МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З СПІВЗАЛЕЖНИМИ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0533
спеціальності 053– Психологія
Лисиця Олеся Володимирівна
Керівник: Гредінарова О.М., к.психол.наук,
доцент кафедри психології
Рецензент: Горлач В.В., у.пед.н., доцент кафедри психології

Запоріжжя – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2024 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Лисиці Олесі Володимирівни

Тема роботи Особливості групової психотерапевтичної роботи з співзалежними

керівник роботи Гредінарова О.М., к.психол.наук, доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1446-с

2. Строк подання студентом роботи _____

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

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: розкрити поняття співзалежності; проаналізувати групову психотерапію: переваги та обмеження; визначити особливості групової динаміки в групах співзалежних; провести емпіричне дослідження групової психотерапевтичної роботи з співзалежними; розробити програму групової психотерапії для співзалежних.

5. Перелік графічного матеріалу: 11 таблиці, 9 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Гредінарова О.М., доцент		
Розділ 1	Гредінарова О.М., доцент		
Розділ 2	Гредінарова О.М., доцент		
Висновки	Гредінарова О.М., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-червень 2024 р.	Виконано
5	Написання висновків	Вересень-серпень 2024 р.	Виконано
6	Передзахист	жовтень 2024 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2024 р.	Виконано

Студент _____ О.В. Лисиця

Керівник роботи _____ О.М. Гредінарова

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ О. М. Гредінарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 84 сторінки, 11 таблиць, 9 рисунків, 57 джерел, 2 додатока

Об'єкт дослідження: групова психотерапія як метод психологічної допомоги зі співзалежними учасниками.

Предмет дослідження: особливості групової психотерапії з співзалежними.

Мета дослідження: провести теоретичний аналіз співзалежності та визначені особливості групової динаміки в групах співзалежних, провести емпіричне дослідження та визначити ефективність програми групової психотерапії для співзалежних.

Перша гіпотеза: жінки, які знаходяться у співзалежних стосунках, мають виражений інтровертований профіль особистості, це обумовлено особливостями співзалежних відносин, де часто спостерігається низький рівень відкритості, взаємозалежність і самопожертва.

Друга гіпотеза: поширеність інтровертованих рис у співзалежної жінки вказує на стратегію уникнення, сформовану у відповідь на емоційну напругу у співзалежних стосунках, де переважають закритість і низький рівень особистої автономії.

Третя гіпотеза: позитивна динаміка після психотерапії підтверджує ефективність впливу групової роботи на розвиток емоційної стійкості та самоконтролю, що важливо в контексті психічного здоров'я та адаптації до складних життєвих ситуацій.

Наукова новизна полягає в тому, що проведено грунтовний теоретичний аналіз співзалежності та визначено особливості групової динаміки в групах співзалежних, проведено емпіричне дослідження та визначено ефективність розробленої програми групової психотерапії для співзалежних.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані в професійній діяльності психологів, що працюють з групами співзалежних жінок.

СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ, ГРУПОВА ПСИХОТЕРАПІЯ, ГРУПОВА ДИНАМІКА, ЖІНКИ, СПІВЗАЛЕЖНІ МОДЕЛІ.

SUMMARY

Lysytsya O.V. Features of Group Psychotherapeutic Work with Codependents.

Master's thesis: 84 pages, 11 tables, 9 figures, 57 sources, 2 appendices

Object of research: group psychotherapy as a method of psychological assistance with codependent participants.

Research subject: peculiarities of group psychotherapy with codependents.

The purpose of the research: to conduct a theoretical analysis of codependency and certain features of group dynamics in groups of codependents, to conduct an empirical study and to determine the effectiveness of a group psychotherapy program for codependents.

The first hypothesis: women who are in codependent relationships have a pronounced introverted personality profile, this is due to the characteristics of codependent relationships, where there is often a low level of openness, interdependence and self-sacrifice.

The second hypothesis: the prevalence of introverted traits in a codependent woman indicates an avoidance strategy formed in response to emotional stress in a codependent relationship, where closedness and a low level of personal autonomy prevail.

The third hypothesis: positive dynamics after psychotherapy confirms the effectiveness of group work on the development of emotional stability and self-control, which is important in the context of mental health and adaptation to difficult life situations.

The scientific novelty is that a thorough theoretical analysis of codependency was carried out and the peculiarities of group dynamics in groups of codependents were determined, an empirical study was conducted and the effectiveness of the developed group psychotherapy program for codependents was determined.

The practical significance of the work is that the research results can be used in the professional activities of psychologists working with groups of codependent women.

CO-DEPENDENCE, GROUP PSYCHOTHERAPY, GROUP DYNAMICS, WOMEN, CO-DEPENDENT MODELS.

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ ТА ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ……. 11

1.1. Поняття співзалежності в науковій літературі..……..... 11

1.2. Групова психотерапія: переваги та обмеження……... 24

1.3. Особливості групової динаміки в групах співзалежних……...40

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З СПІВЗАЛЕЖНИМИ……49

2.1. Методи, методика і процедура дослідження……. 49

2.2. Результати дослідження та їх інтерпретація …….51

2.3. Розробка програми групової психотерапії для співзалежних …….60

2.4. Результати дослідження групової психотерапії для співзалежних……..63

ВИСНОВКИ..... 73

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 79

ДОДАТКИ……85

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасне життя суспільства протікає таким чином, що практично кожна сфера життя так чи інакше впливає на духовну реальність людини. Навколишнє середовище несе в собі в явній або прихованій формі сліди впливу однієї людини на іншу. У певному сенсі можна сказати, що кожна людина впливає на іншу людину і отримує певний вплив на себе.

Життя співзалежних індивідів, їх цінності, потреби та інтереси майже завжди спрямовані лише на допомогу близької людини та контроль над його поведінкою та почуттями. Вони страждають від таких відносин, але не можуть нічого змінити. Така трагічна ситуація завжди виникає задовго до того, як людина це усвідомлюють. Ця непряма залежність отримала назву «співзалежність».

Сьогодні поняття «співзалежність» далеко відійшло від ототожнення з залежними особистостями і є однією з найпоширеніших проблем, які заважають людям повноцінно жити. Воно впливає не лише на окремих людей, а й на все суспільство, створюючи умови, які сприяють співзалежним стосункам і їх передачі від покоління до покоління.

Проблема співзалежності є розвинутою в працях сучасних дослідників в психології, таких як: Галушко Л.Я., Амурової Я.В., Мілушиної М.О., Сушко Д.Д., Лиманкіної А.І., Вакуліч Т. М., Кочарян А. С., Коцарь А. В., Жемчужної Г.О. та ін.

Використання групової психотерапії з співзалежними відображались в працях таких науковців, як Кривоніс Т.Г., Бондаренко О.І., Журавльової Ю.О., Корж Н.М., Товкача В.В.

Більшість описів поведінкових симптомів і діагностичних критеріїв співзалежності походять переважно з психотерапевтичних практик. Тому феномен «співзалежності» в психології недостатньо досліджений.

Актуальність вивчення особливостей групової психотерапевтичної роботи із співзалежними зумовлена високою поширеністю співзалежності як явища, що негативно впливає на якість життя особистості, її стосунки з близькими та професійну діяльність. Співзалежність виникає внаслідок глибокої емоційної та психологічної залученості однієї людини в проблеми іншої людини і проявляється у втраті здатності функціонувати автономно. Співзалежні люди зазвичай стикаються з такими проблемами, як низька самооцінка, тривога, депресія, постійне почуття провини та сорому, а також схильність до контролю та надмірної віктимізації.

Групова психотерапія є ефективним методом роботи з співзалежними, оскільки створює середовище, в якому учасники можуть відкрито обговорювати свої труднощі, отримувати підтримку від інших і відчувати нові форми взаємодії. У груповій обстановці люди можуть усвідомити власні моделі стосунків, навчитися встановлювати здорові межі та розвинути нові навички саморегуляції. Через терапевтичний процес у груповому контексті з’являється можливість побачити власну ситуацію очима інших, що сприяє більш об’єктивному самопізнанню та поступовому звільненню від патологічної залежності від інших.

Актуальність і недостатній рівень розробки означеної проблеми зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи магістра: «Особливості групової психотерапевтичної роботи з співзалежними».

Об'єкт дослідження: групова психотерапія як метод психологічної допомоги зі співзалежними учасниками.

Предмет дослідження: особливості групової психотерапії з співзалежними.

Мета дослідження: провести теоретичний аналіз співзалежності та визначені особливості групової динаміки в групах співзалежних, провести емпіричне дослідження та визначити ефективність програми групової психотерапії для співзалежних.

Перша гіпотеза: жінки, які знаходяться у співзалежних стосунках, мають виражений інтровертований профіль особистості, це обумовлено особливостями співзалежних відносин, де часто спостерігається низький рівень відкритості, взаємозалежність і самопожертва.

Друга гіпотеза: поширеність інтровертованих рис у співзалежної жінки вказує на стратегію уникнення, сформовану у відповідь на емоційну напругу у співзалежних стосунках, де переважають закритість і низький рівень особистої автономії.

Третя гіпотеза: позитивна динаміка після психотерапії підтверджує ефективність впливу групової роботи на розвиток емоційної стійкості та самоконтролю, що важливо в контексті психічного здоров'я та адаптації до складних життєвих ситуацій.

У відповідності з метою та гіпотезою визначені завдання дослідження:

1. Розкрити поняття співзалежності.

2. Проаналізувати групову психотерапію: переваги та обмеження.

3. Визначити особливості групової динаміки в групах співзалежних.

4. Провести емпіричне дослідження групової психотерапевтичної роботи з співзалежними.

5. Розробити програму групової психотерапії для співзалежних.

Для досягнення і вирішення поставлених завдань нами використано такі методи, як метод аналізу науково-теоретичних джерел, систематизації та узагальнення психологічних даних за обраною темою дослідження, психодіагностичні методи, а також методи математичної обробки даних.

Наукова новизна полягає в тому, що проведено грунтовний теоретичний аналіз співзалежності та визначено особливості групової динаміки в групах співзалежних, проведено емпіричне дослідження та визначено ефективність розробленої програми групової психотерапії для співзалежних.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані в професійній діяльності психологів, що працюють з групами співзалежних жінок.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ ТА ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

1.1. Поняття співзалежності в науковій літературі

Проблема деструктивних форм міжособистісної взаємодії, особливо співзалежних стосунків, актуалізувалась в українському суспільстві в контексті суспільних трансформацій. Ситуація українських пар звертає увагу дослідників до гендерного аспекту стосунків і спонукає до вивчення психологічного стану людини, яка перебуває у співзалежних стосунках. Отже, актуальним стає аналіз факторів і наслідків співзалежних стосунків суб'єкта, пошук шляхів психологічної підтримки та корекції зазначених вище деструктивних поведінкових тенденцій.

Глушко Л.Я. зазначає, що проблемам співзалежних стосунків присвячено невелику частину досліджень. На сьогоднішній день феномен співзалежності досліджується переважно з огляду на біологічну парадигму психіатричної практики. Зокрема, досліджувалися наступні аспекти: етимологія цього стану, його характеристики та прояви, його зв’язок із залежністю; причини формування рис співзалежності; особливості сімейної взаємодії [5, 15].

При описі синдрому залежності вчені використовують кілька синонімів, деякі з яких відрізняються за змістом: пристрасть, залежність (адикція) і девіація. Поняття залежності є найбільш неоднозначним. У перекладі з англійської «addiction» означає «схильність, звичка». Це поняття було введено в медичну практику групою експертів ВООЗ у 1964 році і використовувалося еквівалентно термінам «хвороблива пристрасть», «звичка», «наркоманія» та «алкоголізм». Згідно з визначенням ВООЗ, термін «залежність» означає «стан періодичної або хронічної інтоксикації,

викликаний повторним вживанням природної або синтетичної речовини» [33]. Спочатку термін «співзалежність» визначався у вузькому значенні і використовувався виключно для опису наркотичної, тютюнової, алкогольної залежностей. М. Кордуєлла визначає вузьке розуміння терміну, згідно з яким під залежністю розуміється, як «розлад особистості, при якому виникає потреба в підтримці інших людей через нездатність індивіда приймати самостійні рішення, при такому стані у людини виникає почуття неадекватності та безпорадності» [39].

У найширшому розумінні «залежність» означає стан потреби в чомусь чи необхідності в комусь, а саме в підтримці, функціонуванні чи виживанні. Воно пов'язане з виникненням стійкого бажання, що виявляється у відчутті гострої потреби виконати якусь дію або здійснити діяльність. Люди, які захоплюються чимось або кимось, є адиктами, що в перекладі з англійської означає «впертий любитель», «завзятий фанат». Кочарян А. С. зазначає, що термін «адикт» використовується в науковій літературі для характеристики людей у двох значеннях [24, 73-74]:

— люди, які не можуть припинити прийом різних ліків;

— люди, які весь свій вільний час присвячують захопленню.

Мейерс Д.Р., визначає залежність як «наслідок спотворення нормальності», вносить новий зміст у розуміння терміну, значно розширює його тлумачення та наближає його до поняття девіації (від лат. «deviatio» - «відхилення»). М. Доддс, також сприймає залежність як форму патологічної поведінки, що не відповідає нормі. М. Доддс, який визначає його як: «компульсивна діяльність, що характеризується інтенсивністю та невпинним запалом, відносною втратою автономії Его, включаючи здатність реагувати на чинники реальності та функції турботи про себе» [35].

Таке тлумачення концепції дозволило значно розширити сферу застосування терміну «залежність», і його слід використовувати по відношенню до різних типів нехімічних залежностей, у яких об’єктом бажання стає модель поведінки, а не хімічна речовина.

Найкоротше та майже недиференційоване визначення залежності, застосовне в такому форматі до більшості психічних і поведінкових розладів, походить від А.В. Шаефа і визначає його як «будь-який процес, над яким ми не маємо контролю» [25, 69]. А.В. Шаеф першим запропонував виділяти, крім хімічних (речовинних) залежностей (алкоголь, наркотики, тютюн, їжа), нехімічні (поведінкові) або процесні залежності (накопичення грошей, азартні ігри, робота, секс, релігія, інтернет) [25, 70].

Проявом будь-якого виду залежності є адиктивна поведінка. Під залежною (адиктивною) поведінкою розуміється «тип девіантної поведінки, що характеризується непереборним підпорядкуванням власних інтересів інтересам іншої людини або групи, надмірною і стійкою фіксацією уваги на певних видах діяльності або об’єктах (фетишах), які переоцінені, зниженням або погіршенням здатності контролювати участь у будь-якій діяльності та нездатність бути незалежним і вільно вибирати поведінку».

Г.А. Марлатт, Дж. С. Бер, Д.М. Донован, Д.Р. Ківлахан визначають залежну (адиктивну) поведінку як «повторювану звичку, яка підвищує ризик захворювання та пов’язана з особистими або соціальними проблемами» [23]. Одна з основних характеристик адиктивної поведінки, полягає в постійному відтворенні поведінкових патернів (повторення, рецидив), незважаючи на всі спроби цьому запобігти. У той же час спроби змінити адиктивну поведінку додатковими вольовими зусиллями або застосуванням медикаментів часто закінчуються невдачею і повертаються до вихідного стану.

Поняття «співзалежність» почало активно досліджуватися в наукових колах у 20 столітті і поступово увійшло в окремі галузі медицини та практичної психології, а також у сферу міжособистісного спілкування [47, 262].

Феномен «співзалежності» став предметом дослідження саме закордонних науковців, при цьому їхні погляди на визначення поняття «співзалежність» різні.

Лиманкіна А. І. досліджуючи підходи до розуміння дефініції феномена «співзалежність», виокремила етапи визначення поняття «співзалежність» [32, 63]

В роботах науковця Е. Крепеліна, ще в 1913 році, можна знайти перші згадки про співзалежну поведінку, він підкреслював «нерішучість волі» наркоманів і легкість, з якою вони «спокусилися» на це з боку інших.

Відомий психоаналітик К. Хорні у 1950-х роках, запропонувала своє розуміння цього феномену, більш схоже на сучасне визначення поняття «співзалежність», описуючи невроз, що характеризується залежністю від інших, вона виявила необхідність цього стану для власної самореалізації суб'єктів. К. Хорні назвала цей вид залежності «самознищенням». Як зазначала вчена, ця орієнтація на міжособистісну залежність, змінюється протягом життя та призводить до формування «хворобливої залежності», у якій бажання бути коханим трансформується у відчайдушну потребу уваги з боку інших. Однак її підхід не знайшов підтримки серед колег і знайшов відображення лише в її тодішніх роботах.

Далі термін «співзалежність» з’явився в США в 1970-х роках у лікувальних центрах Міннесоти. Спочатку це пов'язували з алкоголізмом і приписували жінкам, які були пов'язані з хворими на алкоголізм. Пізніше він став набагато більш поширеним і використовувався для опису стосунків у сім'ях з різними формами деструктивної поведінки [32, 63].

У сучасній психології існує кілька підходів до пояснення феномену співзалежності. Проте всеосяжної та переконливої концепції його походження та розвитку поки що немає. Відсутність єдиного теоретичного підходу призводить до того, що основна увага дослідників спрямовується на вивчення індивідуальних якостей розвитку співзалежної поведінки. На нашу думку, психологічна складова співзалежності відображена у визначеннях дослідженнях науковців, таких як С. Вегшайдер-Крус і Р. Суббі, які розуміють «співзалежність - як особливий психологічний стан». Так, у 1984 р. Р. Суббі запропонував своє визначення «співзалежності» - «як

емоційного, психологічного та поведінкового стану, що виник в результаті тривалого впливу репресивних правил, які перешкоджали відкритому вираженню почуттів і обговоренню особистих і міжособистісних проблем» [56, 31-44].

Тоді як С. Вегшайдер-Крус розширив це визначення, він зазначив, що «співзалежність — це особливий стан, що характеризується сильною тривогою та надзвичайною емоційною, соціальною, а іноді й фізичною залежністю від людини чи речі. Зрештою, така залежність від іншої людини стає патологічним станом, який впливає на всі стосунки співзалежної людини» [57, 14].

Е. Ларсен, новатор у галузі дослідження співзалежності, у 1985 році дав визначення співзалежної поведінки. На його думку, співзалежна поведінка – «це сукупність поведінкових форм або дефектів характеру, які призводять до зниження здатності ініціювати та брати участь у романтичних стосунках» [32, 63]. Дослідник припускає, що співзалежні особи можуть страждати від нестачі різних навичок, необхідних для формування та підтримки «здорових» стосунків.

