

УДК 159.922: 159.9.07

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-9\(55\)-1356-1371](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-9(55)-1356-1371)

Лещинська Олена Альбертівна доктор психологічних наук, професор кафедри клінічної та реабілітаційної психології, Карпатський національний університет імені Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ, <https://orcid.org/000-0003-1882-4174>

Міщиха Лариса Петрівна доктор психологічних наук, професор кафедри загальної психології, Карпатський національний університет імені Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ, <https://orcid.org/0000-0001-7144-3245>

Климишин Ольга Іванівна доктор психологічних наук, професор кафедри психології розвитку, Карпатський національний університет імені Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ, <https://orcid.org/0000-0002-2618-427X>

Матейко Наталія Михайлівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної та реабілітаційної психології, Карпатський національний університет імені Василя Стефаника м. Івано-Франківськ, <https://orcid.org/0000-0002-1807-9939>

ПСИХОЛОГІЧНА ПОТРЕБА У ЗМІНЕНИХ СТАНАХ СВІДОМОСТІ: ВІД АДАПТИВНОЇ НОРМИ ДО ПАТОЛОГІЧНОЇ АНОМАЛІЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

Анотація. У статті обговорюються концепції змінених станів свідомості, виходячи з гіпотези про існування у людини вродженої психологічної потреби у таких переживаннях. Аналіз охоплює весь спектр феномену, від його нормальних, адаптивних проявів, таких як стани потоку та пікові переживання, до патологічних станів, включаючи делірії та дисоціативні розлади. Піддається аналізу думка про те, що люди з адикцією прагнуть змінених станів свідомості з гедоністичних мотивів. Обґрунтовується думка про те, що прагнення до зміненого стану свідомості виникає як пошук знеболювального для опанування важким психічним станом, який називають душевним болем. Особлива увага приділяється нейробіологічним основам цих станів, зокрема ролі мережі пасивного режиму (DMN) та гіпотезі ентропійного мозку, які допомагають розрізнити здорові та дезадаптивні процеси. Центральним елементом роботи є обговорення терапевтичного потенціалу змінених станів свідомості, зокрема психоделічної терапії, яка слугує мостом між нормою та аномалією. Дослідження показує, що критерії нормальності змінених станів свідомості визначаються не стільки їх феноменологією, скільки контекстом, цілеспрямованістю, контролем та подальшою психологічною інтеграцією досвіду. У статті

зазначається, що розуміння суб'єктивного досвіду змінених станів свідомості як варіанту паталогічних проявів у поведінці адикта дозволяє не лише діагностувати стадію захворювання (пов'язаних із вживанням психоактивних речовин), а й розробляти цільові терапевтичні стратегії, спрямовані на подолання заперечення хвороби, формування мотивації до лікування та підтримку довготривалих змін у поведінці пацієнта.

Ключові слова: свідомість, змінений стан свідомості, самосвідомість, психоактивні речовини, норма, патологія, адикт, адиктивна поведінка, саморегуляція, мотиваційна спрямованість.

Leshchynska, Olena Albertivna Doctor of Psychological Sciences, Professor, Department of Clinical and Rehabilitation Psychology, Vasyl Stefanyk Carpathian National University, Ivano-Frankivsk, <https://orcid.org/000-0003-1882-4174>

Mishchykha, Larysa Petryvna Doctor of Psychological Sciences, Professor, Department of General Psychology, Vasyl Stefanyk Carpathian National University, Ivano-Frankivsk, <https://orcid.org/0000-0001-7144-3245>

Klymyshyn, Olha Ivanivna Doctor of Psychological Sciences, Professor, Department of Developmental Psychology, Vasyl Stefanyk Carpathian National University, Ivano-Frankivsk, <https://orcid.org/0000-0002-2618-427X>

Mateiko, Nataliia Mykhailivna PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical and Rehabilitation Psychology, Vasyl Stefanyk Carpathian National University, Ivano-Frankivsk, <https://orcid.org/0000-0002-1807-9939>

PSYCHOLOGICAL NEED FOR ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS: FROM ADAPTIVE NORM TO PATHOLOGICAL ANOMALY AND THERAPEUTIC POTENTIAL

