МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ЕМОЦІЙНО ЗАЛЕЖНИХ У СТОСУНКАХ КЛІЄНТІВ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-2-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Засіменко Яна Олександрівна
Керівник: д. психол. наук, професор
кафедри психології Гура Т. Є.
Рецензент: канд. психол. наук,
доцент кафедри психологі
Скрипаченко Т. В.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«____»_____2025р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Засіменко Яні Олександрівні

Тема роботи Особливості психологічного консультування емоційно залежних у стосунках клієнтів

керівник роботи Гура Т.Є. д.психол.н., професор кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз основних соціально-психологічних підходів у дослідженні емоційної залежності особистості в міжособистісних стосунках; провести теоретичний аналіз особистісної автономності як ключового компонента психічного здоров'я; експериментально дослідити рівень співзалежності, самооцінки та ірраціональні установки у чоловіків і жінок віком 18-45 років; виявити особливості взаємозв'язку між несприятливим дитячим досвідом (НДД), ранніми деструктивними схемами (РДС) та рівнем емоційної залежності, співзалежності, самооцінки, ірраціональними установками клієнтів.

Перелік графічного матеріалу: 15 таблиць, 8 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Гура Т.Є, професор		
Розділ 1	Гура Т.Є, професор		
Розділ 2	Гура Т.Є, професор		
Розділ 3	Гура Т.Є, професор		
Висновки	Гура Т.Є, професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Я. О. Засіменко

Керівник роботи _____ Т. Є. Гура

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 77 сторінок, 8 рисунків, 15 таблиць, 62 джерела (37 іноземних), 10 додатків.

Об’єкт дослідження: психоемоційні особливості клієнтів, які мають емоційну залежність у стосунках.

Предмет дослідження: психологічне консультування як засіб подолання емоційної залежності та розвитку особистісної автономії.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність методів психологічного консультування у роботі з емоційно залежними клієнтами.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що після програми психологічного консультування рівень емоційної залежності у клієнтів знизиться, а автономність і здатність до побудови здорових стосунків зросте.

Методи дослідження: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення результатів досліджень; спостереження, анкетування, психодіагностичне тестування, аналіз результатів консультування.

Наукова новизна полягає у визначенні сспецифіки психологічного консультування емоційно залежних клієнтів, виявленні зв’язку емоційної залежності з РДС і НДД, а також в обґрунтуванні комплексної програми розвитку автономності та конструктивної міжособистісної взаємодії.

Галузь використання: психологічна практика; освітній процес; науково-дослідна діяльність у сфері психології стосунків та залежних форм поведінки.

ЕМОЦІЙНА ЗАЛЕЖНІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ, АВТОНОМНІСТЬ, СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ, РДС, НДД, САМООЦІНКА, ІРРАЦІОНАЛЬНІ ПЕРЕКОНАННЯ.

SUMMARY

Zasimenko Ya. O. Psychological Counseling of Clients with Emotional Dependency in Relationships

The master's thesis consists of the Introduction, three Chapters, Conclusion, References (62 sources, including 37 of foreign origin), and 10 appendices. The total volume of the master's thesis is 107 pages, including 77 pages of the main text. The thesis contains 15 tables and 8 figures.

The master's thesis provides a theoretical survey and describes the experimental research of the nature of emotional dependency in relationships, the role of predisposing factors such as adverse childhood experiences (ACE) and early dysfunctional schemas (EDS), and the effectiveness of a comprehensive psychological counseling program. The thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with different aspects of overcoming emotional dependency and developing personal autonomy.

The research object: psycho-emotional characteristics of clients with emotional dependency in relationships.

The research subject: psychological counseling as a means of overcoming emotional dependency and developing clients' personal autonomy.

The research goal: to theoretically substantiate and experimentally verify the effectiveness of psychological counseling methods in working with emotionally dependent clients.

The research tasks are:

To conduct a theoretical analysis of the phenomenon of emotional dependency and its connection with adverse childhood experiences (ACE) and early dysfunctional schemas (EDS);

To analyse the psychological features of emotionally dependent clients, including co-dependency, self-esteem, and irrational beliefs;

To develop and implement a program for psychological counseling aimed at overcoming emotional dependency;

To experimentally study the dynamics of emotional dependency, co-dependency, self-esteem, and irrational beliefs before and after the counseling program, and to justify its effectiveness.

Chapter 1 «Theoretical aspects of emotional dependency in relationships» provides a theoretical analysis of the development of the emotional dependency phenomenon and the psychological characteristics of emotionally dependent clients.

Chapter 2 «Ways to overcome emotional dependency» discusses modern approaches and psychotherapeutic methods that define the role of psychological counseling in achieving personal autonomy.

Chapter 3 «Methods of psychological counseling and results of empirical research» explains the design and methods of research, presents the developed counseling program, and analyses empirical results and their interpretation.

Key words: emotional dependence, psychological counseling, autonomy, codependency, EDS, ACE, self-esteem, irrational beliefs.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ У СТОСУНКАХ 11
1.1 Теоретичний аналіз феномену емоційної залежності особистості 11
1.2. Психологічні особливості та поведінка емоційно залежних клієнтів 19
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ПОДОЛАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ У СТОСУНКАХ 30
2.1. Сучасні підходи до подолання емоційної залежності особистості 30
2.2. Роль психологічного консультування у роботі з емоційно залежними у стосунках клієнтами 41
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ 51
3.1. Організація та методи дослідження 51
3.2 Рекомендації щодо подолання 63
ВИСНОВКИ 76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 78
ДОДАТКИ 84

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні міжособистісні стосунки характеризуються високим рівнем емоційної напруженості, невизначеності та залежності, що нерідко призводить до формування емоційної залежності як деструктивної форми прив'язаності. Емоційна залежність обмежує здатність особистості до автономності, сприяє виникненню співзалежних відносин, знижує рівень самооцінки, породжує тривогу й страх втрати партнера.

Проблема емоційної залежності особистості у стосунках набуває особливої актуальності в умовах соціальної нестабільності та змін ціннісних орієнтацій. Сучасна психологічна практика потребує ефективних підходів і методів консультування клієнтів, які переживають емоційну залежність, з метою формування автономності, відповідальності за власні емоції та здатності будувати гармонійні стосунки.

Вітчизняна та зарубіжна психологічна наука дедалі більше акцентує увагу на вивченні залежних форм поведінки, проте саме емоційна залежність у стосунках залишається відносно малодослідженою. Переважна більшість наукових праць присвячена залежності від психоактивних речовин, інтернету чи азартних ігор, у той час як залежність у сфері міжособистісних відносин має не менший деструктивний вплив на особистість. Це обумовлює необхідність теоретичного обґрунтування та практичної розробки ефективних методів психологічного консультування емоційно залежних клієнтів.

Об'єкт дослідження: процес психологічного консультування емоційно залежних у стосунках клієнтів.

Предмет дослідження: психологічні особливості консультування клієнтів із проявами емоційної залежності у стосунках.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та практично дослідити особливості консультування клієнтів, схильних до емоційної залежності у

стосунках, а також розробити психологічну програму, спрямовану на подолання емоційної залежності та формування особистісної автономності.

Гіпотеза: передбачаємо, що застосування інтегративного підходу, який поєднує гуманістичні принципи К. Роджерса та когнітивно-поведінкові стратегії А. Бека (виявлення й трансформація дисфункційних переконань, навчання емоційній регуляції), сприятиме зниженню рівня емоційної залежності клієнтів і підвищенню рівня їхньої автономності у стосунках.

Завдання дослідження.

1. Провести теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення феномену емоційної залежності.
2. Визначити психологічні чинники формування емоційної залежності у стосунках.
3. Розкрити особливості психологічного консультування клієнтів із емоційною залежністю.
4. Дослідити ефективність інтегративного підходу (гуманістичного та когнітивно-поведінкового) у консультуванні емоційно залежних клієнтів.
5. Розробити та апробувати програму психологічного консультування для подолання емоційної залежності у стосунках.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна полягає у визначенні специфіки психологічного консультування клієнтів з емоційною залежністю та обґрунтуванні доцільності застосування інтегративного підходу, що поєднує гуманістичні принципи К. Роджерса і когнітивно-поведінкові стратегії А. Бека для подолання емоційної залежності у стосунках.

Практична значущість полягає у розробці та впровадженні програми психологічного консультування, спрямованої на подолання емоційної залежності та розвиток особистісної автономії клієнтів у стосунках. Результати дослідження можуть бути використані у діяльності практичних

психологів, психотерапевтів, консультантів, а також у підготовці майбутніх фахівців у сфері психологічної допомоги.

Сучасне суспільство все більше потребує емоційно зрілої особистості, здатної до саморозвитку, усвідомленого вибору й побудови гармонійних міжособистісних стосунків. Умови нестабільності, соціального тиску та інформаційного перевантаження посилюють прояви емоційної залежності особистості, що негативно впливає на психологічне благополуччя.

Емоційна залежність часто стає перешкодою для формування здорових партнерських відносин, знижує рівень самоповаги та автономності. Тому особливої актуальності набувають психоконсультативні методи, спрямовані на розвиток емоційної саморегуляції, усвідомлення деструктивних моделей поведінки та формування навичок особистісної зрілості.

Змінюється підхід до психологічного супроводу клієнтів із проявами емоційної залежності: сучасне консультування поєднує гуманістичні принципи безумовного прийняття та емпатії з когнітивно-поведінковими техніками подолання дисфункційних переконань. Такий інтегративний підхід сприяє відновленню внутрішньої рівноваги клієнта, розвитку його автономності та здатності до побудови партнерських, а не залежних стосунків.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 62 найменувань і додатків на 25 сторінок. Загальний обсяг основного тексту – 77 сторінок. Робота містить 15 таблиць і 8 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ У СТОСУНКАХ

1.1 Теоретичний аналіз феномену емоційної залежності особистості

Проблематика залежної поведінки знайшла відображення в працях багатьох вітчизняних і зарубіжних науковців. Зокрема, питання співзалежності та емоційної залежності досліджували М. Жидко, Н. Капталан, Г. Коцюба, В. Крамченкова, М. Короленко, В. Москаленко, Н. Манухіна, а також зарубіжні автори – Б. Бекнел, М. Бітті, Б. Уайнхолд, Дж. Уайнохолд та інші.

Теоретичні основи вивчення емоційної залежності особистості можуть спиратися на різні напрями психологічної науки. Так, у психодинамічному підході цей феномен пояснюється перенесенням досвіду дитячих стосунків із батьками у доросле життя. Дитина, яка була надмірно емоційно прив’язана до матері чи батька, у майбутньому може формувати залежність від інших значущих осіб [2].

Емоційна залежність – це стійкі прояви емоційних потреб, які особа намагається задовольнити у близьких взаєминах, зокрема і романтичних стосунках [20]. На думку Б. Уайнхолда та Дж. Уайнхолда, емоційна залежність або співзалежність – це психологічний розлад, спричинений незавершеністю етапу становлення психологічної автономії особистості. Е. Ларсен вважає емоційну залежність сукупністю поведінкових форм та дефектів характеру, що призводять до зменшення здатності ініціювати любовні стосунки та брати в них участь. М. Бітті вважає, що співзалежна людина дозволяє поведінці іншої людини сильно впливати на неї та постійно намагається контролювати цю поведінку [25; 28].

На думку В. Волошиної та О. Гущенко (2011), моделі емоційної залежності, сформовані у дитячому віці, залишаються несвідомими до моменту створення власної сім'ї. На їхню думку, жінка схильна переносити засвоєні від батьків стереотипи взаємодії у свій шлюб, відтворюючи деструктивну поведінку незалежно від зовнішніх стресових чинників [4].

Психоаналітичний підхід трактує залежну поведінку не як первинний імпульс до саморуйнування, а як наслідок дефіциту адекватної інтерналізації батьківських фігур. Це порушення інтерналізації, своєю чергою, призводить до недостатньої спроможності особистості до самозахисту. Класичні праці К. Хорні висвітлюють причини базової тривоги у дітей, пов'язуючи її з низкою дисфункціональних факторів у сімейній взаємодії. Серед них – пряме або приховане підпорядкування, емоційна байдужість, нестабільність поведінки батьків, ігнорування індивідуальних потреб дитини та приниження. Ключовим чинником Хорні вважала відчуття дитиною прихованої нещирості (облудності) дорослих, коли дитина виявляє, що проголошені цінності, такі як любов, милосердя чи чесність, можуть бути лише вдаваними [5].

Тому зростання у дисфункціональній сім'ї, де спостерігалася модель гіперпіклування та надмірної емоційної відповідальності одного з батьків, є причиною розвитку емоційної залежності. Такий сценарій сімейної взаємодії інтерпретується індивідом як звичний патерн, що призводить до його неусвідомленого відтворення у власних партнерських стосунках [16].

Розгляньмо теорію прив’язаності Дж. Боулбі, в якій наголошується, що стиль взаємин, сформований у дитинстві, безпосередньо впливає на подальші міжособистісні зв’язки. Потреба у близькості зі значущими іншими супроводжує людину протягом життя. Якщо ж дитина не отримувала достатнього рівня підтримки або мала досвід нестабільних відносин, у дорослому віці в неї може виникати емоційна залежність [37].

Емпіричний розвиток цієї теорії, зокрема дослідження Мері Айнсворт, дозволив ідентифікувати та класифікувати ці дисфункціональні взаємини. Завдяки процедурі "Незнайома ситуація" Айнсворт виділила такі патерни, як

тривожно-амбівалентний та уникаючий, які вважаються ключовими внутрішніми робочими моделями. Саме ці моделі, сформовані через нестачу або нестабільність підтримки, створюють у дорослому віці схильність до надмірної тривоги у стосунках, постійного пошуку схвалення та страху самотності, що є основою емоційної залежності [32].

Дисфункції в сімейній системі накопичуються поступово, а їхній психологічний зміст відображає як характер, так і ступінь порушень психічного та фізичного здоров'я. Порівнюючи емоційну залежність із хімічними формами адикцій, варто зазначити, що вона не має таких явних проявів, однак не є менш небезпечною. Її відносять до соціально прийнятних різновидів нехімічних залежностей, де об'єктом виступають міжособистісні стосунки.

Таким чином, емоційна залежність особистості у психології визначається як стан, коли особа стає надмірно орієнтованою на емоційний відгук, підтримку чи увагу з боку іншої людини або ж конкретної ситуації. Вона може проявлятися у формі надмірної потреби в підтвердженні, постійної залежності від чужої думки чи підвищеної чутливості до емоційного стану партнера. Дослідження цього феномену дозволяє зрозуміти механізми його формування, можливі наслідки та стратегії подолання. До них належать розвиток навичок самопідтримки, формування здорових комунікативних моделей і використання психотерапевтичних методів.

Також важливу роль у виникненні емоційної залежності відіграють соціально-психологічні чинники, що взаємодіють із особистісними характеристиками та умовами соціального середовища. Це складне явище має багатофакторну природу, а його усвідомлення сприяє пошуку ефективних шляхів збереження психічного здоров'я й формуванню гармонійних міжособистісних відносин.

У психологічній класифікації міжособистісна емоційна залежність розглядається як розлад поведінки та взаємин і відноситься до залежного типу особистісних розладів (МКХ-10: F60.7) [19].

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) є цінним інструментом, що дозволяє детально описати функціональний стан особи з емоційною залежністю. МКФ доповнює клінічний діагноз, який встановлюється за класифікацією психічних розладів, а саме: розлад особистості (МКХ-11: 6D10). Цей підхід є актуальним, оскільки МКХ-10 (F60.7), що містила пряме посилання на залежний розлад особистості, наразі застаріла та замінена МКХ-11.

Розлад особистості (МКХ-11: 6D10) характеризується проблемами у функціонуванні аспектів самосвідомості (наприклад, ідентичність, самооцінка, точність самооцінки, самоспрямування) та міжособистісною дисфункцією (наприклад, здатність розвивати та підтримувати близькі й взаємодоповнюючі стосунки, здатність розуміти чужі перспективи та керувати конфліктами у стосунках), які зберігалися протягом тривалого періоду часу (наприклад, 2 роки й більше).

Розлад проявляється в моделях пізнання, емоційного переживання, емоційного вираження та поведінки, які є неадаптивними (наприклад, негнучкими або погано регульованими) і виявляються в різних особистих і соціальних ситуаціях (тобто не обмежуються конкретними стосунками чи соціальними ролями).

Моделі поведінки, що характеризують розлад, не є прийнятними для рівня розвитку та не можуть бути пояснені головним чином соціальними чи культурними чинниками, включно із соціально-політичними конфліктами.

Розлад пов'язаний із значним дистресом або значним погіршенням у особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах функціонування [15].

МКФ дозволяє оцінити стан емоційної залежності особистості за трьома основними компонентами:

1. Компонент функції та структури організму описує порушення психічних та емоційних функцій, викликані залежністю. Сюди входять проблеми з емоційними функціями (b152), що проявляються в нездатності

регулювати емоції без зовнішнього схвалення, висока тривожність (b132), пов'язана зі страхом відмови або самотності, а також дисфункція самооцінки (b126). Крім того, спостерігається порушення функцій уваги (b140) через зосередженість усіх думок на об'єкті залежності.

2. Компонент активність та участь відображає обмеження в діях та соціальній взаємодії. Це виявляється у труднощах у встановленні здорових, автономних стосунків інтимної близькості (d770), нав'язливому пошуку присутності партнера, нездатності приймати самостійні рішення (d155) та підпорядкуванні власних потреб. Обмеження можуть торкатися й професійної сфери (d810 Шкільне навчання або d850 Оплачувана зайнятість) через проблеми з концентрацією, спричинені зацикленістю на партнері або страхом розлуки.

3. Компонент факторів навколишнього середовища описує зовнішній контекст. Наприклад, система соціальної підтримки (e340) може виступати як бар'єр у формі співзалежного партнера, що заохочує нездорову залежність або як фасилітатор у вигляді доступу до психотерапевтичної допомоги та здорових соціальних зв'язків. Також важливими є індивідуальні установки (e410) суспільства чи найближчого оточення щодо автономності та самостійності особи.

Таким чином, МКФ надає повну картину обмежень життєдіяльності та потреб особи з емоційною залежністю у реабілітації [9]..

Серед причин емоційної залежності часто називають несприятливий дитячий досвід. Під несприятливим дитячим досвідом (НДД) розуміють широкий перелік подій дитинства, які доведено можуть мати негативний вплив на все подальше психосоціальне функціонування особи. Насамперед до НДД відносять досвід фізичного, емоційного чи сексуального скривдження, фізичного або емоційного занедбання, втрату одного з батьків, спостереження насильства над батьками, ув’язнення, психічні розлади чи узалежнення батьків. Якщо мова йде про розвиток схильності до емоційної залежності в стосунках, ймовірно, НДД може посилювати вроджені

схильності дитини, зокрема її гіршу здатність до заспокоєння. Зокрема, Кастелло пише про те, що рання емоційна депривація відіграє роль у формуванні емоційної залежності. З нейрокогнітивних досліджень загалом відомо, що тривале перебування дитини у стосунках скривдження чи занедбання, може впливати на зміни у структурах мозку та нейрокогнітивних процесах, що позначається на гіршій здатності до опрацювання емоційних сигналів, насамперед такі діти сприймають емоційні реакції інших як більш загрозливі та мають проблеми з емоційною регуляцією. Також відомо, що будь який досвід тривалого скривдження у дитинстві може позначатися на самооцінці, соціальній компетентності та вмінні будувати здорові стосунки з однолітками. Ймовірно, такі особливості можуть закладати грунт подальшої емоційної залежності в партнерських стосунках [42].

