної регуляції, високим рівнем алекситимії та співзалежності. Що стосується зв'язку між менталізацією та залежністю, то можемо припустити, що в залежних осіб нижчий рівень менталізації, аніж в осіб без залежностей, а також вплив терапевтичних заходів програми реабілітаційних закладів мав би позначатись на підвищенні рівня менталізації залежних осіб.

Отож, враховуючи попередні дослідження на тему зв'язку між різними аспектами менталізації та залежністю, для даного дослідження було сформовано наступні гіпотези:

Гіпотези дослідження:

1. Залежні особи будуть відрізнятися від осіб без залежностей за рівнем менталізації: ймовірно, в осіб з залежною поведінкою буде нижчий рівень

усвідомлення та регуляції емоцій.

2. Ймовірно, існує зв'язок між періодом перебування на реабілітації та здатністю до менталізації: чим більший період перебування на реабілітації, тим збільшується здатність до емоційного усвідомлення та регуляції афекту.

3. Залежні особи відрізнятимуться від осіб без залежностей за рівнем алекситимії, співзалежності та емоційної регуляції.

4. Емоційна регуляція, алекситимія та співзалежність відіграють різну роль у здатності до менталізації у залежних осіб та в осіб без залежностей.

Висновки до першого розділу

На першому етапі даного дослідження відбулось ознайомлення з сучасним визначенням понять залежності та менталізації і розглянуто погляди окремих психоаналітичних та шкіл на залежність. Зокрема, визначено, що ідеї перших психоаналітиків про те, що всі випадки залежності являють собою регрес до оральної стадії психосексуального розвитку, поступилися місцем іншій концепції, згідно з якою всі випадки звикання мають захисну і адаптивну функцію. Сьогодні багато психоаналітиків вважають, що головне в адиктивній поведінці – це не імпульс до самознищення, а відсутність адекватної інтерналізації батьківських фігур і порушення здатності до самооборони.

Також було розглянуто механізми формування адикцій, за допомогою яких організм людини звикає до психоактивних речовин спочатку на фізіологічному рівні, а згодом – на психологічному. Надмірне вживання речовин, хімічної та нехімічної природи призводить до проблем із соціалізацією, самоідентифікацією, неадекватною поведінкою, та згодом і до летальних наслідків.

Що стосується огляду досліджень на тему менталізації, то було виявлено, що дана концепція є доволі новою в психології і перебуває на стадії активного дослідження. Зокрема, науковцями був виявлений прямий зв'язок між

негативними типами прив'язаності та схильністю до залежності. Інші поодинокі дослідження, а також схожість між психологічними рисами залежної особи та рисами, притаманними порушенням менталізації, наштовхують на припущення про наявність порушень менталізації в залежних осіб. Серед спільних рис, зокрема, можна виділити порушену здатність до емоційної регуляції, алекситимічність, схильність до формування співзалежної поведінки.

Актуальність проблематики в сучасному науковому світі та брак вітчизняних досліджень на дану тему спонукають здійснити спробу емпіричного дослідження взаємозв'язків між вищезгаданими психічними феноменами.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

2.1. Процедура проведення емпіричного дослідження.

Характеристика досліджуваних груп

Емпіричне дослідження було проведено, щоб підтвердити або спростувати наведені у вступі гіпотези та детальніше дослідити проблему менталізації, з використанням та подальшим детальним аналізом ретельно підібраних методик. Проведення даного дослідження відбувалося в 3 етапи:

Впродовж першого етапу відбувався аналіз теоретичного матеріалу, відбір та адаптація обраних методик для дослідження, а також вибір і формування груп. Перед проходженням основними групами досліджуваних, опитування були запропоновані пройти декільком особам для оцінки зручності сприймання і складності питань. В результаті чого, більшість погодились, що питання були для них цікаві та доречні, але й зауважили їх подібність в деяких методах. Також виявились і ті респонденти, для яких питання були дещо особистими і виявляли складність у виборі відповідей.

На другому етапі проходив процес опитування двох груп, експериментальної і контрольної, з поділом контрольної групи досліджуваних на групи А і Б. Дослідження контрольної групи базувалось на опитуванні студентів УКУ, і важливим є той факт, що досліджувані були відібрані без досвіду реабілітації. В цілому у даній частині дослідженні взяло участь 60 респондентів, з яких група А – 30 учасників, група Б – 30 учасників. Слід зазначити, що групи А і Б проходили однакові опитування, за винятком окремих додаткових питань, і будуть аналізуватися окремо. Тобто, учасникам обидвох груп було запропоновано пройти всі 4 методики в одному опитуванні. Усі учасники брали участь у дослідженні на добровільних засадах. Дослідження було анонімне і конфіденційне.

На третьому етапі було проведено статистичний аналіз отриманих результатів опитання та їх порівняння з теоретичною базою попередніх досліджень.

Детальна характеристика досліджуваних контрольних груп наведена в таблицях нижче:

Таблиця 2.1

Характеристика досліджуваної групи А

Група	N	Стать		Курс навчання N (%)					Вік
		Чоловіки N (%)	Жінки N (%)	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	магістр атура	
студен ти	30	16 (51,3%)	14 (49,8%)	4 (9,5%)	9 (29,7%)	9 (29,6%)	6 (13,8%)	2 (17,4%)	18-35

Таблиця 2.2

Описова статистика групи А

	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Вік	30	23,03	18,00	35,00	3,06
Стать	30	0,36	0,00	1,00	0,49
сума CR	30	22,53	7,00	33,00	6,41
сума ES	30	14,80	4,00	24,00	4,52
сума TES 20	30	53,53	27,00	84,00	13,40
MZQ	30	43,73	21,00	64,00	9,43
SF CDS	30	49,70	28,00	75,00	12,42
Відмова від саморефлексії	30	10,46	4,00	16,00	2,99
Емоційне усвідомлення	30	12,80	4,00	20,00	3,99
Режим психічної Еквівалентності	30	9,56	3,00	14,00	2,83
Регуляція афекту	30	12,03	4,00	19,00	3,69

Критерії включення: (а) досліджувані студенти 1- 6 курсу та магістратури УКУ, (б) згодні надати дані для використання в дослідженні.

Критерії виключення: (а) студенти, які пройшли опитування, але відмовились надати дані результатів.

Характеристика досліджуваної групи Б

Критерії включення: (а) учасники реабілітаційної програми ГО "Сім доріг", (б) згодні надати дані для використання в дослідженні.

Критерії виключення: (а) респонденти, які пройшли опитування, але відмовилися надати дані результатів.

Таблиця 2.3

Характеристика досліджуваної групи Б

Група	N	Стать		Вік роки
		Чоловіча N (%)	Жіноча N (%)	
Студенти	30	17 (61%)	13 (39%)	20-52

Таблиця 2.4

Описова статистика групи Б

	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Вік	30	32,06	20,00	52,00	7,07
Стать	30	0,50	0,00	1,00	0,50
сума CR	30	26,93	13,00	42,00	8,34
сума ES	30	15,03	6,00	26,00	5,95
сума TES 20	30	53,60	26,00	91,00	16,57
MZQ	30	44,30	26,00	69,00	12,45

SF CDS	30	54,93	31,00	80,00	13,97
Відмова від саморефлексії	30	10,40	4,00	18,00	4,43
Емоційне усвідомлення	30	18,06	8,00	28,00	5,58
Режим психічної еквівалентності	30	9,86	4,00	15,00	3,18
Регуляція афекту	30	8,86	3,00	14,00	3,18
Термін перебування на реабілітації	30	21,96	3,00	14,00	3,18

Експериментальна група Б повинна містити згідно з метою дослідження виключно залежних осіб. Критерієм залежності респондентів по замовчуванню обрано факт їхньої участі в реабілітаційній програмі одного з Львівських реабілітаційних закладів для uzалежнених. В якості контрольної групи виступили найбільш доступні для опитування респонденти – студенти УКУ. Як бачимо, середній вік учасників контрольної групи 23 р., тоді як середній вік залежних осіб 32р. Тобто обидві вибірки значно відрізняються за віком. За статтю різниця не так помітна – 16 чоловіків та 14 жінок в контрольній групі, та 17 чоловіків та 13 жінок в експериментальній. Слід також взяти до уваги, що учасники контрольної групи навчаються у вищому навчальному закладі, на відміну від учасників експериментальної групи, які мають різний рівень освіти.

Збір даних здійснювався за допомогою онлайн форми опитування на платформі Google Forms. Усі досліджувані мали змогу з допомогою персонального комп'ютера виконати тест.

Проведення опитувань в онлайн форматі дало можливість кожному учаснику взяти участь у дослідженні в будь-який зручний для нього час на комфортних умовах. Дане дослідження проводилось у грудні 2021- січні 2022 рр..

Третій етап, аналіз отриманих результатів. На цьому етапі аналізувались дані, отримані в результаті опитування, такі як частка опитаних за статевою приналежністю, вік досліджуваних, на якому курсі опитані студенти навчаються.

Також було здійснено перевірку гіпотез дослідження за допомогою програми Statistica 8.0. Було здійснено перевірку шкал на нормальність розподілу, і згодом було здійснено перевірку чотирьох гіпотез по черзі за допомогою порівняльній аналізу за непараметричним критерієм Мана-Уїтні, кореляційного аналізу та регресійного аналізу відповідно. Пізніше результати аналізу цих даних стали підґрунтям для винесення висновків.

2.2. Характеристика методів та методик емпіричного дослідження

Щоб досягти ефективного проведення дослідження такої проблеми як менталізація узалежнених осіб, потрібно знати чинники, які впливають на механізм формування залежності. У дослідженні використовувались саме такі методи і опитувальники, що визначають ці чинники.

Отож, згідно даних попередніх досліджень, котрі були оглянуті в попередньому розділі нашого дослідження, важливим чинником менталізації можна назвати *емоційну регуляцію*, тобто спосіб усвідомлення та контролю людиною власного емоційного стану, її поінформованість про різноманітність та експресивність емоцій [28]. Сюди також включаються різні види поведінки особи, такі як здатність до переосмислення складної ситуації, вміння доречно приховати певні емоції, наприклад – страх, засмученість, а також здатність впливати на зменшення рівня стресу чи гніву, чи зосереджуватись на відчутті щастя та спокою. Варто зазначити, що у психологічних дослідженнях поняття «емоційна регуляція» трактується як здатність особистості використовувати загально та соціально прийнятні способи вираження емоцій; вміння контролювати [26], усвідомлювати і приймати свої емоції; аналізувати та контролювати емоції; переводити деструктивні емоції в конструктивні.