Abstract. The article discusses the concepts of altered states of consciousness, based on the hypothesis that humans have an innate psychological need for such experiences. The analysis covers the entire spectrum of the phenomenon, from its normal, adaptive manifestations, such as flow states and peak experiences, to pathological states, including delirium and dissociative disorders. The idea that people with addictions seek altered states of consciousness for hedonistic motives is analyzed. The idea that the desire for an altered state of consciousness arises as a search for an analgesic for the mastery of a difficult mental state, which is called mental pain, is substantiated. Special attention is paid to the neurobiological basis of these states, in particular the role of the passive mode network (DMN) and the entropic brain hypothesis, which help to distinguish healthy from maladaptive processes. The central element of the work is the discussion of the therapeutic potential of altered states of consciousness, in particular psychedelic therapy, which serves as a bridge between

norm and abnormality. The study shows that the criteria for the normality of altered states of consciousness are determined not so much by their phenomenology as by the context, purposefulness, control and subsequent psychological integration of the experience. The article notes that understanding the subjective experience of altered states of consciousness as a variant of pathological manifestations in the behavior of an addict allows not only to diagnose the stage of the disease (associated with the use of psychoactive substances), but also to develop targeted therapeutic strategies aimed at overcoming the denial of the disease, forming motivation for treatment and supporting long-term changes in the patient's behavior.

Keywords: consciousness, altered state of consciousness, self-awareness, psychoactive substances, norm, pathology, addict, addictive behavior, self-regulation, motivational orientation.

Постановка проблеми. Змінені стани свідомості (ЗСС) є предметом вивчення низки міждисциплінарних напрямів, включаючи психологію, психіатрію, нейропсихологію та антропологію. У сучасному науковому дискурсі ЗСС визначаються як будь-який психічний стан, індукований різними фізіологічними, психологічними або фармакологічними методами, який суб'єктивно сприймається людиною або зовнішнім спостерігачем як виражене відхилення від звичайного стану неспання. Такі стани можуть характеризуватися зміною формальних характеристик мислення, послабленням здатності перевіряти реальність та посиленою увагою до внутрішніх відчуттів або уявних процесів.

Феномен ЗСС не є виключно сучасним, позаяк крос-культурні дослідження показують, що змінені стани свідомості інтегровані в безліч культурних моделей, які відомі в різних формах та використовуються у різноманітних ритуальних і медичних контекстах. У психології традиційно вивчалися лише два стани свідомості – неспання та сон, однак введення концепції ЗСС дозволило розширити розуміння адаптаційних можливостей свідомості до внутрішніх та зовнішніх змін. Водночас, у західній академічній та медичній традиціях у ХХ столітті ЗСС традиційно асоціювалися з патологією, розглядалися як симптоми психічних захворювань або наслідки інтоксикації. Ця дихотомія і сьогодні створює концептуальний вакуум, який перешкоджає повному розумінню природи свідомості та потенціалу ЗСС для збалансованого функціонування психіки.

Згідно з визначенням Арнольда Людвіга, ЗСС – це якісні зміни в суб'єктивному переживанні або психологічному функціонуванні, які відхиляються від особистої норми і можуть бути відрефлексовані самою людиною або відзначені спостерігачами. Ці стани супроводжуються характерними симптомами, що включають спотворення сприйняття зовнішньої реальності та власного тіла, зміни емоційного забарвлення, порушення самосвідомості, внутрішнього діалогу, а також викривлення відчуття часу[13]. Наприклад, під впливом

психоделіків час може прискорюватися або сповільнюватися, а сприйняття простору стає спотвореним. Дослідниками ЗСС визначено такі основні ознаки змінених станів свідомості, як: зникнення здатності до рефлексії та концентрації уваги, відкритості до нового досвіду й довіри до вищих сил; дезорієнтація в часі, а також крайні прояви емоцій(екстаз або жах); деперсоналізація, почуття «відокремлення душі від тіла», розмивання межі між тілом і Всесвітом, галюцинації, ілюзії, синестезії; відчуття абсолютного розуміння істини, інсайт.

Не можна оминати дослідження ЗСС, що пов'язані із переживанням людиною релігійного й містичного досвіду. Сафронов зазначає, що область досвіду, яка виходить за межі психодинамічного та особистісного рівнів, – це надособистісні переживання. На цьому рівні усвідомлення можливий широкий спектр різноманітних переживань. Так, людина може ототожнитися зі своїм тілом чи розумом, починаючи бачити, як виникають бажання та мотивації, незалежно від змісту конкретного бажання. Можна чітко усвідомити, як мить за миттю розчиняється самість, що нерідко призводить до станів страху, жаху або до відчуття внутрішньої смерті. Згодом із цього рівня свідомості спонтанно виникає «відпускання» особистих мотивацій, а разом із цим зростає усвідомлення любові, або ж, у буддійській термінології, «свідомість Бодхісаттви». Коли твердиня самості зруйнована, відкривається бачення метафізичного зв'язку між усім сущим, що породжує альтруїстичні стани і може привести до вищого ступеня просвітлення, коли існування постає як гра в енергетичному полі, яким є світ. На цьому ж рівні можливе також ототожнення з архетипічними образами або переживання базових натальних матриць(Цит.за:[2]).