На першій американській конференції з питань співзалежності, що відбулася в Арізоні в 1989 році, співзалежність була визнана хворобою. «Співзалежність – це стійкий стан хворобливої залежності від компульсивної (неконтрольованої) поведінки та думки інших людей, що формується, коли людина намагається набути впевненості в собі, усвідомити власну значимість і самовизначитись як особистість». На цій конференції проблема співзалежності була визнана найпоширенішою проблемою у світі.

У 1999 році запропонував вивчати співзалежність науковець, Г. Клауд, зазначаючи «співзалежність» - «як фундаментальний феномен для аналізу психологічних та емоційних розладів». Г. Клауд підкреслював, що «основою для появи неврозу є стан людини із співзалежністю» [32, 64].

У сучасній психології склалися два основних підходи до вивчення співзалежності: медичний та еволюційний. Автори медичного підходу, наприклад М. Бітті розглядають співзалежність – «як первинне стійке, спадкове та прогресуюче захворювання, яке не піддається лікуванню та терапії». В еволюційному підході, такі вчені як Б. Уайнхолд та Дж.Уайнхолд, у своїй книзі «Звільнення від співзалежності» в 2002 році, розглядають співзалежність – «як психологічний розлад, зумовлений незавершеністю одного з етапів розвитку в ранньому дитинстві, у віці 2-3 років – фази встановлення психологічної автономності». Прихильники цього підходу відзначали, що власне «Я» дозволяє перебувати в близьких стосунках з іншими людьми, не втрачаючи при цьому себе як особистості[37, 136].

Зливков В.Л., Лукомська С.О. визначають, що «співзалежність» - це патологічний стан, що характеризується глибоким проникненням і сильною емоційною, соціальною або навіть фізичною залежністю від іншої людини. Найчастіше термін використовується по відношенню до родичів і родичів алкоголіків, наркоманів та інших людей із залежностями, але аж ніяк не обмежується ними [17, 135].

Лиманкіна А. І. зауважує, що ккладність поняття та неоднозначність поглядів різних дослідників на феномен співзалежності дали змогу визначити різні підходи до його розуміння. Традиційно виділяють 4 підходи: медичний, соціальний, екзистенціальний, психологічний [32, 64].

Медичний підхід розглядає співзалежність як невиліковну хворобу, яка проявляється у способі життя, призводить до розладів функцій організму і життєдіяльності та суттєво впливає на тривалість життя людини.

Прихильники соціального підходу вважають співзалежну людину здатною контролювати поведінку іншої людини, але ця людина повністю забуває про задоволення власних потреб. Формування співзалежності вони пов'язують із зростанням у неблагополучних сім'ях, де були ознаки наркотичної чи алкогольної залежності чи зловживання.

На думку представників екзистенціального підходу, феномен співзалежності не є негативною рисою людини і протилежністю її свободи, а розглядається як суттєвий аспект людського існування.

Прихильники психологічного підходу вважають, що співзалежність - розладом, який виникає внаслідок несформованості етапів розвитку. Автори цього підходу визначають співзалежність як набуту дисфункціональну поведінку, яка є наслідком затримки розвитку, що виникає внаслідок незавершеного розвитку особистості в ранньому дитинстві .

Представники еволюційного підходу під співзалежністю розуміють відмову від власного «Я» або незавершеність певних фаз на критичних етапах розвитку. Можливий інший варіант, коли людина ходить по колу між першим і другим варіантами, не виконавши необхідний процес [32, 64].

Жемчужна Г.О., зазначає, що зважаючи на широкий характер явища «співзалежності», причина цієї проблеми криється в недостатній диференціації «образу Я», як і представники еволюційного підходу, поянююч це тим, що співзалежні люди не мають чіткого уявлення про власні бажання, потреби та почуття, тому їм важко адекватно виражати та реалізувати їх у стосунках. Такі стосунки стосуються руйнування кордонів особистості, тоді як у нормальних стосунках один партнер має спільну сферу з іншим і окрему частину їхнього приватного життя, про яку інший знає і не намагається контролювати, і якій вони довіряють. Науковці виділяють типи співзалежності, такі як: первинна, вторинна, особистісна.

На базі первинної співзалежності формуються всі інші види залежностей і розвивається вторинна співзалежність.

Вторинна співзалежність – складний патологічний стан, що виникає у родичів пацієнтів, які страждають хімічними та нехімічними залежностями, що визначають порушення психічного здоров’я та розлади особистісного розвитку, що проявляються на психічному, емоційному, соціальному та духовному рівнях, включаючи розлади поведінки та соціальну адаптацію.

Особиста залежність, з психологічної точки зору, — це неконтрольований контакт індивіда з певною хімічною речовиною або процесом, який змінює стан його свідомості та штучно повертає йому відчуття психологічного благополуччя. Водночас неконтрольованість контактів призводить до виникнення різноманітних проблем у повсякденному житті людини, які призводять до погіршення її життя як у матеріальному, так і духовному плані і в кінцевому підсумку пов’язана з погіршенням особистості. Відносно висока поширеність таких явищ спонукає вчених шукати глибинні причини їх виникнення, щоб запобігти їх подальшому розвитку та поширенню. Тому важливо підкреслити зв’язок між залежностями людини та співзалежністю в стосунках [13, 8].

На думку М. Мюррея, кожен, хто жертвує собою, підкоряється іншій людині і бере на себе відповідальність за неї, є співзалежним, тим самим сприяє її деструктивній поведінці [32, 63].

Мілушина М.О., розглядаючи цикли розвитку співзалежності, зазначає, що в рамках традиційного підходу. Р. Хамфельт, Ф. Мінірт і П. Майер вважають, що динаміка співзалежності протікає по спіралі і виділяє п'ять фаз:

— у першій фазі циклу людина відчуває страждання і біль, їх причинами можуть бути проблеми дитинства (наприклад, незадоволені потреби, любовні бажання), самотність і низька самооцінка. Оскільки кожна людина прагне позбутися негативних переживань, виникає необхідність змінити ситуацію. Для цього в деяких випадках використовується співзалежна поведінка, після чого починається друга фаза циклу.

— на другому етапі «іншу людину» використовують для самоствердження та задоволення власних потреб, тим самим відволікаючи співзалежну людину від вирішення власних проблем.

— третя стадія є результатом використання співзалежних відносин, під час яких відбувається тимчасове полегшення страждань. Формуються стійкі механізми психологічного захисту, такі як заперечення, раціоналізація і придушення.

— на четвертій стадії з'являються наслідки: негативні емоційні стани (депресія), психосоматичні проблеми, спотворення міжособистісних стосунків, відчуття нестабільності, страждання.

— на п'ятій фазі – наступає переживання провини і сорому. Співзалежна людина повертається до негативних переживань і шукає знайомі методи відволікання.

Далі починається нова фаза циклу. Згодом цикл прискорюється, оскільки людина повністю втрачає контроль над своїм життям [37, 137].

П. О'Брайен і М. Габонітс вважали, що співзалежність пов'язана з міжособистісною взаємодією та самостійністю. Вони перерахували п'ять факторів, які характеризують співзалежну особистість:

- турбота;

– зовнішнє місце контролю;

– самопожертва, тобто відсутність боротьби за власну гідність і задоволення власних потреб;

– порушення комунікативних навичок;

– недостатня автономність [32, 63].

Зливков В.Л. визначає такі ознаки стану співзалежності:

— обман, заперечення, самообман;

— компульсивні дії;

— «заморожені» почуття;

— низька самооцінка, ненависть до себе, почуття провини;

— пригнічений гнів, неконтрольована агресія;

— контроль над іншою людиною, настирлива допомога;

— зосередження на інших і ігнорування власних потреб, психосоматичні захворювання.

— проблеми в спілкуванні, проблеми в інтимному житті, замкнутість, депресивна поведінка, суїцидальні думки [17, 135].

Мілушина М.О. аналізуючи дослідження, які досліджують динаміку співзалежності, спираючись на науковців виділяє 4 умовні фази перебігу співзалежності:

1. *Фаза занепокоєння* - характеризується наявністю страху за близьку людину, періодичною появою почуття провини, сорому, образи, жалю до себе, страху і гніву. Ці емоції («токсичні») стають захисним механізмом для людини, яка страждає від співзалежності. Токсичні емоції для співзалежних є тим же, що алкоголь для алкоголіка. Наявність життєвих проблем на цьому етапі заперечується.

2. *Фаза самозахисту* передбачає трансформацію різноманітних емоцій у негативні та водночас заперечення токсичних емоцій. Всю увагу захоплюють «проблемним близьким». Виникає почуття відповідальності за всі проблеми, втрачається контроль над власним життям і життям близьких.

3. *Фаза коригування*. У співзалежних, які проходять цю фазу, посилюються почуття провини і сорому, все більше виражається гнів, з'являються докори сумління і стрес, прагнення до надмірної турботи, виражений жаль до себе, нестерпне почуття образи, почуття особистої поразки.

4. *Фаза виснаження* характеризується повною втратою самооцінки, втрачається толерантність до хворого, психічно погіршується стан, з’являється виражена тривожність і депресія [37, 137-138].

Виходячи з визначення фаз співзалежності, вважаємо важливим зазначити ролі співзалежної людини спираючись на «Трикутник Карпмана» [17, 135], представлений на рис. 1.1.



Рис. 1.1. «Трикутник Карпмана»

Згідно з теорією Стівена Карпмана, у нашого "Я" є трьома ролі:

Батько – створений за образом і подобою батьків, учителів та інших знакових постатей нашого дитинства;

Дитина - «відповідає» за наші почуття та творчість;

Доросла людина - досліджує і аналізує світ.

Оскільки ми знаходимося всередині трикутника, ми вибираємо конкретну роль. Це може бути пов'язано не тільки з нашою особистою і сімейною історією, але і зі станом ближчого до нас в даний момент «Я».

Кожна роль має свої унікальні відчуття.

Найважливішим почуттям переслідувача є праведний гнів.

Жертва страждає від внутрішнього хвилювання, паніки та образи на ситуацію чи іншу людину.

Рятівник має співчуття, почуття обов’язку та відповідальності перед іншою людиною.

Зміна ролей у трикутнику С. Карпмана завжди супроводжується інтенсивною зміною емоцій. Час, проведений у ролі, може коливатися від кількох секунд до кількох років. Протягом дня в трикутнику може відбутися двадцять і більше змін ролей [51].

У рамках системного сімейного підходу, запропонованого М. Боуеном, у дисфункціональних сім’ях може формуватися співзалежність, яка легко передається з покоління в покоління і сприймається як норма. Використання сімейно-системного підходу до розуміння сутності феномену співзалежної поведінки сприяло формуванню більш цілісної картини у сприйнятті деяких спеціалістів, оскільки сутність цього підходу розкривається через аналіз подій у поточному контексті, а не ізольовано від навколишнього середовища [38, 149].

Сушко Д.Д. спираючись на системний сімейний підхід, зауважує, що коріння співзалежної поведінки лежать у дитинстві: сім'я співзалежного завжди дисфункціональна. Характеристики дисфункціональної сімей зазначаються в:

- негнучкості рольових функцій;

- негуманних правилах, яких важко дотримуватися, виховання непослідовне;

- розмиті психологічні межі членів сім'ї;

- сімейному спілкуванні, яке ускладнене наявністю неконгруентних повідомлень і маніпуляцій.

- де почуття не цінуються і не виражаються прямо;

- де є конфліктність у відносинах (заохочується або бунт, або залежність і покора).

Зростання в таких умовах сприяє формуванню психологічних особливостей, які складають основу співзалежності, зокрема низької самооцінки та схильності до тривалих стосунків із залежною особою [47, 263-264].

Трансакційний аналіз розкриває механізм, що лежить в основі специфіки взаємодії співзалежної людини та адиктом. У цьому напрямку були введені такі поняття, як «первинний симбіоз», що розуміється як зв'язок між стійкою «системою підтримки» – мати, та «системою споживання» – дитина, а також «вторинний патологічний симбіоз», що виникає внаслідок нестійкого зв’язку між «системою знецінення» (співзалежна жінка в ролі матері) та « системою грандіозності» (залежний чоловік) [32, 65].

На думку прихильників поведінкового підходу, співзалежність характеризується введенням такого поняття, як «аверсивний стимул» - покарання з метою контролю над іншим членом сім'ї, а також поведінка, що характеризується «набутою безпорадністю». Навчена безпорадність розглядається як система поведінки, яка включає традиції, ритуали та інші сімейні моделі, що передаються з покоління в покоління. Діти з таких сімей дуже швидко знецінюють свою внутрішню реальність і починають розвивати співзалежні відносини з іншими людьми.

Коли ми говоримо про співзалежність як розлад особистості, ми повинні покладатися на дослідників, які розуміли співзалежність як розлад особистості. Уявлення про цей феномен були розроблені на основі аналізу динаміки розвитку від первинного основного захворювання до формування залежності (С. Уайтфілд, С. Вегшайдер-Круз, Е. Янг) і згодом також враховані в контексті хімічної залежності (С. Уайтфілд, Е. Янг), а пізніше розглядав співзалежність як розлад особистості (Е. Коулмен, С. Смоллі,). На основі емпіричних досліджень різні автори прийшли до висновку, що співзалежність пов’язана з підвищеним рівнем психопатології, що проявляється в компульсивній поведінці, депресії та тривозі, а також негативно пов’язана з рівнем самооцінки.

Отже, проаналізувавши наукові джерела та різні підходи видатних науковців, можемо сказати, що співзалежність – це складне та багатогранне явище, яке включає різноманітні психологічні, соціальні та емоційні аспекти. У науковій літературі співзалежність розглядається як патологічна форма взаємозалежності, яка виникає внаслідок надмірної емоційної залученості однієї людини в проблеми іншої людини. Основними ознаками співзалежності є постійне прагнення до контролю, труднощі з самооцінкою, схильність до самопожертви, відсутність власних життєвих пріоритетів і нездатність функціонувати автономно.

Психологічні теорії та підходи описують співзалежність як специфічну модель поведінки та мислення, що розвивається в умовах дисфункціональних сім'ях, часто через тривалий вплив на особистість деструктивних факторів, особливо хімічної залежності або психологічних розладів у членів сім'ї. Різноманітні дослідження також вказують на те, що співзалежність є не лише особистою, а й соціальною проблемою, оскільки вона поширена в суспільствах із високим рівнем стресу, конфліктів і нестабільності.

Тому, можемо сказати, що співзалежність у науковій літературі трактується як явище, яке негативно впливає на емоційний стан, розвиток особистості та здатність формувати здорові міжособистісні стосунки. Це потребує розробки та впровадження спеціалізованих психотерапевтичних підходів до подолання співзалежних патернів і формування психологічної автономності, що є важливим завданням як індивідуальної, так і групової психотерапії.

1.2. Групова психотерапія: переваги та обмеження

Як визначає Шавченко Н.Ф., термін «психотерапія» можна трактувати як вид активного психологічного впливу на пацієнта в кризовій або стресовій ситуації. «Психотерапія — це зміна проявів несприятливого стану та корекція індивідуально-психологічних особливостей людини за допомогою

спеціальних методів психотерапевтичного впливу». Зараз існує безліч цих методів, кожен з них має свої принципи дії та способи зміни конкретних станів, іноді захворювань. Ефект в психотерапії досягається за рахунок інформаційно-емоційної зарядки.

Психотерапія може здійснюватися через безпосередній контакт з людиною або опосередковано (за допомогою аудіозаписів, телефону, друкованих слів, музики, картин). Найефективніший психотерапевтичний вплив має «живе слово» та безпосереднє спілкування терапевта з клієнтом. Найбільшого поширення набули три психотерапевтичних напрямки:

— психоаналітичний;

— біхевіористський;

— екзистенційно-гуманістичний.

У нашій країні слово «психотерапевт» вживається в різних контекстах.

З одного боку, згідно з наказом МОЗ, є спеціальність «лікар-психотерапевт». Психотерапевт – це особа з медичною освітою, яка пройшла підготовку з психіатрії та подальшу перепідготовку з психотерапії.

Водночас термін «психотерапевт» набуває все більшого поширення поза медичним контекстом і позначає людей, які пройшли поглиблену підготовку в області одного з методів психотерапевтичної практики. Як правило, це люди з вищою психологічною підготовкою. Цей процес здійснюється за аналогією з деякими європейськими країнами, де психотерапевтична підготовка є самостійною формою гуманітарної підготовки, не пов'язаною з вищою медичною чи психологічною підготовкою [52, 7].

Шавченко Н.Ф. зазначає, що існує дві основні моделі психотерапії: медична і психологічна.

У медичній моделі акцент робиться на знання нозології, синдромології та клінічної картини захворювань. Основною мішенню цієї моделі є симптом, пошук і усунення причини якого практично неможливий. Згідно з цією моделлю, психотерапевт – це особа з медичною освітою (найчастіше це

психіатр з додатковою спеціалізованою підготовкою з психотерапії), а людину, яка звертається за допомогою, слід, як прийнято в медицині, називати пацієнтом (або хворою людиною). Психотерапія може супроводжуватися медикаментами, фізіологічними процедурами та різними видами обстежень, що значно розширює спектр терапії.

Згідно з психологічною моделлю, психотерапевт - це кваліфікований психолог, який пройшов спеціальну психотерапевтичну підготовку в одній або декількох напрямках. Психолог використовує ті ж методи, що й клінічний психотерапевт. Різниця полягає насамперед у їх спрямованості. Найважливішим завданням психолога є не усунення або полегшення симптомів захворювання, а створення умов для оптимального функціонування особистості та її розвитку.

Психологічна модель зосереджена на поширенні психологічної культури та мислення у сфері допомоги клієнтам та людям із психічними проблемами. З одного боку, недостатня ефективність суто медичної психотерапії стає все більш очевидною і лікарі починають цікавитися психологічними моделями психотерапії, психологічною картиною і психологічною культурою. З іншого боку, останнім часом у багатьох пацієнтів з'явилися переднозологічні форми розладів, якими раніше не займалися ні лікарі, ні психологи. Тепер ці люди стали об'єктом їх взаємної уваги. Характерною рисою психологічної моделі психотерапії є переконання, що ніхто не може вирішити проблему за пацієнта (клієнта). Психотерапевт просто супроводжує клієнта в проблему, в глибину його переживань і допомагає йому знайти ресурс для змін і вирішення його проблем. Незважаючи на розбіжності між медичною та психологічною моделями психотерапії, їх об'єднує орієнтація на допомогу клієнту [52, 7-9].