Ранні дисфункційні схеми (РДС) – це саморуйнівні або дисфункційні сценарії, які проявляються у закономірних спогадах, думках, переживаннях та фізичних відчуттях, що виникають у ситуаціях, які позасвідомо нагадують людині про пережитий раніше досвід. У дорослих людей РДС можуть проявлятися у широкому спектрі міжособистісних взаємин у формі переконань про себе, інших та світу загалом. Дане поняття описане Дж. Янгом з колегами у теорії схема-терапії. Розробляючи ідеї А. Бека, автори припустили, що саме РДС можуть лежати в основі розвитку та підтримання різних психопатологій [28; 1].

Дж. Янг створив інноваційний інтегративний підхід у психотерапії, який отримав назву схема-терапія. Схема-терапія була розроблена як модифікація когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для клієнтів, з якими стандартна КПТ була недостатньо ефективною, та поєднує в собі елементи КПТ, гештальт-терапії, а також психоаналітичної та конструктивістської шкіл психології.

Основні теоретичні елементи в концепції схема-терапії такі:

1) базові емоційні потреби;

2) ранні дисфункційні схеми;

3) дисфункційні копінг-стратегії;

4) режими функціонування схем (дисфункційні режими).

Припустімо, що в дитинстві особи не були задоволені базові емоційні потреби, як-от, потреба в любові, розумінні, автономії, прив'язаності, особистісних межах тощо, тоді це могло призвести до формування в неї ранніх дисфункційних схем і дисфункційних режимів. Ранні дисфункційні схеми – це негативні життєві схеми (патерни) сприйняття, емоційного реагування та фізичних відчуттів, які формуються в дитинстві внаслідок дисфункційної взаємодії зі значущими в житті особи людьми. Ці схеми, формуючись у дитинстві, продовжують розвиватися впродовж життя та впливають на життя особи навіть у тих випадках, коли вони неефективні [30]. Дж. Янг виокремив 18 ранніх дисфункційних схем, диференційованих на 5 груп (рис. 1) [61].

Таблиця 1.1 – Ранні дисфункційні схеми (Yang et al. 2003) та сфери схем

Сфери схем	Схеми
Втрата зв'язку та відкинення	Покинення/Нестабільність стосунків Недовіра/Скривдження Емоційна депривація Дефективність/Сором Соціальна ізоляція/Відчуження
Обмежена автономія, здатність досягати успіху і реалізувати себе	Залежність/Безпорадність Очікування катастроф (вразливість до кривд та хвороб) Злиття/Невідокремленість особистої ідентичності Некомпетентність/Неминучість невдач
Порушення меж	Особистий статус і права Недостатній контроль/Самодисципліна
Спрямованість на інших	Підкорення Самопожертва Пошук визнання

Продовження таблиці 1.1

Надмірна пильність та інгібіції	Негативізм/Песимізм Емоційна інгібіція Невисокі стандарти/Гіперкритичність Покарання

РДС часто називають посередниками між НДД та різними психосоціальними проблемами особи. Зокрема, дослідження показують, що депресія, ризикована сексуальна поведінка, агресія у стосунках , довіра до партнера сильніше залежать не від пережитого НДД, а від РДС, які сформувалися внаслідок цього досвіду.

НДД може впливати на розвиток дисфункційних уявлень як про себе, так і про інших, що може посилювати емоційну залежність від партнера в романтичних стосунках. Особа, яка пережила скривдження чи занедбання, може сприймати себе як меншовартісну від партнера та таку, що не заслуговує підтримки; емоційно дистанціюватися від партнера, уникаючи болю, і не давати йому можливість розрадити себе; може розвивати переконання про те, що світ загалом небезпечний. Такі та подібні переконання загалом не сприяють емоційній регуляції в партнерських стосунках, натомість можуть викликати та посилювати страх самотності та хвилювання про те, що партнер може залишити стосунки. У дослідженнях йдеться про те, що між різними РДС та емоційною залежністю в романтичних стосунках існують зв’язки, які є особливо вираженими за наявності насилля в партнерських стосунках [28].

Отже, емоційна залежність є складним багатофакторним феноменом, що формується під впливом як внутрішніх (особистісних), так і зовнішніх (соціально-психологічних) чинників. Її коріння часто сягає в дитячий досвід, який формує дисфункційні схеми сприйняття себе та інших. Розуміння цих механізмів створює підґрунтя для пошуку ефективних психотерапевтичних і консультативних стратегій подолання емоційної залежності особистості.

1.2 Психологічні особливості та поведінка емоційно залежних клієнтів

Емоційна залежність особистості є однією з ключових форм міжособистісних відносин і суттєво впливає на психічне здоров'я, стресостійкість та загальне задоволення життям. У межах психічної норми залежність проявляється у різних взаємозв'язках – між батьками і дітьми, партнерами, членами колективів. Проте патологічна залежність призводить до втрати критичного мислення, підпорядкування свого життя цінностям іншої особи або групи та руйнування соціальних зв'язків.

Психоаналітична перспектива пояснює емоційну залежність недостатньою інтерналізацією батьківських фігур, що знижує здатність особистості до самозахисту. С. Епштейн підкреслює роль базисних переконань та «теорії реальності», що формуються на основі дитячого досвіду й впливають на психоемоційний стан та поведінку людини (1997). Вайнхолд Б. К., Вайнхолд Д. Б. (2008) зазначають, що незавершені процеси розвитку у ранньому дитинстві, такі як недостатнє формування почуття власного «Я», сприяють пошуку емоційно залежних стосунків у дорослому віці [41; 59].

За даними Широкої та Брух (2021), ранні дисфункційні схеми, такі як емоційне занедбання та кривдження, мають значний вплив на формування емоційної залежності. М. Мілушина (2014) виділяє п'ять етапів розвитку залежної поведінки: від початкового емоційного підйому до домінування залежності над особистістю та соціальної ізоляції, що може закінчитися серйозними психічними й фізичними проблемами.

Основні психологічні особливості емоційно залежних клієнтів включають:

- постійне відчуття залежності від інших;

- надмірне приділення уваги об’єкту залежності при ігноруванні власних потреб;
- низьку самооцінку, самокритику, почуття провини;
- потребу постійного схвалення та відсутність власних кордонів;
- страх самотності та високий рівень тривожності;
- схильність до соціальної ізоляції та депресивних станів;
- дисфункційний перфекціонізм і раптові емоційні перепади [19].

Р. Бернс виділяє такі компоненти Я-концепції, як Образ Я, що включає уявлення людини про себе, самооцінка та потенційна поведінкова реакція. Самооцінка – це вияв оцінного ставлення людини до себе, результат таких розумових операцій, як аналіз, синтез, порівняння [13, 361]. Вона, як компонент Я-концепції, формується значною мірою під впливом психологічного клімату в сім’ї, стилю виховання та ставлення батьків до дітей. Розенберг, аналізуючи процес взаємодії батьків та дітей, зауважив важливість в процесі формування самооцінки зворотній зв’язок та зацікавленість у досягненнях дитини, а також знайомство с друзями дитини. Великий вплив на самооцінку особи має оцінка її діяльності батьками [8].

Робін Норвуд (1985) стверджує, що у людей з наявним проявом любовної залежності самооцінка знаходиться на критичному рівні, та у думках переважає ідея «щоб насолоджуватись життям та відчувати любов, треба жертвувати собою» [53].

Суб’єктивне переживання самотності, що включає страх залишитися наодинці, проявляється у негативному емоційному забарвленні: відчутті покинутості, непотрібності, тривожності, гніві, депресії, страху та емоційної нестійкості. Надмірний страх самотності може призводити до порушення

соціалізації, обмеження конструктивних контактів із оточенням, складнощів у встановленні близьких стосунків і підвищеної залежності від оцінки інших людей.

Разом з тим страх самотності виступає як детермінант формування різних видів самотності. Так, співзалежні особи часто переживають його у формі «негативної самотності», що супроводжується потребою у постійному емоційному підтвердженні та страхом бути відкинутими, тоді як контрзалежні можуть намагатися уникати близькості, проявляючи агресивну чи захисну поведінку. Це підкреслює необхідність психологічної діагностики страху самотності та розробки заходів його корекції через психокорекційну роботу, формування емоційної стійкості та розвитку навичок конструктивної соціальної взаємодії [27].

Г. Габдрєєва відмічає, що в ґенезі особистісної тривожності лежить недостатня сформованість або порушення механізму психологічного самоуправління. Невідповідність суб'єктивної моделі реальній дійсності, що супроводжується проявом неадекватно завищеної тривоги, може призвести до порушення регуляторних процесів. Тоді тривожність закріплюється як властивість особистості та розвивається в домінуючу рису характеру.

Стійка тривожність свідчить про нездатність людини впоратись зі своїми почуттями, контролювати їх. Неможливість керувати собою породжує відчуття безсилля і безнадії, знижуючи ще більше життєвий тонус, культивуючи пасивність та песимізм. Відтак руйнується впевненість у собі, рішучість у діях і вчинках, наполегливість у досягненні мети, людина заздалегідь налаштовує себе на поразку [31].

Цю стійку схильність детально розмежував Ч. Д. Спілбергер (1972), розділивши тривогу на стан (тимчасова реакція на стресор) та рису. Саме тривожність як риса є особливо важливою для дослідження емоційної залежності, оскільки вона відображає стійку внутрішню вразливість, що зумовлює постійний пошук зовнішнього підтвердження та підтримки у стосунках [57].

Так самооцінка, рівень тривожності та особливості сімейного виховання мають прямий вплив на формування емоційної залежності. Люди з підвищеною тривожністю частіше проявляють схильність до такої залежності, оскільки потребують поруч значущу особу, здатну брати на себе відповідальність у важливих ситуаціях, забезпечувати емоційну підтримку та створювати відчуття стабільності.

Прагнення емоційної близькості є частиною здорових партнерських стосунків, проте це прагнення також може вказувати на залежність, якщо людина почувається вразливою і нещасною без об'єкта прив'язаності і не може перебувати на самоті. Емоційну залежність визначають як стійкі прояви емоційних потреб, які особа намагається задовольнити у близьких міжособистісних стосунках. Дану особливість можна розглядати як особистісну рису, яка має характерні когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові складові, що особливо яскраво проявляються у ситуаціях реальної чи ймовірної розлуки з партнером. У романтичних стосунках схильні до емоційної залежності особи частіше та інтенсивніше переконані у своїй залежності від партнера, переживають страх самотності та сепараційну тривогу, підлаштовують свою поведінку під очікування партнера та надмірно потребують його чи її уваги. Емоційну залежність порівнюють з хімічною залежністю в тому, що в обох випадках присутні абстиненція, потяг, неуспішні спроби завершити стосунки, велика кількість часу та зусиль присвячуються тому, щоб бути поруч з партнером, плекати стосунки з ним, навіть всупереч можливому негативному впливу.

Емоційна залежність не лише спричиняє емоційний дискомфорт особі та її партнеру, але також має значущі зв'язки з іншими проблемами: імпульсивністю, зловживанням психоактивними речовинами, депресією , а також домашнім насиллям. Відтак розуміння причин формування емоційної залежності є вкрай важливим як з точки розу попередження, прогнозування, так і психологічного супроводу осіб, схильних до емоційної залежності [28].

М. Мілушина (2014) у своїй праці, посилаючись на на концепцію Ц. Короленка, описала етапи формування психологічного закріплення емоційної залежності в особистісній структурі. Вона наголошує, що науковець виходив з припущення, що будь-яка залежність завжди зароджується на емоційному рівні. Згідно з Ц. Короленком, розвиток залежної поведінки проходить п’ять етапів [14, 138].

Перший етап характеризується відчуттям яскравих змін у психічному стані: людина частіше переживає піднесений настрій, посилюється емоція радості. Дії, спрямовані на досягнення бажаного стану за допомогою залежної поведінки, поступово набувають системності. При цьому їх перебіг визначається вихованням, культурними особливостями та соціальним середовищем.

Другий етап пов'язаний з різкими коливаннями емоційних станів: людина переживає як апатію, так і ейфорію. Це стимулює зростання потреби в повторному використанні речовин або поведінкових стратегій, що змінюють емоційний стан.

Третій етап відзначається формуванням сильного емоційного зв’язку з об’єктом залежності. За його відсутності виникає відчуття тривоги та внутрішнього дискомфорту.

Четвертий етап супроводжується стереотипністю реагування. Потреба у підтриманні залежної поведінки стає настільки домінуючою, що інші соціальні зв’язки втрачають значення. Залежна особистість поступово віддаляється від реального життя та відчужується від власної внутрішньої сутності.

П’ятий етап є найбільш деструктивним: залежність перетворюється на руйнівну силу, що знищує не лише особистісну, але й фізичну сферу людини. З’являється глибока апатія, соціальна ізоляція та дезадаптація. Якщо залежність сягає цієї стадії, подолати її стає вкрай важко, а інколи майже неможливо. Проте на більш ранніх етапах сучасні методи психологічної допомоги та терапії дозволяють досягти значних результатів у корекції стану.

Важливо також, щоб близькі вчасно звернули увагу на прояви залежності та своєчасно залучили фахівців, адже недооцінка ситуації чи некоректна реакція можуть мати серйозні наслідки.

Тож, можна зазначити, що механізм розвитку залежності – чи то від речовин, чи то від кохання – проходить подібні етапи. Відмінність полягає лише в тому, що емоційна залежність від партнера часто має прихований, менш очевидний характер [14].

Між етапами формування емоційної залежності та проявами деструктивних міжособистісних відносин існує тісний психологічний зв'язок. Дослідження показують, що особистісні характеристики індивіда, такі як низька самооцінка, високий рівень тривожності, схильність до емоційної залежності та проблеми з регуляцією емоцій, значно впливають на вибір партнерів і спосіб взаємодії у стосунках (Мікулінсер, Шейвер, 2010; Янг, Клоско, Вайшар, 2003; Бартолом'ю, Горовіц, 1991). Особливості стилю прив'язаності, а також наявність деструктивних патернів взаємодії, таких як пасивно-агресивна поведінка у чоловіка або депресивно-мазохістичні прояви у жінки, створюють сприятливі умови для формування циклів залежності, конфліктності та емоційного насильства (Борнстайн, 1993; Качіоппо, Патрік, 2008). У таких парах спостерігається взаємне посилення дисфункціональних емоційних стратегій, коли потреба в контролі та страх самотності підтримують патологічну динаміку відносин (Гросс, 1998; Вайсс, 1973). Це означає, що ранні прояви емоційної залежності можуть трансформуватися у специфічні моделі взаємодії, де партнери підтримують один одного у шкідливих емоційних циклах, ускладнюючи можливість конструктивного вирішення конфліктів та особистісного розвитку (Мілушина, 2014; Янг, Клоско, Вайшар, 2003) [36; 38; 49; 60; 34; 44; 51].

Цікаво, що згадані деструктивні патерни взаємодії, які підтримують цикли залежності та конфліктності (Борнстайн, 1993; Янг, Клоско, Вайшар, 2003), набувають чіткої типологічної форми в дослідженнях вітчизняних науковців.

А. Кочарян та А. Коцарь у своїй праці «Синдром невротичної любові» (2000) глибоко досліджують механізми формування дисфункціональних стосунків. Зокрема, у статті детально розглядаються патерни взаємодії між чоловіком із «пасивно-агресивними» рисами та жінкою з «депресивно-мазохістичними» проявами. Їхня робота пропонує структурний аналіз, який показує, як взаємне посилення дисфункціональних стратегій призводить до створення стійкої, хоча й патологічної, динаміки пари. Типова стереотипна модель взаємодії між цими двома типами адиктів наочно представлена у нижченаведеній Таблиці 1.2 [28].

Таблиця 1.2 – А. Кочарян, А. Коцарь механізми формування відносин між чоловіком із «пасивно-агресивними» рисами та жінкою з «депресивно-мазохістичними»

Проблема	Жінка	Чоловік
Особистісна проблема	Недостатньо сформована автономія. Жінка у такому випадку стає емоційно залежною від свого партнера.	Страх емоційної близькості. Чоловік переживає, що втрата особистої свободи у відносинах буде неминучою.
Причина появи	Інфантильна травма через відкидання. У разі емоційно холодного батька.	Інфантильна травма через відкидання. Через негативний досвід у близьких стосунках.
Модель поведінки	Потреба залишатися у стосунках та отримувати підтвердження прийняття від партнера.	Використання стратегії «ігнорування–цікавість», спочатку залучаючи жінку, а потім відсторонюючись.

Характеристика розвитку взаємодії між адиктом уникнення та адиктом любові, на думку А. Кочаряна (2000), відображає радше типову стереотипну модель стосунків. Дослідник підкреслює, що сучасні рольові моделі у відносинах є значно різноманітнішими [11, 72].

Загалом можна стверджувати, що для емоційно залежних осіб у романтичних стосунках характерною є циклічність поведінки, яка спрямована на відновлення відносин із партнером. Навіть після завершення взаємин, у яких простежувалася любовна адикція, людина зберігає внутрішню схильність до залежності. Це пояснюється тим, що сама потреба в емоційній залежності закорінена не у відносинах, а в особистісній структурі. Відтак, залежність не зникає, навіть якщо конкретні стосунки були завершені.

Подібної думки дотримується й L. A. Aristizába (2020), яка у своїх дослідженнях наголошує: емоційна залежність від партнера не зменшується під впливом зовнішніх умов [33]. Вона зберігається на рівні глибинних неусвідомлених потреб, навіть якщо такі потреби є ірраціональними або суперечливими.

Таким чином, після завершення відносин чоловік чи жінка, що має схильність до емоційної залежності, зазвичай вступає у нові стосунки. Водночас сценарій розвитку таких відносин часто повторює попередній, що лише закріплює деструктивну модель поведінки.

Описаний цикл, коли залежність закорінена в особистісній структурі і спонукає до повторного пошуку дисфункціональних зв'язків, графічно ілюструється на Рисунку 1. Цей рисунок чітко відображає основні фази, які проходять залежні особи у своєму прагненні заповнити внутрішній дефіцит через партнера.

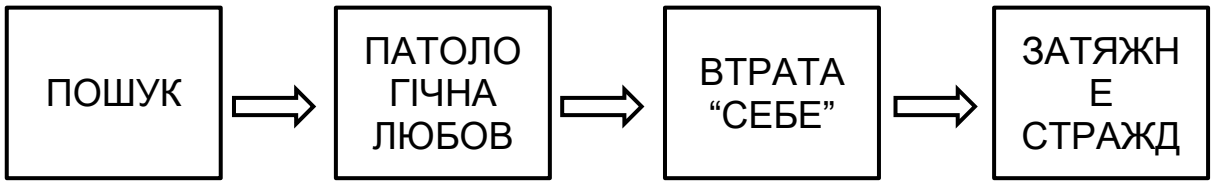


Рисунок 1.1 – Сценарій пошуку стосунків у емоційно залежних людей (за Дж. В. Янг, Дж. С. Клоско, М. Е. Вайшар, 2003)

Ця послідовність підкреслює, як потреба у стосунках швидко переростає у саморуйнівну динаміку, забезпечуючи постійне відтворення сценарію емоційної залежності.