Іншим важливим чинником, який впливає на механізм формування залежності, є *здатність до менталізації*. Так згідно концепту, авторами якого

є Е. Бейтман і П. Фонагі, менталізація розглядається як осмислення своїх дій та дій, які виконують інші, на підставі таких інтенційно заряджених психічних станів як бажання, переконання та почуття [2]. Іншими словами, це процес, за допомогою якого особа наділяє сенсом ті феномени та явища, які явно і неявно зв'язані з нею самою та з іншими людьми, в понятті суб'єктивних станів і ментальних процесів.

Цей процес є дуже важливий для розвитку єдності особистості як цілого, емоційного регулювання і здатності брати участь в соціальних процесах навколишнього середовища. Оскільки ми не можемо точно знати, що відчують інші люди, то менталізація виступає як процес, завдяки якому ми найкращим чином здогадуємось про емоційний стан інших осіб.

Ще одним фактором є *співзалежність* – як залучення людини в ситуацію, яка призводить до таких негативних наслідків як деструктивна поведінка, відмова від самого себе і розвитку почуття провини, поява депресії і, як наслідок, можливість важких психосоматичних захворювань [40]. Розвиток співзалежності відбувається в обставинах, де близька людина узалежнюється від наркотиків, алкоголю, азартних ігор, іншої особи тощо, і виражається у всепоглинаючій, і важко здолатній емоційній, соціально-побутовій і в деяких випадках, фізичній залежності від іншої особи. Буває і так, що жертвами співзалежності стають не лише найближчі до залежної людини особи, але також і родичі, батьки, діти, тобто при спорідненості та близьких відносинах ця недуга може охопити кілька осіб. Цікавим є той факт, що тільки після того, як алкоголізм було визнано хворобою, термін «співзалежність» було впроваджено у професійну термінологію [24]. Після багатьох досліджень було зауважено, що близькі люди, а також рідні залежних від алкоголю чи наркотиків, мають дещо порушену поведінку, що є результатом спільного проживання з залежними – саме така поведінка називається співзалежністю.

В останні десятиліття дослідження цієї проблеми набуло чималої важливості в галузі психотерапії, особливо тими спеціалістами, які

спеціалізуються на сімейних проблемах, подоланні глибоких психічних травм, отриманих особою в ранньому дитинстві, які, в свою чергу, перешкоджають їй в досягненні здорових та довірливих відносин з іншими людьми, ускладнюють життя [27].

Отож, для того, щоб підтвердити наявність зв'язку між вищезгаданими психологічними конструктами та залежністю, в ході емпіричного дослідження використовувались такі методики:

1. Методика вимірювання здатності до менталізації MZQ

Mentalization Questionnaire Методика має на меті вивчити здатність до менталізації. Опитування містить 15 запитань. Питання спираються на теорії П. Фонагі та Е. Бейтмана про концепт менталізації та утворюють 4 шкали: відмова від саморефлексії, емоційне усвідомлення, режим психічної еквівалентності та регуляція афекту. Опитувальник, розроблений Гаузбергом та ін., зарекомендував себе як швидкий, якісний і доволі надійний метод визначення рівня менталізації й адаптований на італійській та іспанській вибірках. Питання оцінюються за шкалою від 1 до 5 балів, зокрема, 1 бал – абсолютно не згоден; 2 бали – скоріше не згоден; 3 бали – ні те, ні інше; 4 бали – скоріше згоден; 5 балів – абсолютно згоден. Після закінчення опитування бали підсумовуються [5, 14].

В україномовній адаптації, здійсненій Турецькою Х.І. та Кунікевич Б.І. 2020 р. встановлено показник внутрішньої узгодженості опитувальника ($\alpha = 0,75$) і показник ретестової надійності ($r = 0,74, p < 0,01$).

При факторному аналізі виділено 4 фактори на підставі критерію кам'яного осипу. Фактор № 1 «відмова від саморефлексії» формують питання 1,2,3,4.

Запитання, які охоплює дана шкала, спрямовані на виявлення тенденції до уникнення роздумів про власний внутрішній стан, або ж категоричну відмову від почуттів, що супроводжується страхом особи бути поглинутою ними. Ця нездатність до саморефлексії описує радше емоційно незрілий стан, що також включає такі припущення, яких може допускатися дана особа: «Якщо

хтось позіхає в моїй присутності, то це означає, що йому нудно зі мною» . спостерігається уникнення аналізу думок, що стосуються власного внутрішнього стану. Проте дана особа схильна надавати зовнішнім подіям виключно егоцентричні інтерпретації (а не такі, як наприклад: «Ця людина позіхає швидше всього тому, що втомлена») [25].

Фактор № 2 «емоційне усвідомлення» утворюють питання 5,6,7,8. Емоційне усвідомлення, за задумом авторів шкали – це брак диференціації внутрішніх станів та емоцій особи. Відсутня здатність до ідентифікації емоцій. І внаслідок цього страждає регуляція афекту. Почуття відчуються дуже розмиті та невизначені.

Фактор № 3 «Режим психічної еквівалентності» формують такі питання: 9,10,11. Психічна еквівалентність – це ототожнення індивідумом власних психічних станів та зовнішньої реальності. Внаслідок чого явлення певної критичної ситуації може створювати такий самий емоційний ефект для особи, як і реально пережита травма. Окрім того, внутрішні репрезентації стосунків видаються нестабільними, в такій особі відсутня гнучкість у вмінні будувати стосунки [25].

І останній фактор № 4 «Регуляція афекту» утворюють питання 3,11,12,14 [13]. Регуляція афекту – це нездатність модулювати афект, що може призвести до відчуття безпорадності і змушує особу почуватися zagrożеною власними емоціями.

В оригіналі методики запитання поділені за шкалами «відмова від саморефлексії» (питання 1,2), «режим психічної еквівалентності» (питання 12) та шкалою «регуляції афекту» (питання 13,15) [39]. У результаті, діапазон отриманих балів коливається у проміжку між 15 і 75 балами включно. Метою даного опитування є перевірка поданих у вступі гіпотез на правильність. Методики вимірювання здатності до менталізації MZQ представлені у Додатку А [30].

2. Шкала співзалежності Спана-Фішера SF CDS

Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS) .Цей метод має на меті оцінити наявність у досліджуваного вираженої дисфункційної моделі відносин з іншими людьми, а також зосередженості поза собою, відсутності адекватного вираження своїх почуттів і намагання добиватися власних цілей через відносини. Spann L. та Fischer J. L. висунули гіпотезу, що характеристики коливаються в діапазоні від низького до високого рівня, і людей, які були на високому ступені даного континууму, вважали співзалежними [7].

В дослідженні опитування здійснено завдяки перекладові методики магістранткою ЛНУ ім. Франка, М.Медведевої. Встановлено показник внутрішньої узгодженості опитувальника ($\alpha = 0,76$) і показник ретестової надійності ($r = 0,76$, $p < 0,01$)

Опитування містить 16 запитань. Питання оцінюють за шкалою від 1 до 6 балів, зокрема, 1 бал – абсолютно невірно; 2 бали – скоріше невірно; 3 бали – частково невірно; 4 бали – частково вірно; 5 балів – скоріше вірно; 6 балів - абсолютно вірно. Після закінчення опитування бали підсумовуються.

Результати опитування інтерпретуються відповідно до таких критеріїв: норма, помірно виражена співзалежність, сильно виражена співзалежність [36]. Шкала співзалежності Спана-Фішера SF CDS представлена у Додатку Б.

3. TAS-20 – Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії.

Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії (The twenty-item Toronto Alexithymia Scale, TAS-20) являється скороченою версією оригінальної шкали TAS-26 (G. J. Taylor & co-authors), створеної в 1985 році. Алекситимія --- це своєрідна характеристика особистості, яка відображається в знижені або відсутності здатності до розпізнавання, виявлення або диференціювання емоційних переживань і фізичних відчуттів [16]. Інколи в розуміння цього поняття включають емоційну чутливість до оточуючих людей, тобто низький рівень емоційного вираження в повсякденному житті.

Алекситимія визначається такими психологічними особливостями: бідність прояву уяви і фантазії, складність у визначенні та описі власних

відчуттів та емоцій, труднощі в усвідомленні різниці між почуттями та тілесними відчуттями, фокусування в більшій мірі на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях. До створення найбільш ефективної версії шкали відбулось багато правок та значних змін. На початку її розроблення автори створили концепцію з 41 твердженням, але після аналізу тверджень було прийнято рішення відібрати 26 пунктів для кінцевого варіанту.

Факторний аналіз шкали з вилученням головних факторів і ротацією дозволили отримати в результаті ефективну факторну структуру. Подальші дослідження показали, що факторна структура TAS має стабільність і надійність. Незважаючи на задовільні властивості TAS-26, пізніше її автори виявили ряд недоліків, наприклад, пункти зниження здатності до уявлення мали погану кореляцію з загальним балом. Саме тому в подальшому було вирішено забрати ці пункти, додавши декілька нових, тим самим створивши нову покращену шкалу – TAS-20. Відповіді на питання оцінювалися за шкалою Лайкерта, від 1 (категорично не погоджуюсь) до 5 (повністю погоджуюсь).

В порівнянні з оригінальною версією, опитувальник TAS-20 отримав три підшкали: Складність описувати почуття (DDF – Difficulty Describing Feelings), Складність розпізнавати почуття (DIF – Difficulty Identifying Feelings) і Схильність до фокусування своєї уваги на зовнішніх речах (EOT – Externally Oriented Thinking). Четвертий компонент, який має входити по замислу автора, в особливості синдрому алекситимії – бідність фантазій та чутливих асоціацій, не має своєї шкали, але розуміється що він описується в третій шкалі. Особливістю даного опитувальника є наявність питань в обернених значеннях.

В даному дослідженні використано переклад методики, здійснений магістрантом ЛНУ, О.Хомою. Встановлено показник внутрішньої узгодженості опитувальника ($\alpha = 0,75$) і показник ретестової надійності ($r = 0,75$, $p < 0,01$). Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії представлена в додатку В.