За кількістю людей, які беруть участь у сеансі, методи психотерапії поділяють на індивідуальну та групову психотерапію. Техніки, які використовує психотерапевт, відрізняються, оскільки вони спрямовані на певний аспект особистості людини. Відповідно методи психотерапії

поділяються на наступні категорії: сугестивні (навіювання), аналітичні (виявлення причин, що призвели до певного стану), поведінкові терапевтичні (вплив на людину через її звички), когнітивні (орієнтовані на знання людини), екзистенціальні (зорієнтовані на пошук семантичних значень), раціональні (апелюють до людського розуму). Слід зазначити, що перераховані методи в наукових джерелах називаються психотерапевтичними напрямками.

У цих областях психотерапії, зосереджена на особистісних змінах, а не тільки на симптомі, наявність конкретної особистісної концепції дозволила створити психотерапевтичну систему, що характеризується логічною послідовністю поглядів, притаманною також іншим сферам медицини. Це уявлення про норму (в психотерапії - про особистість), про патологію (в психотерапії - про особистісні зміни) і, відповідно, уявлення про завдання і методи лікування [52, 10].

Групова психотерапія – це метод психологічної підтримки, при якому кілька людей працюють разом під керівництвом терапевта для досягнення позитивних змін у поведінці, емоційному стані та соціальних навичках учасників. Як зазначає І.Д. Ялом, «групова терапія дозволяє використовувати групову динаміку для підтримки адаптаційних ресурсів індивіда, розуміння та зміцнення себе» [53, 32].

Групова психотерапія виникла в 20 столітті, коли відомий психотерапевт Дж. Морено запропонував використовувати соціометричні методи для розвитку групових взаємодій. Його робота заклала основу для формування нових підходів до групової роботи. Згодом, групова терапія розвивалася завдяки дослідженням та підходам різних науковців, таких як І.Д. Ялом, які підкреслювали важливість групових факторів, таких як емпатія, катарсис і самоприйняття [53, 45].

Групова психотерапія - це метод психотерапії, при якому допомога надається одночасно кільком клієнтам. Виникнення групової психотерапії, як пояснював Я. Морено, викликана недостатньою кількістю психотерапевтів і

значною економією часу. Найпершим методом групової психотерапії була психодрама [48].

У 40-х роках виникають Т-групи, представником яких є К. Левін, які передбачають розвиток міжособистісних стосунків і вивчення процесів у малих групах і в їх різноманітті - група сенситивності. Сьогодні ці групи трансформувалися на групи розвитку навичок і групи розвитку особистості або групи зустрічей.

Як зазначає Карпенко Є., вплив групової психотерапії впливає на три важливі компоненти: почуття, мислення, поведінку. У когнітивній сфері групова психотерапія допомагає своїм учасникам зрозуміти причини проблем і шляхи їх вирішення, характерні захисні механізми, особливості поведінки, справжні мотиви, бажання, тощо. Емоційний вплив складається з підтримки з боку групи, вираження власних почуттів і катарсису. Вплив на поведінку – це можливість розпізнати власні неадекватні моделі (стратегії) поведінки та виробити і закріпити нові моделі поведінки [19, 53].

Групова психотерапія може використовуватися як для лікування психіки пацієнтів психіатричних лікарень, так і для звичайних психічно здорових людей, для вирішення особистих і міжособистісних проблем, для допомоги при невротичних розладах, для поліпшення саморозуміння і т. д. [19, 54]

Ряд науковців зазначають, що мета і цілі групової психотерапії як методу, спрямованого на особистісні зміни, певною мірою відрізняються в залежності від теоретичних уявлень про особистість і природу її порушень, але звернення до групової динаміки істотно зближує ці позиції. Загалом, метою групової психотерапії є розкриття, аналіз, сприйняття і переробка проблем клієнта, його внутрішньо-особистісних і міжособистісних конфліктів, корекція неадекватних відносин, установок, емоційних і поведінкових стереотипів на основі аналізу і використання міжособистісних взаємодій. З урахуванням трьох рівнів очікуваних змін (когнітивного, емоційного та поведінкового) конкретні завдання групової психотерапії

можна сформулювати так:

1. Когнітивна сфера (поведінковий аспект, інтелектуальна свідомість). Групова психотерапія має на меті допомогти клієнту розпізнати:

— зв'язок психогенних факторів з виникненням, розвитком і підтриманням власного захворювання;

— які ситуації в групі та в реальному житті викликають напругу, тривогу, страх та інші негативні емоції, що породжують появу фіксації та посилення симптоматики;

— зв'язок між негативними емоціями та появою, фіксацією та посиленням симптоматики;

— особливості поведінки та емоційного реагування;

— як людина виглядає зі сторони, як її поведінку сприймають інші, як її оцінюють;

— наявна невідповідність між власним Я та сприйняттям оточуючих;

— власні мотиви, потреби, прагнення, стосунки, установки, особливості поведінки та емоційні реакції, а також ступінь їх адекватності, реалістичності та конструктивності;

— характерні механізми захисту;

— внутрішні психологічні проблеми та конфлікти;

— особливості міжособистісної взаємодії, міжособистісні конфлікти та їх причини;

— глибші причини переживань, способи реагування з дитинства, а також умови й особливості формування системи стосунків;

— власна роль, ступінь власної участі у створенні та підтримці конфліктів і травматичних ситуацій, а також питання про те, як можна уникнути їх повторення в майбутньому [40, 407-408; 30; 46].

Отже, завдання інтелектуального усвідомлення можна звести до наступних трьох аспектів: усвідомлення зв'язків людина-ситуація-хвороба, усвідомлення міжособистісного контексту власної особистості та усвідомлення генетичного (історичного) плану.

2. Емоційна сфера. Групова психотерапія має допомогти клієнту:

— отримати емоційну підтримку з боку групи та психотерапевта, що призводить до підвищення самооцінки, ослаблення захисних механізмів, підвищення відкритості, активності та спонтанності;

— переживати в групі ті відчуття, які людина часто відчуває в реальному житті, відтворюючи емоційні ситуації, які у неї були насправді і з якими вона не могла впоратися раніше;

— переживати неадекватність деяких своїх емоційних реакцій;

— навчитися щирості до себе та інших людей;

— стати більш вільною у вираженні власних негативних і позитивних почуттів;

— навчитися розуміти і точніше виражати свої почуття;

— розкрити свої проблеми на основі відповідного досвіду;

— модифікувати характер переживань, емоційне реагування, самосприйняття і взаємини з оточуючими;

— здійснити емоційну корекцію стосунків [40, 408; 45; 21].

Загалом, завдання в емоційній сфері включають такі основні аспекти: отримання емоційної підтримки та розвиток більш позитивного ставлення до себе; безпосереднє переживання нових вражень у групі та усвідомлення себе; точне розпізнавання та вербалізація власних емоцій; повторне переживання та усвідомлення минулого емоційного досвіду, а також, отримання нового емоційного досвіду в групі.

3. Поведінкова сфера. Групова психотерапія має допомогти клієнту:

1) розпізнати власні неадекватні стереотипи поведінки;

2) набути навичок більш щирого, глибшого і вільного спілкування;

3) подолати неадекватну поведінку, що проявляється в групі, особливо пов'язану з уникненням суб'єктивно складних ситуацій;

4) розвивати поведінку, пов'язану зі співробітництвом, взаємодопомогою, відповідальністю та незалежністю;

5) закріплювати нові форми поведінки, особливо ті, що сприяють відповідній адаптації та функціонуванню в реальному житті;

6) розвивати та закріплювати відповідні форми поведінки та реагування на основі досягнень у когнітивній та емоційній сферах [40, 409; 31; 49].

У цілому завдання групової психотерапії в поведінковій сфері можна визначити як розвиток ефективної саморегуляції.

Таким чином, завдання групової психотерапії зосереджені на трьох компонентах самосприйняття: саморозуміння (когнітивний аспект), ставлення до себе і саморегуляція (поведінковий аспект), що дозволяє визначити загальну мету групової психотерапії - розширення сфери самосприйняття та самосвідомості клієнта.

Групова психотерапія базується на кількох важливих теоріях і концепціях, які в свою чергу визначаються як групи [54; 48; 36; 34]:

— *Психоаналітичні групи* - створюються умови, які дозволяють учасникам знову пережити свій ранній досвід життя в первинній сім'ї. На перший план виходять почуття, які пов'язані з минулими подіями і впливають на поточну поведінку. Допомагає зрозуміти причини розвитку патології і сприяє корекції емоційних переживань.

— *Психодраматичні групи* - вивільняються пригнічені почуття, надається допомога учасникам знайти нові, більш ефективні способи поведінки та нові шляхи вирішення конфліктів. Учасникам пропонується відчути домінуючі сторони себе.

— *Екзистенційні групи* - створюються передумови для розширення самосвідомості та усунення перешкод у процесі особистісного вдосконалення. Учасникам допомагають відкрити свободу вибору та користуватися нею, заохочується прийняття відповідальності за власні

рішення; надається допомога зрозуміти власне життя як «буття у світі».

— *Особистісно-орієнтовані групи* - створюється безпечна атмосфера, в якій учасники можуть дослідити свої почуття, надається допомога, щоб стати більш відкритими до нового досвіду та мати більше впевненості в собі та своїх рішеннях; заохочення учасників жити сьогоденням, розвивати відкритість, щирість і безпосередність; дається учасникам можливість «зустрітися» з іншими та подолати почуття відчуженості.

— *Гештальт-групи* – дають можливість учасникам звернути увагу на хід власного досвіду та спонукають їх визнати та прийняти раніше ігноровані аспекти себе.

— *Групи транзакційного аналізу* - допомагають учасникам позбутися «сценаріїв» та «ігор» у власних стосунках; переоцінити свої попередні рішення та прийняти нові на основі більш усвідомленого знання.

— *Групи поведінкової терапії* - допомагають учасникам позбутися неконструктивної поведінки та навчитися більш ефективної поведінки; загальна мета зводиться до дуже конкретних цілей.

— *Групи раціональної емоційної терапії* – допомагають учасникам оцінити свою минулу поведінку та спланувати зміни; навчають їх реалістичної та відповідальної поведінки.

Галушко Л.Я. та Манжара С.О. визначають, що групова психотерапія переважно використовує вербальні методи, а також орієнтовані на дію або біхевіоральні методи. Останнім часом все більшого значення набувають підходи орієнтовані на діяльність. Вони містять психотерапевтичні елементи та основні принципи вище зазначених методів, але відрізняються від них акцентом на активній діяльності та групових вправах [6, 153].

І. Ялом і С. Кратохвіл визначили провідні механізми корекційного впливу [42, 17-18]:

1. *Інформаційні повідомлення:* у процесі групової корекції клієнт отримує різноманітну інформацію про особливості поведінки, конфлікти, суть психокорекції та обмін інформацією між учасниками групи.

2. *Навіювання надії*: виникнення надії на успіх у вирішенні проблеми під впливом поліпшення стану інших клієнтів і власних успіхів у певній діяльності. Успішна психокорекція клієнта є позитивним прикладом для інших.

3. *Універсальність страждань*, переживань і розуміння клієнтом того, що він не один, що інші члени групи також відчувають проблеми і страждання. Розуміння цього допомагає подолати егоцентричне ставлення і створити відчуття близькості та єдності з групою.

4. *Альтруїзм*: здатність допомагати один одному в процесі корекції групи. При цьому клієнт стає більш впевненим у собі. Він відчуває свою здатність бути корисним і потрібним, починає глибше поважати себе і вірить у свій потенціал добра і справедливості.

5. *Корегувальні рекапітуляції первісної родинної групи*: клієнти висловлюють у групі проблеми, що виникають у батьківській родині, почуття та поведінку, що характеризують батьківські та сімейні стосунки в минулому. Шляхом виявлення та реконструкції попередніх емоційно-поведінкових стереотипів у групі, коли психолог виступає для клієнта як батько чи мати, а інші учасники – як брати, сестри тощо, можна виділити їх, виходячи з поточної ситуації.

6. *Розвиток техніки міжособистісного спілкування*: клієнт має можливість шляхом зворотного зв’язку та аналізу власного досвіду розпізнати свою неадекватну міжособистісну взаємодію та змінити її в ситуації взаємоприйняття, створити та закріпити норми, більш конструктивні способи поведінки та спілкування.

7. *Імітаційна поведінка*: наслідуючи психолога чи інших успішних членів групи, клієнт може навчитися більш конструктивної поведінки.

8. *Інтерперсональний вплив*: отримувати нову, більш розширену інформацію про себе через зворотній зв'язок, що призводить до зміни та розширення образу «Я».

9. *Групова згуртованість*: привабливість групи для її членів, непереборне бажання залишатися в групі, відчуття приналежності до групи, довіра, прийняття групою, взаємне прийняття один одного, почуття спільності.

10. *Катарсис*: реакція, емоційна розрядка, вираження сильних почуттів.

11. *Коригувальні емоційні переживання* пов'язані з минулим і груповим досвідом клієнта. Виникнення в групі різних емоційних ситуацій, з якими клієнт не може впоратися в реальному житті, дає можливість виокремити, проаналізувати, пропрацювати ці переживання в особливих пенітенціарних умовах, а також визначити більш адекватні форми емоційного реагування.

12. *Конфронтація*: зіткнення клієнта з самим собою, зі своїми проблемами, конфліктами, відносинами, емоційними і поведінковими стереотипами відбувається через зворотний зв'язок між учасниками групи.

13. *Навчання*: група виступає моделлю реальної поведінки клієнта, виявляючи типові стереотипи поведінки. Групова ситуація унікальна тим, що дозволяє клієнту позбутися неадекватних моделей поведінки та набути навичок доброзичливого та гармонійного спілкування [42, 17-18].

Успіх групової психокорекції та психотерапії багато в чому залежить від особистості керівника (тренера групи). Лідер групи зазвичай виконує чотири ролі: експерта, каталізатора, провідника та зразка для наслідування. Це означає, що він коментує групові процеси і допомагає учасникам об'єктивно оцінити свою поведінку та її вплив на ситуацію, сприяє розвитку подій; збалансовує внесок кожного учасника у групову взаємодію; відкритий і автентичний [1; 9].

Спираючись Осику О.В., Осику К.С., Мушкевич М. І., Чагарну С. Є., Карпенко Є. зазначимо, що при комплектуванні корекційної групи слід керуватися такими принципами [42, 14-15; 40, 414, 19, 55].

1. *Добровільність*. Клієнт самостійно приймає рішення працювати в корекційній групі, тому що він повинен бути особисто зацікавлений у власних змінах. Не можна змусити людину приєднатися до групи.

2. *Свідомість (інформованість)*. Клієнт має право заздалегідь знати все, що з ним може статися, а також процеси, що відбуваються в групі. Тому, перед початком роботи з клієнтом проводиться бесіда про те, що таке групова робота, яка її мета і яких результатів можна досягти.

3. *Віковий та статевий склад групи*. Групова корекція застосовується в різних вікових групах від дошкільного віку до людей похилого віку. Бажано, щоб вік учасників групи був приблизно однаковим. Для осіб старше 50 років і молодше 18 років бажано формувати групи не тільки одного віку, але й приблизно однакової кількості чоловіків і жінок.

4. *Однорідність і неоднорідність групового поділу*. Основою визначення однорідності та гетерогенності групи є такі критерії: демографічний (вік, стать, освіта), проблемний (симптоми, вид розладу, психологічний діагноз), особистісний (характер, інтелект, коло інтересів). У неоднорідних групах емоційний стрес і конфіденційність можуть бути більшими, а конфлікт може виражатися більш природно. Неоднорідність може сприяти ізоляції окремих членів групи. Ці групи більш ефективні в тих випадках, коли корекційний вплив розрахований на більш тривалий термін і спрямований на виправлення характеру і поведінки. Гомогенні групи більш згуртовані, менше конфліктують, а члени групи прагнуть надавати один одному емоційну підтримку. Схожість між клієнтами сприяє емпатії та глибшому розумінню катарсису.

5. *Професійний склад групи*. За професійним складом виділяють групи вчителів шкіл, групи вихователів дитячих садків, робітників і керівників підприємств та ін.

6. *Відкритість і закритість груп*. Групова корекція проводиться як у відкритих, так і в закритих групах. Відкрита група може мати постійний приплив нових клієнтів. Працює нескінченно. У закритій групі кількість учасників постійна.

7. *Кількісна характеристика груп*. Великі групи складаються з 25-30 осіб, середні групи складаються з 8-12 осіб і малі групи складаються з 4-5 осіб.

8. *Термін існування групи* може бути короткостроковим (1 – 6 місяців) і тривалим (до кількох років).

9. *Періодичність і тривалість групових занять*. Оптимальний графік – 3-4 заняття на тиждень, тривалість яких залежить від віку клієнта. Іноді проводяться марафони, які тривають 16-18 годин без перерви [42, 14-15; 40, 414, 19, 55].

Групова психотерапія є важливим методом психологічного впливу та реабілітації, яка використовується в багатьох галузях практичної психології, психіатрії та соціальної роботи. Через спільну взаємодію учасників терапевтичного процесу створюються умови для саморозкриття, самопізнання та підтримки, які сприяють особистісному зростанню та соціальній адаптації. В українському науковому дискурсі групова психотерапія розглядається як інструмент, який має як переваги, так і недоліки.

Як зазначає Карпенко Є., групова психотерапія дозволяє розширити межі «відомого Я» особистості через досвід, знання та почуття її учасників. Крім того, виділяють наступні переваги групової психотерапії [19, 54-55]:

— потенційно можна працювати з усіма учасниками одночасно, а не з одним, як з окремою людиною;

— міжособистісне навчання - група дозволяє подивитися на себе і свої проблеми очима інших і моделювати свою поведінку «тут і зараз». У групі людина може відчувати різноманітні реакції на свою поведінку з боку інших учасників і використовувати їх для усвідомлення наслідків своєї

поведінки не лише в групі, а й поза нею. Група не тільки дозволяє учасникам цілісно зрозуміти себе, але й підтримує у спробі нових моделей поведінки;

— узгодженість із повсякденною реальністю індивіда - через міжособистісне спілкування в групі та поза нею, відбувається перенесення нових концепцій, групового досвіду, поведінки, нового образу себе та стосунків з іншими в реальне життя поза груповим колом;

— додаткова можливість для самовдосконалення - група надає учасникам можливість обмінюватися життєвим досвідом, способами створення та вирішення проблем, вчитися досвіду інших учасників.