З огляду на циклічність та глибинне закорінення залежності в особистісній структурі, дослідниця О. Строяновська (2020) розглядає емоційну залежність через призму психологічної культури особистості. Згідно з цим підходом, психологічні особливості та поведінка емоційно залежних клієнтів є відображенням дефіциту або незрілості цієї культури, що перешкоджає їхній автономності.

Ключовою психологічною особливістю емоційно залежних клієнтів є низький рівень рефлексії та самоусвідомлення, що є ознакою нерозвиненої психологічної культури. Вони не здатні адекватно аналізувати свої емоційні потреби та усвідомлювати деструктивність власних патернів поведінки. Поведінка такої особистості цілком орієнтована на зовнішній об'єкт, тоді як внутрішня робота над самооцінкою, тривожністю та кордонами ігнорується, що й підтримує залежний цикл, ілюстрований на Рисунку 1.

Несформована психологічна культура проявляється у відсутності внутрішньої опори та несформованості механізмів психологічного самоуправління. Це зумовлює ключові поведінкові патерни: постійне перекладання відповідальності на партнера, нездатність до конструктивного управління тривогою та страхом самотності, а також відсутність власних кордонів. Відтак, поведінка залежних осіб набуває стереотипного характеру (Мілушина, етап 4), що відображає їхню нездатність до гнучкої та усвідомленої взаємодії [25].

Наприкінці відзначмо, що психологічні особливості та поведінка емоційно залежних клієнтів формуються під впливом складного комплексу чинників, що беруть свій початок у ранньому дитинстві (недостатня інтерналізація батьківських фігур, незавершені процеси формування власного "Я") та закріплюються у вигляді дисфункційних схем (емоційне занедбання, кривдження). Ці глибинні передумови зумовлюють наявність ключових рис, серед яких домінують низька самооцінка, що функціонує на критичному рівні та вимагає самопожертви, високий рівень тривожності як стійкої риси та надмірний страх самотності, який виступає детермінантом негативних емоційних станів і порушень соціалізації.

Поведінкові прояви залежності розвиваються за п’ятиетапною моделлю (Короленко, Мілушина), від початкового емоційного підйому до стереотипності реагування та соціальної ізоляції. Характерною рисою є формування деструктивних міжособистісних патернів, які набувають типологічних форм (наприклад, пасивно-агресивний чоловік із депресивно-мазохістичною жінкою за Кочаряном і Коцарем), де потреба в контролі та страх самотності взаємно посилюють патологічну динаміку стосунків. Усі ці особливості демонструють, що емоційна залежність, подібно до хімічної адикції, має когнітивні, емоційні та мотиваційні складові, що призводять до абстиненції та циклічності деструктивної поведінки.

Зрештою, ключовою особливістю є те, що потреба в емоційній залежності закорінена в особистісній структурі (Aristizába), а не лише у відносинах, що зумовлює циклічне повторення сценарію пошуку дисфункціональних зв’язків (Янг, Клоско, Вайшар). У цьому контексті, О. Строяновська підкреслює, що психологічні особливості залежних клієнтів (низька рефлексія, відсутність внутрішньої опори, нездатність до самоуправління) відображають дефіцит психологічної культури. Саме тому, психологічне консультування має бути спрямоване на глибинну зміну особистісних рис через формування психологічної культури, що дозволяє клієнту набути компетентності для автономного життя та перервати циклічність деструктивної поведінки.

Висновок до Розділу 1.

Розділ 1 висвітлює емоційну залежність як складний, багатофакторний феномен, що має глибоке коріння у психології особистості та міжособистісних стосунків, та відноситься до соціально прийнятних різновидів нехімічних адикцій (МКХ-10: F60.7; МКХ-11: 6D10). Теоретичний аналіз феномену ґрунтується на психодинамічному підході (перенесення дитячого досвіду) та теорії прив’язаності (Дж. Боулбі, М. Айнсворт), де дисфункційні стилі (тривожно-амбівалентний, уникаючий), сформовані через нестабільність підтримки, створюють схильність до надмірної тривоги та пошуку схвалення, що є основою залежності. Емпіричний розвиток, зокрема

чотирьохрівнева модель К. Бартолом'ю та Л. М. Горовіца, підтверджує ключову роль ранніх порушень у формуванні внутрішніх робочих моделей.

Глибинні передумови емоційної залежності особистості пов'язані з несприятливим дитячим досвідом (НДД) та його впливом на розвиток ранніх дисфункційних схем (РДС) (Дж. Янг). Ці схеми виступають посередниками між НДД і психосоціальними проблемами, посилюючи страх самотності та нездатність до емоційної регуляції. Психологічні особливості емоційно залежних клієнтів, такі як низька самооцінка, висока тривожність як риса, надмірний страх самотності та відсутність власних кордонів, підкреслюють їхню внутрішню вразливість і дефіцит психологічної культури (О. Строяновська). Поведінкові прояви розвиваються за п’ятиетапною моделлю Ц. Короленка, де потреба в об'єкті залежності стає домінуючою, призводячи до стереотипності реагування та соціальної ізоляції. Характерною рисою є циклічність поведінки, спрямована на відтворення дисфункціонального сценарію пошуку стосунків (за Янг, Клоско, Вайшар) та формування деструктивних патернів взаємодії (наприклад, синдром невротичної любові за А. Кочаряном), що вказує на закорінення залежності в особистісній структурі.

Таким чином, теоретичне дослідження емоційної залежності демонструє її клінічну значущість не лише як міжособистісного конфлікту, а як системного розладу функціонування особистості, що вимагає діагностики за допомогою як клінічних класифікацій (МКХ-11), так і функціональних інструментів (МКФ). Остання дозволяє детально описати обмеження життєдіяльності за компонентами функцій організму (наприклад, дисфункція самооцінки, висока тривожність), активності та участі (нездатність до автономних рішень) і факторів навколишнього середовища. Це підтверджує необхідність інтегративного підходу, орієнтованого не стільки на зовнішні прояви стосунків, скільки на глибинну зміну особистісних рис через корекцію дисфункційних схем та формування психологічної культури, що дозволяє клієнту набути компетентності для автономного життя та перервати циклічність деструктивної поведінки.

РОЗДІЛ 2
ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ПОДОЛАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ У СТОСУНКАХ

2.1 Сучасні підходи до подолання емоційної залежності особистості

Емоційна залежність є складним психологічним феноменом, що проявляється у надмірній потребі у зовнішньому підтвердженні власної цінності, страху покинутості та злитті з іншими людьми. Вона зачіпає не лише поведінку чи думки, а передусім емоційний світ особистості, обмежуючи здатність відчувати себе автономною, приймати власні потреби та будувати збалансовані стосунки. Різні психологічні підходи пропонують інструменти для розпізнавання та трансформації цих патернів, допомагаючи людині відновити контакт із собою, власними емоціями та внутрішньою опорою. У цьому розділі розглядаються основні терапевтичні підходи, що довели свою ефективність у роботі з емоційною залежністю.

Ф. Перлз та його колеги створили сучасний напрям психотерапії, відомий як гештальт-терапія. Це один із підходів у психотерапії, що базується на експериментально-феноменологічному та екзистенційному підходах. Гештальт-терапія зародилася в 1950-х роках і здобула значне поширення починаючи з 1960-х. Основна увага цього методу спрямована на підвищення усвідомленості, розвитку свободи та саморегуляції особистості. Важливим принципом орієнтація людини на себе самого, а не на оцінках або очікуваннях оточення, родини чи суспільства [55].

Концепція гештальт-терапії розглядає людину як цілісність розуму, емоцій, тіла та душі з індивідуальними переживаннями та особистою реальністю. На практиці психологи застосовують цю концепцію, допомагаючи клієнтам зосередитися на подіях та відчуттях тут і зараз, а не на минулому досвіді. Це дозволяє людям відкривати нові перспективи та

впроваджувати позитивні зміни у своє життя, зокрема працювати з емоційною залежністю, усвідомлюючи власні потреби та реакції у взаєминах.

З часу свого виникнення гештальт-терапія довела свою ефективність у роботі з різними станами психічного здоров'я. До них належать:

1. Тривожність. Терапія допомагає зосередитися на сьогоденні, що сприяє усвідомленню думок, почуттів та поведінки, які провокують тривогу.
2. Проблеми поведінкового характеру. Використовується у роботі з поведінковими розладами, такими як біполярний розлад.
3. Депресія. Орієнтація на самосвідомість дозволяє усвідомити фактори та стресові ситуації, що спричиняють депресивний стан.
4. Труднощі у стосунках. Допомагає парам розпізнати деструктивні патерни поведінки, що негативно впливають на взаємини.
5. Низька самооцінка. Терапія сприяє виявленню та подоланню основних чинників, що знижують самооцінку.

Гештальт-терапія включає різноманітні техніки, що ґрунтуються на серії експериментів і вправ. Заняття можуть проводитися індивідуально або в групі, а кожна методика діє по-різному залежно від унікального досвіду клієнта. Наприклад:

1. Парадоксальна зміна. Метод акцентує на прийнятті себе, що розвиває самосвідомість і сприяє життю в теперішньому.
2. "Тут і зараз". Дозволяє оцінити вплив минулого досвіду на теперішні думки та поведінку, допомагаючи відпускати минуле.
3. Техніка порожнього стільця. Мета – уявити спілкування з конкретною людиною, що створює умови для емоційного зцілення.
4. Техніка перебільшення. Допомагає усвідомити ключові проблеми та виявити їхні корені.

До переваг можна віднести те, що гештальт-терапія – це комплексний вплив на розум, емоції, тіло та дух людини. Серед загальних переваг: підвищена самосвідомість, впевненість у собі, примирення з минулим, краща здатність справлятися зі стресом, розвиток відповідальності, здатність

визнавати помилки та поведінку без звинувачень інших. Єдине обмеження методу полягає в тому, що він може бути менш ефективним щодо психологічних наслідків успадкованих моделей поведінки [54; 56].

Окрім того ефективним підходом в психотерапії на сьогодні є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка має за собою масивну наукову та доказову базу.

Укоріненість КПТ у науковій психології тягне за собою неперервну еволюцію як на рівні процедур, так і на рівні теоретичних орієнтирів. Терапевти адаптують свою практику відповідно до проблем, якими займаються, свого особистісного досвіду і знаннями наукових досліджень. Однак, якщо відволіктися від їх особливостей, всі вони характеризуються специфічною метою (модифікувати спосіб мислення, емоційні реакції і спосіб дії), вибором засобів (лише наукових) і стилем взаємодії з пацієнтом.

Когнітивно-поведінкова терапія в даний час представляє собою групу сучасних методів, які вважаються емпірично обґрунтованою психотерапією. Емпіричними вони називаються, перш за все тому, що психологічні теорії, на яких вони базуються, ґрунтуються на наукових дослідженнях, результати яких впроваджуються в терапевтичну практику і мають науково доведену ефективність [40; 35].

Численні дослідження ефективності КПТ, які проводяться в останні десятиліття в США, Канаді, Австралії, Західній Європі, Скандинавії, показують, що відсоток пацієнтів з поліпшенням стану і повним усуненням невротичної симптоматики після проходження КПТ вище, ніж при інших видах психотерапії та фармакотерапії. У важких випадках комбіноване лікування приносить найкращий результат. Результат КПТ виявляє стійкість в часі, що показували вивчення анамнезів.

Фундаментальним постулатом когнітивної терапії є положення про взаємозв‘язок мислення, почуттів, поведінки людини та про їх взаємний вплив один на одного. Сукупність когнітивних подій, когнітивних процесів та когнітивних структур, пов‘язаних з пізнавальною діяльністю особистості

розглядається як когнітивна складова. Когнітивна складова КПТ представлена наступними методами: аналіз негативних установок і ірраціональних думок, дисфункціональних, деструктивних когнітивних схем і причин їх виникнення; сократичний діалог, при якому терапевт поступово підводить клієнта до усвідомлення ірраціональності, нелогічність його автоматичних думок і припущень; оспорювання негативних автоматичних думок і які стоять за ними більш глибоких переконань, знаходження доказів їх ірраціональності, неправильності; знаходження фактів, що дозволяють вибудовувати нову позитивну систему уявлень про себе і в світі; когнітивне реструктурування: формування нових, більш адаптованих переконань і уявлень [39; 49].

Сучасну когнітивну терапію відрізняють:

1. Порівняно висока ефективність, підтверджена статистичними дослідженнями.

2. Чіткість організації і послідовне структурування терапевтичного процесу, що забезпечують необхідні умови для реально працюючої моделі лікування або концептуальної схеми терапії.

3. Конструктивізм, що виявляється в діагностиці, зрозумілих терапевтичних інструкціях.

4. Швидке досягнення проміжних результатів терапії, що створює позитивний настрій.

5. Відсутність містичного нальоту, професійного жаргону,звичайна лексика, що дозволяє пацієнту без праці сприймати основні принципи лікування; навчання методології вирішення проблем, що дозволяє з точки зору профілактики вирішувати інші проблеми в майбутньому, набуті навички мислення можуть отримати відповідне застосування під час психотравмуючих ситуацій.

6. Прагматизм, що виражається в спрямованості на конкретний результат, великий обсяг самостійної домашньої роботи.

Головна мета терапевта – навчити пацієнтів того, як конкретно в спостережуваної і вимірюваної формі модифікувати деякі види поведінки. Цілі зміни визначаються під час діалогу. Терапевт допомагає клієнту сформулювати реалістичні і конкретні цілі, що враховують його самопочуття на більш або менш тривалий термін, і якість його взаємовідносин з іншими. В ідеалі навчання та поступове опрацювання початкового списку ситуацій спрямовані на розвиток здатності контролювати власну поведінку. В кінцевому рахунку саме пацієнт завжди вирішує, яких цілей хоче досягти і якою буде ступінь його залучення в процес навчання [6].

Схема-терапія була розроблена психологом Джеффрі Янгом в Університеті Пенсільванії, де він проходив докторантуру разом із Аароном Беком – засновником когнітивної терапії.

Янг визнав, що деяким людям важко отримати користь від стандартної когнітивної терапії. До того ж він зафіксував, що ці люди також мають хронічні та дезадаптивні моделі мислення та поведінки. Тому Янг розробляв способи, як допомогти клієнтам ідентифікувати та змінити їхні шаблони реакцій або «схеми». Поняття «схема» активно використовується в рамках когнітивної психології, яка вивчає як влаштоване наше сприйняття і мислення. Схеми – це переконання про себе, про навколишній світ і про інших людей, в які люди вірять автоматично або ж «інтуїтивно», не ставлячи ці думки під сумнів. Дезадаптивні схеми, на яких зосереджуються терапевти, – це моделі некорисних реакцій (думка, емоція, імпульс до дії), які мають корені в ранньому дитинстві та застосовуються людиною в дорослому віці. Ці моделі створюють перешкоди для досягнення цілей та задоволення власних потреб. Люди схильні внутрішньо повторювати набуті Схеми, що може згубно впливати на почуття власної гідності та самоповаги, на стосунки з іншими людьми [62].

Схема-терапія поєднує аспекти когнітивної, поведінкової, міжособистісної терапії, теорії прихильності, експериментальної терапії та психоаналізу в єдиний психотерапевтичний підхід.

Зазначений вище підхід, працює на основі того, що незадоволені в ранньому дитинстві емоційні потреби впливають на здатність людини самостійно та ефективно задовольняти їх у дорослому віці. Зокрема, мова про безпеку та прихильність, здорові межі, свободу вираження емоцій, автономію та компетентність, спонтанність і гру. Наслідком незадоволених потреб і негативного досвіду в дитинстві є шкідливі та дезадаптивні схеми. Вони впливають на те, як люди інтерпретують поведінку інших та життєві події.

Люди з дезадаптивними схемами можуть вступати в токсичні стосунки з іншими, мати погані соціальні навички, демонструвати деструктивну поведінку та мати внутрішні страждання, з якими важко давати раду. Вони також можуть мати нестійку самооцінку та вважати себе нікчемними. В процесі консультування психолог допомагає клієнту усвідомити та змінити дезадаптивні моделі поведінки й мислення. Таким чином люди покроково навчаються будувати теплі здорові стосунки та віднаходять почуття власної гідності.

У схема-терапії можуть використовуватися емпіричні техніки, як-от образи, щоб допомогти клієнтам опрацювати негативні спогади дитинства. А також зрозуміти, як саме розвивалися їхні негативні схеми.

Схема-терапія зазвичай проходить три основні етапи:

1. Оцінка. Психолог або консультант допомагає клієнту виявити дезадаптивні думки та поведінкові моделі, а також зрозуміти їхнє походження.

2. Освіта. Спеціаліст допомагає клієнту усвідомити моменти, коли його або її способи подолання проблем неефективні, та аналізує дії, що підтримують дезадаптивні схеми. Клієнт навчається розпізнавати перехід із однієї дезадаптивної схеми в іншу.

3. Зміна. Психолог ставить під сумнів дезадаптивні схеми, використовуючи поєднання когнітивних, поведінкових, міжособистісних методів та роботи з емоціями.

4. Мета. Показати клієнту, що схема є хибною, і надати інструменти для задоволення базових емоційних потреб, що зменшує її вплив на життя людини.

Схема-терапія здебільшого застосовується для роботи з особами, які мають розлади особистості.

Переваги методу:

1. Розвиток здорових навичок подолання труднощів.
2. Зупинка дезадаптивних моделей реакцій.
3. Контакт із власними справжніми почуттями та задоволення емоційних потреб у здоровий спосіб.
4. Встановлення розумних меж для імпульсивності та гніву.
5. Протидія самокритиці та самопокаранню [29].

Далі розгляньмо емоційно-сфокусовану терапію (ЕФТ) як творчий синтез ідей та методів гуманістичного й системного підходів із теорією прихильності. Вона приділяє особливу увагу емоціям і передбачає конкретні техніки роботи з ними.

Основні принципи ЕФТ включають підвищення емоційної усвідомленості, вираження емоцій, розвиток емоційної регуляції та рефлексію [47; 48].

ЕФТ спрямована на самореорганізацію емоційних схем та особистісних сенсів. Терапія допомагає клієнтам усвідомлювати свої емоції, їхнє соціальне значення та причини виникнення, щоб навчитися керувати ними. Важливо, щоб клієнти відчували комфорт зі своїми почуттями, могли зануритися в них та віднайти власні життєві цінності.

На відміну від інших підходів, які здебільшого використовують розмовні техніки і не заглиблюються у переживання, ЕФТ дозволяє працювати глибше, допомагаючи вирішувати найболючіші питання через усвідомлення та переробку негативних емоцій у нові адаптивні.

Теоретики ЕФТ вважають, що різні типи емоційних реакцій потребують особливого втручання. Первинні адаптивні емоції

опрацьовуються для доступу до корисної інформації клієнта, тоді як первинні неадаптивні емоції досліджуються для виявлення незадоволених потреб та їх трансформації у нові адаптивні емоції. Вторинні реактивні емоційні реакції потребують емпатичного дослідження, бо вони допомагають виявити емоції, які їм передують. Інструментальні емоційні реакції мають бути досліджені в міжособистісних і, зокрема, терапевтичних відносинах з метою підвищення обізнаності про них і про механізми їхнього функціонування.

Сильні сторони ЕФТ:

1. Підхід ґрунтується на співпраці з клієнтом та шанобливому ставленні до нього.

2. Стратегії роботи уточнюються через детальний аналіз психотерапевтичного процесу.

3. Ефективність ЕФТ підтверджена понад 30-річними емпіричними дослідженнями, включно з вивченням процесу зміни особистості та факторів успішних змін.