4. *ERQ – Опитувальник емоційної регуляції*

Опитувальник емоційної регуляції (ERQ – Emotion Regulation Questionnaire) був створений (Gross J.J., & John O.P. 2003) з опорою на процесуальну модель емоційної регуляції і направлений на перевірку двох стратегій емоційної регуляції: Когнітивна переоцінка (CR – Cognitive Reappraisal) і Придушення вираження почуттів (ES – Expressive Suppression). Десятикомпонентна шкала була розроблена для оцінки здатності респондентів регулювати свої емоції двома шляхами описаними вище, з оцінкою кожного питання за шкалою Лайкерта від 1 (категорично не погоджуюсь) до 7 (повністю погоджуюсь) [15].

Когнітивна переоцінка полягає в спробах змінити сенс сприйняття або інтенсивність емоційної реакції, шляхом зміни оцінки поточної ситуації.

Дані попередніх досліджень вказують на те, що здатність до когнітивної переоцінки прямо корелює з рівнем інтелекту (Weber et al. 2014) [22], а також було виявлено, що когнітивна переоцінка відіграє значну роль в регуляції афекту, саме допомагає зменшити або збільшити позитивні чи негативні емоції (Gross 2015) [29]. Крім того, деякі дослідження вказують на те, що когнітивна переоцінка може бути адаптивною в боротьбі з неконтрольованим стресом та тривожністю (Trovy et al., 2013) [15].

Придушення вираження почуттів (ES – Expressive Suppression) відноситься до спроби зменшити зовнішнє вираження емоцій. Обидві стратегії емоційної регуляції CR та ES були виокремлені завдяки моделі емоційної регуляції, запропонованій Gross (1998) [22], який стверджує, що ці стратегії повинні бути охарактеризовані в залежності від того, коли вони виявляють свій ефект на процесах генерації емоцій, і в цьому значенні CR та ES спричинюють ефект по різні сторони процесу. Когнітивна переоцінка діє перед емоційною відповіддю, спрямовуючи траєкторію емоції в іншому напрямку. Натомість придушення вираження почуттів вступає в дію пізніше, змінюючи поведінковий компонент емоційної відповіді. Різниця в часі між CR та ES в процесі генерування емоцій вкладає різний внесок в психологічне

функціонування індивідуума в особистому та соціальному житті. Щоб виміряти цю різницю, Cross та John (2003) розробили опитувальник емоційної регуляції ERQ.

В даному дослідженні використано переклад методики, здійснений магістрантом ЛНУ ім. Франка, О.Хомою. Встановлено показник внутрішньої узгодженості опитувальника ($\alpha = 0,76$) і показник ретестової надійності ($r = 0,75$, $p < 0,01$).

Здатність контролювати емоції є важливим процесом для адаптації людини. Останнім часом запитання про нейронні основи регулювання емоцій набули нової цінності, оскільки дослідження функціональної візуалізації у людей дозволили проводити безпосередні дослідження стратегій управління, які спираються на вищі когнітивні процеси, дослідження яких складно проводити на інших живих організмах, окрім людей. Такі вивчення досліджували здатність контролювати увагу до стимулів, які викликають емоції, когнітивно змінюючи їх значення. Цей процес залежить від взаємодії між префронтальною та поясною системами контролю і кортикальних та підкіркових систем генерації емоцій [10]. Взяті разом результати пропонують функціональну архітектуру для когнітивного контролю емоцій, яка узгоджується з результатами інших досліджень на тему емоцій.

Особливістю опитувальника емоційної регуляції є запитання про емоційне життя опитуваного, а саме, як ця особа контролює (регулює і управляє) свої емоції. Наявні питання включають в себе два аспекти емоційного життя. Першим є емоційний досвід, або те, що людина відчуває, другий – емоційне вираження, або як людина показує свої емоції через зовнішню поведінку. На перший погляд може здатися, що питання зовсім схожі, але насправді вони сильно відрізняються різними особливостями. Опитувальник емоційної саморегуляції представлений в додатку Г.

Висновки до другого розділу

Дослідження проводилося у декілька етапів. Під час першого етапу проводився аналіз теоретичного матеріалу попередніх досліджень та відбір методик дослідження. Далі відбувалось формування груп опитуваних людей: експериментальної та контрольної групи. Останнім етапом був аналіз отриманих результатів.

Щодо характеристики груп досліджуваних, то враховувалися наступні критерії: стать, вік і курс навчання опитуваних людей – у контрольній групі та стать, освіта, сімейний стан, рівень задоволеності життям, сприятливість сімейної ситуації, терміни залежності та перебування на реабілітації – у експериментальній групі відповідно.

У дослідженні застосовувалися наступні методики: MZQ – вимірювання здатності до менталізації, шкала співзалежності Спана-Фішера (SF CDS), TAS-20 – Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії та ERQ – опитувальник емоційної регуляції. Щодо першої методики, то метою її проведення було вивчення здатності до менталізації. Результати опитування інтерпретувалися відповідно до 4 шкал: відмова від саморефлексії, емоційне усвідомлення, режим психічної еквівалентності та регуляція афекту. Шкала співзалежності Спана-Фішера SF CDS мала на меті оцінити наявність у досліджуваного вираженої дисфункціональної моделі відносин з іншими людьми. Дані цього опитування аналізувалися відповідно до таких критеріїв: норма, помірно виражена співзалежність, сильно виражена співзалежність. Наступне опитування – Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії, за допомогою якого визначався рівень алекситимії у досліджуваних. Опитувальник TAS-20 мав три підшкали: складність описувати, складність розпізнавати почуття і схильність до фокусування своєї уваги на зовнішніх речах. Опитувальник емоційної регуляції був направлений на перевірку двох стратегій емоційної регуляції: когнітивної переоцінки і придушення вираження почуттів.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛІЗАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ

3.1. Особливості емоційної регуляції uzалежнених осіб

Щоб здійснити перевірку гіпотез даного дослідження, було проведено статистичний аналіз даних опитування контрольної та експериментальної груп за допомогою програми Statistica 8.0.

За допомогою методу описової статистики було виявлено особливості емоційної регуляції в осіб із залежною поведінкою. Метод описової статистики дав можливість побачити середні показники за шкалами методик MZQ (менталізація), Торонтської шкали алекситимії (TAS 20), опитувальник емоційної саморегуляції (ERQ).

Встановлено, що в досліджуваній групі осіб із хімічною залежністю середній показник рівня відмови від саморефлексії становить 10 (з 20-ти можливих), емоційного усвідомлення – 12, режиму психічної еквівалентності – 10 та регуляції ефекту – 9 (з 15-ти можливих)

У контрольній групі також встановлено середні показники за даними шкалами. Так рівень відмови від саморефлексії становить 10, емоційного усвідомлення – 8, режиму психічної еквівалентності – 9 та регуляції ефекту – 8. (Рис.3.1).



Рис.3.1 Середні показники рівня менталізації в експериментальній та в контрольній групі

Таким чином, можна стверджувати про наявність середнього рівня менталізації у досліджуваній та контрольній групах. Як бачимо, в осіб із залежністю показники є дещо вищими, що свідчить про нижчий рівень здатності менталізації, особливо що стосується усвідомлення власного емоційного стану.

Також встановлено, що в досліджуваній групі осіб із хімічною залежністю середній показник рівня алекситимії становить 54 бали (Додаток Д). Даний показник означає, що наша досліджувана група має великий ризик алекситимії. Тобто, особи із залежністю мають тенденцію до низької здатності вербалізації емоційних станів та почуттів. Рівень алекситимії був виміряний і для контрольної групи. Встановлено, що середнє значення рівня алекситимії у групі осіб без залежності становить 53, що також свідчить про високий ризик алекситимії.

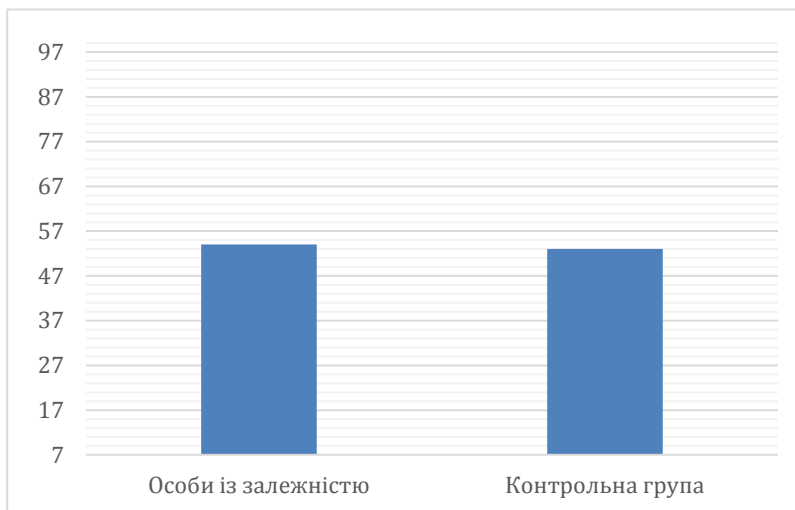


Рис.3.2 Середні показники рівня алекситимії в експериментальній та в контрольній групі

Тобто, бачимо, що як група із залежністю, так і контрольна група мають тенденцію до складності у визначенні та описі власних відчуттів, емоцій.

Також було виявлено, що в досліджуваній групі середній показник когнітивної переоцінки почуттів (ER) становить 27 (при максимальному показнику 42), а придушення вираження почуттів (CR) – 15 (при максимальному показнику 28). У контрольній групі (особи без залежної поведінки) середній рівень когнітивної переоцінки почуттів становить 22, придушення вираження почуттів – 15.