Однак, групова психотерапія також має певні обмеження:

— проблемна поведінка деяких членів групи, які через свої особистісні особливості не можуть ефективно вирішувати свої проблеми в групі та перешкоджають цьому іншим;

— іноді атмосфера в групі, створена згуртованістю учасників і правилами командної роботи, можуть сприяти конформності поведінки учасників;

— деякі групові норми, необхідні для роботи (емпатія, чесність), не часто зустрічаються в реальному житті. У цьому плані є загроза «залипання» індивідом на групу і тим самим уникнення реальності [19, 54-55].

Проаналізувавши наукові погляди багатьох вчених, ми визначити ряд переваг групової психотерапії, які полягають в наступному:

Соціальна підтримка та взаємодія. Групова психотерапія створює сприятливе середовище, яке змушує учасників відчувати себе прийнятими та співпереживати іншими. Це допомагає зменшити соціальну ізоляцію та покращити соціальне функціонування. Групова терапія сприяє формуванню міжособистісних зв’язків, це підтверджує дослідження українських вчених, таких як Л.Г. Добрянської, яка акцентує увагу на важливості соціальної взаємодії в процесі терапії [12, 56].

Моделювання міжособистісних стосунків. У груповій обстановці клієнти можуть спостерігати за поведінкою інших учасників і моделювати

нові способи взаємодії та адаптації. Це допомагає виробити нові стратегії поведінки та навички управління стресом. Цей підхід підтверджено як ефективний, оскільки дозволяє учасникам побачити результати змін не лише в собі, а й у партнерах по групі, таке твердження підтверджуються у роботі науковця Пономаренко В.А. [43, 36-36]

Атмосфера безпеки та відсутності осуду. Групова терапія створює середовище, в якому учасники можуть відкрито обговорювати свої проблеми, не боячись осуду. Це допомагає зменшити страхи та стимулює самопізнання. М.К. Гнатюк зазначає, що ефективність групової психотерапії значною мірою залежить від якості терапевтичного середовища, створеного всередині групи [7, 79-80].

Широкий діапазон охоплених тем. Групова психотерапія є універсальною, оскільки охоплює широкий спектр проблем - від депресії до проблем із самооцінкою. Українські дослідники виявили ефективність групової терапії при тривожних розладах, депресіях, залежностях, розладах особистості та розладах міжособистісних стосунків [27, 25].

Недоліки групової психотерапії, полягають в наступному:

Межі групової психотерапії. Можливість конфліктів між учасниками. У груповій обстановці між учасниками може виникнути конфлікт, який, якщо його не вирішити належним чином, може негативно вплинути на ефективність терапії. Як зазначає В. Г. Орлова, конфлікт у групі може призвести до підвищення тривожності учасників і зниження їх відкритості [41, 51].

Недостатній індивідуальний підхід. Оскільки групова терапія зосереджена на колективному процесі, індивідуальні потреби учасників не завжди можуть бути повністю задоволені. Деякі учасники вимагають підвищеної та індивідуальної уваги, що не завжди можливо в груповій терапії. Про це зазначає А. І. Задорожний та підкреслює важливість диференційованих підходів у роботі з групами [15, 46].

Залежність від навичок терапевта. Ефективність групової психотерапії багато в чому залежить від компетентності терапевта, який повинен вміти вести групу, управляти динамікою і запобігати конфліктам. Згідно з дослідженнями Ковальчук П.В., некомпетентний терапевт може знизити ефективність терапії або навіть завдати психологічної шкоди [20, 20].

Психологічна підготовка учасників. Не всі учасники бажають брати активну участь у груповій терапії, особливо якщо вони мають високий рівень соціальної тривожності або страх перед груповою взаємодією. К. М. Демчук зазначає, що окремі клієнти потребують індивідуальної роботи перед приєднанням до групи [11, 43].

З усього вище зазначеного, можемо сказати, що групова психотерапія є ефективним методом психологічної допомоги, який має ряд переваг і недоліків. Основні переваги включають можливості для соціального навчання, емоційну підтримку та навички міжособистісного спілкування. Взаємодіючи з іншими членами групи, клієнти можуть вчитися на їхньому досвіді, що допомагає їм краще зрозуміти власні проблеми та знайти шляхи їх вирішення. Спілкування в групі також сприяє зменшенню відчуття ізоляції та самотності, що є важливим фактором покращення психоемоційного стану клієнтів.

Крім того, групова психотерапія надає простір для практики нових форм поведінки, таких як співчуття, саморефлексія та ефективне спілкування. Це дозволяє учасникам отримувати негайний зворотний зв’язок і коригувати своє ставлення та поведінку. Групові сеанси часто обходяться дешевше індивідуальної терапії, що робить їх більш привабливими для багатьох клієнтів.

Однак, групова психотерапія має і певні обмеження. Зокрема, не всі клієнти можуть адаптуватися до середовища групової роботи – деякі можуть відчувати труднощі з відкритим вираженням почуттів або збереженням конфіденційності. Також, важливо враховувати, можливість тиску з боку

однолітків, який може перешкоджати вільному висловлюванню та навіть посилювати психологічні бар'єри окремих учасників. Обмеженням також може бути неможливість приділити індивідуальну увагу кожному клієнту, що може вплинути на якість терапевтичного процесу, особливо для пацієнтів з більш глибокими індивідуальними проблемами.

Підсумовуючи, можна сказати, що групова психотерапія є ефективним підходом до лікування широкого кола психологічних проблем, але вимагає відповідних умов і підготовки як для учасників, так і для терапевтів. Тому, для досягнення позитивного результату, важливо враховувати переваги цього методу, розуміти його обмеження та адаптувати терапію до індивідуальних потреб учасників.

1.3. Особливості групової динаміки в групах співзалежних

Чагарна С.Є. та Мушкевич М. І. зазначають, що у груповій психотерапії психотерапевтична група є основним терапевтичним інструментом, яка дозволяє зрозуміти та вирішити проблеми клієнта через міжособистісну взаємодію та групову динаміку.

Групова динаміка — це сукупність групових дій і взаємодій, які виникають у результаті взаємовідносин і взаємодії учасників групи, їх діяльності та впливу зовнішнього середовища, і являє собою розвиток або рух групи в часовому вимірі. В цілому групова динаміка визначається цілями, завданнями і нормами групи, її структурою, структурою лідерства, груповими ролями, груповою згуртованістю, груповою напругою, актуалізацією попередніх емоційних переживань, формуванням підгруп і основними вербальними видами спілкування в групі. У процесі роботи обговорюються всі елементи групової динаміки, оскільки вони найбільш яскраво виражають особливості системи стосунків, установок, поведінкових особливостей, тощо [40,409].

Афанасьєва Н.Є. визначає групову динаміку — як «сукупність соціально-психологічних процесів і явищ усередині групи, дослідження міцності структур і процесів, що діють у групі» [2, 65].

Група – це певна спільнота людей з обмеженою кількістю учасників (до 20), близько 8-14 осіб, що характеризується безпосередніми контактами, відносно постійним складом учасників, розподілом ролей.

Проаналізовані наукові джерела, дозволили нам виділити елементи групової динаміки [2; 34; 10; 28].

1. Цілі та завдання групи.

- терапевтичні цілі: розуміння проблем кожного учасника групи, особистісне зростання, лікування.

–антитерапевтичні цілі.

На початку роботи терапевт не дає жодної інформації про цілі та завдання групи. Пропонується обговорити цілі та завдання з точки зору кожного члена групи, з їхніми очікуваннями залежно від цілей та завдань [2, 65-68].

2. *Групові норми* – правила всередині групи .

Норми — це визнані правила поведінки, які регламентують дії учасників і встановлюють санкції та покарання за їх порушення. Санкції повинні бути обговорені та затверджені групою, а не накладені її лідерами [19, 60]. До принципів і норм психотерапевтичної групи належать:

Зазвичай вони не чітко оголошуються на початку, але створюються разом у групі:

- відкритий вияв почуттів;
- неосудливі думки;
- обов'язковий вислів;
- активність;
- толерантність;
- ухвалення позиція інших.

Норми можуть бути терапевтичними або антитерапевтичними, наприклад, вислови по колу [2, 65-68].

3. *Структура групи, групові ролі, проблеми лідерства*.

Структура групи буває:

Структура:

- формальна - тренери та клієнти;

– неформальна - характеризується міжособистісною взаємодією людей.

Структура групи залежить від ролей, які виконують її члени, і соціометричного статусу, яким вони володіють. Залежно від розвитку групи та взаємодії між її членами рольові та статусні структури можуть змінюватися [19, 61].

Ролі в групі:

Ролі - це поведінка, прийнята членами групи і розглядається як така, що відповідає інтересам групи. Р. Шиндлер описав чотири найпоширеніші групові ролі [19, 61] :

- альфа-позиція – лідер, який імпонує групі та стимулює активність;

- бета-позиція – експерт, якого високо цінує група, який досліджує ситуацію, аналізує її і знаходиться на достатній відстані від групи;

- гамма-позиція – пасивна, легко адаптована, конформістська;

- позиція омега - крайній, відстає або відрізняється від інших членів групи.

Лідерство пов'язане з проблемою лідерства, залежності, відносин з формальним лідером (психотерапевтом) і конкуренцією [2, 65-68].

4. Групова згуртованість.

Привабливість групи для її учасників є важливим елементом групової динаміки: чим вище згуртованість групи, тим ефективніше група по відношенню до окремого пацієнта.

5. *Групова напруга* (протилежність згуртованості) – відцентрові сили, які розривають групу. Група існує в балансі між згуртованістю та напругою. Групова напруженість неминуча, але має не тільки негативні, а й позитивні функції:

– фактор, що активізує зусилля до змін, стимулятор активності.

– фактор, який показує негативні емоції, дозволяє їх проявляти і говорити про них.

- фактор, що активізує прояви незвичних, але типових для людини стереотипів поведінки.

Групова напруженість сприяє діагностиці негативних емоцій.

Якщо переважає згуртованість, то психотерапевтичний ефект низький. Якщо переважає напруга, високий ризик розпаду групи.

6. Актуалізація попередніх емоційних переживань.

Дозволяє діагностувати проблему пацієнта та знайти шляхи її зміни: ідентифікація, проекція власних переживань на інших учасників групи.

7. Утворення підгрупи.

Негативний показник, терапевт повинен з'ясувати цілі та завдання підгрупи; причини їх виникнення сприяють розпаду підгруп.

8. Основні види вербального спілкування в групі.

При аналізі форми виразу можна виділити проблеми:

- питання;

- відповідь;

– гіпотези.

9. Процес групової психотерапії. Фазовість процесу.

Перша фаза – Орієнтація, пошук сенсу, пасивне очікування.

Висока напруга в групі:

- індивідуальна складова, пов'язана з проблемами кожного пацієнта;

- груповий компонент, оскільки існують значні відмінності в очікуваннях психотерапевта (як він повинен поводитися) і його реальній поведінці.

Пасивна поведінка клієнтів: виявляється під час зняття стресу через неконструктивну діяльність.

Підфази:

- псевдокогезія – через активну лідерську роль клієнта, драматизацію травмуючих факторів, ескалацію ситуації; ми хороші, вони погані, вони мають змінитися – тупик;

- козел відпущення - неконструктивна критика, яка терпить роздратування, зменшується неконструктивною критикою одного з членів групи.

Друга фаза – розгальмування гніву, бунт проти терапевта.

Високий рівень напруги, поведінка учасників групи більш активна, афективно насичена і більш агресивна по відношенню до психотерапевта.

Одним з показників є велика кількість питань до психотерапевта. Або агресія до методу (непряма). Про агресію відкрито не говорять (думки: або поганий фахівець, або погана людина).

Конструктивне вирішення ситуації - відкрите вираження емоцій до психотерапевта та обговорення причин, що призводять до агресії, як результат - вирішення конфлікту.

На цьому етапі вирішуються основні проблеми особистості:

- проблема відповідальності (перекладання на психотерапевта) - невротичний симптом - спосіб перекласти відповідальність з себе на своє тіло або організм;

- стосунки з авторитетами (з батьківською фігурою) - з одного боку, прагнення привернути увагу психотерапевта, з іншого боку, емансипація від конфліктів з психотерапевтом характерна для інфантильних клієнтів;

- проблема негативних емоцій – можливість відверто поговорити про це з психотерапевтом; реатрибуція негативних емоцій – кому людина приписує пережиті емоції; прийняття – «Я відповідаю як за позитивні, так і за негативні відчуття».

Конструктивним завершенням фази є відкрите вираження агресії та її переробка.

Третя фаза. – Розробка групових норм.

Різка зміна характеру взаємодії. Формується групова згуртованість, цілі, норми, тобто групова культура.

Четверта фаза - *Робоча фаза*, усвідомлення цілеспрямованої дії, розвиток нових форм поведінки. Активно працююча психотерапевтична група.

1, 2, 3 етапи займають до чверті всього робочого часу групи і називаються підготовчими [2, 65-68; 34; 10; 28].

Більшість дослідників, таких як С. Д. Максименко, О. О. Прокоф'єва, Я. В. Цехмістер, Мушкевич М. І., Чагарна С. Є., процес групової психотерапії описують певні закономірності розвитку психотерапевтичного процесу в групі за наявності чітко визначених фаз.

Фази розвитку психотерапевтичної групи - це фази групового процесу, що характеризуються специфічними видами діяльності та взаємодії учасників групи, а також виконанням різноманітних функцій [44; 40, 410].

Перша фаза - це фаза формування групи, яка збігається з приходом клієнтів та їх адаптацією до нових умов.

Друга фаза характеризується високим рівнем напруги, але на відміну від першої фази, в якій напруга супроводжується пасивністю клієнтів, тут їх поведінка стає більш активною, афективно насиченою, з прихованою або відкритою агресією по відношенню до психотерапевта.

Третя фаза характеризується процесом структурування групи та закріплення її норм, цілей і цінностей.

Четверта фаза – фаза активно працюючої групи, заснована на згуртованості, зацікавленості учасників один в одному, емоційній підтримці, щирості та спонтанності, створеній на попередній фазі [40, 410].

Всі описані фази створює можливості для розвитку процесу, спрямованого на самостійне вирішення психотерапевтичних проблем. Цей процес починається з фази залежності та пошукової поведінки, проходить через фазу виникнення, загострення та вирішення внутрішньо-групових конфліктів і рухається в напрямку формування групової згуртованості та ефективного вирішення проблем.

Основні методи групової психотерапії поділяються на [2, 68]:

1. Групова дискусія (усна, вербальна):

– спрямованість на взаємодію (аналіз групової динаміки).

– біографічні (аналіз біографії особи).

– тематичний (розбір теми).

2. Психодрама (вербальна).

3. Психогімнастика (невербальна) – основний засіб взаємодії – рухова активність, міміка.

4. Проективне малювання (невербальне).

5. Музикотерапія (невербальна) [2, 68].

Отже, проаналізувавши основи групової динамики, можемо зазначити, що групова динаміка є важливим аспектом психотерапевтичної роботи з людьми з проблемами співзалежності. В Україні ця тема активно досліджується з точки зору ролі та ефективності групової психотерапії для людей із співзалежністю. Особливості групової динаміки в таких групах мають свої специфічні особливості, пов'язані з емоційною залежністю учасників, а також потребою в підтримці і взаєморозумінні. Проаналізовано основні аспекти групової динаміки з урахуванням праць українських дослідників у галузі психології та психотерапії.

1. *Групова динаміка при роботі із співзалежними*: загальні аспекти групової динаміки включає процеси, які відбуваються всередині групи, коли її члени взаємодіють один з одним. На думку українських дослідників, таких як О.І. Бондаренко та Ю.О. Журавльова, динаміка співзалежних груп має особливий характер [3; 14]. Ключові характеристики цієї динаміки

включають високий рівень емоційної напруги, сильне бажання визнання та взаємозалежність між учасниками. Оскільки людям із співзалежністю потрібен емоційний зв'язок, це часто призводить до «злитих» стосунків, у яких члени групи можуть поглинати емоції один одного, сприяючи розвитку деструктивних моделей поведінки.

2. Фази розвитку групи співзалежних. Н.М. Корж та В.В. Товкач, зазначають, що групова динаміка співзалежних розвивається в певні фази [22; 50]:

— *Фаза знайомства та орієнтації*. На ранніх стадіях, коли учасники групи тільки починають знайомитися, вони можуть відчувати невпевненість і намагатися приховати свої справжні почуття. Ця фаза часто супроводжується помітною нервозністю і недовірою. Важливо, щоб терапевт допомагав учасникам знайти спільну мову та підтримував їх у побудові взаємодії.

— *Фаза протистояння і відкриття*. Коли учасники групи починають активніше взаємодіяти, можуть виникати конфлікти через різні погляди та різні емоційні переживання. За спостереженнями Бондаренко О.О., на цьому етапі відбуваються «сплески» негативних емоцій, оскільки учасники групи можуть відчувати потребу висловити свої внутрішні емоції та переживання [3].

— *Фаза інтеграції та колективної підтримки*. Після вирішення конфліктів група переходить до конструктивної взаємодії, у якій співзалежні члени можуть підтримувати один одного, відчуваючи при цьому почуття єдності та спільної мети. За словами Коржа Н.М., це один із найважливіших етапів, оскільки створює сприятливе середовище, необхідне для подолання співзалежності [22].

3. Роль терапевта у формуванні групової динаміки співзалежних

Роль терапевта особливо важлива в співзалежних групах, оскільки він або вона контролює процес групової динаміки та допомагає учасникам проходити всі етапи. Як зазначає Н.М. Корж зазначає, що терапевт повинен

створити атмосферу довіри, в якій учасники можуть відкрито висловлювати свої почуття, не боячись осуду. Він також повинен забезпечити структуру та підтримку під час конфлікту чи кризи. На думку Ю.А. Журавльова, терапевт повинен діяти як нейтральний спостерігач, який забезпечує зворотній зв'язок, але не стає частиною емоційних переживань групи [22; 14].