4. Метод застосовується для різних проблем у різних культурах, хоча культурні особливості потребують подальшого вивчення.

Особливість ЕФТ полягає в чіткій структурованості процесу: терапія поділена на етапи та стадії, кожен з яких має конкретну мету, а також передбачає техніки та прийоми для досягнення завдань. Водночас у процесі залишається простір для спонтанності, імпровізації та емоцій спеціаліста [58; 18].

Після розгляду емоційно-сфокусованої терапії (ЕФТ) варто звернути увагу на інший підхід, який також активно працює з емоціями, але через дії та інтерактивні методи. Психодрама – це терапевтичний підхід, заснований на методах дії, який дозволяє клієнтам досліджувати свої внутрішні переживання, стосунки та конфлікти через драматичні та рольові ігри. Цей метод був розроблений Якобом Леві Морено у 1920-х роках і поєднує елементи театру, психології та групової терапії [52].

Психодрама надає клієнтам можливість «прожити» певні ситуації або емоційні переживання в безпечному терапевтичному середовищі. Це дозволяє глибше зрозуміти свої почуття, відносини та поведінку, а також знайти нові способи вирішення життєвих проблем. Психодрама дозволяє «вийти за рамки» словесного вираження, переносячи клієнта в іншу реальність, де він може дослідити свої почуття, думки та взаємодії в інтерактивній та творчій формі.

Психодрама включає кілька ключових компонентів. Протаґоніст – це головний учасник сесії, чиї проблеми або питання розігруються під час терапії. Директор, тобто терапевт, керує процесом психодрами, допомагає протаґоністу обирати ролі та ситуації, а також надає підтримку під час гри.

Цілі психодрами полягають у виявленні та опрацюванні емоційних проблем клієнта. Метод спрямований на розвиток навичок вирішення конфліктів та прийняття рішень, а також допомагає поглибити саморозуміння і самоприйняття. Крім того, психодрама сприяє покращенню взаємин з іншими людьми та розвитку творчих здібностей і емпатії.

Переваги психодрами:

1. Безпосереднє проживання. Клієнти можуть безпосередньо "пережити" свої почуття та взаємодії, що дозволяє глибше зрозуміти їхню природу.

2. Креативність. Використання творчих методів, таких як рольові ігри та імпровізація, стимулює нові способи мислення та самовираження.

3. Глибоке емоційне занурення. Психодрама дозволяє клієнтам безпосередньо прожити ситуації, що турбують, що сприяє глибокому емоційному зануренню та дозволяє виявити приховані почуття та переживання.

4. Відновлення спогадів. Метод допомагає клієнтам відновити та заново прожити значущі події минулого, що може призвести до їхнього переосмислення та емоційного зцілення.

5. Тренування нових поведінкових моделей. Психодрама дозволяє клієнтам без ризику експериментувати з новими способами поведінки та взаємодії, що може бути корисним для адаптації до реальних життєвих ситуацій.

Проте психодрама також має певні обмеження. Вона може викликати дуже сильні емоційні переживання, що не завжди є комфортними або безпечними для клієнта. Метод не універсальний і не підходить усім: деякі люди можуть відчувати дискомфорт під час участі в драматичних сценах або мати труднощі з вираженням себе через цей підхід. Інтерпретація рольових сцен може бути суб'єктивною, і клієнт не завжди розуміє зв'язок між сценкою та своїм реальним життям, що може знижувати ефективність терапії. Крім того, проведення психодрами потребує значного часу, включаючи підготовку, розігрів, власне драматизацію та обговорення, що може створювати труднощі для клієнтів із обмеженими часовими ресурсами [21].

Багато проявів емоційної залежності особистості та співзалежності не обмежуються думками чи словами, а зберігаються у фізичному тілі. Напружені плечі, опущена голова, автоматичне «вибач» ще до усвідомлення власної провини – усе це прояви внутрішніх психологічних патернів, що накопичуються протягом життя. Тілесно-орієнтована терапія, розроблена А. Лоуеном, П. Левіном та А. Огден, спрямована на виявлення таких заблокованих почуттів у тілі та їхнє поступове звільнення, що особливо важливо для осіб з емоційною залежністю.

Основна мета цього підходу – відновлення зв'язку людини з власним тілом, повернення відчуття «я в собі», «я в контакті», «я можу відчувати і залишатися собою», що дає змогу безпечно переживати емоції та зменшувати патерни співзалежності.

Основні техніки:

1. Трекінг тілесних реакцій: клієнт навчається відстежувати власні відчуття, визначати зони напруження та фізичні імпульси до руху, втечі або стиснення.

2. Робота з тілесними межами: вправи «руки вперед» або «кордон особистого простору» допомагають чіткіше усвідомити межі «Я» та «Іншого».

3. Дихальні практики та заземлення: методи Фельденкрайза або TRE допомагають відновити регуляцію нервової системи та стабілізувати емоційний стан.

Як результат клієнт починає відчувати, де саме в тілі накопичуються страх та емоційне напруження, усвідомлює межі свого «Я», а відновлення зв'язку з тілом стає першим кроком до опрацювання емоційної залежності та формування здорових психологічних реакцій [3, 50].

Розглянувши психодраму, перейдімо до ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Це терапія зобов'язання та прийняття, поведінковий підхід «третьої хвилі», який базується на принципах розвитку усвідомленості (майндфулнес). Започаткована в 1986 році Стівом Хайєсом.

Довела свою ефективність при свою ефективність у роботі з депресією, обсесивно-компульсивним розладом, хронічним стресом та професійним вигоранням, хронічною втомою та болем, тривожними розладами, ПТСР, залежностями, анорексією та шизофренією.

Основні концепти ACT допомагають людям знаходити внутрішні ресурси, приймати свій досвід будь-яким, яким він є, і жити відповідно до своїх цінностей замість того, щоб витрачати сили на боротьбу із симптомами. Це означає згадувати свої цінності і діяти відповідно до них:

1. Прийняття означає не боротися і не втекти від відчуттів, а усвідомлювати їх і приймати, зокрема й свої дії та їхні наслідки, завжди враховуючи контекст і цінності.

2. Дистанціювання полягає в тому, щоб відокремлювати думку від поведінки та ставитися до думки як до явища, а не факту.

3. Контакт з теперішньою миттю передбачає бути уважним до свого внутрішнього досвіду (думки, емоції, тілесні відчуття) і зовнішнього світу, не зациклюючись на минулому чи майбутньому.

Модель терапії базується на послідовності усвідомлення, відкритості до власних емоцій і думок та подальшої цілеспрямованої дії. Часто спостерігається поведінка, спрямована на контроль навіть тих подій, які ще не відбулися, що супроводжується високим рівнем тривоги та виснажливим самоконтролем. При цьому певні дії можуть давати позитивні наслідки, формуючи приховані ціннісні переконання, наприклад, «я обережний» або «я піклуюся про все», які підкріплюють повторення контрольованої поведінки. Така стратегія призводить до звуження уваги, фокусування на власних переживаннях та втрати контакту з собою і зовнішнім середовищем.

У процесі АСТ акцент зміщується з прямої боротьби із симптомами та тривогою на інші сфери життя клієнта. Основна увага приділяється функції поведінки, цінностям, життєвим цілям та способам життя, що відповідають власним пріоритетам і сенсу існування [46; 24].

Наприкінці відзначмо, що зазначені вище підходи дозволяють працювати з різними рівнями проблеми емоційної залежності особистості: від тілесного та емоційного досвіду до когнітивних переконань. Їхня спільна мета – допомогти людині відновити контакт із собою, навчитися визнавати та задовольняти власні потреби, а також будувати здорові, автономні та взаємоповажні стосунки [3].

2.2 Роль психологічного консультування у роботі з емоційно залежними у стосунках клієнтами

Психологічне консультування – це вид професійної психологічної допомоги, який передбачає надання клієнту необхідної психологічної інформації та створення відповідних умов для пошуку шляхів вирішення клієнтом своєї актуальної життєвої проблеми. Слід також зазначити, що консультування – це процес, у якому приймають участь двоє людей: один з них - консультант (той, хто слухає), інший – клієнт (той, хто розповідає). Як правило, цей процес супроводжується особистісним ростом клієнта.

М. М. Семаго визначає психологічне консультування як конфіденційно-особистісний процес, орієнтований на конкретну особистість, який створює умови для її соціально-психологічної адаптації та позитивних змін у житті. Його відмінність від психокорекції чи психотерапії полягає в короткочасності (1–5, інколи до 7 зустрічей). Консультування передбачає надання психологічної інформації, а за потреби можуть реалізовуватись психокорекційні або психотерапевтичні цілі (наприклад, зниження напруги, заспокоєння) [22].

Психологічне консультування виступає критично важливим інструментом для подолання емоційної залежності, оскільки цей стан являє собою глибоку дисфункціональну модель стосунків, що ґрунтується на внутрішньоособистісному дефіциті.

По-перше, психологічне консультування передбачає надання клієнту інформації, порад та практичних стратегій, які допомагають йому управляти своєю залежністю та краще орієнтуватися у стосунках. По-друге, консультант допомагає усвідомити негативні переконання, емоції та автоматичні реакції, що підтримують шкідливі моделі поведінки, та, отже, навчитися більш здоровим способам взаємодії з іншими.

Ефективність консультування значною мірою залежить від того, чи створене сприятливе та довірливе середовище, де клієнт може відчувати підтримку й безпеку для відкритого висловлення своїх емоцій і думок. У результаті, консультування дозволяє адаптувати методи та підходи відповідно до потреб і особливостей клієнта, що забезпечує індивідуалізований та ефективний план роботи. А роль консультанта полягає у створенні безпечного та довірчого середовища для усвідомлення клієнтом шкідливих патернів, які утримують його в залежності [23].

Для ефективної роботи з клієнтом процес консультування структуровано поділяється на певні етапи, кожен з яких виконує свою специфічну функцію і спрямований на досягнення конкретних результатів. Розглянемо ці етапи детальніше.

Перший етап психологічного консультування присвячений з’ясуванню запиту, причини звернення та очікувань клієнта. Основна увага спрямована на встановлення довірливого робочого альянсу та створення безпечної атмосфери, у якій клієнт може відкрито описати свій стан і потреби. На цьому етапі консультант коротко знайомить клієнта з принципами, структурою та межами консультаційної взаємодії.

Для первинної діагностики можуть застосовуватися як стандартизовані, так і вільні методи збору інформації: інтерв’ю, спостереження за вербальними та невербальними проявами, самоопис, опитувальники, техніки прояснення проблеми або її символічне відображення (наприклад, спрямована уява, метафоричні запитання, рольове моделювання). Ці методи допомагають оцінити початковий стан клієнта, структуру проблеми та динаміку змін у подальшій роботі.

Під час первинного інтерв’ю консультант може орієнтуватися на загальну структуру збору даних:

1. Демографічні відомості (вік, стать, сімейний стан, рід зайнятості).
2. Історія формування проблеми (час появи, прояви, інтенсивність, чинники, які впливають на загострення або полегшення).
3. Попередній досвід допомоги (чи був досвід психотерапії, консультацій, медикаментозного лікування).
4. Освітній та професійний шлях, особливості міжособистісних комунікацій.
5. Стан здоров’я, спосіб життя, сон, харчування, пережиті стреси.
6. Соціальний розвиток: значущі події життя, теперішня життєва ситуація, ресурси, хобі, інтереси, цінності.
7. Сімейний контекст, система стосунків, актуальна підтримка.
8. Типові моделі реагування у стресових та міжособистісних ситуаціях.

Це інтерв'ю дозволяє консультанту сформувати цілісне уявлення про запит клієнта, ресурси, зони вразливості та очікування від консультування. На цьому етапі важливо оцінити, чи потребує клієнт саме психологічного консультування, чи доцільно рекомендувати звернення до психотерапевта або психіатра в разі наявності ризиків чи виражених порушень.

Другий етап присвячений укладанню робочого контракту та уточненню принципів співпраці. Консультант і клієнт уточнюють формат роботи, регулярність зустрічей, часові межі, правила конфіденційності та відповідальність сторін. Успішність консультування значною мірою залежить від рівня включеності клієнта, його мотивації та готовності брати участь у змінах.

Якість консультування визначається взаємною відкритістю, можливістю обговорювати труднощі процесу та готовністю клієнта досліджувати свій досвід. Якщо клієнт активно включений у роботу, вільно висловлює переживання та відзначає, що консультант правильно розуміє його емоційний стан, можна переходити до наступного етапу.

Третій етап – визначення цілей і очікуваних змін. Консультант допомагає клієнту сформувати реалістичні, конкретні та досяжні цілі, відповідно до яких вибирається консультаційна стратегія. Клієнт ознайомлюється з методами й логікою обраного підходу та бере активну участь у формуванні напрямів роботи. Важливими стають усвідомленість, відповідальність та співучасть клієнта в процесі змін.

На четвертому етапі розпочинається опрацювання проблеми відповідно до поставлених цілей. Залежно від індивідуальних особливостей клієнта можуть застосовуватися різні консультаційні техніки: уточнення, переформулювання, когнітивне осмислення ситуації, робота з емоціями, аналіз поведінкових стратегій, релаксаційні техніки, техніки подолання, вправи для розвитку навичок саморегуляції чи самопідтримки.

Консультант допомагає клієнту знайти інші способи реагування, обрати адаптивні моделі поведінки, розпізнавати внутрішні стани та зовнішні тригери.

П’ятий етап полягає у закріпленні отриманих змін. Клієнт переносить нові моделі поведінки у повсякденне життя, вчиться застосовувати сформовані навички самостійно, усвідомлюючи їхню роль у подоланні труднощів.

Шостий етап – завершення консультування. Рішення про завершення приймається тоді, коли первинні цілі досягнуті, клієнт демонструє здатність самостійно справлятися з труднощами, а якість його функціонування стабільно покращується. Під час завершення підбиваються підсумки, розглядаються отримані результати, проговорюється можливість повернення за потреби.

Сьомий етап – оцінка ефективності консультування. Для цього можуть застосовуватися:

1. інтерв’ю з відкритими питаннями;
2. самооцінка стану;
3. короткі опитувальники;
4. аналіз поведінкових змін;
5. рольове моделювання;
6. робота з образами;
7. за потреби – фізіологічні або функціональні показники (як допоміжний компонент).

Оцінка результатів може доповнюватися спостереженнями клієнта за власною динамікою та, за згодою, інформацією від значущих осіб. Консультант пояснює цілі оцінювання та значення зворотного зв’язку для подальшого саморозвитку [45; 17].

У результаті проведеного консультування клієнт отримує не лише знання та практичні інструменти для подолання емоційної залежності, а й можливість усвідомити власні ресурси та способи самопідтримки. Важливим аспектом є формування навичок рефлексії, що дозволяє клієнту відстежувати власну динаміку, розпізнавати тригери і повторювані шаблони поведінки, а також адаптувати стратегії саморегуляції до конкретних життєвих ситуацій.

Психологічне консультування, таким чином, виступає не лише засобом тимчасового зниження негативних проявів емоційної залежності особистості, а й інструментом довготривалого розвитку, підвищення психологічної стійкості та здатності до самостійного прийняття рішень у міжособистісних стосунках. Консультант у цьому процесі виконує роль фасилітатора: він сприяє усвідомленню клієнтом власних переконань та емоцій, стимулює пошук конструктивних рішень і підтримує адаптивні зміни, що закріплюються через практичну роботу з реальними життєвими ситуаціями.

Таким чином, систематичне консультування формує у клієнта комплекс навичок, який включає когнітивну гнучкість, емоційну саморегуляцію та ефективну комунікацію, що є критично важливим для подолання дисфункціональних моделей взаємозалежності та забезпечення особистісного зростання.

Важлива роль належить професійній компетенції консультанта, його людським якостям та досвіду. Серед консультантів побутує думка, що найкращими психотерапевтами є ті, котрі самі пережили травмуючу ситуацію залежності. Варто пам'ятати:

– кожна людина унікальна, ситуація – неповторна;

– стосунки консультанта та клієнта визначаються "терапевтичним альянсом", завданням конкретної зустрічі;

– у спілкуванні з залежною особистістю не буває дрібниць, за кожним епізодом може виступати болюче переживання, що призводить до особистісного "злому", маніпуляцій, психологічних ігор;

– важливо проявляти чутливість (сенситивність) до емоційних реакцій клієнтів, модальності їх переживань відносно життєвих обставин;

– не варто забувати про межі впливу психолога під час консультацій: його можливості визначаються не лише професійністю, але й низкою ситуативних факторів, які супроводжують клієнта;

– спілкування з залежними клієнтами вимагає багато емоційних затрат, провокуючи професійне вигорання, енергетичне виснаження.

Основним показником проблеми залежного клієнта є загострення внутрішніх суперечностей – наявність внутрішнього конфлікту ("хочу і не можу", "повинен і боюсь"). Тобто, одна частина особистості (субособистість) протистоїть, суперечить іншій. Відбувається неусвідомлена боротьба мотивів, інтересів, сценаріїв. Опосередкований вплив здійснюють життєві ідеали, цінності, бажаний образ майбутнього, вольові процеси. Під час першої зустрічі, як правило, спостерігається відсутність чітких цілей життя, перспективних ліній, а то й втрата смислів існування (позиція Я-, Інші-).

Вочевидь, що самостійна, цілеспрямована особистість швидше "приходить у норму", в той же час мало організовані, несамостійні особи не в змозі самостійно виокремити мотиваційну домінанту, а тим більше віднайти способи досягнення бажаних результатів. Посилення напруги призводить до загострення суперечностей, емоційних порушень та втрати психологічної рівноваги.

Актуалізований внутрішній конфлікт можна спостерігати у таких випадках: невідповідність вербальних та невербальних проявів (занадто жестикулює, повторює одні і ті ж фрази, "забуває" відповісти на запитання, бачить у сні ситуацію зіткнення об'єктів, спізнюється на сеанси тощо). Часто несприятлива внутрішня ситуація супроводжується соматичними проявами – порушенням сну, головними болями, невротичними та алергічними реакціями.

Бесіда з клієнтом спершу переслідує мету сприяти його "розкриттю", тобто стимулювати до того, щоб він максимально "виговорився", піднявши з глибин несвідомого образи, провини, фобії. Під час бесіди пригнічується тривога, вербалізована клієнтом у доступних формах, вивільняються позитивні емоції, можливо, відбувається катарсис (очищення). Клієнт може плакати, скаржитись на нерозуміння.

Підбір технічного інструментарію залежить від методологічної підготовки консультанта та актуального стану клієнта, його зацікавленості й готовності до тривалої, часто конфронтаційної роботи [45; 12].

Для роботи з емоційно залежними клієнтами застосовуються різні підходи, але найефективнішими визнано ті, що працюють із глибинними емоційними потребами та когнітивними спотвореннями. З огляду на необхідність усунути внутрішньоособистісний дефіцит, що є ядром залежності, а також змінити ірраціональні переконання, слід виокремити когнітивно-поведінкову терапію та раціонально-емотивну поведінкову терапію А. Елліса. Вони визнані найбільш структурованими та емпірично ефективними підходами. РЕПТ прямо націлена на формування безумовного самоприйняття, яке слугує ключовим антидотом до залежності від зовнішньої оцінки. Саме ця когнітивна реструктуризація є основою для досягнення цілей і найкраще забезпечується методами КПТ, такими як сократівський діалог, когнітивний диспут та поведінкові експерименти [23].