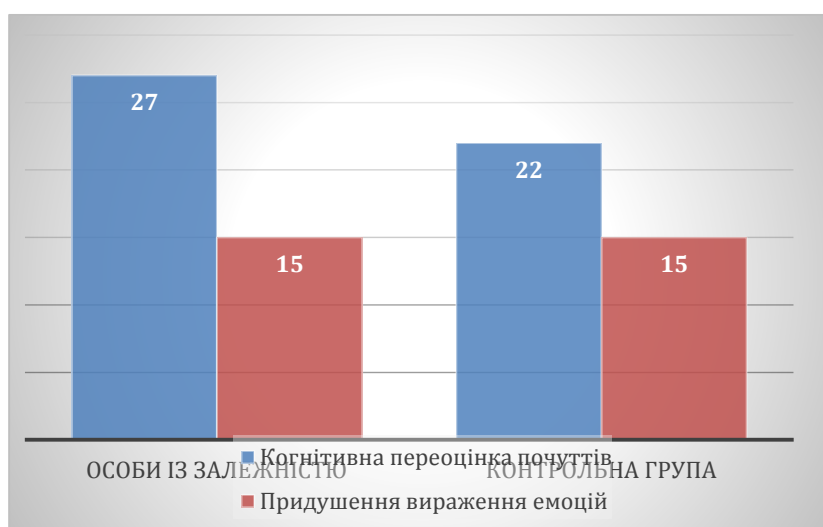


Рис.3.3 Середні показники рівня емоційної саморегуляції емоцій в експериментальній та контрольній групах

Як бачимо, обидві групи мають однаковий рівень придушення вираження емоцій і даний показник є трохи вищим за середнє значення. Це означає, що обидві групи мають тенденцію зменшувати зовнішнє вираження емоцій. Також обидві групи мають середній рівень здатності до роздумів про ситуацію по-іншому, щоб змінити її значення та власний емоційний досвід.

Для того, щоб перевірити нашу першу гіпотезу було застосовано порівняльний аналіз.

За допомогою непараметричного порівняльного методу (критерій Манна-Уїтні) для двох незалежних груп було виявлено статистично-значущу відмінність між групою осіб із залежністю та контрольною групою за шкалами «Емоційне усвідомлення» та «Регуляція ефекту» (Додаток Д, Рис.3.4, 3.5).

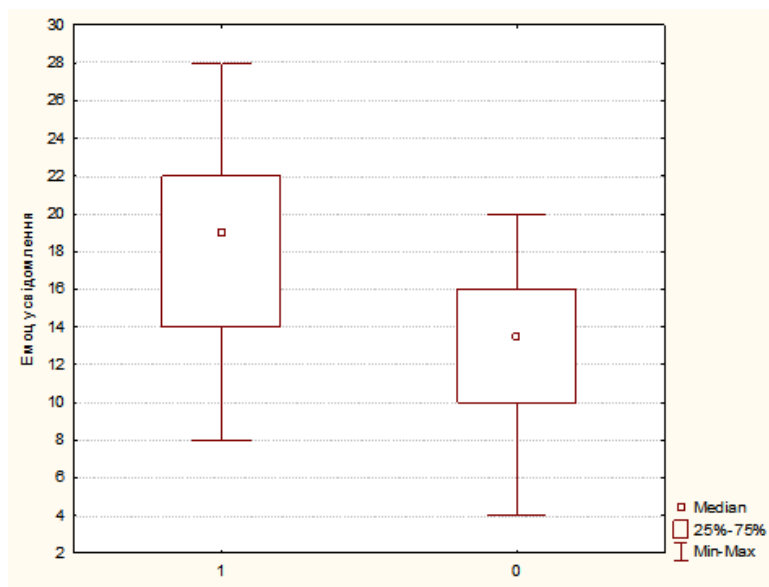


Рис.3.4 Порівняння показників за шкалою «Емоційне усвідомлення» в експериментальній і в контрольній групі

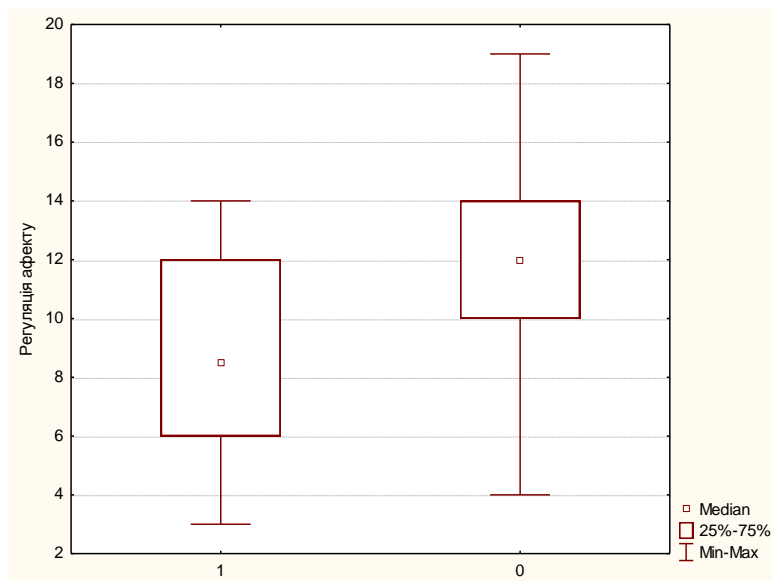


Рис.3.4 Порівняння показників за шкалою «Регуляція ефекту» в експериментальній і в контрольній групі

Встановлено, що особи із залежністю, у порівнянні з тими, кому не притаманна залежна поведінка, мають вищі показники емоційного усвідомлення. Оскільки шкали мають обернене значення, то дані результати свідчать про те, що особам із залежною поведінкою притаманний нижчий рівень диференціації власних внутрішніх станів та переживань, вміння ідентифікувати емоцій. Натомість почуття відчуються більш розмито та невизначено. Однак, як видно з порівняльного аналізу, люди із залежною поведінкою демонструють вищий рівень регуляції ефекту. Тобто, вони здатні краще контролювати емоції та менш схильні до страху перед власними відчуттями.

Даний результат, який вказує на те про те, що особи з залежністю краще регулюють власні афекти, який дещо не узгоджується з попереднім оглядом досліджень, напр., у Wursmer (1974), Waider&Kaplan (1969) [19]. Ймовірно, збільшення рівня регуляції афекту в осіб з залежною поведінкою можемо пояснити перебуванням опитаних респондентів в реабілітаційній програмі, що узгоджується з даними попередніх досліджень про роль 12-крокової програми в збільшенні регуляції афекту (Fewell H., Spiegel B., 2014) [23].

Взявши до уваги запитання, які входять до шкали «Регуляція афекту», можна припустити, що значна кількість осіб з залежністю задекларували своє вміння контролювати почуття, погодились з тим, що пояснення інших людей значно допомагають зрозуміти їх почуття та заявили, що почуття для них безпечні. Цілком ймовірно, що такі відповіді респондентів можна пояснити напрямом реабілітаційної програми, де значну увагу приділяють психоедукації на тему важливості емоційного інтелекту в житті людини. Відповідно, респонденти з контрольної групи в момент опитування не перебували в терапевтично спрямованих середовищах і не брали такої активної участі в тренінгах, як особи з залежністю.

3.2. Психологічні особливості здатності до менталізації узалежнених осіб

Для того, щоб перевірити припущення щодо зв'язку між періодом перебування на реабілітації та здатністю до менталізації, було здійснено кореляційний аналіз. За допомогою непараметричного критерію Спірмена було встановлено обернений статистично значущий зв'язок між шкалою «Емоційне усвідомлення» та терміном перебування на реабілітації ($r = -0,27$, $p < 0,05$) (Додаток Е, Рис.3.5)

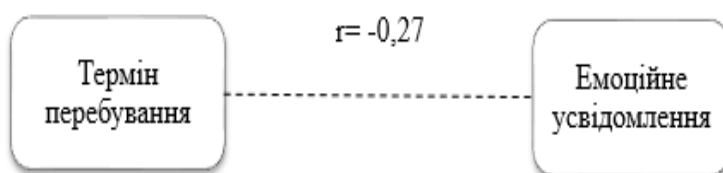


Рис.3.5 Кореляційна пляєда зв'язку терміну перебування на реабілітації та показників менталізації

Кореляція в даному випадку від'ємна, але враховуючи те, що шкала MZQ обернена, тобто, зі збільшенням періоду перебування в реабілітаційній програмі показник шкали усвідомлення емоцій зменшується. Це означає, що особи, які перебувають на реабілітації, покращують свою здатність до усвідомлення власних переживань, диференціації емоцій, внутрішнього стану від зовнішньої реальності.

В другій гіпотезі даного дослідження існувало припущення, що із збільшенням терміну перебування на реабілітації покращується рівень усвідомлення емоцій та регуляція ефекту. Хоча статистично значущий зв'язок було встановлено лише із шкалою «Емоційне усвідомлення», все ж можна говорити про тенденцію покращення і рівня регуляції ефекту. Відповідно, гіпотеза була підтвердженою.

Про позитивний вплив тривалості реабілітаційної програми на збільшення емоційного усвідомлення згадують такі дослідники, як Hutton C. (2019), та Fewell C., Spiegel (2014) [8], [13]. Останні також згадують про те, що зі збільшенням терміну реабілітаційної програми зростає загальний показник менталізації.

Розглянемо перевірку гіпотези №3 даного дослідження про те, що залежні особи відрізняються від осіб без залежностей за рівнем алекситимії, співзалежності та емоційної регуляції.

За допомогою непараметричного порівняльного аналізу двох незалежних груп (критерієм Мана-Уїтні) було виявлено статистично значущу відмінність між експериментальною та контрольною групами за шкалою «Когнітивна переоцінка почуттів» (CR) (Додаток Ж, Рис. 3.6).