4. *Основні проблеми та труднощі групової динаміки в співзалежних групах*

За дослідженнями В.В. Толкача [50], основною складністю в роботі з групами співзалежних є небезпека надмірної емоційної залученості учасників, яка може знизити об'єктивність і порушити динамічну рівновагу в групі. Інші проблеми включають труднощі з довірою, тенденцію до злиття з іншими учасниками та можливість повернення до старих моделей поведінки. Терапевт повинен допомогти учасникам зрозуміти та подолати ці труднощі, заохочуючи конструктивне спілкування та саморефлексію.

Отже, можемо зробити висновок, що групова динаміка в співзалежних групах має деякі характеристики, які вимагають професійної уваги терапевта. Важливо визначити основні етапи розвитку групи, ролі учасників і важливість контролю емоційних переживань. Це підвищує ефективність групової терапії співзалежних і сприяє їх одужанню.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З СПІВЗАЛЕЖНИМИ

2.1. Методи, методика і процедура дослідження

Провівши теоретичний аналіз співзалежності та визначені особливості групової динаміки в групах співзалежних, вважаємо доцільним провести емпіричне дослідження серед співзалежних жінок, та встановити їх рівень співзалежності та самооцінки, за результатами емпіричного дослідження визначити доцільність розробки програми групової психотерапії для співзалежних.

Вибірку нашого дослідження склали 15 жінок віком від 30 до 45 років. Дослідження проводилось в офлайн форматі на базі психологічної студії «Персона» в м. Запоріжжя, дослідження проходило впродовж липня - серпня 2024 року.

Вважаємо важливим зазначити, що першочергово, нами було розміщено інформацію на онлайн-платформах та в соціальних мережах про безкоштовні групи підтримки для жінок, які знаходяться у співзалежних стосунках. Також було зазначено, що заняття будуть проводитись в офлайн режимі в м. Запоріжжі, під керівництвом психолога, психотерапевта, к.психол.н. О.В. Пучіної та асистента-психолога. До оголошення було додано гугл-форму, де всі бажаючи могли відповісти на основні питання та вказати свої данні. Далі нами було визначено 15 жінок, які знаходяться в співзалежних стосунках, та мають можливість відвідувати групову психотерапію.

Підбір методичного матеріалу для емпіричного дослідження здійснювався з урахуванням розробок вітчизняних та зарубіжних психологів.

З розглянутих психологічних методів вивчення співзалежності, нами було обрано комплекс методик, які можна було б використати в дослідженні, а саме: Шкала співзалежності (Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд) та Методика «Особистісний диференціал» (ОД).

1. Методика «Шкала співзалежності» (Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд) (у перекладі: О.С. Кочарян, Є.В. Фролова, І.О. Бару) [26] (Додаток А). Методика дозволяє оцінити рівень співзалежності у відносинах.

Опитувальник складається з 20 тверджень, кожне з яких має чотири варіанти відповіді:

«ніколи» – 1 бал,

«іноді» – 2 бали,

«досить часто» – 3 бали,

«майже завжди» – 4 бали.

Дослідники вважають, що «відсутність залежності» діагностується при оцінці від 20 до 39 балів, а високий рівень залежності визначається при оцінці від 40 або вище.

Бали поділяються на:

60-80 - дуже високий рівень залежних моделей.

40-59 - високий рівень залежних моделей.

30-39 - середній рівень залежних моделей.

20-29 - низький рівень залежних моделей.

2. Методика «Особистісний диференціал» (ОД). (адаптована Зелінською Т.М., Михайловою І.М.) [16] (Додаток Б).

Мета: визначення емоційно-оцінних ставлень людини до себе, її самооцінки.

Методика складається з бланка відповідей на якому представлено 21 пара прикметників, які характеризують особистість.

Методика містить три шкала факторів (О), (С), (А):

Фактор оцінки **(О)** свідчить про рівень *самоповаги-самоприниження*.

Фактор сили **(С)** свідчить про *усвідомлення і оцінку людиною своїх вольових якостей.*

Фактор активності **(А)** інтерпретується як свідчення *екстра-інтровертованості особистості.*

Загальний рівень вираження цих компонентів визначається у балах:

1) до-6 балів - низький рівень;

2) *від -5 до +5 балів* - середній;

3) *від +6 балів і більше* - високий.

Оптимальним рівнем розвитку факторів (О), (С), (А) слід вважати ті, що виражені високими балами та позитивними середніми.

Розкривши методи, методики і процедуру дослідження можемо переходити до результатів дослідження та їх інтерпретації.

2.2. Результати дослідження та їх інтерпретація

За результатами першої методики, а саме методика «Шкала співзалежності» (Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд) (у перекладі: О.С. Кочарян, Є.В. Фролова, І.О. Бару), ми отримали наступні результати, представлені в таблиці 2.1. та 2.2.

Таблиця 2.1.

Результати методики «Шкала співзалежності»

№ респондента	**Бали**	**Рівень залежних моделей**
1)	62	дуже високий рівень
2)	36	середній рівень
3)	55	високий рівень
4)	34	середній рівень
5)	48	високий рівень
6)	67	дуже високий рівень

Продовження таблиці 2.1

7)	37	середній рівень
8)	51	високий рівень
9)	35	середній рівень
10)	29	низький рівень
11)	71	дуже високий рівень
12)	56	високий рівень
13)	39	середній рівень
14)	46	високий рівень
15)	49	високий рівень

Таблиця 2.2.

Розподіл респондентів по рівням залежних моделей

Рівень залежних моделей	Кількість респондентів
Дуже високий рівень	3 респондента
Високий рівень	6 респондентів
Середній рівень	5 респондентів
Низький рівень	1 респондент

Для більш наглядного визначення представимо процентне співвідношення розподілу респондентів по рівням залежних моделей за методикою «Шкала співзалежності», представлено на рис. 2.2.

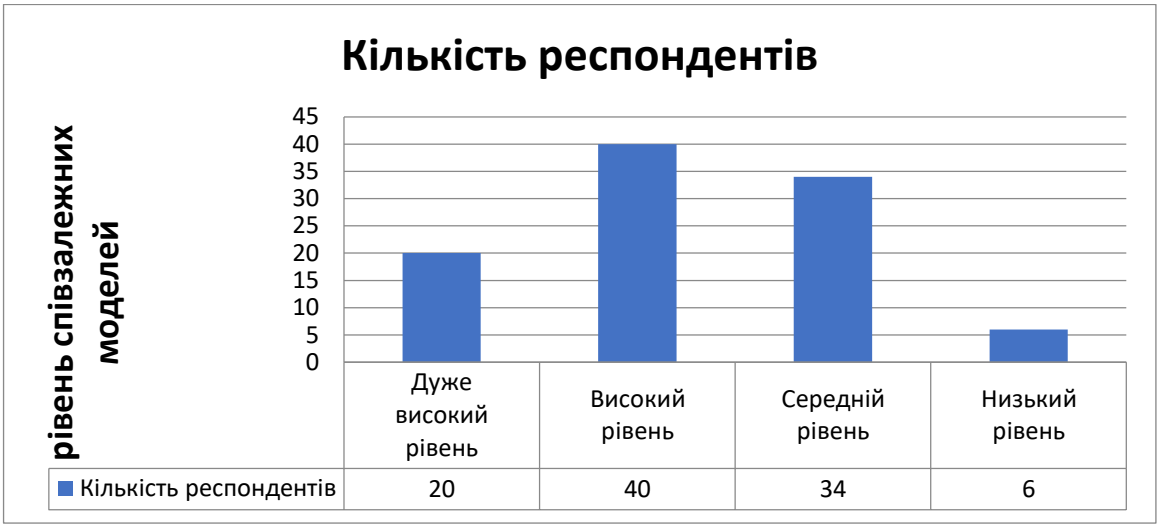


Рис. 2.2. Процентне співвідношення розподілу респондентів по рівням залежних моделей за методикою «Шкала співзалежності»

Отже, за результатами дослідження бачимо, що високий рівень залежних моделей визначено у 6 респондентів (40%), дуже високий рівень – у 3 респондентів (20%), ці показники, ми можемо зазначити як високий рівень співзалежності.

Середній рівень був виявлений у 5 респондентів (34%), і тільки 1 респондент має низький результат співзалежності, але якщо проаналізувати набрані бали, можна зауважити, що його результаті на межі до середнього рівня.

Наступні результати ми отримали за методикою «Особистісний диференціал» (ОД) (адаптованої Зелінською Т.М., Михайловою І.М.), представлені в таблиці 2.3

Таблиця 2.3

Результати за методикою «Особистісний диференціал» (ОД)

№ респондента	**Отримані бали**		
	Фактор О	**Фактор С**	**Фактор А**
1)	-6	-6	-6
2)	-4	+5	+4
3)	-4	-6	-5
4)	-5	+5	+4
5)	-5	+4	-4
6)	-6	-6	-6
7)	-4	+5	+4
8)	-4	-6	-5
9)	+5	+4	+5
10)	+5	+5	+5
11)	-6	-6	-6
12)	-6	-6	-5
13)	+4	+5	+4
14)	-4	-4	-4
15)	-6	-4	-5

Вважаємо доцільним розглянути кожен факто окремо, визначаючи його інтерпретацію. Фактор О – розкриває рівень самоповаги-самоприниження. Результати представлені в таблиці 2.4. та рис. 2.3.

Таблиця 2.4

Результати «Фактору О» за методикою «Особистісний диференціал» (ОД)

№ респондента	Рівень Фактор О	Рівень самоповаги-самоприниження
1)	- низький	самоприниження
2)	- середний	самоприниження
3)	- середний	самоприниження
4)	- середний	самоприниження
5)	- середний	самоприниження
6)	- низький	самоприниження
7)	- середний	самоприниження
8)	+ середній	самоповага
9)	- середний	самоприниження
10)	+ середній	самоповага
11)	- низький	самоприниження
12)	- низький	самоприниження
13)	+ середній	самоповага
14)	- середний	самоприниження
15)	- низький	самоприниження

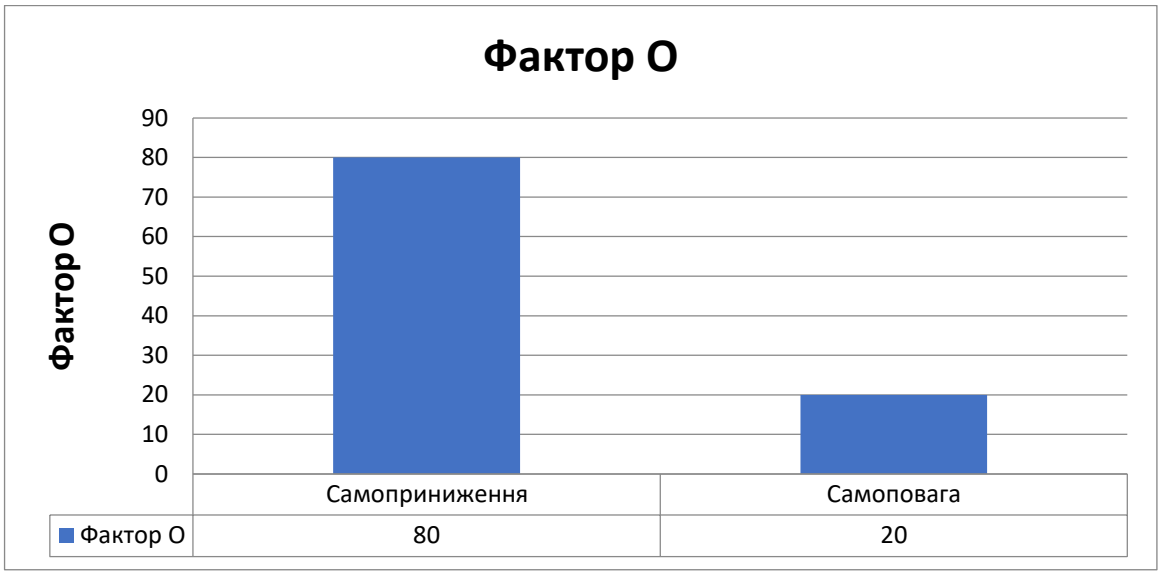


Рис. 2.3. Результати % співвідношення шкал самоприниження – самоповага за «Фактором О»

Отже, за результатами «Фактору О», 3 респондента (20%) набрали + високі бали, що визначає середній рівень самоповаги та свідчить про те, що респондент приймає себе як особистість, більш схильний до задоволеності собою, позитивно оцінює свої якості та здібності, схильний визнавати себе носієм позитивних, соціально бажаних якостей.

- зазначає низькі значення цього фактору, а саме рівень низький та середній рівень самоприниження, який набрали 12 (80%) респондентів. Респонденти з низьким та середнім рівнем самоприниження підкреслюють критичне ставлення до себе, незадоволеність власною поведінкою, низьким рівнем успішності, особистісними особливостями та низький рівень прийняття власного «Я».

Зазначимо, що «Фактор О» використовується для діагностики рівня привабливості, симпатії-антипатії та емоційного ставлення людини до власного образу «Я».

Можемо зробити висновок, що більшість респондентів нашої групи, а саме 80% жінок, які перебувають у співзалежних стосунках, демонструють антипатію та негативне емоційне ставлення до свого власного Я-образу. Це свідчить про наявність внутрішніх конфліктів і занижену самооцінку, характерну для людей, схильних до співзалежності. Ці жінки мають надмірну потребу в схваленні партнера, що призводить до викривленого сприйняття власного «Я» і концентрує їхню самооцінку на взаємодії з іншою людиною. Така модель поведінки заважає особистісному розвитку, оскільки самоідентифікація базується не на власних досягненнях чи якостях, а на партнері, що призводить до негативного емоційного ставлення до себе та ускладнює процес подолання співзалежності.

Наступний Фактор С – розкриває зв'язок між домінуванням і підкоренням у сприйнятті суб'єкта оцінювання 2.5. та рис. 2.4.

Таблиця 2.5

Результати «Фактору С» за методикою «Особистісний диференціал» (ОД)

№ респондента	Рівень Фактор С
1)	- низький
2)	+ середний
3)	- низький
4)	+ середний
5)	+ середний
6)	- низький
7)	+ середний
8)	- низький
9)	+ середний
10)	+ середній
11)	- низький
12)	- низький
13)	+ середній
14)	- середний
15)	- низький

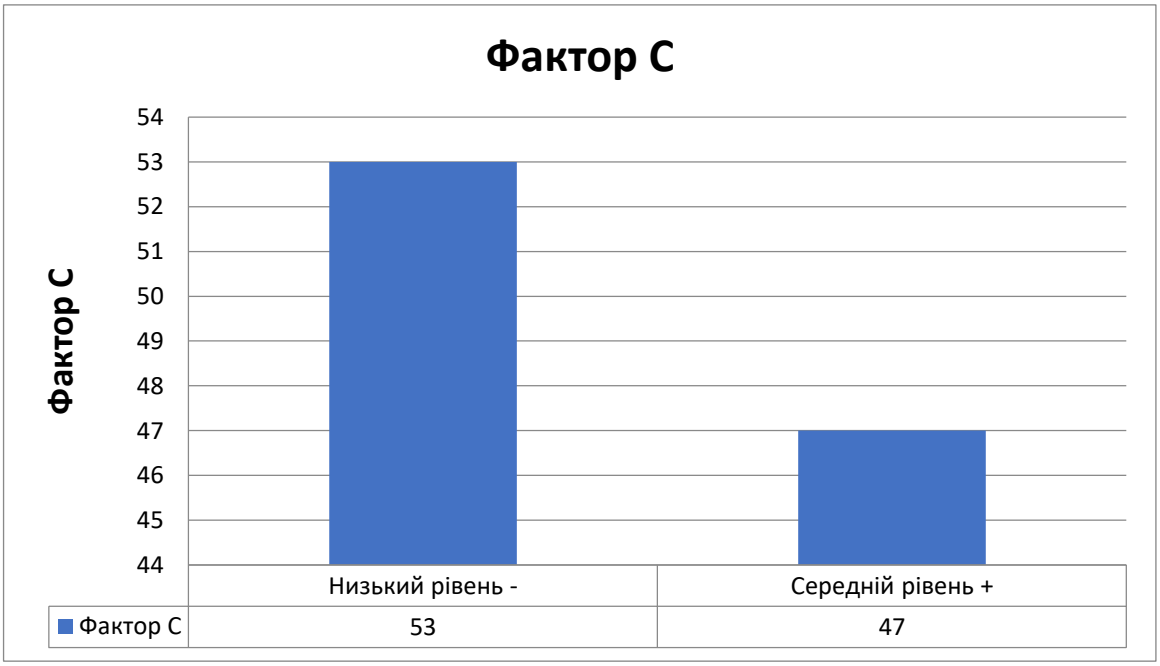


Рис. 2.4. Результати % співвідношення за «Фактором С»

Використання методики «Особистісний диференціал» (ОД) для дослідження рівня фактору С серед респондентів, які знаходяться у співзалежних стосунках показало наступні результати: + середній рівень цього фактору спостерігався у 7 (47%) респондентів, тоді як - низький рівень спостерігався у 8 (53%) респондентів. Це може вказувати на певні особливості розвитку та вираження особистісних рис у людей із співзалежністю.

Фактор С, який зазвичай асоціюється з емоційною стабільністю та внутрішньою стійкістю, може бути недооцінений респондентами у співзалежних стосунках через специфічну динаміку таких стосунків. Співзалежність часто супроводжується низьким рівнем впевненості в собі, підвищеною емоційною залежністю від інших і схильністю пристосовувати власні потреби до потреб партнера. Відповідно, можуть виникати труднощі із самоконтролем, внутрішньою стійкістю та прийняттям власних рішень, що відбивається на низькому рівні фактора С.

Середнє значення цього показника для деяких респондентів може свідчити про те, що риси особистості, пов'язані з емоційною стабільністю, в деяких випадках менш схильні до співзалежності. Це можуть бути респонденти з помірним рівнем автономії, які частково здатні підтримувати емоційну стабільність і межі у стосунках, незважаючи на співзалежність.

Фактор А – інтерпретується як свідчення екстравертованості або інтровертованості особистості. Результати представлені в таблиці 2.6. та рис. 2.5.