Саме тому, для наукового обґрунтування застосування когнітивної реструктуризації було обрано емпіричний комплекс, який дозволяє верифікувати зв'язки між цими ключовими змінними.

Передусім це «Шкала вимірювання рівня співзалежності» Л. Спанн та Д. Фішера, яка використовується для діагностики системної, глибинної проблеми, яка відображає наслідки несприятливого дитячого досвіду [43].

Далі була застосована «Методика діагностики ірраціональних установок» А. Елліса, що дозволяє виявити конкретні когнітивні мішені, які підлягають реструктуризації [7].

«Шкала самооцінки» М. Розенберга досліджує стан Я-концепції, підтверджуючи зв'язок між ірраціональними переконаннями та дефіцитом самоцінності [26].

Цей методичний комплекс дозволяє емпірично довести, що зміна ірраціональних установок є необхідною і достатньою умовою для зменшення емоційної залежності та підвищення самооцінки клієнтів.

Висновок до Розділу 2.

Подолання емоційної залежності є комплексним процесом, що інтегрує низку сучасних психотерапевтичних підходів, які працюють на різних рівнях

особистості – від корекції когнітивних дисфункцій до опрацювання глибинного емоційного та тілесного досвіду. Терапії когнітивно-поведінкового спектра, як-от КПТ, схема-терапія та АСТ, забезпечують доказові методи для ідентифікації та трансформації дезадаптивних переконань, що лежать в основі залежності, а також навчають клієнтів психологічній гнучкості та свідомій поведінці відповідно до власних життєвих цінностей. Паралельно, гуманістичні та експериментальні напрями, включаючи гештальт-терапію, ЕФТ, психодраму та тілесно-орієнтовану терапію, зосереджуються на відновленні усвідомленості, контакті з емоціями та тілесною опорою, що є необхідним для формування внутрішньої автономії та здатності задовольняти базові потреби здоровим чином. Усі ці підходи мають спільну мету – перевести особистість із патерну злиття та зовнішнього схвалення до самосприйняття та побудови здорових стосунків.

Критично важливою ланкою у процесі змін є психологічне консультування, яке надає структурований і безпечний простір для індивідуалізованого опрацювання проблеми емоційної залежності. Консультування розглядається як послідовний процес із чітко зазначеними етапами, від первинної діагностики та встановлення терапевтичного альянсу до формулювання реалістичних цілей і закріплення отриманих навичок у повсякденному житті. Консультант виступає в ролі фасилітатора, допомагаючи клієнту усвідомити внутрішній конфлікт, розпізнати шкідливі поведінкові патерни та вивільнити пригнічені емоції. Цей процес сприяє формуванню необхідних знань та практичних інструментів для емоційної саморегуляції і ефективної комунікації, що сприяє зниженню рівня тривоги та відновленню психологічної рівноваги.

Таким чином, систематичне та професійно компетентне консультування, підкріплене застосуванням валідованих психотерапевтичних технік, формує у клієнта комплекс стійких навичок, що унеможливлюють повернення до дисфункціональних моделей залежності. У результаті роботи клієнт не лише досягає поставлених цілей щодо зниження негативних

проявів залежності, а й переживає довготривалий особистісний розвиток, підвищуючи психологічну стійкість та самостійність у прийнятті рішень. Це забезпечує перехід від позиції внутрішнього дефіциту та зовнішнього контролю до когнітивної гнучкості, що є головним показником успішного подолання емоційної залежності.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

3.1 Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження проводилося з метою вивчення ключових психологічних особливостей, притаманних клієнтам з емоційною залежністю, що є необхідною передумовою для розробки ефективних стратегій психологічного консультування. Збір даних здійснювався за допомогою онлайн-анкетування на платформі Google Forms. Загальна вибірка дослідження становила 40 осіб (N=40) віком від 18 до 45 років. За гендерним розподілом вибірка складалася з 29 жінок (72.5 %) та 11 чоловіків (27.5 %).

Для забезпечення комплексної діагностики феномену емоційної залежності та його когнітивно-особистісних коренів було обрано три взаємодоповнюючі стандартизовані методики.

Першою є «Шкала вимірювання рівня співзалежності» Л. Спанн та Д. Фішера, що складається з 16 пунктів і призначена для кількісної оцінки рівня вираженості співзалежності у міжособистісних стосунках. Методика дозволяє диференціювати прояви співзалежності за чотирма ключовими патернами: емоційна залежність, контроль, самопожертва та зосередженість на партнері. Інтерпретація результатів, де бали від 61 до 96 свідчать про сильно виражену співзалежність, дозволяє визначити цільову групу для аналізу.

Другим інструментом стала Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса, яка містить 50 питань і спрямована на виявлення когнітивних патернів, що лежать в основі дисфункціонального емоційного реагування, типового для залежних осіб. Дослідження охоплювало п'ять основних шкал: «катастрофізація», «повинність щодо інших», «повинність щодо себе», «оціночна установка», «толерантність до фрустрації» та

«раціональність мислення», що дозволяє ідентифікувати специфічні ірраціональні установки, які є мішенями когнітивно-поведінкового консультування.

Третім діагностичним засобом була «Шкала М. Розенберга» яка використовувалася для вимірювання рівня самоповаги як суб'єктивної оцінки людиною своєї цінності, оскільки низька самоповага вважається однією з центральних передумов формування емоційної залежності. Для статистичного аналізу кількісних даних та перевірки гіпотези про взаємозв'язки між змінними був обраний кореляційний аналіз Спірмена (ρ).

Таким чином, комплексне використання обраних методик дозволило отримати багатоаспектну емпіричну картину емоційної залежності, що охоплює поведінкові патерни, когнітивні основи та особистісні фактори. Отримані дані та їх детальний аналіз представлені у наступному підрозділі.

Емпіричне дослідження розпочато з оцінки рівня співзалежності у вибірці респондентів (N=40) за допомогою методики Spann-Fischer Codependency Scale. Інтерпретація отриманих балів проводилася згідно з визначеними критеріями: 16–32 бали – норма; 33–60 балів – помірно виражена співзалежність; 61–96 балів – сильно виражена співзалежність.

Розподіл досліджуваної вибірки.

Отримані результати діагностики демонструють розподіл респондентів за ступенем вираженості співзалежності, який детально наведено у Таблиці 3.

Таблиця 3.1 – Розподіл респондентів за рівнями співзалежності («Шкала вимірювання рівня співзалежності» Л. Спанн та Д. Фішера N=40)

Рівень вираженості	Кількість осіб	Відсоткове співвідношення
Низький	3	7,5%
Середній	32	80,0%
Високий	5	12,5%
Всього	40	100,0%

Інтерпретація результатів.

Отриманий розподіл чітко засвідчує високу релевантність досліджуваної вибірки до теми магістерської роботи, сфокусованої на емоційній залежності.

Найбільша частка респондентів (32 особи, або 80,0%) потрапила у групу з помірно вираженою співзалежністю. Цей показник свідчить про те, що переважна більшість досліджуваних мають дисфункціональні патерни у міжособистісних стосунках. Ці патерни, хоча й не досягають максимальної вираженості, вже є значним ризиком для особистого благополуччя та функціонування стосунків. Саме ця група формує основний контингент клієнтів, які звертаються за консультацією, оскільки їхня проблематика вже стала джерелом внутрішнього конфлікту та зовнішніх труднощів, але ще піддається корекції.

Група з сильно вираженою співзалежністю становить 5 осіб (12,5%). Це найбільш складна категорія, яка, ймовірно, демонструє глибоко вкорінені, ригідні патерни поведінки. Наявність цієї групи підтверджує необхідність розробки в роботі інтенсивних та довготривалих стратегій консультування, спрямованих на реструктуризацію особистості та глибоку роботу з травматичним досвідом.

Лише 3 особи (7,5%) продемонстрували рівень співзалежності в межах норми. Цей низький відсоток підтверджує, що вибірка є цілеспрямованою і гомогенною щодо досліджуваної проблеми.

Отже, аналіз підтверджує, що досліджувана вибірка є репрезентативною для вивчення емоційної залежності, оскільки понад 92% респондентів мають виражений рівень співзалежності. Це створює надійну емпіричну основу для подальшого аналізу взаємозв'язків з ірраціональними установками та самоповагою, що має критичне значення для розробки психокорекційної програми консультування емоційно залежних клієнтів.

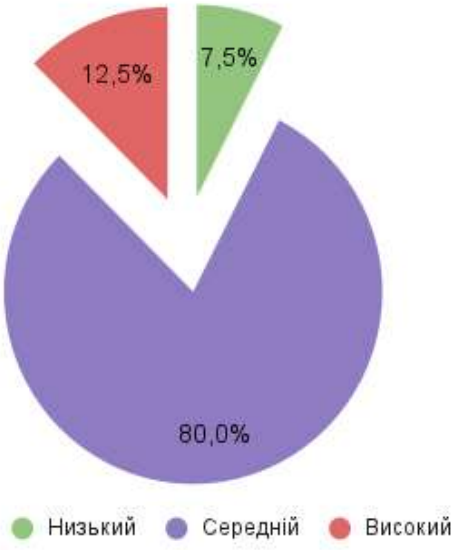


Рисунок 3.1 - Рівень співзалежності резидентів за методикою «Шкала вимірювання рівня співзалежності» Л. Спанн та Д. Фішера

Розподіл респондентів за рівнями співзалежності наочно проілюстровано на Рисунку 3.1. Діаграма візуально підтверджує, що найбільшу частку вибірки складають особи з помірно вираженою співзалежністю (80%), що домінує над групою норми.

Домінування групи з помірним рівнем (80,0%) вказує на те, що основна маса респондентів становить цільову аудиторію для психологічного консультування: це особи, які вже відчувають значні труднощі у стосунках, але чиї патерни ще не досягли крайнього ступеня вираженості, що є сприятливим прогнозом для корекційної роботи.

Сумарно 92,5% вибірки (помірна та сильна залежність) мають виражені ознаки дисфункціональних стосунків, що підтверджує виняткову релевантність вибірки для вивчення теми "Особливості психологічного консультування емоційно залежних клієнтів".

Наступним етапом емпіричного дослідження стало виявлення когнітивних деформацій (ірраціональних установок), які, згідно з раціонально-емоційно-поведінковою терапією А. Елліса, є першопричиною дисфункціональних емоційних та поведінкових патернів. Використання цієї

методики є ключовим для встановлення когнітивних мішеней психологічного консультування емоційно залежних клієнтів.

Таблиця 3.2 Рівень вираженості ірраціональних установок у досліджуваних (N=40)

Шкала (Ірраціональні установки)	Рівень вираженості	Кількість осіб	Відсоткове співвідношення
«Катастрофізація»	Середній	29	72,50%
	Низький	11	27,50%
«Повинність щодо себе»	Високий	2	5,00%
	Середній	34	85,00%
	Низький	4	10,00%
«Повинність щодо інших»	Середній	16	40,00%
	Низький	24	60,00%
«Самооцінка та раціональність»	Середній	27	67,50%
	Низький	13	32,50%
«Фрустраційна толерантність»	Середній	26	65,00%
	Низький	14	35,00%

По шкалі «Катастрофізація» 72,5% респондентів схильні сприймати несприятливі події як нестерпні. У контексті емоційної залежності це означає перебільшення наслідків конфлікту, відмови або самотності.

Ця установка живить страх покинутості. Клієнт вірить, що "Якщо він/вона мене покине, це буде катастрофа, я не виживу". Це обґрунтовує необхідність розвитку у клієнтів емоційної регуляції та технік "декатастрофізації" (аналіз найгіршого сценарію та здатності з ним впоратись).

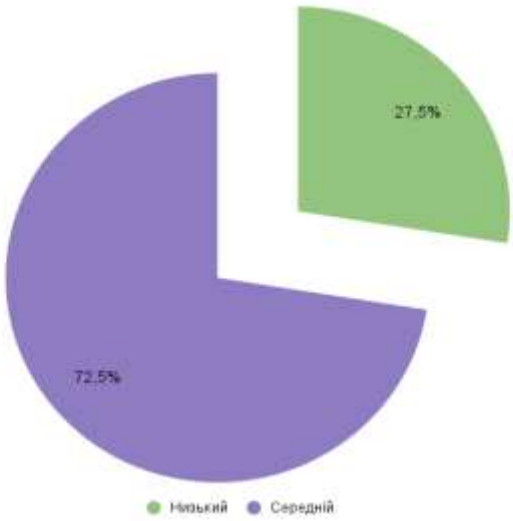


Рисунок 3.2 – методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса, «Катастрофізація»

Шкала «Повинність щодо себе» найбільш показовий результат дослідження. Сумарно 90% респондентів (85% "наявні" + 5% "яскраво виражені") мають жорсткі, перфекціоністські вимоги до себе. Ця установка є когнітивним ядром самопожертви (виявленої у шкалі Spann-Fischer). Це пряма мішень №1 для терапії. Клієнти керуються установками на кшталт: "Я повинен бути ідеальним партнером", "Я повинен усім допомагати", "Мої потреби неважливі". Консультування має бути спрямоване на оскарження цих вимог та їх заміну на гнучкі, раціональні побажання.

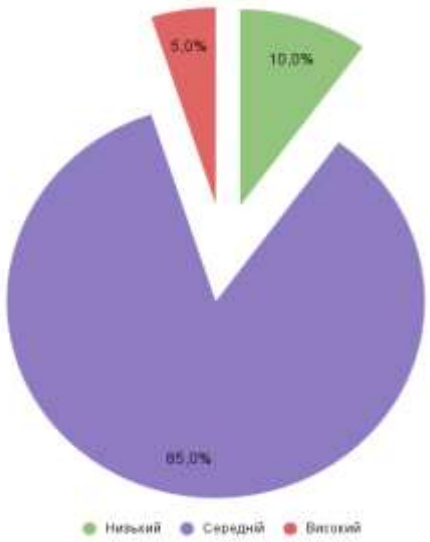


Рисунок 3.3 – Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса, «Повинність щодо себе»

Результати за шкалою «Повинність щодо інших» мають важливе значення для диференціації когнітивного профілю досліджуваної вибірки.

Згідно з отриманим розподілом, 53.3 % респондентів демонструють наявність цієї ірраціональної установки (середній рівень), тоді як 46.7 % осіб вона виражена незначною мірою або відсутня.

Цей розподіл свідчить, що понад половина досліджуваної вибірки (53.3\%) пред'являє жорсткі вимоги до оточуючих та партнера («партнер повинен мене ощасливити», «він/вона має відповідати моїм очікуванням»). Проте, слід враховувати, що, незважаючи на значну вираженість зовнішніх вимог, критично високі показники за шкалою «Повинність щодо себе» (90,0\%) свідчать про домінування внутрішньоспрямованої агресії та самозвинувачення.

Таким чином, у цій групі емоційна залежність підтримується подвійним механізмом: як очікуванням контролю над партнером, так і жорсткою внутрішньою вимогою виконувати обов'язки ідеального партнера чи рятівника. Це обґрунтовує необхідність застосування інтегративного консультування, спрямованого на корекцію як внутрішніх перфекціоністських вимог, так і зовнішніх нереалістичних очікувань.

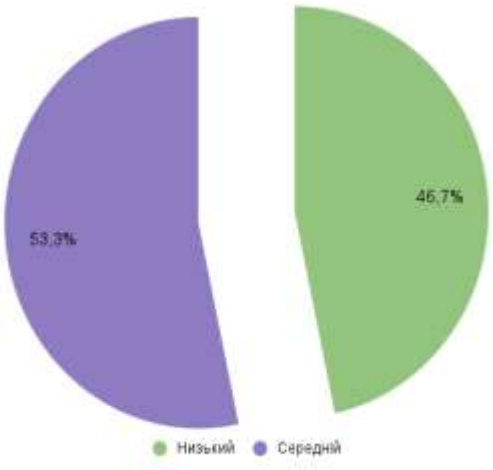


Рисунок 3.4 – Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса, Повинність щодо інших

Шкала «Самооцінка та раціональність мислення»: 67,5% респондентів демонструють низькі показники за цією шкалою, що вказує на схильність до глобальної негативної оцінки себе та ірраціонального мислення. Це підтверджує очікуваний зв'язок між залежністю та проблемами самооцінки. Результати за цією шкалою будуть корелювати з результатами Шкали Розенберга. Це виправдовує роботу з безумовним самоприйняттям.

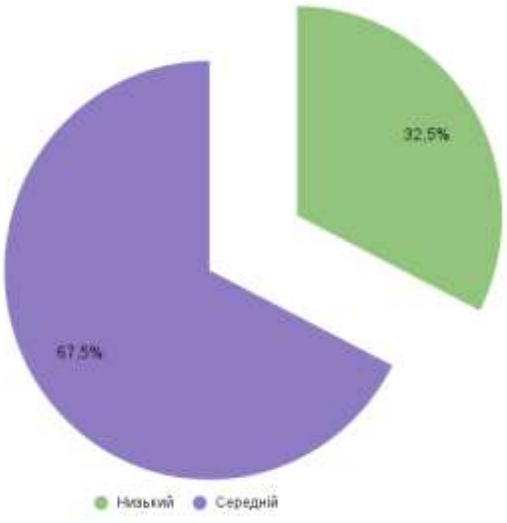


Рисунок 3.5 – Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса, Самооцінка та раціональність мислення

У 65% вибірки виявлено низьку толерантність до фрустрації (нездатність терпіти дискомфорт, емоційний біль чи невизначеність) за шкалою «Фрустраційна толерантність». Це когнітивна основа патерну контролю. Співзалежна особа намагається контролювати партнера, щоб уникнути фрустрації та тривоги. Робота в консультуванні має бути спрямована на підвищення здатності витримувати дискомфорт та відмову від контролю як неефективної стратегії.

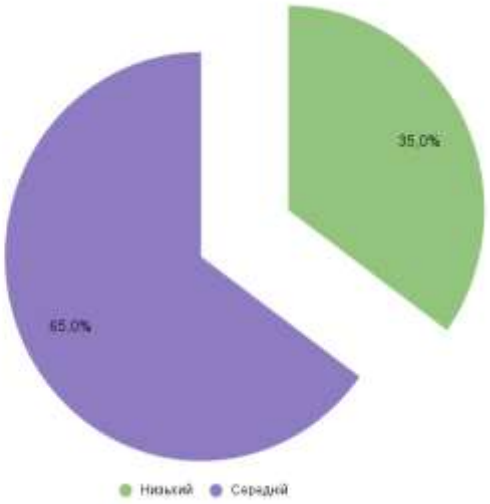


Рисунок 3.6 – Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса, Фрустраційна толерантність

Наступним кроком стало дослідження рівня самооцінки, оскільки, згідно з теоретичними моделями, низька самооцінка виступає центральним ядром емоційної співзалежності.

Отриманий розподіл респондентів за шкалою М. Розенберга демонструє наступні показники:77.5 % мають середній рівень самооцінки, тоді як 22.5 % демонструють низьку самооцінку.