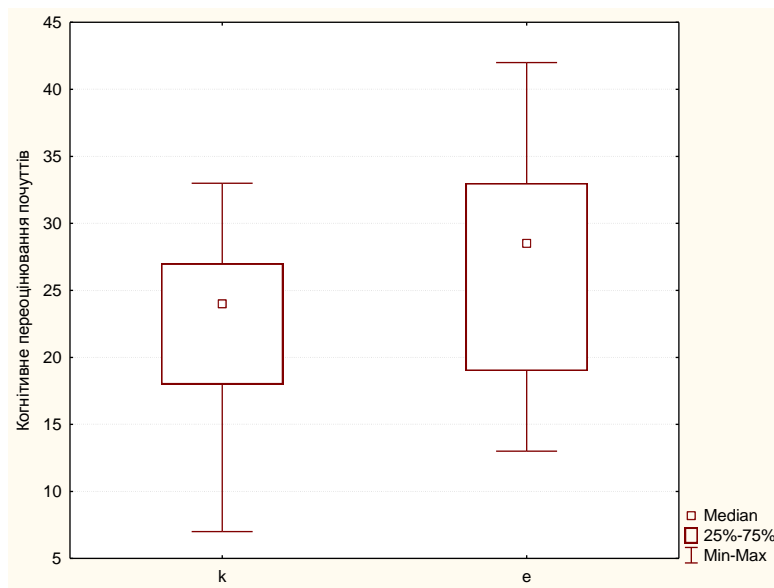


Рис.3.6 Порівняння показників за шкалою «Когнітивна переоцінка почуттів» в осіб в експериментальній і в контрольній групі

Як виявилось, в групі осіб із залежною поведінкою вищі показники за рівнем когнітивної переоцінки почуттів, в порівнянні з особами без залежності. Тобто, особам із залежністю, які перебувають на реабілітації мають кращу здатність під час управління емоціями змінювати ставлення до ситуації, в якій перебувають. Ці дані узгоджуються з нещодавніми дослідженнями Banafsheh Mohajerin, Behrouz Dolatshahi, Abbas Pour Shahbaz, Ali Farhoudian (2013) [38]. Можна припустити, що підвищений рівень когнітивної переоцінки почуттів (CR) в осіб з залежністю зумовлений великою кількістю тренінгів та психотерапевтичних заходів, спрямованих на когнітивно-поведінкову деконструкцію попередніх стилів мислення та поведінки.

З психодинамічної точки зору про роль 12-крокової програми для збільшення рівня когнітивної переоцінки говорять такі сучасні дослідники як Straussner, Fewell C., Spiegel B (2014) [23]. Вони згадують, зокрема, про те, що в процесі реабілітації в осіб з залежністю відбувається повторна інтерналізація образу селф. Це відбувається, зокрема, завдяки участі в практиці так званого «спонсорства», коли кожен учасник отримує персональну допомогу протягом періоду лікування від більш досвідченого учасника, а згодом також має

можливість допомогти менш досвідченому колезі. Такого типу стосунки, як також терапевтичні стосунки з групою, повторно інтерналізуються як якісно інші ментальні репрезентації нового досвіду прив'язаності (Marvin&Britner, 1999) [6].

Про інтегративну роль 12-и крокової програми для розщепленого Его особи з залежністю згадують Coldstein (1995), Kris (1952) [23]. Відповідно, когнітивне переоцінювання як ментальний процес в даному випадку розглядається як наслідок перебудови та реінтерналізації об'єктних стосунків в процесі реабілітації. Зміна мислення і поведінки цими дослідниками розглядаються як наслідок глибинних психічних процесів, які запускаються під час терапевтичних інтервенцій.

3.3. Прогностична модель менталізації експериментальної та контрольної груп

Розглянемо перевірку останньої гіпотези даного дослідження № 4 про те, що емоційна регуляція, алекситимія та співзалежність відіграють різну роль у здатності до менталізації у залежних осіб та в осіб без залежностей.

Для перевірки гіпотези щодо прогностичної моделі різної ролі у здатності до менталізації в осіб з залежністю та осіб без залежностей було здійснено множинний регресійний аналіз. Незалежною змінною виступав загальний показник менталізації, а залежними змінними – емоційна регуляція, алекситимія та співзалежність.

Встановлено, що модель здатності до менталізації в осіб без залежностей включає такі характеристики: емоційну регуляцію, алекситимію TES 20 та співзалежність SF SDC. Дана модель на 27% описує здатність до менталізації в осіб без залежностей ($R^2 = 0,27$). Однак встановлено, що найбільш вагому роль в здатності до менталізації в осіб без залежності відіграє шкала SF SDC ($\beta =$

0,52) при $p < 0,05$. Слід врахувати, що шкала менталізації є оберненою. Таким чином, чим вищий рівень співзалежності, тим нижчий показник менталізації в осіб без залежностей (Додаток 3, Рис. 3.7).

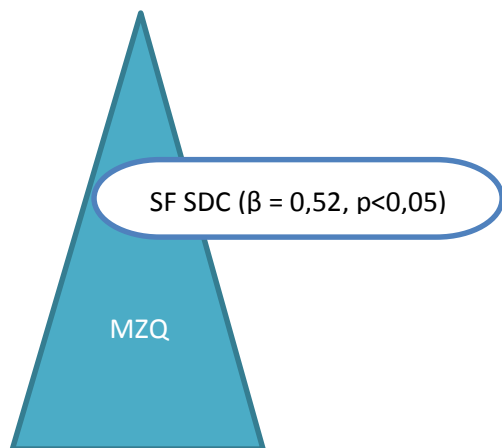


Рис. 3.7. Прогностична модель здатності до менталізації в контрольній групі

В групі залежних осіб менталізація значно зумовлена всіма трьома показниками, особливо показником співзалежності, далі відповідно показником алекситимії та емоційної регуляції, зокрема по шкалі CR, тобто рівнем когнітивної переоцінки почуттів. Відповідно, чим вищий рівень щойно згаданих показників, тим нижчий показник менталізації в залежних осіб.

Було встановлено, що доля варіації шкали менталізації в залежних осіб на 90% пояснюється варіацією таких змінних: SF SDC, TES 20, CR. Кожна зі шкал внесла свою статистично значиму роль у згадану модель. Зокрема, при $p < 0,05$ шкала співзалежності SF SDC ($\beta = 0,70$), загальний показник алекситимії TES 20 ($\beta = 0,24$), та шкала когнітивного переоцінювання CR ($\beta = 0,16$) (Додаток 3, Рис. 3.8).

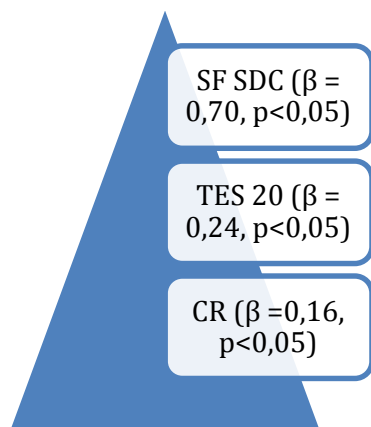


Рис. 3.8. Прогностична модель здатності до менталізації в експериментальній групі

Отже, виходячи з результатів перевірки даної гіпотези, можна стверджувати, що підтвердилася гіпотеза №4 про те, що емоційна регуляція, алекситимія та співзалежність відіграють різну роль у здатності до менталізації у залежних осіб та в осіб без залежностей. При цьому в контрольній групі статистично значущу роль відіграє тільки співзалежність, а в експериментальній – всі три показники.

Дослідники співзалежності, такі як Copello (2005), Orford (2007) [30] описують співзалежних осіб як таких, котрі відзначаються невмінням ідентифікувати власні емоції, але при цьому досить вміло відчитують емоції інших людей. Це означає, що в співзалежних осіб низький рівень емоційної усвідомленості, як однієї зі складових процесу менталізації. Цим можна пояснити доволі високу прогностичну роль співзалежності у зменшенні рівня менталізації.

Результати аналізу настановлюють на висновок про те, що співзалежність з-поміж усіх заданих показників є найбільшою перешкодою для збільшення рівня менталізації в обидвох досліджуваних групах. Такі висновки перегукуються з зауваженнями дослідників Weghelder-Cruse (1985) [26] про те, що 90% всієї популяції планети можна означити як співзалежних, оскільки співзалежність, як різновид навченої безпорадності, виробляється внаслідок не тільки

проживання разом з особою з залежністю, але й внаслідок перебування в дисфункційному середовищі, отже, може охоплювати значний прошарок популяції (Smalley, 1982) [7]. Цим можемо пояснити високу прогностичну роль співзалежності в обидвох наших досліджуваних групах, хоч і з різним відсотковим значенням. Schaef (1986) [3], зокрема, розглянув співзалежність як адиктивне захворювання, котре, при відсутності лікування, з часом прогресуватиме. Він також стверджував, що багато психологічних та поведінкових проблем згенеровані співзалежністю та залежністю, які є частинами єдиного адиктивного процесу.

Також виявлено статистично значущу прогностичну роль показника алекситимії в зменшенні менталізації в осіб з залежною поведінкою. Про алекситимічність осіб з залежністю є достатньо багато емпіричних досліджень напр, Bilotta E, Giacomantonio M, Leone L, Mancini F, Coriale (2015) [21]. Зокрема, Naviland et al. [16] представляють більш конкретні дані про взаємозв'язок між алекситимією та розладами вживання психоактивних речовин. У вибірці з 204 пацієнтів (72 лікувалися від алкоголізму, 79 від наркоманії та 53 від подвійної залежності) 41,7% були діагностовані як алекситимічні, при цьому відсоток алекситимії значно вищий серед жінок (50%), ніж відповідний показник серед чоловіків (35,8%). Високий рівень алекситимії при розладах вживання психоактивних речовин контрастує з низьким рівнем (9% і 12%) серед дорослих чоловіків і студентів без досвіду вживання ПАР, і 8% і 12% серед жінок відповідно.

Різниця в результатах контрольної та експериментальної груп нашого дослідження настановує на висновок про те, що алекситимічність не тільки може призводити до залежності, але в більшій мірі є наслідком залежної поведінки, що узгоджується з висновками попередніх досліджень [16]. Також зв'язок між менталізацією та алекситимією досліджували Yoshiya Moriguchi, Takashi Ohnishi, Richard D. Lane, Motonari Maeda, Takeyuki Mori, Kiyotaka Nemoto, I. Matsuda, Gen Komaki (2006) [40], і дійшли до висновку, що

алекситимічні люди мають порушення менталізації. Отож, результати даного дослідження про прогностичну роль алекситимії в процесі менталізації осіб з залежністю підтвердилися даними попередніх досліджень.