Таблиця 2.6

Результати «Фактору А» за методикою

«Особистісний диференціал» (ОД)

№ респондента	**Рівень Фактор О**	**Екстравертованість - Інтровертованість**
1)	- низький	інтровертованість
2)	+ середний	екстравертованість
3)	- середний	інтровертованість
4)	+середний	екстравертованість
5)	- середний	інтровертованість
6)	- низький	інтровертованість
7)	+середний	екстравертованість
8)	- середній	інтровертованість
9)	+середний	екстравертованість
10)	+ середній	екстравертованість
11)	- низький	інтровертованість
12)	- середній	інтровертованість
13)	+ середній	екстравертованість
14)	- середний	інтровертованість
15)	- середній	інтровертованість

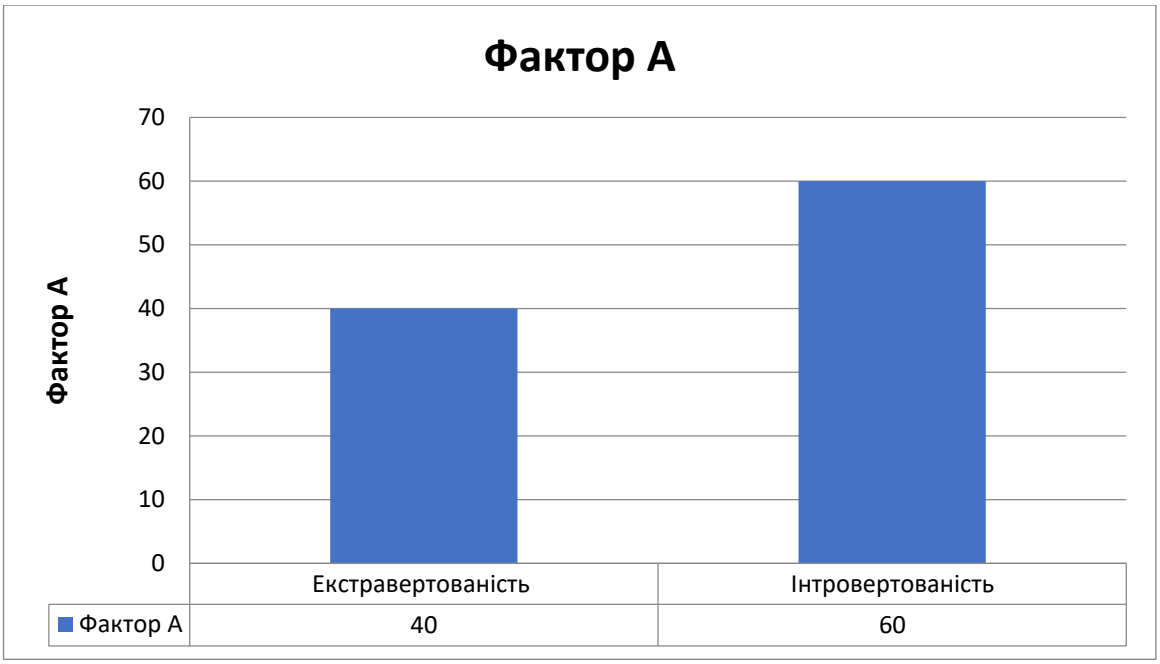


Рис. 2.5. Результати % співвідношення шкал екстравертованість – інтровертованість за «Фактором А»

Згідно з результатами методики «Особистісний диференціал» (ОД), більшість, а саме 9 (60%) респондентів, які знаходяться у співзалежних стосунках, демонструють інтовертованість, тоді як екстравертовність виявлена лише у 6 (40%) респондентів. Це можна пояснити особливостями співзалежних відносин, де часто спостерігається низький рівень відкритості, взаємозалежність і самопожертва. Інтровертовані риси можуть служити захисним механізмом, щоб уникнути надмірної емоційної залежності від партнера.

З точки зору групової динаміки, інтроверти у співзалежних стосунках можуть прагнути до саморефлексії та уникати відкритого конфлікту, що є типовою рисою цієї моделі стосунків. Це дозволяє зменшити зовнішні прояви негативних емоцій, але призводить до накопичення внутрішньої напруги, що дозволяє уникнути конфронтації, яка часто є деструктивною у співзалежних стосунках.

Таким чином, поширеність інтровертованих рис у факторі С вказує на стратегію уникнення, сформовану у відповідь на емоційну напругу у співзалежних стосунках, де переважають закритість і низький рівень особистої автономії.

Отже за результатами проведених методик, вважаємо за потрібне розробити програму групової психотерапії для співзалежних.

2.3. Розробка програми групової психотерапії для співзалежних

Розробка програми групової психотерапії для співзалежних створювалась на основі теоретичного аналізу нашої роботи, а саме підпунктів 1.2-1.3 та принципів групової динаміки групи.

Загальні принципи програми складаються з наступних етапів:

1. *Формування довіри:* для співзалежних надзвичайно важливо створити безпечне середовище, де вони можуть відкрито обговорювати свої емоції, страхи та досвід.
2. *Психоедукація:* кожна сесія включатиме елементи освітньої роботи для розвитку розуміння співзалежності, її ознак і механізмів.
3. *Розвиток навичок:* особлива увага буде приділятися технікам регуляції емоцій, встановленню особистих кордонів та розвитку здорових форм спілкування.
4. *Розвиток особистісної автономії:* через вправи і обговорення учасники поступово формуватимуть вміння встановлювати межі та послаблювати залежність від емоційного стану інших.

Програма розрахована на 8 зустрічей (по суботам), один раз на тиждень впродовж 2 місяців (липень – серпень 2024 р.)

Програма групової психотерапії для співзалежних

Ціль програми: допомогти учасникам розвинути самосвідомість, підвищити самооцінку та навчитися підтримувати здорові відносини, використовуючи групову підтримку та інтерактивні техніки.

Тиждень 1. Знайомство та формування довіри

Мета: створити атмосферу довіри, в якій учасники почуваються безпечно.

Зміст заняття: введення в тему співзалежності «Основи співзалежності: причини і наслідки», обговорення очікувань і правил.

Техніки: вправа "Історія мого імені", обговорення важливих подій у житті учасників, які пов'язані з темою самооцінки.

Групова динаміка: створення основи для довіри та відкритості.

Тиждень 2. Вивчення співзалежності

Мета: поглиблене розуміння співзалежності та її проявів.

Зміст заняття: психоедукація про співзалежність, її вплив на життя та відносини.

Техніки: вправа "Мої кордони", саморефлексія.

Групова динаміка: формування підтримуючого середовища та розуміння, що інші мають схожі труднощі.

Тиждень 3. Пізнання себе: робота із самооцінкою

Мета: усвідомлення факторів, що впливають на самооцінку.

Зміст заняття: обговорення впливу минулого досвіду на самооцінку.

Техніки: вправа "Дослідження власних сильних сторін", написання листа собі.

Групова динаміка: розвиток відчуття приналежності та підтримки у групі.

Тиждень 4. Формування нових переконань про себе

Мета: переформулювання негативних переконань та розвиток здорової самооцінки.

Зміст заняття: дослідження автоматичних думок і переконань про себе.

Техніки: когнітивно-поведінкова робота з установками, "Альтернативний сценарій" – створення позитивного образу себе.

Групова динаміка: підтримка учасників у зміні мислення через відгуки та обговорення.

Тиждень 5. Навчання встановлювати межі

Мета: розуміння важливості особистих кордонів.

Зміст заняття: психоедукація про кордони, як механізм самозахисту та поваги до себе.

Техніки: вправа "Мої межі", рольові ігри для відпрацювання навичок.

Групова динаміка: консолідація групи, розвиток взаємоповаги.

Тиждень 6. Розвиток самопідтримки

Мета: навчитися підтримувати себе в складних ситуаціях.

Зміст заняття: техніки для самопідтримки, внутрішня розмова.

Техніки: "Щоденник вдячності собі", техніки самозаспокоєння.

Групова динаміка: поглиблення довіри, відчуття взаємної підтримки.

Тиждень 7. Пошук власних ресурсів

Мета: виявити та зміцнити власні ресурси для подолання труднощів.

Зміст заняття: дослідження ресурсів, які учасники можуть використовувати для збереження позитивного самосприйняття.

Техніки: вправа "Мої ресурси" (індивідуальна та групова), обговорення досвіду в групі.

Групова динаміка: поглиблення позитивного ставлення до себе.

Тиждень 8. Підсумки та завершення

Мета: закріплення результатів, підведення підсумків.

Зміст заняття: оцінка змін у самооцінці, самовідчутті, встановленні меж.

Техніки: вправа "Лист у майбутнє" (що учасники хотіли б залишити/розвивати), обговорення досвіду.

Групова динаміка: підтримка у процесі завершення, обмін підтримкою і натхненням.

Додаткові компоненти

Щоденник рефлексій: Для відстеження змін в самооцінці, мисленні, відчуттях.

Індивідуальні завдання: Включають техніки самопізнання, відновлення меж.

Ця програма направлена на допомогу учасникам зрозуміти власні потреби, розвинути повагу до себе та побудувати здорові взаємини в груповому процесі, підтриманому динамікою групи.

2.4. Результати дослідження групової психотерапії для співзалежних

Після проведення програми групової психотерапії для співзалежних, нами було визначено важливість контрольної перевірки респондентів за методикою «Особистісний диференціал» (ОД) (адаптованої Зелінською Т.М., Михайловою І.М.).

Таблиця 2.7

Результати за методикою «Особистісний диференціал» (ОД) після групової психотерапії

№ респондента	Отримані бали		
	Фактор О	**Фактор С**	**Фактор А**
1)	+4	+4	+4
2)	+5	+6	+6
3)	+5	+4	+4
4)	+4	+6	+5
5)	+4	+6	+4
6)	+4	+4	+4
7)	+4	+6	+5
8)	+5	+4	+4
9)	+6	+6	+5
10)	+6	+6	+6
11)	+4	+4	+4
12)	+5	+4	+4
13)	+6	+6	+4
14)	+5	+5	+4
15)	+4	+4	+4

Вважаємо доцільним розглянути кожен фактор окремо, визначаючи його інтерпретацію. Фактор О – розкриває рівень самоповаги-самопринижения. Результати представлені в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Результати «Фактору О» за методикою «Особистісний диференціал» (ОД) після групової психотерапії

№ респондента	Рівень Фактор О	Рівень самоповаги-самопринижения
1)	+ середній	самоповага
2)	+ середній	самоповага
3)	+ середній	самоповага

Продовження таблиці 2.8

4)	+ середній	самоповага
5)	+ середній	Самоповага
6)	+ середній	самоповага
7)	+ середній	самоповага
8)	+ високий	самоповага
9)	+ високий	самоповага
10)	+ високий	самоповага
11)	+ середній	самоповага
12)	+ середній	самоповага
13)	+ високий	самоповага
14)	+ середній	самоповага
15)	+ середній	самоповага

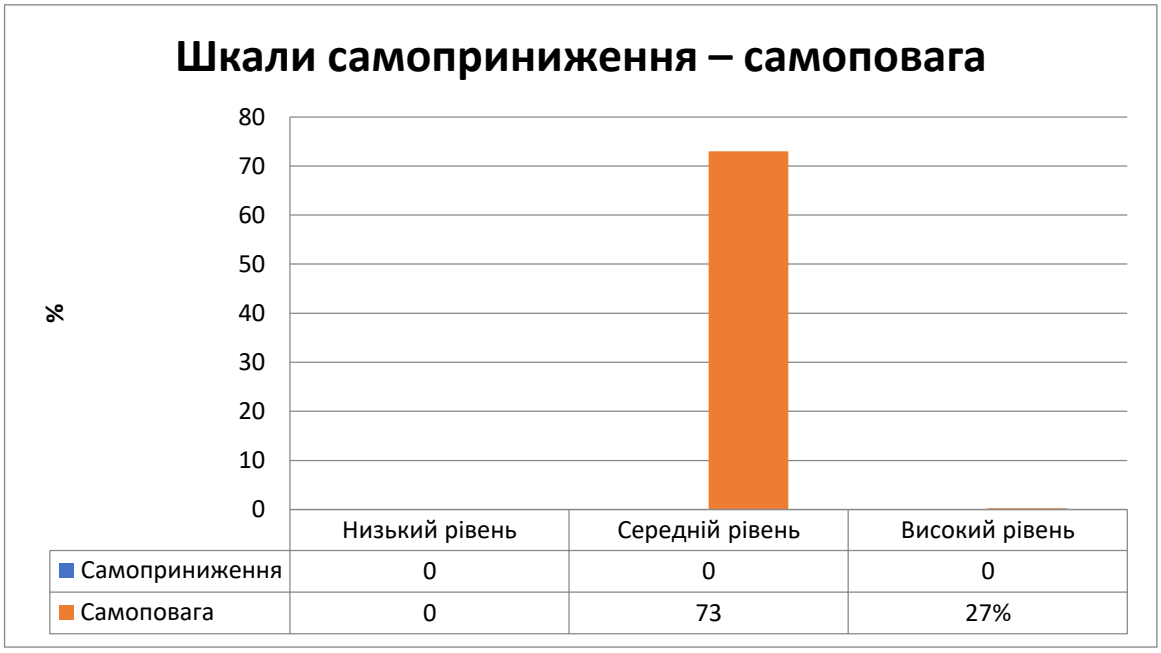


Рис. 2.6. Результати % співвідношення шкал самоприниження – самоповага за «Фактором О» після групової психотерапії

Отже, за результатами даного рівня виявлено, що у всіх респондентів не виявлено прояви самоприниження, а рівень самоповаги розподілився на середній та високий. Високий півень самоповаги виявлено у 4 (27%) респондентів, середній рівень домінує у 11 (73%) респондентів.

Порівняємо показники до та після проведення програми, щоб зробити більш ґрунтовний висновок. Результати представлені в таблиці 2.9

Таблиця 2.9

Результати «Фактору О» за методикою
«Особистісний диференціал» (ОД)
до та після групової психотерапії

Рівень **Фактор О**	**До групової психотерапії**		**Після групової психотерапії**	
	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
Самоповага	3	20	15	100
Самоприниження	12	80	0	0

Отже, результати дослідження свідчать про значні зміни в самосприйнятті учасників після проходження програми групової психотерапії для співзалежних. До проведення групової психотерапії програми визначався високий рівень самоприниження (80%) і низький рівень самоповаги (20%), які вказували на те, що співзалежні учасники мали низьку самооцінку, внутрішнє почуття неповноцінності та, можливо, сором’язливість, тривогу або надмірну самокритичність.

Після завершення програми групової психотерапії ми отримали кардинальні зміни: самоприниження зникло (0%), а самоповага значно зросла до 100% (середній і високий рівні). Це демонструє позитивний вплив терапевтичної роботи, спрямованої на подолання проблем самооцінки та особистих кордонів, розвиток більш здорових моделей поведінки та мислення, покращення міжособистісного спілкування в груповій динаміці.

Така трансформація може бути результатом як групової підтримки, так і усвідомлення самооцінки через взаємодію з іншими учасниками та терапевтом.

Фактор С – розкриває зв'язок між домінуванням і підкоренням у сприйнятті суб'єкта оцінювання 2.10. та рис.

Таблиця 2.10

Результати «Фактору С» за методикою
«Особистісний диференціал» (ОД) після групової психотерапії

№ респондента	Рівень Фактор С
1)	+ середній
2)	+ високий
3)	+ середній
4)	+ високий
5)	+ високий
6)	+ середній
7)	+ високий
8)	+ середній
9)	+ високий
10)	+ високий
11)	+ середній
12)	+середній
13)	+ високий
14)	+середній
15)	+середній

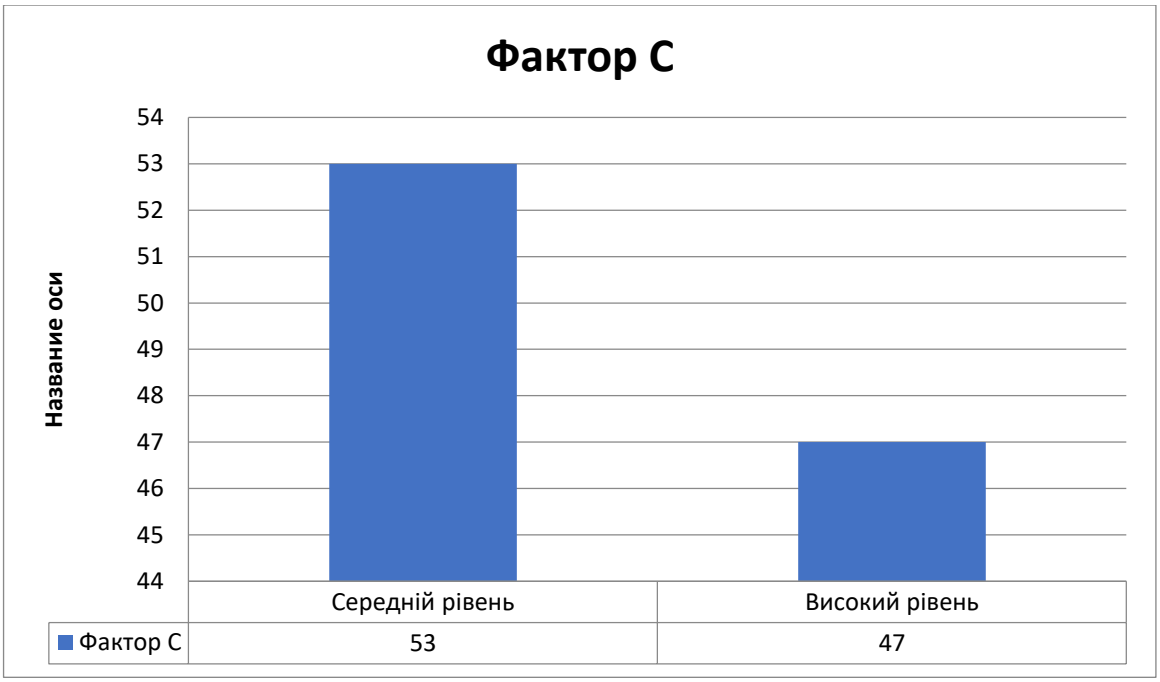


Рис. 2.7. Результати % співвідношення за «Фактором С» після групової психотерапії

Використання методики «Особистісний диференціал» (ОД) для дослідження рівня фактору С серед респондентів, які пройшли групову психотерапію для співзалежних показало наступні результати: +середній рівень цього фактору спостерігався у 8 (53%) респондентів; + високий рівень спостерігався у 7 (47%) респондентів, тоді як –низький рівень – не визначається у жодного респондента.