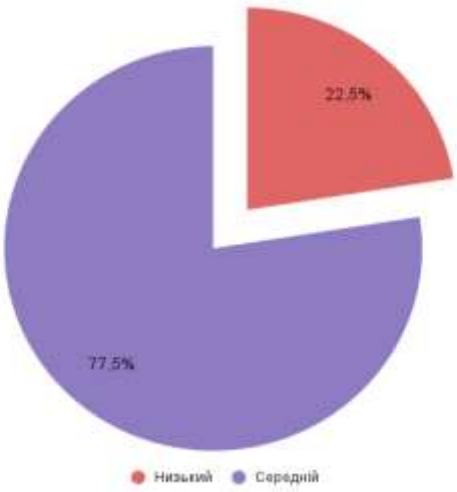


Рисунок 3.7 – Рівень самооцінки (за методикою “Шкала М.Розенберга”)

Отримані дані підтверджують значну проблему самооцінки у вибірці, яка досліджується. Більше п'ятої частини респондентів (22.5 %) має клінічно значущий низький рівень самооцінки. Хоча більшість респондентів

формально потрапила у групу із середнім рівнем (77.5 %), у контексті співзалежності це часто свідчить не про нестійку самооцінку, компенсаторний характер. Така самооцінка є надзвичайно вразливою до зовнішньої критики, конфліктів та знецінення, що підсилює потребу в контролі над партнером і страх розриву. Таким чином, проблеми в сфері самооцінки є широко розповсюдженими у вибірці, що робить цей показник ключовою мішенню для психологічного консультування.

З метою перевірки гіпотези про існування взаємозв’язку між емоційною співзалежністю та вираженістю ірраціональних установок і рівнем самооцінки, було застосовано непараметричний коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ). Цей вибір обґрунтований тим, що коефіцієнт кореляції Спірмена призначений для аналізу зв'язку між порядковими даними та не вимагає попереднього припущення про нормальний розподіл досліджуваних змінних.

У дослідженні аналізувалися попарні зв'язки між сімома основними емпіричними змінними, отриманими у вибірці обсягом N=40: рівень співзалежності, рівень самооцінки та п'ять субшкал ірраціональних установок.

У дослідженні аналізувалися попарні зв'язки між сімома основними емпіричними змінними, результати яких представлені у таблиці.

Таблиця 3.3 – Матриця кореляцій (за Пірсоном)

Показник	**СО**	**Кат.**	**ПС**	**ПІ**	**ФТ**	**Рац.**
Співзалежність (СЗ)	-0.457**	**0.444*****	0.289	0.231	-0.347*	**0.380*****
Самооцінка (СО)	1	0.088	-0.334*	**-0.395*****	0.147	-0.125
Катастрофізація (Кат)		1	**0.490*****	0.170	0.086	0.098
Повинність щодо себе (ПС)			1	0.038	-0.165	**0.468***** **
Повинність щодо інших (ПІ)				1	**-0.366*****	0.009

Продовження таблиці 3.3

Фрустраційна толерантність (ФТ)					1	0.052
Раціональність (Рац)						1

Примітка:

- ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена.
- * – кореляція статистично значуща на рівні p < 0,05;
- ** – кореляція статистично значуща на рівні p < 0,01;
- *** – кореляція статистично значуща на рівні p < 0,001

Прямі кореляційні зв'язки (позитивні коефіцієнти ρ) свідчать про те, що зростання значень однієї змінної супроводжується зростанням значень іншої.

Таблиця 3.4 – Значущі прямі кореляційні зв'язки (ρ > 0)

Змінна 1	**Змінна 2**	**ρ**	**Рівень значущості**	**Сила зв'язку**	**Інтерпретація зв'язку**
Співзалежність	Катастрофізація	0.444	$p<0.01$	Середній	Чим вищий рівень співзалежності, тим більш виражене катастрофічне мислення.
Співзалежність	Раціональність	0.380	$p<0.01$	Помірний	Чим вища співзалежність, тим нижча загальна раціональність мислення.
Катастрофізація	Повинність щодо себе	0.490	$p<0.001$	Середній	Чим вища схильність до катастрофізації, тим сильніші ірраціональні вимоги до власної особистості.
Повинність щодо себе	Раціональність	0.468	$p<0.01$	Середній	Чим сильніші внутрішні жорсткі вимоги, тим нижча загальна раціональність мислення.

Встановлений середній прямий зв'язок між Співзалежністю та Катастрофізацією ($\rho = 0.444$, $p < 0.01$) підтверджує, що когнітивна ригідність і схильність до гіперболізації загроз є важливим психологічним механізмом, що підтримує залежну поведінку. Подібним чином, значущий прямий зв'язок Співзалежності з Раціональністю мислення ($\rho = 0.380$, $p < 0.01$) свідчить про те, що емоційна залежність асоційована з низькою здатністю до логічної, гнучкої оцінки ситуації. Особливо важливою є сильна кореляція між Катастрофізацією та Повинністю щодо себе ($\rho = 0.490$, $p < 0.001$), що вказує на те, що жорсткі, перфекціоністські вимоги до власної особистості є безпосередньою основою для переживання катастрофічного страху у разі їх невиконання.

Зворотні кореляційні зв'язки (негативні коефіцієнти ρ) свідчать про те, що зростання значень однієї змінної супроводжується зниженням значень іншої.

Таблиця 3.5 – Значущі зворотні кореляційні зв'язки (ρ < 0)

Змінна 1	**Змінна 2**	**ρ**	**Рівень значущості**	**Сила зв'язку**	**Інтерпретація зв'язку**
Співзалежність	Самооцінка	-0.457	$p<0.01$	Середній	Чим вища співзалежність, тим нижчий рівень самооцінки.
Співзалежність	Фрустраційна толерантність	-0.347	$p<0.05$	Помірний	Чим вища співзалежність, тим нижча здатність переносити фрустрацію та невизначеність.
Самооцінка	Повинність щодо себе	-0.334	$p<0.05$	Помірний	Чим вища самооцінка, тим менш виражені ірраціональні вимоги до себе.
Самооцінка	Повинність щодо інших	-0.395	$p<0.01$	Помірний	Чим вища самооцінка, тим менш виражені ірраціональні вимоги до оточуючих.
Повинність щодо інших	Фрустраційна толерантність	-0.366	$p<0.01$	Помірний	Чим сильніші ірраціональні вимоги до інших, тим нижча здатність переносити фрустрацію.

Найважливішим для гіпотези є середній зворотний зв'язок між Співзалежністю та Самооцінкою ($\rho = -0.457$, $p < 0.01$). Цей результат підтверджує емпіричну модель, де низька самооцінка виступає як центральне ядро емоційної залежності.

Помірний зворотний зв'язок між Співзалежністю та Фрустраційною толерантністю ($\rho = -0.347$, $p < 0.05$) пояснює, чому залежні особистості прагнуть до надмірного контролю у стосунках: низька толерантність до невизначеності та незручностей спонукає їх до контролю над партнером та ситуацією.

Також значущими є зворотні зв'язки Самооцінки з обома шкалами Повинностей (до себе: $\rho = -0.334$, $p < 0.05$; до інших: $\rho = -0.395$, $p < 0.01$). Це вказує на те, що робота з підвищення самооцінки нерозривно пов'язана з деконструкцією ірраціональних вимог (повинностей), які формують внутрішнього "тирана" та створюють основу для зовнішньої напруги у взаємодії з оточенням.

Отже, отримані емпіричні дані комплексно підтвердили гіпотезу дослідження про наявність значущих кореляційних зв'язків між емоційною співзалежністю та низькою самооцінкою і дисфункціональними когнітивними установками. Ключові мішені для психологічного консультування чітко локалізовані у сфері самооцінки та когнітивній сфері, а саме: катастрофізація, раціональність мислення, низька фрустраційна толерантність та повинності щодо себе, що є прямим обґрунтуванням для використання інтегративного КПТ-орієнтованого підходу.

3.2 Рекомендації щодо подолання емоційної залежності особистості та оцінка ефективності

На основі результатів дослідження, що підтвердили високий рівень емоційної залежності, низької самооцінки та ірраціональних установок у вибірці, були розроблені рекомендації щодо індивідуального консультування. Вони базуються на принципах когнітивно-поведінкової

терапії з використанням елементів раціонально-емотивної терапії А. Елліса, особливо в частині безумовного самоприйняття [49].

Для підтвердження ефективності наданих рекомендацій, була сформована експериментальна група з 8 респондентів (4 чоловіки, 4 жінки віком 25-40 років), які проходили індивідуальне консультування, що склало 12 сесій, тривалістю по 45-60 хвилин. Консультування проводилося з періодичністю два рази на тиждень. .

Завдання формувального етапу експерименту включали:

1. Розробити та впровадити індивідуальну КПТ-програму зниження емоційної залежності.

2. Провести контрольний зріз розподілу зниження емоційної залежності.

3. Провести аналіз ефективності впливу КПТ-програми.

Метою наданих рекомендацій є зменшення рівня емоційної залежності шляхом когнітивної реструктуризації ірраціональних переконань та формування емоційної саморегуляції.

Відповідно до мети виділено наступні завдання програми:

- знизити рівень прояву емоційної залежності;
- нормалізувати рівень безумовного самоприйняття;
- знизити рівень когнітивної ригідності та конфліктності;
- знизити рівень тривожності.

Перелік методів і форм роботи: структуровані бесіди, когнітивний диспут, поведінкові експерименти, моніторинг дисфункційних думок, сократівський діалог.

Таблиця 3.6 – Тематичний план рекомендованих сесій щодо подолання емоційної залежності

	Тематичний блок	**Тривалість (хв.)**
Фаза І. Концептуалізація		
1	**Техніка «Модель А-В-С» (Елліс)**	45-55

Продовження таблиці 3.6

2	**Техніка «Виявлення автоматичних думок та схем»**	45-55
3	**Техніка «Ідентифікація ірраціональних переконань»**	45-55
4	**Техніка «Аналіз ілюзії контролю»**	45-55
Фаза ІІ. Когнітивна реструктуризація		
5	**Техніка «Введення безумовного самоприйняття»**	45-55
6	**Техніка «Тренінг декатастрофізації»**	45-55
7	**Техніка «Когнітивний диспут»**	45-55
8	**Техніка «Поведінковий експеримент та асертивність»**	45-55
Фаза ІІІ. Консолідація та профілактика		
9	**Техніка «Когнітивна переоцінка образи»**	45-55
10	**Вправа «Створення автономного профілю»**	45-55
11	**Вправа «Профілактика рецидиву»**	45-55
12	**Вправа «Фінальна рефлексія та закріплення»**	45-55

Консультація 1. Техніка «Модель A–B–C» (Елліс)

Мета: усвідомлення взаємозв’язку між подією, думками, емоціями та поведінкою; розвиток навички самоспостереження.

Хід консультації

На початку сесії консультант встановлює емоційний контакт, пояснює мету техніки та її значення у КПТ-підході. Клієнту пропонується пригадати конкретну ситуацію, що спричинила емоційний дискомфорт (A – activating event). Далі консультант задає уточнювальні запитання, допомагаючи клієнту сформулювати оціночні думки та переконання, які виникли у зв’язку з цією подією (B – beliefs). Особлива увага приділяється автоматичним судженням, узагальненням, «повинностям». Після цього аналізуються емоційні й поведінкові наслідки (C – consequences). Консультант допомагає клієнту простежити причинно-наслідковий зв’язок між думками та переживаннями. На завершення здійснюється пошук альтернативних, більш гнучких і раціональних переконань, які могли б змінити емоційні наслідки.

Результат: клієнт розуміє, що емоції зумовлені не подією, а її інтерпретацією; з’являється мотивація до подальшого когнітивного аналізу.

Консультація 2. Техніка «Виявлення автоматичних думок та схем»

Мета: формування навички ідентифікації автоматичних думок та underlying-схем.

Хід консультації

Консультант просить клієнта пригадати ситуацію, пов’язану зі сильними емоціями. Завдяки допоміжним питанням («Що пройшло в голові саме в той момент?») клієнт фіксує автоматичні думки. Далі консультант допомагає виявити повторювані шаблони мислення та когнітивні схеми типу «Якщо – то» (наприклад: «Якщо мене критикують – то я обов'язково погана людина»). Клієнту пояснюється важливість ведення Щоденника дисфункційних думок, після чого консультант навчає клієнта структурі записів (ситуація – думки – емоції – альтернативний погляд).

Результат: клієнт починає помічати типові автоматичні думки, усвідомлює стійкі схеми та отримує інструмент для самостійної роботи.

Консультація 3. Техніка «Ідентифікація ірраціональних переконань»

Мета: виявлення «повинностей», катастрофізації, завищених вимог до себе чи інших.

Хід консультації

Клієнт описує ситуацію, що викликає тривогу. Консультант через техніку сократівського діалогу допомагає виділити твердження, які є ірраціональними: «Я зобов’язаний…», «Не можна помилятися», «Це катастрофа». Проводиться аналіз логічності, реалістичності та корисності цих переконань. Консультант допомагає клієнту сформулювати альтернативні, раціональні твердження, які зменшують емоційне напруження.

Результат: клієнт починає розрізняти раціональні та ірраціональні переконання, знижується рівень тривоги.

Консультація 4. Техніка «Аналіз ілюзії контролю»

Мета: розмежування зон відповідальності, зменшення контролюючої поведінки.

Хід консультації

Клієнт описує ситуації, де виникає бажання контролювати партнера. Разом із консультантом складається таблиця «що я контролюю / що контролює партнер / що не піддається контролю». Консультант обговорює зі студентом психологічні наслідки гіперконтролю, показує, як спрямування енергії на власні дії допомагає зменшити напругу та залежність.

Результат: клієнт розуміє межі власної відповідальності та починає практикувати автономну поведінку.

Консультація 5. Техніка «Введення безумовного самоприйняття»

Мета: формування здатності цінувати себе незалежно від помилок.

Хід консультації

Клієнт згадує ситуації самокритики. Консультант пояснює різницю між поведінкою (якою може бути помилковою) і цінністю особистості (яка незмінна).

Разом формулюються твердження безумовного самоприйняття: «Я можу робити помилки, але це не робить мене гіршим».

Попрацьовано з прикладами із реального життя клієнта.

Результат: зменшення самокритики, формування більш доброзичливого ставлення до себе.

Консультація 6. Техніка «Тренінг декатастрофізації»

Мета: зменшення страху покинутості та тривоги.

Хід консультації

Клієнт озвучує ситуацію, яку сприймає як катастрофічну. Консультант запитує:

«Що найгірше може статися?»

«Наскільки це реально?»

«Як ти можеш це подолати?»

Разом аналізується терпимість до найгіршого сценарію та реалістичність прогнозів.

Результат: клієнт бачить, що «катастрофи» здебільшого перебільшені, а складні ситуації можна пережити.

Консультація 7. Техніка «Когнітивний диспут»

Мета: глибоке оспорювання 1–2 ключових ірраціональних переконань.

Хід консультації

Консультант разом з клієнтом обирає 1–2 переконання, які спричиняють найбільше напруження. Застосовується логічний і прагматичний диспут (питання типу «де докази?», «чи допомагає тобі це?», «що станеться, якщо ти перестанеш так думати?»).

Клієнт формулює альтернативні раціональні переконання.

Результат: зменшення впливу ірраціональних думок та формування нових когнітивних стратегій.

Консультація 8. Техніка «Поведінковий експеримент та асертивність»

Мета: розвиток автономної поведінки.

Хід консультації

Визначаються ситуації, де клієнт зазвичай поводиться залежно (наприклад, уникає висловити потреби). Консультант пропонує спланувати альтернативну, більш автономну дію. Разом тренуються Я-висловлювання. Клієнт отримує завдання виконати експеримент у реальному житті та спостерігати за результатами.

Результат: клієнт переживає досвід нової поведінки, зміцнює відчуття автономності.

Консультація 9. Техніка «Когнітивна переоцінка образи»

Мета: зниження гніву, розвиток здатності до емоційного звільнення.

Хід консультації

Клієнт пригадує ситуацію образи. Консультант допомагає виділити думки, що підтримують гнів («він мав…», «вона не мала права»), та проаналізувати їх вплив.

Далі відбувається переосмислення ситуації через призму співчуття, розуміння мотивів іншого, або фокус на власному благополуччі.

Результат: емоційне полегшення, зниження інтенсивності образи.

Консультація 10. Вправа «Створення автономного профілю»

Мета: формування незалежних життєвих цілей.

Хід консультації

Консультант допомагає клієнту виділити сфери життя, що не пов’язані зі стосунками: кар’єра, навчання, здоров’я, хобі, соціальні зв’язки.

Окреслюються конкретні цілі в кожній сфері, визначаються ресурси та кроки їх реалізації. Клієнт фіксує результати у вигляді автономного профілю – документа, що містить індивідуальний план розвитку.

Результат: підвищення самостійності, розширення «власного життя» поза стосунками.

Консультація 11. Вправа «Профілактика рецидиву»

Мета: попередження повернення до залежних або деструктивних моделей.

Хід консультації

Консультант разом із клієнтом виявляє «червоні прапорці» – ситуації, що можуть спровокувати рецидив. Складається список тригерів та їх інтенсивності. Потім розробляються стратегії реагування: альтернативні дії, техніки самопідтримки, асертивні формулювання. Створюється план дій «на випадок рецидиву».

Результат: клієнт має готові інструменти для саморегуляції у складних ситуаціях.

Консультація 12. Вправа «Фінальна рефлексія та закріплення»

Мета: підбиття підсумків, закріплення навичок, формування стійкості.

Хід консультації

Клієнт разом із консультантом аналізує шлях, пройдений за 12 сесій: які навички сформувалися, які переконання змінилися, які цілі досягнуті.

Проводиться рефлексія щодо змін у поведінці, емоціях, самосприйнятті. Клієнт складає «Декларацію самостійності», у якій формулює способи самопідтримки, автономні цілі та плани для подальшого розвитку.

Результат: підкріплення прогресу, завершення терапевтичного циклу, формування внутрішньої опори.

По завершенню сесій ми провели контрольний зріз з метою виявлення оцінки ефективності впровадженої програми. Повторну діагностику здійснювали за допомогою тих методик, які були використані при проведенні констатувального експерименту.

Аналіз результатів підтвердив, що прояви емоційної залежності знизились за рахунок цілеспрямованого впливу на когнітивні мішені, підвищення самооцінки та зниження тривожності.

Для забезпечення академічної прозорості, у порівняльних таблицях показники «До» відображають розподіл загальної вибірки (N=8), а показники «Після» демонструють динаміку, зафіксовану в експериментальній групі (N=8).

Таблиця 3.7 – Рівень співзалежності учасників експериментальної групи N=8 до та після впровадження психокорекційної програми

Рівень вираженості	До (N=8)	Після (N=8)
Високий	37.5%	0%
Середній	50.0%	50.0%
Низький	12.5%	50.0%

Ключовим досягненням є повна ліквідація найбільш виражених ознак: частка респондентів із високим рівнем була повністю знижена до 0.0%. Паралельно відбулося чотирикратне зростання частки осіб, які досягли низького рівня (з 12.5% до 50.0%), що є показником переходу до більш адаптивного стану. Це свідчить про те, що рекомендаційна програма успішно перевела трьох учасників до бажаної категорії низького рівня, таким чином, половина групи досягла найбільш сприятливого результату.

Таблиця 3.8 – Рівень прояву ірраціональної установки «катастрофізація» в експериментальній групі N=8 до та після впровадження психокорекційної програми

Рівень вираженості	До (N=8)	Після (N=8)
Середній	75%	20%
Низький	25%	80%

Робота з технікою «Декатастрофізації» була спрямована на когнітивну реструктуризацію, а саме на зміну способу мислення, коли клієнт сприймав неприємні події як нестерпні. Частка респондентів, схильних до катастрофізації, знизилася більш ніж у 3.5 рази. Це є ключовим фактором зниження загального рівня тривожності.