В даному дослідженні також виявлено статистично значущу прогностичну роль когнітивного переоцінювання CR в менталізації осіб з залежністю. Шкала CR входить до методики оцінювання емоційної регуляції ERQ, і це єдиний показник даної методики, який в нашому дослідженні показав статистично значущий результат в прогностичній ролі CR в процесі зменшення менталізації в залежних осіб. Слід відзначити, що попередні емпіричні дослідження когнітивного переоцінювання показали, що менталізація та когнітивне переоцінювання змагаються між собою за захоплення нейронних шляхів, і відповідні зони мозку та нейронні шляхи уступають місце когнітивному переоцінюванню над менталізацією (Powers J. P., Kako N., et al., 2022) [20]. Можна припустити, що менталізація вимагає задіяння більших обшарів кори головного мозку, оскільки в процесі менталізації задіюються ті відділи мозку, які відповідають за усвідомлення, отже відділи вищого порядку. Дослідники психодинамічного напрямку Andero Uusberga, Jamie L. Taxera, Jennifer Yiha,b, Helen Uusbergc, James J. Grossa (2020) прирівнюють когнітивне переоцінювання до такого захисного механізму захисту вищого порядку, як інтелектуалізація [31]. Це може наштовхнути на висновок про те, що когнітивна переоцінка почуттів, як ефективна коупінг стратегія, в довготривалій перспективі перебування на реабілітації знижує здатність до менталізації. Враховуючи те, що за формування психологічних захистів виступають більш ранні відділи головного мозку (Heather A. Berlin, Christof Koch 2009) [19], і цей процес є зворотнім процесом по відношенню до менталізації, яка включає задіяння більшої кількості нейронних шляхів, включаючи значну частину кори головного мозку, то можемо відзначити, що результати регресійного аналізу щодо прогностичної ролі когнітивного переоцінювання в менталізації підтверджуються висновками попередніх досліджень.

Підтвердження даної гіпотези проливає світло на високу роль значення співзалежності в процесі зниження менталізації в осіб з залежністю та без неї, а також на вплив зловживання психоактивних речовин на зростання алекситимії, що у свою чергу, позначається на зниженні менталізації. А також підводить до огляду взаємозв'язку когнітивної переоцінки та менталізації.

Висновки до третього розділу

В ході статистичного аналізу було виявлено, що всі чотири гіпотези нашого дослідження були підтверджені повністю.

Гіпотеза про те, що залежні особи будуть відрізнятися від осіб без залежностей за рівнем менталізації, підтвердилась. Зокрема, стосовно значущо нижчого показника рівня емоційного усвідомлення в залежних осіб, проте водночас спостерігаємо результат, який вказує на те, що особи з залежністю краще регулюють власні афекти.

Що стосується терміну перебування на реабілітації, то результати дослідження вказують на те, що особи, які перебувають на реабілітації, покращують свою здатність до усвідомлення власних переживань, диференціації емоцій, внутрішнього стану від зовнішньої реальності.

В порівнянні з контрольною групою, в групі осіб із залежністю виявились вищі показники по шкалі когнітивного переоцінювання, тобто в залежних осіб проявляється статистично значуща схильність до когнітивної переоцінки почуттів в порівнянні з особами без залежності. По інших показниках, таких як емоційне придушення, алекситимія та співзалежність, не виявлено статистично значущої різниці між обидвома групами, отож, ця гіпотеза підтвердилась частково.

Також в процесі дослідження підтвердилась гіпотеза про те, що емоційна регуляція, алекситимія та співзалежність відіграють різну роль у здатності до менталізації у залежних осіб та в осіб без залежностей. При цьому в контрольній

групі статистично значущу роль відіграє тільки співзалежність, а в експериментальній – всі три показники.

Отже, можна виокремити такі особливості менталізації залежних осіб: залежні особи відзначаються низьким рівнем емоційного усвідомлення, проте в процесі реабілітації в них покращується здатність регулювати власні афекти та зростає рівень емоційного усвідомлення. Також особи із залежністю, в процесі реабілітації покращуть здатність до когнітивної переоцінки почуттів, проте, як виявилось, ця здатність відіграє статистично значущу роль в зменшенні рівня менталізації.

ВИСНОВКИ

1. Узагальнення теоретичних підходів до проблеми дослідження дозволяють резюмувати: ідеї перших психоаналітиків полягають у тому, що всі випадки залежності являють собою регрес до оральної стадії психосексуального розвитку. Вони поступилися місцем іншій концепції, відповідно до якої всі випадки звикання мають захисну і адаптивну функцію. Нині багато психоаналітиків вважають, що головне в адиктивній поведінці – це не імпульс до самознищення, а відсутність адекватної інтерналізації батьківських фігур і порушення здатності до самооборони. Надмірне вживання речовин, хімічної та нехімічної природи призводить до проблем із соціалізацією, самоідентифікацією, неадекватною поведінкою, та згодом і до летальних наслідків.

Концепція менталізації доволі новою в психології і перебуває на стадії активного дослідження. Зокрема, науковцями був виявлений прямий зв'язок між негативними типами прив'язаності та схильністю до залежності. Інші поодинокі дослідження, а також схожість між психологічними рисами залежної особи та рисами, притаманними порушенням менталізації, наштовхують на припущення про наявність порушень менталізації в залежних осіб. Серед спільних рис, зокрема, можна виділити порушену здатність до емоційної регуляції, алекситимічність, схильність до формування співзалежної поведінки.

2. У дослідженні застосовувалися наступні методики: MZQ - вимірювання здатності до менталізації, шкала співзалежності Спана-Фішера SF CDS, TAS-20 – Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії та ERQ – опитувальник емоційної саморегуляції. Щодо першої методики, то метою її проведення було вивчення здатності до менталізації. Результати опитування інтерпретувалися відповідно до 4 шкал: відмова від саморефлексії, емоційне усвідомлення, режим психічної еквівалентності та регуляція афекту. Шкала співзалежності Спана-Фішера SF CDS застосовувалася для оцінки наявності у

досліджуваного вираженої дисфункційної моделі відносин з іншими людьми. Дані цього опитування аналізувалися відповідно до таких критеріїв: норма, помірно виражена співзалежність, сильно виражена співзалежність. Наступне опитування – Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії, за допомогою якого визначався рівень алекситимії у досліджуваних. Опитувальник TAS-20 мав три підшкали: складність описувати, складність розпізнавати почуття і схильність до фокусування своєї уваги на зовнішніх речах. Опитувальник емоційної саморегуляції – ERQ був направлений на перевірку двох стратегій емоційної регуляції: когнітивна переоцінка і придушення вираження почуттів.

3. Емпіричне вивчення менталізації залежних осіб дає право стверджувати, що існує статистично-значуща відмінність між групою осіб із залежністю та незалежних за шкалами «Емоційне усвідомлення» та «Регуляція ефекту», а також обернений статистично значущий зв'язок між шкалою «Емоційне усвідомлення» та терміном перебування на реабілітації.

Також було встановлено, що залежні особи відрізняються від осіб без залежностей за рівнем алекситимії, тобто було виявлено статистично значущу відмінність між експериментальною та контрольною групами за шкалою «Когнітивна переоцінка почуттів».

Шляхом здійснення множинного регресійного аналізу було встановлено, що найбільш вагому роль в здатності до менталізації в осіб без залежності відіграє шкала SF SDC ($\beta = 0,52$) при $p < 0,05$. Враховуємо, що шкала менталізації є оберненою. Таким чином, чим вищий рівень співзалежності, тим нижчий показник менталізації в осіб без залежностей. Також було виявлено, що доля варіації шкали менталізації в залежних осіб на 90% пояснюється варіацією таких змінних: SF SDC, TES 20, CR. Кожна зі шкал внесла свою статистично значиму роль у згадану модель.

Таким чином, було виокремлено наступні особливості менталізації залежних осіб: залежні особи відзначаються низьким рівнем емоційного усвідомлення, проте в процесі реабілітації в них покращується здатність

регулювати власні афекти та зростає рівень емоційного усвідомлення. Також особи із залежністю в процесі реабілітації покращують здатність до когнітивної переоцінки почуттів, тобто проявляють більш виразну схильність вдаватися до психологічного захисту вищого порядку – інтелектуалізації. Проте, як виявилось, ця здатність відіграє статистично значущу роль в зменшенні рівня менталізації, що є свідченням того, що когнітивна переоцінка почуттів, як коупінг стратегія емоційної регуляції, в довготривалій перспективі перебування на реабілітації знижує здатність до менталізації. Також було виявлено доволі вагому прогностичну роль співзалежності в зменшенні рівня менталізації залежних осіб.

Дане дослідження підтвердило попередні дослідження про наявність зв'язку між співзалежністю, регуляцією афекту та алекситимією в залежних осіб, а також підтвердило припущення про те, що терапія, спрямована на підвищення здатності до менталізації, знижує рівень співзалежності та алекситимії в залежних осіб, а також впливає на регуляцію їхнього афекту.

Подальші дослідження могли б включати вивчення особливостей наповнення програм реабілітаційних закладів, розроблення методологічних стратегій, спрямованих на підвищення рівня менталізації. Важливо відмітити, що в даному випадку варто уникати довготермінового застосування технік, які націлені на збільшення рівня когнітивного переоцінювання почуттів.