Порівнявши результати Фактору С до та після групової психотерапії, ми отримали наступні результати представлені на рис. 2.8.

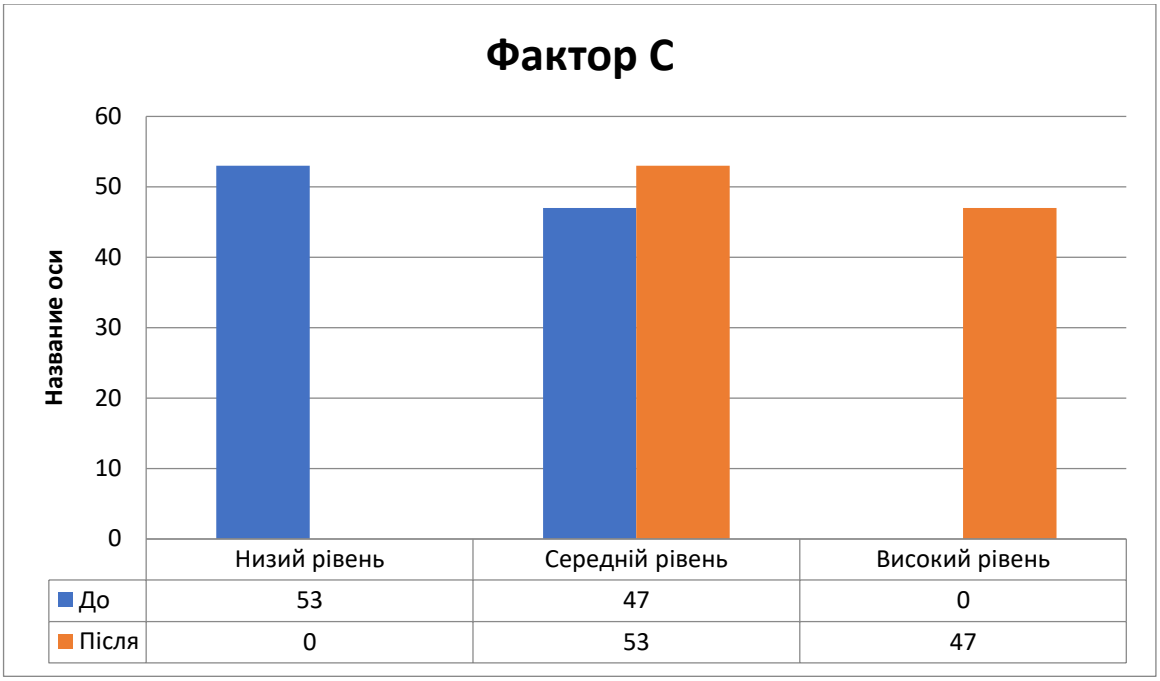


Рис. 2.8. Результати % співвідношення за «Фактором С» до та після групової психотерапії

Отже, до проведення групової психотерапії переважав низький рівень фактору С, який був визначений у 53% респондентів, що може вказувати на емоційну нестабільність, труднощі з самоконтролем або зниження витривалості в деяких учасників. Середній рівень був визначений у 47% респондентів, що є ознакою певної врівноваженості, але водночас вказує на можливі труднощі в регуляції емоцій у стресових ситуаціях.

Після групової психотерапії ситуація значно покращилася: у жодного респондента не виявлено низького значення фактора С, що свідчить про загальне підвищення емоційної стабільності учасників. Крім того, зросла кількість респондентів із середнім рівнем (до 53%) та з'явилася група з високим рівнем фактору С (47% респондентів), що свідчить про посилення здатності до самоконтролю, але й в той же час на можливі труднощі регуляції емоцій у стресових ситуаціях.

Такі результати можна пояснити тим, що програма групової психотерапії для співзалежних жінок була спрямована на підвищення фактора С, а саме емоційної стабільності, зрілості та самоконтролю.

Порівняння результатів до і після групової психотерапії вказують на значні зміни в розподілі рівнів цього показника, що свідчить про позитивний вплив психотерапії на учасників.

Отже, позитивна динаміка фактора С після психотерапії підтверджує ефективність впливу групової роботи на розвиток емоційної стійкості та самоконтролю, що важливо в контексті психічного здоров'я та адаптації до складних життєвих ситуацій.

Останній показник, який ми проаналізуємо, це фактор А - екстравертованість або інтровертованість особистості. Результати представлені в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Результати «Фактору А» за методикою
«Особистісний диференціал» (ОД)

№ респондента	Рівень Фактор О	Екстравертованість - Інтровертованість
1)	+середній	екстравертованість
2)	+ високий	екстравертованість
3)	+середній	екстравертованість
4)	+середній	екстравертованість
5)	+середній	екстравертованість
6)	+середній	екстравертованість
7)	+середній	екстравертованість
8)	+середній	екстравертованість
9)	+середній	екстравертованість
10)	+ високий	екстравертованість
11)	+середній	екстравертованість
12)	+середній	екстравертованість
13)	+середній	екстравертованість
14)	+середній	екстравертованість
15)	+середній	екстравертованість

Отже за результатами фактору А, у всіх респондентів виявлено екстравертованість, яка поділяється на середній рівень у більшості учасників групи, та у меншості на середній рівень.

Порівнявши результати Фактору А до та після групової психотерапії, ми отримали наступні результати представлені на рис. 2.9.

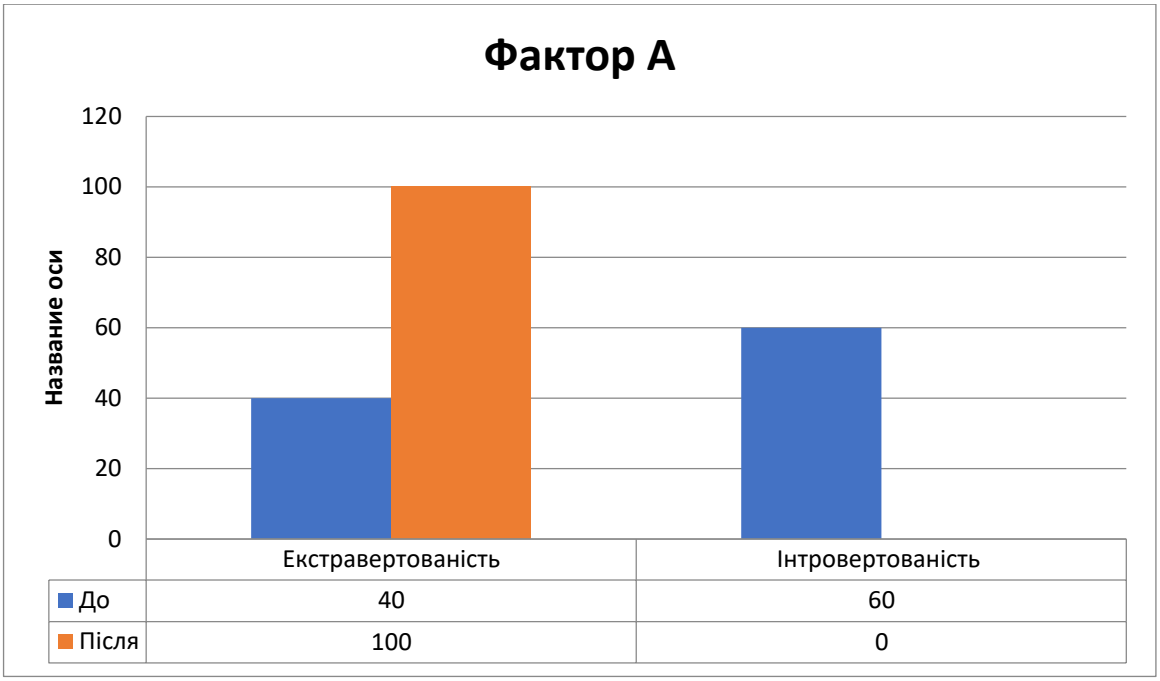


Рис. 2.9. Результати % співвідношення шкал екстравертованість – інтровертованість за «Фактором А» до та після групової психотерапії

До психотерапії 60% респондентів демонстрували інтровертовані тенденції, що, ймовірно, було спричинено почуттям незахищеності, страху, сорому або труднощами встановлення міжособистісних контактів, які часто відбуваються на співзалежних рівнях.

Після групової психотерапії, ми побачили значні зміни: 100% респондентів перейшли до екстравертованого типу, інтровертованість не виявилася ні в одного учасника. Цн може пояснюватись тим, що учасники стали більш відкритими та охочими до спілкування. Взаємодія є важливим кроком у процесі одужання та розвитку впевненості в собі.

Зміни показників фактору А, що відбулися після групової психотерапії у співзалежних, свідчать про значний прогрес у подоланні особистісних бар'єрів, пов'язаних із інтовертованістю та тенденцією до замкнення. Фактор А, який характеризує рівень соціальної активності, комунікабельності та відкритості, після групової психотерапії суттєво змінився, що відобразилось у повному переході до екстраверсії.

Таким чином, позитивна динаміка за фактором А свідчить про ефективність групової психотерапії співзалежних, яка допомогла учасникам подолати початкову ізоляцію та сприяла формуванню відкритості та здатності до конструктивної взаємодії з іншими.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізувавши наукові джерела та різні підходи видатних науковців, можемо сказати, що співзалежність – це складне та багатогранне явище, яке включає різноманітні психологічні, соціальні та емоційні аспекти. У науковій літературі співзалежність розглядається як патологічна форма взаємозалежності, яка виникає внаслідок надмірної емоційної залученості однієї людини в проблеми іншої людини. Основними ознаками співзалежності є постійне прагнення до контролю, труднощі з самооцінкою, схильність до самопожертви, відсутність власних життєвих пріоритетів і нездатність функціонувати автономно.

Співзалежність у науковій літературі трактується як явище, яке негативно впливає на емоційний стан, розвиток особистості та здатність формувати здорові міжособистісні стосунки. Це потребує розробки та впровадження спеціалізованих психотерапевтичних підходів до подолання співзалежних патернів і формування психологічної автономності, що є важливим завданням як індивідуальної, так і групової психотерапії.

2. Групова психотерапія є ефективним методом психологічної допомоги, який має ряд переваг і недоліків. Основні переваги включають можливості для соціального навчання, емоційну підтримку та навички міжособистісного спілкування. Взаємодіючи з іншими членами групи, клієнти можуть вчитися на їхньому досвіді, що допомагає їм краще зрозуміти власні проблеми та знайти шляхи їх вирішення. Спілкування в групі також сприяє зменшенню відчуття ізоляції та самотності, що є важливим фактором покращення психоемоційного стану клієнтів.

Групова психотерапія надає простір для практики нових форм поведінки, таких як співчуття, саморефлексія та ефективне спілкування. Це дозволяє учасникам отримувати негайний зворотний зв’язок і коригувати своє ставлення та поведінку. Групові сеанси часто обходяться дешевше

індивідуальної терапії, що робить їх більш привабливими для багатьох клієнтів.

Однак, групова психотерапія має і певні обмеження. Зокрема, не всі клієнти можуть адаптуватися до середовища групової роботи – деякі можуть відчувати труднощі з відкритим вираженням почуттів або збереженням конфіденційності. Також, важливо враховувати, можливість тиску з боку однолітків, який може перешкоджати вільному висловлюванню та навіть посилювати психологічні бар’єри окремих учасників. Обмеженням також може бути неможливість приділити індивідуальну увагу кожному клієнту, що може вплинути на якість терапевтичного процесу, особливо для пацієнтів з більш глибокими індивідуальними проблемами.

Підсумовуючи, можна сказати, що групова психотерапія є ефективним підходом до лікування широкого кола психологічних проблем, але вимагає відповідних умов і підготовки як для учасників, так і для терапевтів. Тому, для досягнення позитивного результату, важливо враховувати переваги цього методу, розуміти його обмеження та адаптувати терапію до індивідуальних потреб учасників.

3. Проаналізувавши основи групової динамики, можемо зазначити, що групова динаміка є важливим аспектом психотерапевтичної роботи з людьми з проблемами співзалежності. В Україні ця тема активно досліджується з точки зору ролі та ефективності групової психотерапії для людей із співзалежністю. Особливості групової динаміки в таких групах мають свої специфічні особливості, пов'язані з емоційною залежністю учасників, а також потребою в підтримці і взаєморозумінні.

Основною складністю в роботі з групами співзалежних є небезпека надмірної емоційної залученості учасників, яка може знизити об'єктивність і порушити динамічну рівновагу в групі. Інші проблеми включають труднощі з довірою, тенденцію до злиття з іншими учасниками та можливість повернення до старих моделей поведінки. Терапевт повинен допомогти

учасникам зрозуміти та подолати ці труднощі, заохочуючи конструктивне спілкування та саморефлексію.

4. Провівши теоретичний аналіз співзалежності та визначені особливості групової динаміки в групах співзалежних, нами було проведене емпіричне дослідження серед співзалежних жінок.

Вибірку нашого дослідження склали 15 жінок віком від 30 до 45 років. Дослідження проводилось в офлайн форматі на базі психологічної студії «Персона» в м. Запоріжжя, дослідження проходило впродовж липня - серпня 2024 року.

З розглянутих психологічних методів вивчення співзалежності, нами було обрано комплекс методик, які можна було б використати в дослідженні, а саме: Шкала співзалежності (Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд) та Методика «Особистісний диференціал» (ОД).

За результатами першої методики, а саме методика «Шкала співзалежності» (Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд) (у перекладі: О.С. Кочарян, Є.В. Фролова, І.О. Бару), ми отримали наступні результати: високий рівень залежних моделей визначено у 6 респондентів (40%), дуже високий рівень – у 3 респондентів (20%), ці показники, ми можемо зазначити як високий рівень співзалежності. Середній рівень був виявлений у 5 респондентів (34%), і тільки 1 респондент має низький результат співзалежності, але якщо проаналізувати набрані бали, можна зауважити, що його результаті на межі до середнього рівня.

Наступні результати ми отримали за методикою «Особистісний диференціал» (ОД) (адаптованої Зелінською Т.М., Михайловою І.М.),

За результатами Фактору О: більшість респондентів нашої групи, а саме 80% жінок, які перебувають у співзалежних стосунках, демонструють антипатію та негативне емоційне ставлення до свого власного Я-образу. Це свідчить про наявність внутрішніх конфліктів і занижену самооцінку, характерну для людей, схильних до співзалежності. Ці жінки мають надмірну потребу в схваленні партнера, що призводить до викривленого сприйняття

власного «Я» і концентрує їхню самооцінку на взаємодії з іншою людиною. Така модель поведінки заважає особистісному розвитку, оскільки самоідентифікація базується не на власних досягненнях чи якостях, а на партнері, що призводить до негативного емоційного ставлення до себе та ускладнює процес подолання співзалежності.

Дослідження рівня фактору С серед респондентів, які знаходяться у співзалежних стосунках показало наступні результати: + середній рівень цього фактору спостерігався у 7 (47%) респондентів, тоді як - низький рівень спостерігався у 8 (53%) респондентів. Такі результати можуть бути пояснені тим, що співзалежність часто супроводжується низьким рівнем впевненості в собі, підвищеною емоційною залежністю від інших і схильністю пристосовувати власні потреби до потреб партнера. Відповідно, можуть виникати труднощі із самоконтролем, внутрішньою стійкістю та прийняттям власних рішень, що відбивається на низькому рівні фактора С.

Результати за Фактором А: більшість, а саме 9 (60%) респондентів, які знаходяться у співзалежних стосунках, демонструють інтовертованість, тоді як екстравертовність виявлена лише у 6 (40%) респондентів. Це можна пояснити особливостями співзалежних відносин, де часто спостерігається низький рівень відкритості, взаємозалежність і самопожертва. Інтровертовані риси можуть служити захисним механізмом, щоб уникнути надмірної емоційної залежності від партнера.

Отже за результатами проведених методик, нами було розроблено програму групової психотерапії для співзалежних.

Загальні принципи програми складались з наступних етапів: формування довіри, психоедукація, розвиток навичок, розвиток особистісної автономії.

Програма розраховувалась на 8 зустрічей (по суботам), один раз на тиждень впродовж 2 місяців (липень – серпень 2024 р.).

Ціль програми: допомогти учасникам розвинути самосвідомість, підвищити самооцінку та навчитися підтримувати здорові відносини, використовуючи групову підтримку та інтерактивні техніки.

Після проведення програми групової психотерапії для співзалежних, нами було визначено важливість контрольної перевірки респондентів за методикою «Особистісний диференціал» (ОД) (адаптованої Зелінською Т.М., Михайловою І.М.).

Результати дослідження Фактору О, свідчать про значні зміни в самосприйнятті учасників після проходження програми групової психотерапії для співзалежних. До проведення групової психотерапії програми визначався високий рівень самопринижения (80%) і низький рівень самоповаги (20%), які вказували на те, що співзалежні учасники мали низьку самооцінку, внутрішнє почуття неповноцінності та, можливо, сором'язливість, тривогу або надмірну самокритичність.

Після завершення програми групової психотерапії ми отримали кардинальні зміни: самопринижения зникло (0%), а самоповага значно зросла до 100% (середній і високий рівні). Це демонструє позитивний вплив терапевтичної роботи, спрямованої на подолання проблем самооцінки та особистих кордонів, розвиток більш здорових моделей поведінки та мислення, покращення міжособистісного спілкування в груповій динаміці.

Така трансформація може бути результатом як групової підтримки, так і усвідомлення самооцінки через взаємодію з іншими учасниками та терапевтом.

Результати Фактору С, після групової психотерапії значно покращилися: у жодного респондента не виявлено низького значення фактора С, що свідчить про загальне підвищення емоційної стабільності учасників. Крім того, зросла кількість респондентів із середнім рівнем (до 53%) та з'явилася група з високим рівнем фактору С (47% респондентів), що свідчить про посилення здатності до самоконтролю, але й в той же час на можливі труднощі регуляції емоцій у стресових ситуаціях.