Таблиця 3.9 – Рівень прояву ірраціональної установки «повинність щодо себе» в експериментальній групі N=8 до та після впровадження психокорекційної програми

Рівень вираженості	До (N=8)	Після (N=8)
Високий	12.5%	0.0%
Середній	75.0%	25.0%
Низький	12.5%	75.0%

Діагностика повинності до себе була основною мішенню, що живила самопожертву та перфекціонізм. Зафіксовано повне усунення найбільш дезадаптивних проявів: частка осіб із високим рівнем знизилася з 12.5% до 0.0%. Паралельно відбулося трикратне скорочення частки середнього рівня. Ці зміни призвели до шестикратного зростання частки осіб із бажаним низьким рівнем.

Таблиця 3.10 – Рівень прояву ірраціональної установки «повинність щодо інших» в експериментальній групі N=8 **до та після впровадження психокорекційної програми**

Рівень вираженості	До (N=8)	Після (N=8)
Середній	75.0%	12.5%
Низький	25.0%	87.5%

За результатами шкали «Повинність щодо інших» , які ми отримали можна сказати, що у більшості досліджуваних експериментальної групи прослідковується покращення показників. Клієнти виявили підвищену здатність диференціювати власні потреби та очікування, адресовані партнеру.

Таблиця 3.11 – Рівень «Самооцінки та раціональності мислення» в експериментальній групі N=8 до та після впровадження психокорекційної програми

Рівень вираженості	До (N=8)	Після (N=8)
Середній	87.5%	12.5%
Низький	12.5%	87.5%

Показник «Самооцінка та раціональність мислення» при контрольному експерименті, свідчить про покращення показників в експериментальній групі. Знижено схильність до негативної оцінки себе у 7 разів, що свідчить про успішне засвоєння принципів безумовного самосприйняття та підвищення загальної раціональності мислення.

Таблиця 3.12 – Рівень «Фрустраційної толерантності» в експериментальній групі N=8 до та після впровадження психокорекційної програми

Рівень вираженості	До (N=8)	Після (N=8)
Середній	87.5%	25.0%
Низький	12.5%	75.0%

Зафіксовано шестикратне зростання частки респондентів із низьким рівнем ірраціональності – з 12.5% до 75.0%. Це свідчить про успішне засвоєння раціональних установок щодо фрустрації та життєвих негараздів. Зсув відбувся за рахунок різкого скорочення частки осіб із середнім рівнем. 75% учасників досягла високого рівня фрустраційної толерантності, що є критично важливим для емоційної стійкості та мінімізації негативних поведінкових реакцій.

Таблиця 3.13 – Рівень самооцінки учасників експериментальної групи N=8 до та після впровадження психокорекційної програми

Рівень вираженості	До (N=8)	Після (N=8)
Низька	0%	0%
Середня	100%	25%
Висока	0%	75%

Діагностика за шкалою самоповаги Розенберга була основною мішенню втручання, оскільки недостатня самоповага є центральним фактором, що живить дезадаптивні емоційні та поведінкові патерни. Зафіксовано кардинальний позитивний зсув у розподілі, що відображає якісну зміну ставлення учасників до себе. Частка осіб із середнім рівнем скоротилася в 4 рази. Цей значний перехід призвів до того, що 75.0% учасників групи перейшли до найбільш сприятливої категорії. Такий високий кількісний результат є прямим підтвердженням успішної когнітивної реструктуризації, яка забезпечила переведення абсолютної більшості групи до сформованого високого рівня самоповаги та безумовного самоприйняття.

Таким чином, дієвість запропонованих нами консультативних сесій для зниження емоційної залежності підтверджується як результатами дослідження змін показників прояву виділених нами компонентів, так і загальними показниками розвитку даного феномену.

Висновок до Розділу 3.

Розроблена та впроваджена програма індивідуального консультування, базована на принципах когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на раціонально-емотивній терапії А. Елліса, довела свою високу ефективність у зниженні проявів емоційної залежності особистості та корекції дезадаптивних когнітивних установок. Програма, що складалася з дванадцяти структурованих сесій, була націлена на когнітивну реструктуризацію ірраціональних переконань, таких як катастрофізація та повинності щодо себе та інших, а також на формування безумовного самоприйняття та емоційної саморегуляції. Використання методів когнітивного диспуту, поведінкових експериментів та техніки А-В-С дозволило клієнтам експериментальної групи усвідомити причинно-наслідковий зв'язок між подіями та їх інтерпретацією, а також розвинути асертивність і автономну поведінку, що є критичним для подолання залежності.

Результати контрольного зрізу, проведеного після завершення консультативних сесій, продемонстрували кардинальний позитивний зсув за всіма цільовими показниками. Зокрема, було зафіксовано повну ліквідацію високого рівня співзалежності, з одночасним зростанням частки респондентів із низьким рівнем співзалежності у чотири рази. Значні кількісні зміни відбулися і в когнітивній сфері: частка осіб із середнім рівнем катастрофізації скоротилася більш ніж у три рази, а частка з високим рівнем повинності щодо себе була повністю усунена. Ці зміни були безпосередньо корельовані з підвищенням фрустраційної толерантності, що підтверджується шестикратним зростанням частки осіб із високим рівнем стійкості до життєвих негараздів.

Кульмінаційним підтвердженням успішності втручання стало якісне підвищення самооцінки та раціональності мислення в експериментальній групі. Зниження схильності до негативної самооцінки у сім разів та перехід 75% учасників групи до високого рівня самоповаги свідчить про успішне

засвоєння принципів безумовного самоприйняття. Таким чином, отримані емпіричні дані підтверджують дієвість запропонованих рекомендацій та ефективність застосованої КПТ-програми у забезпеченні довготривалого розвитку особистості, зниженні її емоційної залежності та формуванні внутрішньої опори, необхідної для побудови зрілих та автономних взаємин.

ВИСНОВКИ

Проведене магістерське дослідження було присвячене вивченню психологічних особливостей консультування клієнтів із проявами емоційної залежності у стосунках. Метою роботи було теоретичне обґрунтування та практичне дослідження особливостей такого консультування, а також розробка та апробація психологічної програми, спрямованої на подолання емоційної залежності та формування особистісної автономності.

На теоретичному етапі було проведено всебічний аналіз наукових підходів до феномену емоційної залежності, визначено її ключові психологічні чинники, серед яких центральне місце посідають низька самооцінка та дисфункційні когнітивні схеми, такі як катастрофізація та жорсткі повинності. Було теоретично обґрунтовано доцільність застосування інтегративного підходу, що поєднує гуманістичні принципи К. Роджерса, а саме безумовне прийняття, та когнітивно-поведінкові стратегії А. Бека, зокрема когнітивну реструктуризацію.

На емпіричному етапі було проведено дослідження, яке підтвердило, що у більшості респондентів (N=40) спостерігається високий та середній рівень емоційної залежності, низька самооцінка та значна вираженість ірраціональних установок. Ці дані лягли в основу розробки індивідуальної психокорекційної програми.

Гіпотеза дослідження про те, що застосування інтегративного підходу сприятиме зниженню рівня емоційної залежності та підвищенню рівня автономності клієнтів, отримала своє емпіричне підтвердження в результаті формувального експерименту, проведеного в експериментальній групі (N=8). Ключові результати апробації програми засвідчили значну позитивну динаміку всіх цільових показників: після впровадження 12-ти індивідуальних консультацій частка осіб із низьким рівнем співзалежності зросла з 12.5% до 50.0%, а високий рівень був повністю усунений. Середній рівень самооцінки був скорочений у 4 рази, а 75.0% учасників досягли високого рівня

самооцінки. Когнітивна реструктуризація продемонструвала свою ефективність у зниженні ірраціональних установок: частка респондентів із низьким проявом «Катастрофізації» зросла до 80%, «Повинність щодо себе» знижена в 3 рази, а «Фрустраційна толерантність» зросла до високого рівня у 75% учасників. Наукова новизна дослідження підтверджується обґрунтуванням ефективності саме інтегративного підходу для роботи з емоційно залежними клієнтами. Практична значущість полягає у розробленій та успішно апробованій програмі психологічного консультування, яка може бути використана практичними психологами, психотерапевтами та консультантами як ефективний інструмент для подолання емоційної залежності та розвитку особистісної зрілості та автономії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бек А. Т., Девіс Д. Д., Фріман А. Когнітивна психотерапія розладів особистості. Київ : Науковий світ, 2024. 500 с.

2. Бондаревська Л. Л. Феномен значущих переживань у контексті психодинамічної теорії. Наукова школа академіка НАПН України Тамари Яценко : колективна монографія / Т. С. Яценко (Ред.). Дніпро : Інновація, 2019. С. 203–208. URL : https://surl.lu/wjjdxi (дата звернення: 01.12.2025).

3. Венгерук Н. Подолання співзалежності: сучасні психотерапевтичні підходи та техніки. *Psyhology. Space*. 2025. URL : https://surl.li/jofkqd (дата звернення: 01.12.2025).

4. Волошина В. В., Глущенко О. В. Специфіка співзалежності подружніх пар у міжособистісних взаєминах. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*. 2011. С. 157–162. URL : http://surl.li/nbydk (дата звернення: 01.12.2025).

5. Горні К. Невротична особистість нашого часу (The Neurotic Personality of our Time), 1937 / пер. з англ. і примітки А. І. Фета. Nyköping (Sweden) : Philosophical arkiv, 2016. 186 с.

6. Джаббарова Л. В. Сучасна когнітивно-поведінкова терапія. *Соціально-гуманітарний вісник*. 2020. Вип. 34. С. 64–65.

7. Елліс А. Методика діагностики ірраціональних установок : веб-сайт. URL : https://studfile.net/preview/21731696 (дата звернення: 01.12.2025).

8. Особистість у кризових умовах сучасності: психологічні виклики : збірник тез ІІІ Міжнародної науково-практичної конференції, (03 березня 2023 р., м. Івано-Франківськ) / за наук. ред. Л. С. Пілецької, І. М. Гояна, Н. Є. Завацької, О. М. Чуйко. Івано-Франківськ, 2023.

9. Інформаційна міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я: ICF Browser. *World Health Organization (ВООЗ)*. URL : https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/ (дата звернення: 01.12.2025).

10. Калошин В. Ф. Раціонально-емотивна терапія: теорія та практика. *Практична психологія та соціальна робота*. 2010. № 7. С. 60–63. URL : https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/3526/1/7_PET4_2010.pdf (дата звернення: 01.12.2025).

11. Кочарян А. С., Коцарь А. В. Синдром невротичної любові. *Вісник Харківського університету.* 2000. № 498. С. 68–72. URL : http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/10651 (дата звернення: 01.12.2025).

12. Консультування залежних клієнтів : підручники. URL : https://surl.li/vcejgi (дата звернення: 27.11.2025).

13. Маценко Л. М. Педагогіка сімейного виховання. Київ, 2019. 377 с. URL : http://surl.li/fcapv (дата звернення: 01.12.2025).

14. Мілушина М. О. Специфіка динамічних проявів розвитку співзалежності. *Актуальні проблеми психології*. 2014. № 7(37). С. 135–143.

15. МКБ-11: 6D10 Розлад особистості. *Клиника IsraClinic*. URL : https://www.israclinic.com/icd-11/personality-disorder-6d10/ (дата звернення: 01.12.2025).

16. Моляко В. О. Актуальні психологічні проблеми творчого сприймання. *Особистість в умовах кризових викликів сучасності* : мат. методол. сем. НАПН України (м. Київ, 24 березня 2016 року) / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2016. С. 14–22.

17. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. / за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

18. Повар О. ЕФТ (Емоційно-сфокусована терапія). *4help*. URL : https://4help.com.ua/therapy/eft-emocijno-sfokusovana-terapiya/ (дата звернення: 27.11.2025).

19. Попелюшко Р., Грицаненко К. Психологічні особливості схильності до емоційної залежності особистості дорослого віку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова.* Серія 12: Психологічні науки. 2024. Вип. 25(70). С. 45–56. DOI : https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.25(70).05.

20. Психоаналіз: Словник термінів і понять / укл. В. Й. Журавель. Київ : Видавництво «Альфа», 2018. С. 25.

21. Психодрама. *HoldYou*. URL : https://holdyou.net/page/psihodrama (дата звернення: 27.11.2025).

22. Психологічне консультування в роботі психолога : метод. посіб. для психологів. 2021. 8 с. URL: https://gnmc.com.ua/wp-content/uploads/2021/09/Психологічне-консультування.pdf (дата звернення: 27.11.2025).

23. Психологія залежності – причини та ефективні методи подолання. *Fact-News*. 2024. URL : https://fact-news.com.ua/psixologiya-zalezhnosti-prichini-ta-efektivni-metodi-podolannya (дата звернення: 01.12.2025).

24. Стадницька Ю. Навчитися жити зі своїм чудовиськом в тут і тепер. *FIZIS*. 2019. URL : https://fizis.net/psyhologichna-gramotnist/navchytysia-zhyty-zi-svoim-chudovyskom-v-tut-i-teper/ (дата звернення: 27.11.2025).

25. Строяновська О. Вплив профілактики та психокорекції емоційної залежності майбутніх психологів на формування їх психологічної культури. *Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій* : збірник наукових праць / за заг. ред. Л. В. Помиткіної, О. М. Ічанської. Київ : ТОВ «Альфа-ПІК», 2020. С. 246–253.

26. Тест на самоповагу. *Life & Psychology*. 2019. URL : https://life-psy.blog/2019/02/02/тест-на-самоповагу/ (дата звернення: 01.12.2025).

27. Ващенко І. В., Айвазян Л. Ю. Теоретичні засади та діагностичний вимір суб'єктивного відчуття самотності. *Психологічні науки :* зб. наук. пр. київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка, ф-т психології. Київ, 2015. С. 110–116. URL : https://surl.li/gagceq (дата звернення: 20.11.2025).

28. Широка А. О., Брух І. І. Емоційна залежність у романтичних стосунках: роль несприятливого дитячого досвіду та ранніх дисфункційних схем. *Психологія і особистість*. 2021. № 2. С. 143–158.

29. Що таке схема-терапія та як це працює? / Експерти/ки Центру когнітивно-поведінкової терапії. *Бережи себе*. 2023. URL : https://berezhy-sebe.com/shcho-take-skhema-terapiia/ (дата звернення: 27.11.2025).

30. Янг Д. Е., Клоско Д. С., Вайсхаар М. Е. Схема-терапія : практичний посібник. Київ : Науковий світ, 2023. 562 с.

31. Ясточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. *Вісник Львівського університету.* Серія психологічні науки. 2020. Вип. 6. С. 165–170. URL : https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-24.

32. Ainsworth M. D. S. Patterns of Attachment. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1978.

33. Aristizábal L. A. Codependency in the Relations of Couples of Imprisoned Women. *Social Sciences*. 2020. Vol. 9, No. 189. P. 1–12. URL : https://www.mdpi.com/2076-0760/9/12/189 (дата звернення: 01.12.2025).

34. Bartholomew K., Horowitz L. M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 61, № 2. P. 226–244.

35. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2021.

36. Bornstein R. F. The dependent personality. *Psychological Bulletin*. 1993. Vol. 114, № 1. P. 1–24.

37. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. New York : Basic Books, 1969.

38. Cacioppo J. T., Patrick W. Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection. New York : W. W. Norton & Company, 2008. 304 p.

39. Dryden W. The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy. New York : Springer Publishing Company, 2017. 308 p.

40. Ellis A., Dryden W. The practice of rational emotive behavior therapy. New York : Springer Publishing Company, 1997.

41. Epstein S. The architecture of personality: a cognitive-experiential theory. *Journal of Clinical Psychology*. 1997. Vol. 53, № 10. P. 973–994.

42. Felitti V. J. et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. Vol. 14, № 4. P. 245–258.

43. Fischer J. L., Spann L., Crawford D. Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1991. Vol. 8. P. 87–100.

44. Gross J. J. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*. 1998. Vol. 12, № 1. P. 1–15.

45. Hayes S. C., Hofmann S. G. Process-based CBT: The science and core clinical strategies of a new wave. New York : Guilford Press, 2018.

46. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2012.

47. Johnson S. M. Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families. New York : Guilford Press, 2019.

48. Johnson S. M. The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection. 3rd ed. New York : Routledge, 2019. 332 p. DOI : https://doi.org/10.4324/9781351168366.

49. Leahy R. L. Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. New York : Guilford Press, 2018. 482 p.

50. Lowen A. Bioenergetics. New York : Penguin Books, 1975. 336 p.

51. Mikulincer M., Shaver P. R. Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. New York : Guilford Press, 2010. 448 p.

52. Moreno J. L. Psychodrama. Vol. 1. New York : Beacon House, 1946. DOI : https://doi.org/10.1037/11506-000.

53. Norwood R. Women who love too much. New York : Simon & Schuster, 1985. 306 p.

54. Paivio S. C., Greenberg L. S. Resolving “unfinished business”: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. Vol. 63, № 3. P. 419–425. DOI : https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.419.

55. Perls F., Hefferline R. F., Goodman P. Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. New York : Gestalt Journal Press, 1951. 466 p.

56. Smith A. D., Quirk K. Empty Chair Technique in Couple and Family Therapy. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. J. L. Lebow, A. L. Chambers, D. C. Breunlin (Eds). Springer, 2019. URL : https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_187.

57. Spielberger C. D. Anxiety: Current trends in theory and research. New York : Academic Press, 1972.

58. Sussman S. The concept of codependency: An empirical and theoretical reappraisal. *Current Psychology*. 2019. Vol. 38, № 3. P. 668–674.

59. Weinhold B. K., Weinhold J. B. The Flight from Intimacy: Healing Developmental Trauma. Novato : New World Library, 2008. 232 p.

60. Weiss R. S. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA : MIT Press, 1973. 249 p.

61. Young J. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach. 1999. 83 p.

62. Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema Therapy: A Practitioner’s Guide. New York : Guilford Press, 2003. 436 p.

ДОДАТКИ

Додаток А
«Шкала вимірювання рівня співзалежності» Л. Спанн та Д. Фішера

«Шкала вимірювання рівня співзалежності» Л. Спанн та Д. Фішера дозволяє оцінити наявність у досліджуваного дисфункціональної моделі відносин з іншими людьми та визначити рівень співзалежності.

Бланк опитувальника

Інструкція: Прочитайте наведені нижче твердження і виберіть відповідну відповідь із 6 запропонованих:

1 – абсолютно не погоджуюсь;

2 – не погоджуюсь;

3 – частково не погоджуюсь;

4 – частково погоджуюсь;

5 – погоджуюсь;

6 – абсолютно погоджуюсь.