Оскільки дане дослідження підтвердило наявність значущої ролі співзалежності в зменшенні менталізації як серед осіб з залежності, так і без неї, а також було виявлено, що алекситимічність не тільки є наслідком, але й причиною попадання в залежність, то з метою профілактики розвитку адикцій серед популяції можна було б проводити психоедукаційні та терапевтичні тренінги в освітніх та професійних установах на тему співзалежності, ролі емоцій в житті людини. Враховуючи те, що психологічна едукація та участь в терапевтичних заходах учасників реабілітаційної програми впливає на збільшення рівня такого компоненту менталізації, як емоційне усвідомлення, то

участь в таких заходах могла б сприяти зростанню загального рівня менталізації серед учасників заходів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу. Кафедра психології діяльності в особливих умовах 2016. С. 14-55.
2. Бейтман У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию, 2014 / Линджарди В., Мак-Вильямс Н. Руководство по психодиагностике. 2019. С. 24-76.
3. Денисенко В. Міжнародна конференція «Наркотична та алкогольна залежність: безпека суспільства, захист неповнолітніх, психічне здоров'я» [Електронний ресурс] / Вадим Денисенко // UIFuture. – 2021. – Режим доступу до ресурсу: <https://uifuture.org/publications/mizhnarodna-konferencziya-narkotychna-ta-alkogolna-zalezhnist-bezpeka-suspilstva-zahyst-nepovnolitnih-psyhichne-zdorovyva/>.
4. Копытов, А. В. Поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия при лечении алкогольной зависимости/ Здоров'я України. 2018. № 4 (*Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*). С. 42-44.
5. Лютий В.П. Нехімічні адикції як предмет соціальної роботи. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка (педагогічні науки) – № 11 (270), –2013. – С. 158 – 166.
6. Механізми формування залежної поведінки [Електронний ресурс] / stud.com.ua // © Підручники для студентів онлайн (info{at}stud.com.ua). – 2015. – Режим доступу до ресурсу: https://stud.com.ua/47340/pedagogika/mehanizmi_formuvannya_zalezhnoyi_povedinki.
7. Потьомкіна А. О. Співзалежність – патологічний вид взаємовідносин [Електронний ресурс] / А. О. Потьомкіна // Комунальне некомерційне підприємство "Центр терапії залежностей "Соціотерапія" Вінницької обласної Ради". – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://narkodyspanser.vn.ua/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%>

8. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». – Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2012. –84 с.
9. Сідак Л. М. Адикція як форма руйнації духовного буття особистості // Вісник Національного Університету «Юридична Академія України ім. Ярослава Мудрого». Серія : Філософія, філософія права, політологія, соціологія. 2015. № 4. С.45-66.
10. Сідак Л. М. Адикція як форма руйнації духовного буття особистості // Вісник Нац. ун-ту «Юридична академія України ім. Ярослава Мудрого». Серія : Філософія, філософія права, політологія, соціологія. 2015. № 4.
11. Споживання алкоголю в Україні [Електронний ресурс] Режим доступу до ресурсу: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/potreblenie_alkogolya_v_ukrain
12. Турецька Х.І., Кунікевич Б.І Україномовна адаптація опитувальника менталізації на неклінічній вибірці. *Habitus*. 2020. No. 17. P. 131. URL: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.17.23>
13. Турчина Л. Особистість у полоні залежностей. Волинський інститут післядипломної педагогічної ос: 2017-2019
14. Фактори залежної поведінки особистості [Електронний ресурс] // Учбові Матеріали для студентів і школярів України. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <http://um.co.ua/11/11-6/11-6772.html>
15. Ablner B., Kessler H. Emotion regulation questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*. 2009. Vol. 55, no. 3. P. 144–152. URL: <https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.3.144>
16. Alexithymia and addiction: a review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/Loss Processing / K. P. Morie et al. *Current Addiction Reports*. 2016. Vol. 3, no. 2. P. 239–248. URL: <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0097-8>

17. Applied cognitive and behavioural approaches to the treatment of addiction: a practical treatment guide / R. Hill et al. Wiley & Sons, Incorporated, John, 2010. 238 p.
18. Atanassov N., Savov S. mentalization and personality organization in heroin addicted patients : A narrative analysis. language and psychoanalysis. 2016. Vol. 5, no. 1. P. 14–30. URL: <https://doi.org/10.7565/landp.v5i1.1552>
19. Barkin J. S. Mentalizing in clinical practice by Jon G. Allen, Ph.D., Peter Fonagy, Ph.D., and Anthony W. Bateman, M.A., F.R.C.Psych.; Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, 2008, 433 pages,. Psychiatric Services. 2009. Vol. 60, no. 2. P. 271–272. URL: <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.271>
20. Competitive interactions between cognitive reappraisal and mentalizing / J. P. Powers et al. International Journal of Psychophysiology. 2022. Vol. 174. P. 17–28. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.01.012>
21. Donges U., Kersting A., Suslow T.. Alexithymia and perception of emotional information: A review of experimental psychological findings. Universitas Psychologica. 2014. № 13. P. 745–756.
22. Espinosa A., Rudenstine S. Trait emotional intelligence, trauma and personality organization: Analysis of urban clinical patients. Personality and Individual Differences. 2018. Vol. 123. P. 176–181. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.026>
23. Fewell C., Spiegel R.. 12-step program as a treatment modality / Shulamith L.(ed.) Clinical Work With Substance-Abusing Clients. New York: The Guilfor Press. 2014. P. 275-301. URL: https://books.google.pl/books?hl=pl&lr=&id=9m_pCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA275&dq=mentalization+of+codependent+research&ots=rThr3FQrbc&sig=xjSh3sgdcqpLpkeS-Q3wNty83-c&redir_esc=y#v=onepage&q=mentalization%20of%20codependent%20research&f=false

24. Fonagy P., Luyten P., Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*. 2011. Vol. 32, no. 1. P. 47–69. URL: <https://doi.org/10.1002/imhj.20283>.
25. Freda M. F., Esposito G., Quaranta T. Promoting mentalization in clinical psychology at universities: a linguistic analysis of student accounts. *Europe's Journal of Psychology*. 2015. Vol. 11, no. 1. P. 34–49. URL: <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i1.812>
26. George S. *Applied cognitive and behavioural approaches to the treatment of addiction: A practical treatment guide*. Luke Mitcheson, Jenny Maslin, Tim Meynen, Tamara Morrison, Robert Hill & Shamil Wanigaratne John Wiley and Sons, 2010, £29.99 pb, 238 pp. ISBN: 9780470510636. *The Psychiatrist*. 2011. Vol. 35, no. 4. P. 159. URL: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.032706>
27. Grebow H. A tale of two minds: mentalization and adult analysis. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*. 2008. Vol. 3, no. 1. P. 16–33. URL: <https://doi.org/10.1080/15551020701721945>
28. Harris S. *Cognitive behavioural therapy: basics and beyond (2nd edn.)* Judith S. Beck New York: The Guilford Press, 2011. pp. 391, £34.99 (hb). ISBN: 978-160918-504-6. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2012. Vol. 41, no. 1. P. 124–125. URL: <https://doi.org/10.1017/s135246581200094x>
29. Hutton C., Saravanan S. Therapy adherence and emotional awareness and regulation in persons with human immunodeficiency virus / S. A. Sofia et al. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2018. Vol. 206, no. 12. P. 925–930. URL: <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000901>
30. Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia / Y. Moriguchi et al. *NeuroImage*. 2006. Vol. 32, no. 3. P. 1472–1482. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2006.04.186>.
31. Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization

- Questionnaire (MZQ) / M. C. Hausberg et al. *Psychotherapy Research*. 2012. Vol. 22, no. 6. P. 699–709. URL: <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
32. Koles J. *Cognitive behaviour therapy: basics and beyond* (2nd ed.) Edited by Judith S. Beck Guilford Press, 2011, 386 pp., ISBN: 9781609185046. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*. 2012. Vol. 29, no. 1. P. 78–79. URL: <https://doi.org/10.1017/edp.2012.4>
33. Kun B., Demetrovics Z. Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*. 2010. Vol. 45, no. 7-8. P. 1131–1160. URL: <https://doi.org/10.3109/10826080903567855>
34. Mentalization impairment is associated with problematic alcohol use in a sample of young adults: A cross-sectional study / C. Imperatori et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17, no. 22. P. 8-64. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228664>
35. Niedtfeld I. Experimental investigation of cognitive and affective empathy in borderline personality disorder: Effects of ambiguity in multimodal social information processing. *Psychiatry Research*. 2017. Vol. 253. P. 58–63. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.037>
36. Ostler T., Bahar O. S., Jessee A. Mentalization in children exposed to parental methamphetamine abuse: relations to children's mental health and behavioral outcomes. *Attachment & Human Development*. 2010. Vol. 12, no. 3. P. 193–207. URL: <https://doi.org/10.1080/14616731003759666>
37. Prunas A., Bernorio R. Dimensions of personality organization and sexual life in a community sample of women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015. Vol. 42, no. 2. P. 158–164. URL: <https://doi.org/10.1080/0092623x.2015.1033575>
38. Reappraising reappraisal / A. Uusberg et al. *Emotion Review*. 2019. Vol. 11, no. 4. P. 267–282. URL: <https://doi.org/10.1177/1754073919862617>
39. Theory of mind deficit in subjects with alcohol use disorder: An analysis of mindreading processes / F. M. Bosco et al. *Alcohol and Alcoholism*. 2013. Vol. 49, no. 3. P. 299–307. URL: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt148>

40. Uusberga A., Atanassov N., Savov S. Mentalization and personality organization in heroin addicted patients : A narrative analysis. *Language And Psychoanalysis*. 2016. Vol. 5, no. 1. P. 14–30. URL: <https://doi.org/10.7565/landp.v5i1.1552>

ДОДАТКИ

Додаток А

Методики вимірювання здатності до менталізації MZQ

Інструкція: будь ласка, відповідайте на питання швидко. Не думайте довго над відповідями, вказуйте перше, що спало Вам на думку. Тут немає "правильних" чи "неправильних" відповідей, важлива саме Ваша думка.

Шкала:

1 - Абсолютно не згоден

2 - Скоріше не згоден

3 - Ні те, ні інше

4 - Скоріше згоден

5 - Абсолютно згоден

1. Здебільшого я не люблю обговорювати свої думки та почуття з іншими.
2. Обговорення почуттів робить їх все сильнішими.
3. Якщо хтось позіхає в моїй присутності, це означає, що йому не цікаво у моїй компанії.
4. Більшість часу краще взагалі нічого не відчувати.
5. Інколи мені доводиться усвідомлювати свої почуття лише ретроспективно, тобто після того, як вони вже відбулися.
6. Досить часто мені складно сприймати свої почуття з цілковитою інтенсивністю.
7. Не рідко я навіть не знаю, що діється всередині мене.
8. Я прихильний не помічати почуття фізичної напруги або дискомфорту, допоки вони не повернуть на себе моєї повної уваги.
9. Неодноразово я відчуваю небезпеку від думки, що хтось може мене критикувати чи кривдити.
10. Мій страх стає все більшим і більшим, якщо я очікую, що мене розкритикують чи скривдять.

11. Я вірю в те, що можу дійсно комусь дуже симпатизувати у випадку, якщо у мене є вдосталь реалістичних доказів для цього (зокрема: подарунок, побачення чи обійми).

12. Мені складно повірити в те, що взаємини можуть преобразитися.

13. Часто-густо я не здатна здійснювати контроль своїх почуттів.

14. Пояснення інших людей рідко приходять в поміч, щоб зрозуміти мої почуття.

15. Зрідка почуття є для мене загрозливими.