До сьогодні ми не можемо стверджувати, що в цій дискусії розставлені всі крапки над «і». Саме тому наше дослідження зосереджене на психологічних, нейробіологічних та клінічних аспектах, а також на терапевтичному потенціалі змінених станів свідомості.

Актуальність теми в наш час зростає, оскільки, з одного боку, відбувається відродження наукового інтересу до психоделічної медицини та інтеграції медитативних практик у психотерапію, а з іншого – через широке поширення адикцій у сучасному світі. Головним індикатором адиктивної поведінки є саме прагнення людини до переживання змінених станів свідомості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Історичні корені академічного дослідження змінених станів свідомості сягають робіт Вільяма Джеймса, який вивчав містичні та індуковані стани, заклавши основи для нового погляду на інтроспекцію як на цінний науковий метод. Проте, саме Арнольд Людвіг у 1966 році ввів і популяризував вираз «змінені стани свідомості» у науковому дискурсі. Він визначив ці стани як «якісні зміни в суб'єктивних переживаннях або психологічному функціонуванні, що відхиляються від певних генералізованих норм для даного суб'єкта». А.Людвіг підкреслював, що змінені стани можуть бути індуковані різними фізіологічними, психологічними або фармакологічними чинниками[13]. Цю роботу продовжив Чарльз Тарт, який

зосередився на суб'єктивному досвіді та визначив змінні стани свідомості як «альтернативні патерни або конфігурації досвіду, які якісно відрізняються від базового стану». Підхід Тарта підкреслює важливість особистих переживань[20]. Надалі Ревонсуо запропонував «репрезентаційний» підхід, визначаючи змінні стани свідомості як стани, у яких нейрокогнітивні механізми продукують спотворення інформаційного зв'язку між свідомістю та світом, такі як галюцинації та ілюзії [19]. У його теорії акцент ставиться на нейрокогнітивні механізми, які змінюють сприйняття реальності. Підхід Людвіга забезпечує широке об'єктивне розуміння відхилень від норми, підхід Тарта додає суб'єктивну глибину, а теорія Ревонсуо вносить нейрокогнітивну перспективу, дозволяючи досліджувати механізми, що лежать в основі цих змін. Інтеграція цих трьох підходів дозволяє створити надійну теоретичну базу для аналізу дихотомії «норма-аномалія», переходячи від феноменологічного опису до об'єктивного аналізу. Таким чином, Арнольд Людвіг говорить про якісні зміни в суб'єктивних переживаннях або психологічному функціонуванні, що відхиляються від певних генералізованих норм для даного суб'єкта, де головним аспектом виступає відхилення від норми та об'єктивне спостереження[13].

Чарльз Тарт, в свою чергу, концентрується на альтернативних паттернах або конфігурації досвіду, які якісно відрізняються від базового стану. Головним аспектом у нього виступає суб'єктивний досвід, внутрішні переживання[20]. Натомість Антті Ревонсуо пише про стан, в якому нейрокогнітивні фонові механізми свідомості мають підвищену схильність до продукування неправильних уявлень, таких як галюцинації, а свою увагу фокусує на репрезентаційному аспекті, спотворенні сприйняття реальності[19].

Метою статті є аналіз континууму змінених станів свідомості, щоб визначити критерії «нормального» та «аномального» задоволення цієї потреби, а також розглянути переживання потреби зміненого стану свідомості в осіб з адикцією.

Виклад основного матеріалу. Розглянемо наявність психологічної потреби у зміненому стані свідомості в нормі та виокремимо адаптивні механізми. Аналіз показує, що потреба в змінених станах свідомості не зводиться до девіантної поведінки, а є глибоко вкоріненим психологічним механізмом, що сприяє особистісному розвитку. В першу чергу, це задоволення фундаментальної потреби в самотрансценденції – виході за межі свого еґо та встановленні зв'язку з чимось більшим, ніж власна особистість. Ця трансперсональна ідентифікація може проявлятися у відчутті єдності з іншими людьми, природою чи космосом. Змінений стан свідомості є ефективним і природним способом реалізації цієї потреби. Яскравим прикладом здорового та адаптивного задоволення цієї потреби є концепція «пікових переживань» (peak experiences), розроблена Абрахамом Маслоу. Він описав ці стани як епізоди ейфорії, благоговіння та глибокого відчуття щастя, що часто переживаються самоактуалізованими людьми. Маслоу відзначав, що такі переживання можуть

бути викликані мистецтвом, природою, музикою або інтимними моментами, і вони здатні повністю змінити світогляд людини, підвищити її самооцінку та посилити відчуття сенсу життя. Цей досвід є індикатором найвищої форми психологічного функціонування, а не його порушень[15].