Такі результати можна пояснити тим, що програма групової психотерапії для співзалежних жінок була спрямована на підвищення фактора С, а саме емоційної стабільності, зрілості та самоконтролю. Порівняння результатів до і після групової психотерапії вказують на значні зміни в розподілі рівнів цього показника, що свідчить про позитивний вплив психотерапії на учасників.

Отже, позитивна динаміка фактора С після психотерапії підтверджує ефективність впливу групової роботи на розвиток емоційної стійкості та самоконтролю, що важливо в контексті психічного здоров'я та адаптації до складних життєвих ситуацій.

Результати Фактору А, після групової психотерапії, мали значні зміни: 100% респондентів перейшли до екстравертованого типу, інтровертованість не виявилася ні в одного учасника. Цн може пояснюватись тим, що учасники стали більш відкритими та охочими до спілкування. Взаємодія є важливим кроком у процесі одужання та розвитку впевненості в собі.

Зміни показників фактору А, що відбулися після групової психотерапії у співзалежних, свідчать про значний прогрес у подоланні особистісних бар'єрів, пов'язаних із інтовертованістю та тенденцією до замкнення. Фактор А, який характеризує рівень соціальної активності, комунікабельності та відкритості, після групової психотерапії суттєво змінився, що відобразилось у повному переході до екстраверсії.

Таким чином, позитивна динаміка за фактором А свідчить про ефективність групової психотерапії співзалежних, яка допомогла учасникам подолати початкову ізоляцію та сприяла формуванню відкритості та здатності до конструктивної взаємодії з іншими.

Отже можемо сказати, що поставлені нами гіпотези дослідження, повністю підтвердилися.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрушко Я. С. Психокорекція : навчально-методичний посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 212 с. URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi68/0049672.pdf.

2. Афанасьєва Н.Є. Курс лекцій з дисципліни «Основи психотерапії». Національний університет цивільного захисту України. URL: http://univer.nuczu.edu.ua/tmp_metod/1312/Kurs_lekcij_z_OPsT.pdf

3. Бондаренко О.І. Основи групової психотерапії. Київ: Наукова думка, 2017.

4. Вакуліч Т. М. Співзалежність жінок у сім'ї як психологічна проблема. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2012. № 2. С. 3–11. URL: https://www.lvduvs.edu.ua/documents/02_

5. Галушко Л.Я., Амурова Я.В. Глибинно-психологічні чинники співзалежних стосунків суб'єкта. *Наукові записки. Серія: Психологія*. Вип. 1. С. 14-21. DOI https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2023-1-2

6. Галушко Л.Я., Манжара С.О., Біла О.А. Розвиток психодинамічної теорії в діагностико-корекційній практиці. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2018. Вип. 6(42). С. 146–158.

7. Гнатюк М. К. Створення терапевтичного середовища у груповій психотерапії. *Психологічні дослідження*. 2019. №1. С. 78-85.

8. Грандт В. В. Психологія малих груп : метод. реком. Запоріжжя : ЗНУ, 2010. 44 с.

9. Груповий психоаналіз : навч. посіб. для психіатрів, психологів / за ред. О. Фільца, Р. Гаубля, Ф. Лямотт. Львів : ВНТЛ Класика, 2004. 192 с.

10. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ : Ніка-Центр, 2020. 122 с. URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi68/0050028.pdf.

11. Демчук К. М. Психологічна готовність до групової терапії. *Психологічна культура*. 2021. №1. С. 39-45.

12. Добрянська Л.Г. Соціальна взаємодія як основа групової психотерапії. *Психологічний журнал*. 2020. №3. С. 55-63.

13. Жемчужна Г.О. Психодіагностичне дослідження проблеми співзалежності в подружніх (партнерських) відносинах. 29 с. URL: https://maup.com.ua/assets/files/psihologz/2019-1/07.pdf

14. Журавльов Ю.О. Співзалежність як психологічний феномен. Харків: ХНУ, 2019.

15. Задорожний О. І. Індивідуальний підхід у груповій психотерапії. *Науковий вісник психотерапії*. 2019. №3. С. 112-120.

16. Зелінська Т.М., Михайлова І.М. Практикум із загальної психології: навчальний посібник. Київ: Каравела, 2009. С.106-108

17. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М. Київ. 2017. 208 с.

18. Каліна Н. Ф. Психотерапія : підручник. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.

19. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навчальний посібник. Дрогобич : Посвіт, 2015. 116 с.

20. Ковальчук П. В. Професійна компетентність терапевта у груповій психотерапії/ *Практична психологія*. 2020. №1. С. 15-23.

21. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції : підготовка психолога-практика: навч. посіб. / Т. С. Яценко, Б. Б. Іваненко, С. М. Аврамченко [та ін.] ; за ред. Т. С. Яценко. Київ : Вища освіта, 2008. 344 с.

22. Корж Н.М. Групова терапія для співзалежних: Методичні рекомендації. Львів: Видавництво ЛНУ, 2020.

23. Коцар А. В. Особливості психосексуального розвитку хворих на невроз жінок, що знаходяться у відносинах подружньої залежності: автореф. канд.. психол. наук. Київ, 2002. 19 с.

24. Кочарян А. С. Емоційна структура синдрому «емоційного холоду» / Кочарян А. С. Терещенко Н. Н.Асланян Т. С. *Матеріали науково-практичної конференції «Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги» (XI Платонівські читання)*. Харків, 2008. С.73-74.

25. Кочарян А. С. Коцарь А. В. Синдроми невротичної любові. *Вісник Харківського університету. Серія психологія*. 2000. № 498. С. 68 – 72.

26. Кочарян О. С. Розробка та психометрична оцінка опитувальника діагностики стилю міжособистісних стосунків / О. С. Кочарян, Є. В. Фролова, І. О. Бару. Психологічне консультування і психотерапія. 2014. №1. С. 209–221

27. Кравчук С. О. Універсальність методів групової психотерапії: огляд досліджень. *Український психологічний журнал*. 2021. №2. С. 21-30.

28. Кривоніс Т. Г. Основи особистісної психотерапії : навчально-методичний посібник. Київ : Слово, 2011. 192 с.

29. Крупельницька Л. Ф. Напрями сучасної психотерапії : навчальний посібник. Київ : Київський університет, 2018. 350 с.

30. Крюкова М. А., Лісовенко А. Ф. Практикум з психотерапії та психокорекції : навч.-метод. рек. Одеса : Фенікс, 2020. 40 с. URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051493.pdf.

31. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навчальний посібник. 2-ге вид., перероб., допов. Суми : Університетська книга, 2020. 304 с. URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051509.pdf.

32. Лиманкіна А. І. Сучасні підходи до розуміння дефініції феномена «співзалежність». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Психологія*. Вип. 3. 2022. С. 62-65 DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.3.12

33. Мак-Вільямс Н. Психоаналітична діагностика: Розуміння структури особистості в клінічному процесі [пер. з англ.]. Київ: «Клас». 480 с.

34. Максименко С. Д., Прокоф'єва О. О., Царькова О. В., Кочкурова О. В. Практикум із групової психокорекції : підручник. Мелітополь : Люкс, 2015. 414 с. URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051498.pdf.

35. Медична психологія: навчальний посібник. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. Вінниця, 2010. 135 с.

36. Методи психотерапії та психокорекції : навч.-метод. комплекс для студентів зі спец. "Психологія" / уклад. : О. С. Кочарян, А. М. Лісеная. Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2009. 14 с. URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi20/0013588.doc.

37. Мілушина М.О. Специфіка динамічних проявів розвитку співзалежності. *Актуальні проблеми психології.* Т.7, вип.37. С. 135-143. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v7/i37/17.pdf

38. Мілушина М.О. Феномен співзалежності в теорії сімейних систем М. Боуена. *Психологія і особистість*. №1 (17). 2020. С. 145-147. DOI: https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.1.195243

39. Мусієнко Г.О., Шалашев В.В. Вивчення механізмів успадкування схильності до залежних станів від тютюну та алкоголю і механізмів її реалізації під впливом зовнішнього середовища. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, № 3 (72). С. 252.

40. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навчальний посібник /; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

41. Орлова В. Г. Вплив конфліктів у групах на результативність терапії. *Психологічний огляд.* 2022. №4. С. 47-54.

42. Осика О.В., Осика К.С. Теорія і практика психокорекційної роботи: навчальний посібник. Слов'янськ, 2016. 111 с.

43. Пономаренко В. О. Міжособистісні стосунки у процесі групової психотерапії. *Соціальна психологія*. 2018. №2. С. 34-41.

44. Практикум із групової психокорекції : підручник. / С. Д. Максименко, О. О. Прокоф'єва, Я. В. Цехмістер [та ін.].Київ : Слово, 2015. 752 с.

45. Психологічний супровід учнів "групи ризику" : методичні рекомендації / упоряд.: Р. В. Середа, Ю. В. Легенька. Рівне, 2010. 33 с. URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi47/0038109.doc.

46. Психологія групової ідентичності: закономірності становлення : монографія / П. П. Горностай, І. В. Грибенко, О. А. Ліщинська [та ін.] ; за наук. ред. П. П. Горностая Київ : Міленіум, 2014. 252 с.

47. Сушко Д.Д. Наукові інтерпретації феномена співзалежної поведінки. *Актуальні проблеми психології*. С. 260-268. URL: http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v10/i34/26.pdf

48. Теорія і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. І. Онищенко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ ; Кіровоград : Імекс–ЛТД, 2014. 268 с. URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051507.pdf.

49. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ :

Слово, 2020. 178 с. URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051491.pdf.

50. Товкач В.В. Основи психології співзалежності. Київ: Психологія України, 2021.

51. Трикутник С. Карпмана. URL: https://www.maxzosim.com/trykutnyk-karpmana/

52. Шевченко Н. Ф. Основи психотерапії : навч. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2017. 117 с. URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/metodychky/2017/02/0040010.docx.

53. Ялом, І. Д. Теорія та практика групової психотерапії. Київ: Вид. Дім «Генеза», 2020.

54. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання : навчальний посібник. Київ : Вища школа, 2004. 679 с.

55. Bornstein R.F. The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*. № 112. P.3-23.

56. Subby R., J. Friel Co-dependency: A paradoxical dependency. In Co-dependency: An emerging issue. *Pompano Beach*, FL: Health Communications.

57. Wegschnider-Cruse S. Choice-Making. Pompano Beach, Florida: Health Communication.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала співзалежності (Б. Уайнхолд та Дж. Уайнхолд), (адаптація: О. С. Кочарян, О. Ю. Якименко)

1. Коли мені нема чим зайнятися я відчуваю тривогу без причини.
2. Я очікую, що мій настрій підвищать інші люди, речовини (наприклад,алкоголь або шоколад) або дії.
3. Мені важко зрозуміти чого я хочу насправді, або що мені потрібно.
4. Мені страшно бути подавленим, якщо я занадто наближуся до свогопартнера (партнерки) або другу (подрузі).
5. Мені складно розуміти, що я насправді відчуваю всередині.
6. Я трохи перебільшую свої сильні сторони, коли знайомлюсь з новимилюдьми.
7. Я відчуваю тривогу, коли мій партнер націлений (націлена) на близькість зі мною.
8. Я боюсь, що люди дізнаються, що я не той, за кого вони мене приймають.
9. Я вимагаю бездоганності від себе та від інших.
10. Я працюю понаднормово, і мені здається, що я ніколи не закінчу своюроботу.
11. Мені не подобається звертатися до інших за допомогою, навіть колипотребую її.
12. Я віддаю перевагу праці на самоті, ніж з іншими людьми.
13. Я відчуваю себе залежним від того, які очікування покладають на менеінші люди.
14. Я вважаю дійсно важливо мати «правильні відповіді».

15. Я боюсь бути завантаженим (завантаженою) потребами інших людей.

16. Я краще дію в запланованих ситуаціях, за результат яких я відповідаю.

17. Я відчуваю власну значимість, коли хтось питає мою думку.

18. Я вважаю складною справою створення та підтримку близьких (інтимних) стосунків.

19. Мені важко вирішувати, чи хочу я сексу чи ніжних дотиків.

20. Мені важко розслабитись, моє тіло знаходиться в постійній напрузі.

21. Я відчуваю задоволення, знаходячись в центрі уваги на суспільнихзаходах.

22. Мені не подобається визнавати власні помилки.

23. Я відмовляюсь приймати допомогу від інших людей, навіть коли вонамені потрібна.

24. Я постійно думаю про секс, і це заважає моїй роботі.

25. Я сприймаю себе і інших як абсолютно хороших, або абсолютно поганих.

26. Я порівнюю себе з іншими, вважаю себе краще або гірше, ніж вони.

27. Я постійно чую, що я байдужий до потреб або проблем інших.

28. Мені подобається бути самим собою, я боюсь контролю з боку іншихлюдей.

29. Я відчуваю образу, коли якась з моїх чеснот не отримує визнання.

Я заперечую власні проблеми або зменшую їх значимість.

Додаток Б

Методика «Особистісний диференціал» (ОД)
(адаптована Зелінською Т.М., Михайловою І.М.)

Мета: визначення емоційно-оцінних ставлень людини до себе, її самооцінки.
Необхідний матеріал*:* бланк ОД з протилежними рисами особистості

Хід проведення:

Досліджуваним роздаються бланки з надрукованими в них прикметниками, що відображають рівень самоповаги, вольові якості, інтро-екстровертованість особистості. Пропонується самим оцінити себе по 21-му пункту, відмітивши на бланку лише одну цифру від (+3) до (-3).

Методика може бути використана для вимірювання взаємних оцінок досліджуваних.

Інструкція: «Перед вами 21 пара прикметників, які характеризують особистість. Будь ласка, оцініть наскільки вираженими є ці ознаки у Вас та обведіть на бланку цифру, що відображає вашу оцінку її вираженості відповідно до шкали:

3 - яскраво виражена ознака;

2 – ознака виражена;

1 - незначно, трішки виражена ознака;

0 - обидві ознаки виражені рівною мірою (не виражена жодна ознака, важко відповісти)».

Час виконання - 10 хвилин.

Обробка та аналіз результатів:

Підрахуйте загальну кількість балів окремо за шкалами оцінки (О), сили (С), активності (А). Загальний рівень вираження цих компонентів:

4)до-6 балів - низький рівень;

5)*від -5 до +5 балів* - середній;

6)*від +6 балів і більше* - високий.

Отже, оптимальним рівнем розвитку факторів (О), (С), (А) слід вважати ті, що виражені високими балами та позитивними середніми.

***Фактор оцінки* (О)** свідчить про рівень *самоповаги-самоприниження*.

Отримані *високі бали* вказують на те, що досліджуваний приймає себе як особистість, задоволений собою, позитивно оцінює свої якості, можливості, схильний усвідомлювати себе як носія позитивних, соціально бажаних характеристик.

Низькі значення цього фактора наголошують на критичному ставленні до себе, невдоволеністю власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, низьким рівнем прийняття власного «Я». Отримані крайні негативні бали свідчать про можливі невротичні проблеми, пов'язані з відчуттям нікчемності своєї особистості. Взагалі, фактор (О) використовується для діагностики рівня привабливості, симпатії-антипатії, емоційного ставлення людини до власного образу «Я».

При використані ОД для вимірювання взаємних оцінок фактор (О) інтерпретується як свідчення рівня привабливості, симпатії, яким володіє одна людина у сприйнятті іншої. При цьому позитивні (+) значення цього фактора відповідають перевазі, що надається об’єкту оцінки, негативні (-) – його відторгненню.

***Фактор сили* (С)** свідчить про *усвідомлення і оцінку людиною своїх вольових якостей.*

Високі показники по фактору (С) вказують на впевненість у собі, незалежність, здатність розраховувати на власні сили в несподіваних або важких ситуаціях.

Низькі показники свідчать про недостатній рівень самоконтролю, нездатність дотримуватись прийнятої лінії поведінки, її залежність від зовнішніх оцінок та обставин. Особливо низькі показники позитивно корелюють з наявністю астенії, високого рівня тривожності.

У взаємних оцінках фактор (С) виявляє стосунки домінування-підкорення, як вони сприймаються суб’єктом оцінки.

Фактор активності **(А)** інтерпретується як свідчення *екстра-інтровертованості особистості.*

Позитивні (+) значення вказують на екстравертованість, високу активність, комунікабельність, імпульсивність особистості.

Негативні значення (-) інтерпретуються як інтровертованість, певна пасивність, замкнутість, малоконтактність, спокійні емоційні реакції.

У взаємних оцінках відображається сприйняття людьми особистісних особливостей один одного.

При аналізі та інтерпретації даних, отриманих за допомогою ОД, слід пам'ятати, що в них відображені суб'єктивні, емоційно-оцінні уявлення людини про саму себе та інших людей, його ставлення, які можуть лише частково відповідати реальному стану справ, але часто самі по собі мають першочергове значення.

Отримані результати є достатньо важливими показниками для вирішення таких завдань, як діагностика неврозів, граничних станів, контроль ефективності психокорекції та психотерапії.

Бланк ОД

О	привабливий	+3 2 1 0 1 2 3-	непривабливий
С	слабкий	-3 2 1 0 1 2 3+	сильний
А	балакучий	+3 2 1 0 1 2 3-	мовчазний
О	безвідповідальний	-3 2 1 0 1 2 3+	сумлінний
С	впертий	+3 2 1 0 1 2 3-	поступливий
А	замкнутий	-3 2 1 0 1 2 3+	відвертий
О	добрий	+3 2 1 0 1 2 3-	егоїстичний
С	залежний	-3 2 1 0 1 2 3+	незалежний
А	активний	+3 2 1 0 1 2 3-	пасивний
О	байдужий	-3 2 1 0 1 2 3+	чуйний
С	рішучий	+3 2 1 0 1 2 3-	нерішучий
А	млявий	-3 2 1 0 1 2 3+	енергійний
О	справедливий	+3 2 1 0 1 2 3-	несправедливий

C	розслаблений	-3 2 1 0 1 2 3+	напружений
A	метушливий	+3 2 1 0 1 2 3-	спокійний
O	ворожий	-3 2 1 0 1 2 3+	дружелюбний
C	впевнений	+3 2 1 0 1 2 3-	непевний
A	мовчазний	-3 2 1 0 1 2 3+	комунікабельний
O	чесний	+3 2 1 0 1 2 3-	нещирий
C	несамостійний	-3 2 1 0 1 2 3+	самостійний
A	дратівливий	+3 2 1 0 1 2 3-	незворушливий