Додаток Б

Шкала співзалежності Спана-Фішера SF CDS

Інструкція: уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше Вам відповідає та оберіть цифру, що означає Вашу відповідь: 1 – Абсолютно невірно; 2 – Скоріше невірно; 3 – Частково невірно; 4 – Частково вірно; 5 – Скоріше вірно; 6 – Абсолютно вірно.

Текст опитувальника:

1. Мені складно приймати рішення.
2. Мені складно говорити іншим "ні".
3. Мені складно з милістю приймати компліменти.
4. Деколи я відчуваю нудно або спустошено, якщо у мене відсутні проблеми, на яких можна сконцентруватися.
5. Переважно я не роблю для інших нічого такого, що вони здатні зробити для себе самі.
6. Коли я роблю щось хороше для себе, я здебільшого відчуваю винною.
7. Я не відчуваю тривогу дуже часто.
8. Я переконую себе, що все стане краще, коли люди, які мене оточують, зможуть змінити свою поведінку.
9. Здається, я роблю все задля наших відносин, а от наші відносини зрідка щось для мене роблять.
10. Час від часу я сконцентруюся на певній людині так, що можу зневажати іншими відносинами та обов'язками.
11. Здається, що я опиняюся у відносинах, які завдають біль.
12. Здебільшого я не допускаю, щоб інші бачили мене "справжнього".
13. Коли хтось засмутить мене, я чимало часу утримую почуття в собі, проте коли-небудь я зірвуся.
14. Неодмінно я піду на все, щоб не допустити відкритої суперечки.
15. Я неодноразово відчуваю переляк чи загрозу.

Додаток В

Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії

Інструкція: В якій мірі ви погоджуєтесь із запропонованим твердженням (1 – категорично не погоджуюсь; 5 – цілком погоджуюсь).

Текст опитувальника:

1. Мені часто буває важко зрозуміти які емоції я відчуваю.
2. Мені важко підібрати правильні слова для опису своїх почуттів.
3. В мене бувають такі відчуття в тілі, які не можуть зрозуміти навіть лікарі.
4. Я можу легко описати свої почуття.
5. Мені більше подобається аналізувати проблеми, а не просто про них розповідати.
6. Коли я погано почуваюсь, я не розумію чи я засмучений, чи боюся, чи злюсь.
7. Відчуття в моєму тілі часто бувають незрозумілі для мене.
8. Я скоріше залишу все як є, ніж розбиратимусь чому все вийшло саме так.
9. В мене бувають відчуття, для яких я не можу підібрати назву.
10. Дуже важливо усвідомлювати свої емоції.
11. Мені важко описати, що я відчуваю стосовно інших людей.
12. Люди радять мені більше говорити про свої почуття.
13. Я не знаю що відбувається в мене всередині.
14. Я часто не знаю чому серджуся.
15. Я краще говоритиму з людьми про їхні щоденні справи, ніж про їхні почуття.
16. Я краще дивитимусь легкі розважальні програми, а не психологічні драми.
17. Мені важко розказати свої найсокровенніші почуття навіть найближчим друзям.

18. Я можу відчувати близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо.

19. Для вирішення особистих проблем я вважаю корисним розібратись зі своїми почуттями.

20. Пошук прихованого змісту в фільмах чи інших творах заважає мені отримувати від них задоволення.

Додаток Г

ERQ – Опитувальник емоційної регуляції

Інструкція: Вкажіть, будь ласка, в якій мірі ви погоджуєтесь з даними твердженнями (1 – категорично не погоджуюсь; 4 – нейтрально; 7 – повністю погоджуюсь)

Текст опитувальника:

1. Коли я хочу підняти собі настрій (відчути радість чи задоволення), я починаю думати про щось інше.
2. Я тримаю свої емоції при собі.
3. Щоб справитись з негативними емоціями (такими як сум чи злість), я починаю думати про щось інше.
4. Коли я відчуваю позитивні емоції, то слідкую за тим, щоб їх не показувати.
5. Коли я опиняюсь в стресовій ситуації, то змушую себе думати про неї так, щоб зберегти спокій.
6. Для того щоб тримати свої емоції під контролем я не даю їм проявлятися назовні.
7. Щоб підняти собі настрій, я змінюю свій погляд на ситуацію.
8. Для того щоб тримати свої емоції під контролем, я змінюю свій погляд на ситуацію, в якій я знаходжуся.
9. Коли я відчуваю негативні емоції, я роблю все щоб не показати цього.
10. Щоб справитись з негативними емоціями, я змінюю свій погляд на ситуацію.

Додаток Д

Показники описової статистики

Таблиця Д1.1

Показники описової статистики методик ERQ (Опитувальник емоційної регуляції); TES-20 (Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії) MZQ (менталізація) для **групи осіб із залежністю**

Variable	Descriptive Statistics							
	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency of Mode	Minimum	Maximum	Std.Dev.
TES-20	30	53,60000	49,50000	Multiple	2	26,00000	91,00000	16,57501
CR	30	26,93333	28,50000	31,00000	4	13,00000	42,00000	8,34982
ES	30	15,03333	14,00000	Multiple	5	6,00000	26,00000	5,95664
MZQ	30	44,30000	43,50000	Multiple	2	26,00000	69,00000	12,45447
SF CDS	30	54,93333	54,00000	54,00000	4	31,00000	80,00000	13,97025
Відмова від саморефлексії	30	10,40000	9,00000	9,000000	6	4,00000	18,00000	4,43808
Емоційне усвідомлення	30	18,06667	19,00000	19,00000	4	8,00000	28,00000	5,58899
режиму психічної еквівалентності	30	9,86667	10,00000	7,000000	5	4,00000	15,00000	3,18112
регуляції ефекту	30	8,86667	8,50000	13,00000	6	3,00000	14,00000	3,18112

Таблиця Д2.1

Показники описової статистики методик ERQ (Опитувальник емоційної регуляції); TES-20 (Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії) MZQ (менталізація) для **контрольної групи**

Variable	Descriptive Statistics							
	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency of Mode	Minimum	Maximum	Std.Dev.
TES-20	30	53,53333	55,00000	Multiple	3	27,00000	84,00000	13,40801
CR	30	22,53333	24,00000	25,00000	6	7,00000	33,00000	6,41514
ES	30	14,80000	15,50000	Multiple	4	4,00000	24,00000	4,52883
MZQ	30	43,73333	45,50000	Multiple	3	21,00000	64,00000	9,43922
SF CDS	30	49,70000	50,00000	Multiple	3	28,00000	75,00000	12,42675
Відмова від Саморефл	30	10,46667	10,50000	11,00000	6	4,00000	16,00000	2,99117
Емоц Усвід	30	12,80000	13,50000	12,00000	5	4,00000	20,00000	3,99482
Режим пс Еквів	30	9,56667	10,00000	11,00000	7	3,00000	14,00000	2,83675
Регул Афекту	30	12,03333	12,00000	12,00000	6	4,00000	19,00000	3,69047

Додаток Е

Показники порівняльного аналізу

Таблиця Е1.1

Показники порівняльного аналізу рівня алекситемії, емоційної регуляції та здатності до менталізації в осіб із залежністю та контрольній групі

variable	Mann-Whitney U Test									
	By variable Групи									
Marked tests are significant at $p < .05000$										
	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
TES-20	897,500	932,500	432,5000	-0,25873	0,795846	-0,25890	0,795712	30	30	0,797323
CR	1060,500	769,500	304,5000	2,15113	0,031466	2,15488	0,031172	30	30	0,030745
ES	915,500	914,500	449,5000	0,00739	0,994102	0,00741	0,994084	30	30	0,994147
MZQ	912,000	918,000	447,0000	-0,04435	0,964623	-0,04440	0,964586	30	30	0,970739
SF CDS	1011,500	818,500	353,5000	1,42670	0,153668	1,42842	0,153171	30	30	0,154689
Відмова від саморефлексії	887,000	943,000	422,0000	-0,41396	0,678901	-0,41607	0,677361	30	30	0,686461
Емоційне усвідомлення	1149,500	680,500	215,5000	3,46695	0,000526	3,47487	0,000511	30	30	0,000376
режиму психічної еквівалентності	945,000	885,000	420,0000	0,44353	0,657381	0,44665	0,655131	30	30	0,664981
регуляції ефекту	706,000	1124,000	241,0000	-3,08994	0,002002	-3,10199	0,001922	30	30	0,001700

Додаток Ж

Показники кореляційної матриці

Таблиця Ж1.1

Показники кореляційної матриці рівня алекситемії, емоційної регуляції та здатності до менталізації та терміну перебування на реабілітації в осіб із залежністю

Variable	Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at $p < ,05000$			
	Термін перебування			
TES-20	-0,240476			
CR	-0,379172			
ES	-0,100812			
MZQ	-0,091859			
SF CDS	-0,037931			
Відмова від саморефлексії	-0,201105			
Емоційне усвідомлення режиму психічної еквівалентності регуляції ефекту	-0,272383			
	-0,093359			
	-0,033104			

Додаток З

Показники регресійного аналізу

Таблиця 31.1

Показники регресійного аналізу для шкали «MZQ» для групи осіб із залежністю

Regression Summary for Dependent Variable: MZQ (Spreadsh						
R= ,95065679 R ² = ,90374832 Adjusted R ² = ,89264236						
F(3,26)=81,375 p<,00000 Std Error of estimate: 4,0808						
N=30	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(26)	p-level
Intercept			-7,03185	3,562669	-1,97376	0,059124
SF CDS	0,706122	0,082418	0,62951	0,073476	8,56757	0,000000
сума TES 20	0,249178	0,082412	0,18723	0,061925	3,02355	0,005558
сума CR	0,167157	0,063245	0,24933	0,094335	2,64300	0,013736

Таблиця 31.2

Показники регресійного аналізу для шкали «MZQ» для контрольної групи

Regression Summary for Dependent Variable: MZQ (Spreadsh						
R= ,52080366 R ² = ,27123646 Adjusted R ² = ,24520919						
F(1,28)=10,421 p<,00317 Std Error of estimate: 8,2007						
N=30	Beta	Std.Err. of Beta	B	Std.Err. of B	t(28)	p-level
Intercept			24,07219	6,271781	3,838174	0,000647
SF CDS	0,520804	0,161330	0,39560	0,122544	3,228195	0,003170