1. Мені важко приймати рішення. 1 2 3 4 5 6

2. Мені важко сказати «ні». 1 2 3 4 5 6

3. Мені важко приймати компліменти. 1 2 3 4 5 6

4. Іноді мені нудно або порожньо, якщо у мене немає проблем, на яких можна зосередитися. 1 2 3 4 5 6

5. Я зазвичай не роблю для інших людей того, для чого вони здатні зробити для себе самі. 1 2 3 4 5 6

6. Коли я роблю щось приємне для себе, я зазвичай відчуваю провину. 1 2 3 4 5 6

7. Я не хвилюйся зазвичай. 1 2 3 4 5 6

8. Я кажу собі, що все покращиться, коли люди в моєму житті змінять свою поведінку. 1 2 3 4 5 6

9. Схоже, що я роблю все для стосунків, а ось наші в стосунках для мене рідко що-небудь роблять. 1 2 3 4 5 6

10. Іноді я зосереджуюсь на одній людині до такої міри, що нехтую іншими стосунками та обов'язки. 1 2 3 4 5 6

11. Здається, я вступаю в болісні для мене стосунки. 1 2 3 4 5 6

12. Зазвичай я не дозволяю іншим бачити себе «справжнього». 1 2 3 4 5 6

13. Коли хтось мене засмучує, я довго тримаю це, але час від часу можу вибухати. 1 2 3 4 5 6

14. Зазвичай я піду на все, щоб уникнути відкритого конфлікту. 1 2 3 4 5 6

15. У мене часто виникає відчуття страху чи загрози. 1 2 3 4 5 6

16. Я часто ставлю потреби інших вище своїх. 1 2 3 4 5 6

Інтерпретація результатів відбувається за допомогою сумування балів за кожну відповідь.

Запитання 5 і 7 зворотньо закодовані.

Критерії інтерпретації: - 16-32 – норма; - 33-60 – помірно виражена співзалежність; - 61-96 – сильно виражена співзалежність.

Додаток Б

Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса

Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса містить 50 питань, які відповідають 6 шкалам, з них 4 шкали – основні та відповідають 4 групам ірраціональних установок мислення, виділеним Еллісом. До них відносяться:

1. «Катастрофізація» пов'язана з тим, як людина сприймає несприятливі ситуації.
2. «Повинність щодо інших» – наявність високих вимог до інших.
3. «Повинність щодо себе» – наявність високих вимог до себе.
4. «Оціночна установка» – відбиває схильність оцінювати свою особистість та особистості інших у цілому.

Додаткові дві шкали спрямовані на оцінку переносимості фрустрації (шкала «оцінка фрустраційної толерантності особистості») і оцінку загальної раціональності мислення та самооцінку.

Інструкція

Оцініть кожне із тверджень на відповідність Вашому ставленню до цих тверджень та оберіть один із трьох варіантів відповіді.

1. Мати справу з деякими людьми може бути неприємно, але це ніколи не буває жахливо.
2. Коли я в чомусь помиляюся, то часто говорю собі: «Мені не слід було цього робити».
3. Люди, безперечно, повинні жити за законами.
4. Немає нічого такого, чого я не зможу перетерпіти.
5. Якщо мене ігнорують або я почуваюся ніяково на вечірці, то в мене знижується відчуття власної цінності.
6. Деякі ситуації у житті справді абсолютно жахливі.
7. У деяких питаннях я, безумовно, повинен бути більш компетентним.
8. Моїм батькам слід бути більш стриманими у вимогах до мене.
9. Існують речі, які я не можу витримати.
10. Моє почуття «власної цінності» не підвищується, навіть якщо у мене є справді великі успіхи у навчанні чи роботі.
11. Деякі діти поводяться справді жахливо.

12. Я не повинен був робити кілька очевидних помилок у моєму житті.

13. Якщо мої друзі пообіцяли зробити для мене щось важливе, вони не зобов'язані виконувати свої обіцянки.

14. Я не можу мати справу з моїми друзями чи моїми дітьми, якщо вони поводяться безглуздо, дико чи неправильно в тій чи іншій ситуації.

15. Якщо оцінювати людей за тим, що вони роблять, їх можна розділити на «хороших» і «поганих».

16. Бувають такі періоди у житті, коли трапляються справді жахливі речі.

17. У житті немає нічого такого, що я дійсно зобов’язаний робити.

18. Діти повинні зрештою навчитися виконувати свої обов'язки.

19. Іноді я просто не в змозі винести мої низькі досягнення у навчанні та на роботі.

20. Навіть коли я роблю серйозні помилки і чиню біль оточуючим, моя самоповага не змінюється.

21. Було б жахливо, якби я не зміг досягти прихильності людей, яких я люблю.

22. Мені б хотілося краще вчитися або працювати, проте немає жодних підстав вважати, що я повинен домагатися цього.

23. Я переконаний, що люди, безумовно, не повинні погано поводитися в громадських місцях.

24. Я просто не витримую сильного тиску на мене чи стресу.

25. Схвалення чи несхвалення моїх друзів чи членів моєї родини не впливає на те, як я оцінюю себе.

26. Було б шкода, але не жахливо, якби хтось із членів моєї родини мав би серйозні проблеми зі здоров'ям.

27. Якщо я вирішив зробити щось, я обов'язково маю зробити це дуже добре.

28. Загалом, я нормально ставлюся до того, що підлітки поводяться інакше, ніж дорослі, наприклад, пізно прокидаються вранці або розкидають книжки чи одяг на підлозі у своїй кімнаті.

29. Я не переношу деяких речей, які роблять мої друзі чи члени моєї родини.

30. Той, хто постійно грішить або приносить зло оточуючим,— погана людина.

31. Було б жахливо, якби хтось із тих, кого я люблю, захворів на психічне захворювання і опинився б у психіатричній лікарні.

32. Я маю бути абсолютно впевненим, що все йде добре в найважливіших сферах мого життя.

33. Якщо для мене це важливо, мої друзі повинні прагнути зробити все, про що я попрошу їх.

34. Я легко переношу неприємні ситуації, в які потрапляю, як і неприємне спілкування зі знайомими.

35. Від того, як мене оцінюють оточуючі (друзі, начальники, вчителі, викладачі), залежить, як я оцінюю самого себе.

36. Це жахливо, коли мої друзі поводяться погано та неправильно у громадських місцях.

37. Я точно не маю робити деякі помилки, які я продовжую робити.

38. Я не вважаю, що члени моєї сім'ї повинні діяти саме так, як мені заманеться.

39. Зовсім нестерпно, коли все йде не так, як мені хочеться.

40. Я часто оцінюю себе за своїми успіхами на роботі та у навчанні або за своїми соціальними досягненнями.

41. Буде жахливо, якщо я зазнаю повного краху в роботі чи навчанні.

42. Я як людина не повинен бути кращим, ніж я є насправді.

43. Безперечно існують деякі речі, які оточуючі люди не повинні робити.

44. Іноді (на роботі або у навчанні) люди роблять вчинки, яких я зовсім не терплю.

45. Якщо у мене виникають серйозні емоційні проблеми або я порушую закони, моє почуття власної цінності знижується.

46. Навіть дуже погані, огидні ситуації, в яких людина зазнає невдачі, втрачає гроші або роботу, не є жахливими.

47. Існує кілька суттєвих причин, чому я не повинен робити помилок у школі чи на роботі.

48. Безсумнівно, що члени моєї сім'ї повинні краще піклуватися про мене, ніж вони це іноді роблять.

49. Навіть якщо мої друзі поводяться інакше, ніж я від них очікую, я продовжую ставитися до них з розумінням та прийняттям.

50. Важливо навчати дітей тому, щоб вони були «хорошими хлопчиками» та «хорошими дівчатками»: старанно навчалися у школі та заробляли схвалення своїх батьків.

Ключ

Повністю згоден – 1 бал, окрім тверджень 1, 4, 13, 17, 20, 22, 25, 26, 28, 34, 38, 42, 46, 49 – для них 3 бали.

Не впевнений – 2 бали.

Повністю не згоден – 3 бали, окрім тверджень 1, 4, 13, 17, 20, 22, 25, 26, 28, 34, 38, 42, 46, 49 – для них 1 бал.

Обробка результатів

Далі підсумовуємо відповіді за кожною шкалою:

1. Катастрофізація 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46
2. Повинність щодо себе 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47
3. Повинність щодо інших 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48
4. Самооцінка та раціональність мислення 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50
5. Фрустраційна толерантність 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49

Розшифровка отриманих результатів

Менше 15 балів – яскраво виражена та чітка наявність ірраціональних установок, що ведуть до стресів.

Від 15 до 22 – наявність ірраціональної установки. Середня ймовірність виникнення та розвитку стресу.

Більше 22 – Ірраціональні установки відсутні.

Додаток В

Методика «Шкала М. Розенберга»

Методика «Шкала М. Розенберга» (Rosenberg’s Self-Esteem Scale) – це особистісний опитувальник для вимірювання рівня самоповаги.

Самоповага – це суб’єктивна оцінка людиною себе як внутрішньо позитивної або негативної до певної міри. Сюди також входить впевненість у своїй цінності; дозвіл собі жити і бути щасливим; комфорт у вираженні своїх думок, бажань і потреб; почуття, що радість – це невід’ємне право.

Опитувальник створювався і використовувався як одновимірний, хоча, проведений пізніше, факторний аналіз виявив два незалежні фактори: самопринижения і самоповагу: чим вище одна, тим нижче інша.

Самопринижения може бути наслідком депресивного стану, тривожності і психосоматичних симптомів; самоповага є причиною і наслідком активності в спілкуванні, лідерства, почуття міжособистісної безпеки.

Обидва чинники безпосередньо залежать від ставлення до тестованого його батьків в дитинстві. Опитувальник Розенберга складається з 10 суджень, на кожне з яких пропонується чотири градації відповідей, кодованих в балах за запропонованою схемою.

Інструкція

Визначте, наскільки ви згодні або не згодні з наведеними нижче твердженнями. Поставте навпроти відповідну цифру.

4 – повністю згоден

3 – згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Тестовий матеріал

1. Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні, не менше ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.

3. Мені здається, у мене є ряд хороших якостей.
4. Я здатний дещо робити не гірше, ніж більшість.
5. Мені здається, що мені особливо нічим пишатися.
6. Я до себе добре ставлюся.
7. В цілому я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Іноді я ясно відчуваю свою неефективність.
10. Іноді я думаю, що я в усьому нехороший.

Ключ і обробка результатів тесту

За кожну відповідь нарахуєте собі бали відповідно до ключа.

прямі запитання: 1,3,4,6

зворотні питання – 2,5,7,8,9,10 – бали в них нараховуються навпаки: 4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4.

Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація

10 – 18 балів – вам не вистачає самоповаги, її дуже мало, ви схильні в усьому поганому звинувачувати себе, бачите тільки свої недоліки і акцентуєте увагу тільки на своїх слабких сторонах, ви потрапили в замкнене коло самознищення, яке не дозволяє вам ставити цілі і досягати успіху. У кожній події ви шукайте підтвердження своєї нікчемності.

18 – 22 балів – ви балансуєте між самоповагою і самознищенням, успіхи піднімають вас до небувалих вершин і самоповага зашкалює, проте невдачі підживлюють низьку самооцінку і скидають вас в прірву, ваша думка про себе коливається то в одну, то в іншу сторону.

23 – 34 бали – самоповага у вас переважає, і ви можете адекватно оцінювати свої достоїнства і недоліки, можете погодитися з тим, що буваєте неправі, зберігаєте повагу до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим «самобичуванням», що чогось не передбачили, не помітили, «соломку НЕ підстелили», в результаті, така поведінка не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і відкоригувати там, де є можливість.

35 – 40 балів – ви поважаєте себе як людину, особистість, професіонала і робите все для того, щоб продовжувати поважати себе і далі: розвиваєтеся, вдосконалюєтеся в професії, духовному та інтелектуальному плані, в сфері відносин, вмієте робити уроки з помилок і важких ситуацій . Це норма, до якої варто прагнути.

Додаток Г

Первинні дані дослідження рівня співзалежності

(Методика Л. Спанн та Д. Фішера)

№ учасника	Кількість балів	Рівень
№1	52	середній рівень (з тенденцією до високого)
№2	42	середній рівень (з тенденцією до високого)
№3	41	середній рівень (з тенденцією до високого)
№4	43	середній рівень (з тенденцією до високого)
№5	32	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№6	37	середній рівень (з тенденцією до високого)
№7	58	середній рівень (з тенденцією до високого)
№8	53	середній рівень (з тенденцією до високого)
№9	32	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№10	51	середній рівень (з тенденцією до високого)
№11	52	середній рівень (з тенденцією до високого)
№12	49	середній рівень (з тенденцією до високого)
№13	61	високий рівень (з тенденцією до дуже високого)
№14	67	високий рівень (з тенденцією до дуже високого)
№15	61	високий рівень (з тенденцією до дуже високого)
№16	34	середній рівень (з тенденцією до високого)
№17	56	середній рівень (з тенденцією до високого)
№18	42	середній рівень (з тенденцією до високого)
№19	43	середній рівень (з тенденцією до високого)

№20	59	середній рівень (з тенденцією до високого)
№21	70	високий рівень (з тенденцією до дуже високого)
№22	48	середній рівень (з тенденцією до високого)
№23	51	середній рівень (з тенденцією до високого)
№24	48	середній рівень (з тенденцією до високого)
№25	33	середній рівень (з тенденцією до високого)
№26	56	середній рівень (з тенденцією до високого)
№27	28	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№28	42	середній рівень (з тенденцією до високого)
№29	47	середній рівень (з тенденцією до високого)
№30	45	середній рівень (з тенденцією до високого)
№31	54	середній рівень (з тенденцією до високого)
№32	62	високий рівень (з тенденцією до дуже високого)
№33	44	середній рівень (з тенденцією до високого)
№34	47	середній рівень (з тенденцією до високого)
№35	47	середній рівень (з тенденцією до високого)
№36	49	середній рівень (з тенденцією до високого)
№37	56	середній рівень (з тенденцією до високого)
№38	46	середній рівень (з тенденцією до високого)
№39	43	середній рівень (з тенденцією до високого)
№40	57	середній рівень (з тенденцією до високого)

Додаток Д
Первинні дані за шкалою «Катастрофізація»
(Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса)

№ учасника	Кількість балів	Рівень
№1	16	середній рівень (з тенденцією до високого)
№2	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№3	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№4	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№5	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№6	16	середній рівень (з тенденцією до високого)
№7	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№8	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№9	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№10	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№11	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№12	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№13	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№14	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№15	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№16	16	середній рівень (з тенденцією до високого)
№17	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)

№18	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№19	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№20	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№21	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№22	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№23	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№24	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№25	17	середній рівень (з тенденцією до високого)
№26	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№27	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№28	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№29	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№30	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№31	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№32	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№33	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№34	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№35	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№36	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)

№37	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№38	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№39	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№40	16	середній рівень (з тенденцією до високого)

Додаток Е

Первинні дані за шкалою «Повинність щодо себе» (Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса)

№ учасника	Кількість балів	Рівень
№1	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№2	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№3	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№4	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№5	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№6	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№7	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№8	15	високий рівень (з тенденцією до дуже високого)
№9	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№10	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№11	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№12	17	середній рівень (з тенденцією до високого)
№13	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№14	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№15	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№16	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№17	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№18	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№19	18	середній рівень (з тенденцією до високого)

№20	15	високий рівень (з тенденцією до дуже високого)
№21	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№22	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№23	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№24	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№25	17	середній рівень (з тенденцією до високого)
№26	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№27	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№28	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№29	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№30	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№31	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№32	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№33	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№34	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№35	23	середній рівень (з тенденцією до високого)
№36	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№37	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№38	17	середній рівень (з тенденцією до високого)
№39	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№40	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)

Додаток Ж

Первинні дані за шкалою «Повинність щодо інших» (Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса)

№ учасника	Кількість балів	Рівень
№1	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№2	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№3	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№4	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№5	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№6	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№7	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№8	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№9	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№10	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№11	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№12	24	середній рівень (з тенденцією до високого)
№13	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№14	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№15	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№16	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№17	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№18	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№19	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№20	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№21	25	низький рівень

		(з тенденцією до середнього)
№22	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№23	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№24	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№25	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№26	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№27	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№28	17	середній рівень (з тенденцією до високого)
№29	27	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№30	27	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№31	30	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№32	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№33	26	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№34	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№35	26	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№36	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№37	32	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№38	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№39	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№40	20	середній рівень (з тенденцією до високого)

Додаток И

Первинні дані за шкалою «Самооцінка та раціональність мислення» (Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса)

№ учасника	Кількість балів	Рівень
№1	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№2	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№3	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№4	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№5	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№6	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№7	14	середній рівень (з тенденцією до високого)
№8	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№9	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№10	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№11	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№12	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№13	16	середній рівень (з тенденцією до високого)
№14	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№15	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№16	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№17	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№18	27	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№19	18	середній рівень (з тенденцією до високого)

№20	13	середній рівень (з тенденцією до високого)
№21	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№22	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№23	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№24	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№25	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№26	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№27	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№28	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№29	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№30	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№31	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№32	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№33	27	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№34	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№35	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№36	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№37	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№38	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№39	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№40	20	середній рівень (з тенденцією до високого)

Додаток К

Первинні дані за шкалою «Фрустраційна толерантність» (Методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса)

№ учасника	Кількість балів	Рівень
№1	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№2	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№3	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№4	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№5	19	середній рівень (з тенденцією до високого)
№6	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№7	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№8	17	середній рівень (з тенденцією до високого)
№9	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№10	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№11	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№12	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№13	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№14	18	середній рівень (з тенденцією до високого)
№15	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№16	13	середній рівень (з тенденцією до високого)
№17	27	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№18	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№19	22	середній рівень (з тенденцією до високого)

№20	16	середній рівень (з тенденцією до високого)
№21	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№22	17	середній рівень (з тенденцією до високого)
№23	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№24	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№25	23	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№26	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№27	16	середній рівень (з тенденцією до високого)
№28	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№29	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№30	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№31	27	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№32	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№33	22	середній рівень (з тенденцією до високого)
№34	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№35	26	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№36	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№37	21	середній рівень (з тенденцією до високого)
№38	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№39	24	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№40	25	низький рівень (з тенденцією до середнього)

Додаток Л

Первинні дані рівня самооцінки (Шкала самоповаги Розенберга)

№ учасника	Кількість балів	Рівень
№1	17	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№2	16	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№3	16	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№4	20	середній рівень (з тенденцією до високого)
№5	14	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№6	14	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№7	17	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№8	16	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№9	23	середній рівень (з тенденцією до високого)
№10	31	середній рівень (з тенденцією до високого)
№11	28	середній рівень (з тенденцією до високого)
№12	34	середній рівень (з тенденцією до високого)
№13	23	середній рівень (з тенденцією до високого)
№14	28	середній рівень (з тенденцією до високого)
№15	26	середній рівень (з тенденцією до високого)
№16	26	середній рівень (з тенденцією до високого)
№17	33	середній рівень (з тенденцією до високого)
№18	17	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№19	27	середній рівень (з тенденцією до високого)
№20	25	середній рівень (з тенденцією до високого)
№21	27	середній рівень (з тенденцією до високого)

№22	33	середній рівень (з тенденцією до високого)
№23	28	середній рівень (з тенденцією до високого)
№24	34	середній рівень (з тенденцією до високого)
№25	34	середній рівень (з тенденцією до високого)
№26	31	середній рівень (з тенденцією до високого)
№27	33	середній рівень (з тенденцією до високого)
№28	29	середній рівень (з тенденцією до високого)
№29	33	середній рівень (з тенденцією до високого)
№30	33	середній рівень (з тенденцією до високого)
№31	32	середній рівень (з тенденцією до високого)
№32	24	середній рівень (з тенденцією до високого)
№33	17	низький рівень (з тенденцією до середнього)
№34	32	середній рівень (з тенденцією до високого)
№35	32	середній рівень (з тенденцією до високого)
№36	23	середній рівень (з тенденцією до високого)
№37	27	середній рівень (з тенденцією до високого)
№38	33	середній рівень (з тенденцією до високого)
№39	31	середній рівень (з тенденцією до високого)
№40	26	середній рівень (з тенденцією до високого)