Іншим важливим прикладом є «стан потоку» (flow state), описаний Міхаєм Чіксентмігаї. Це стан повного занурення в діяльність, коли людина настільки сфокусована, що втрачає відчуття часу, самосвідомості та фізичних потреб. Стан потоку виникає, коли завдання є складним, але відповідає навичкам індивідуума, і він отримує негайний зворотний зв'язок. Це призводить до «оптимальної продуктивності» та внутрішнього задоволення[10]. Як і пікові переживання, стан потоку «демонструє», що змінений стан свідомості може бути цілеспрямованим, контрольованим та надзвичайно корисним для особистості.

Практика медитації є ще одним підтвердженням цієї ідеї. Медитація – це психотехнічний метод, який дозволяє досягти зміненого стану свідомості через зосередження уваги всередині себе. Це допомагає не тільки досягти розслаблення та зниження стресу, але й сприяє глибшому самоусвідомленню та духовному зростанню. Медитація демонструє, що досвід зміненого стану свідомості може бути досягнутий без зовнішніх агентів і мати довгострокові позитивні наслідки для психіки [7].

Нормальні змінені стани свідомості, такі як потік та пікові переживання, не є просто приємними відчуттями, а слугують важливими індикаторами самоактуалізації та самотрансценденції. Вони виникають в умовах, які вимагають максимальної концентрації або в моменти глибокого емоційного та духовного резонансу. Це заперечує уявлення про те, що будь-яке відхилення від базової свідомості є патологічним[11]. Навпаки, це природна здатність психіки до адаптації та зростання, і навіть до підвищення рівня самоусвідомлення. Нормальне задоволення потреби у зміненому стані свідомості відбувається, коли досвід є цілеспрямованим, контрольованим та сприяє інтеграції особистості, а не її дезінтеграції.

Розглянемо нейробіологічну дихотомію в контексті норми та аномалії. Дослідники стверджують, що хоча феноменологічні ознаки змінених станів свідомості можуть здаватися схожими, їх нейробіологічні механізми виявляють головні відмінності між адаптивними та патологічними станами. Одним з центральних елементів є мережа пасивного режиму (DMN), яка відповідає за саморефлексію, мислення про минуле та майбутнє, а також за підтримку відчуття «Я». Дослідження за допомогою функціональної МРТ показують, що під час медитації та психоделічних станів спостерігається зниження активності в DMN (*default mode network*). Станом на 2025 рік термінологія в галузі вивчення режиму пасивної роботи мозку лише формується. Дослідження за допомогою функціональної МРТ (фМРТ) показують, що під час медитації та психоделічних станів спостерігається зниження активності в DMN. Це явище лягло в основу «гіпотези ентропійного мозку» Робіна Кархарта-Гарріса, яка припускає, що

нормальна свідомість асоціюється з низькою ентропією (високим порядком) нейродинаміки, тоді як психоделічний стан – з високою ентропією (хаосом). Перехід у стан високої ентропії через деактивацію DMN дозволяє мозку увійти у стан «первинної свідомості», що сприяє творчості, глибоким інсайтам та зміні руйнівних патернів мислення [9].

На противагу цьому, патологічні змінені стани свідомості, такі як делірій, викликані морфологічними або метаболічними змінами в мозку. Ці стани пов'язані з порушенням функцій кори, дієнцефалону, стовбура мозку та ретикулярної формації, що призводить до неконтрольованої плутанини, галюцинацій та порушень свідомості. Нейробіологія дисоціативних розладів також демонструє дисфункцію головних мозкових структур, таких як префронтальна кора (ПФК), гіпокамп та амігдала. Це порушення є наслідком хронічної травми та призводить до неконтрольованої фрагментації пам'яті, знижує емоційну регуляцію та самосвідомість. Таким чином, основна відмінність між нормою та аномалією полягає в механізмі виникнення та здатності до інтеграції досвіду. У нормальних станах деактивація DMN є контрольованою і тимчасовою, що призводить до «фазового переходу» та підвищення творчих здібностей. У патологічних станах аналогічні нейромережі є дисфункціональними через травму, інтоксикацію або хворобу. Можна сказати, що це не цілеспрямована зміна, а скоріше «збій» системи. Таким чином, відмінність між нормою та аномалією полягає не в наявності зміненого стану свідомості як такого, а в його контрольованому, адаптивному характері (норма) порівняно з неконтрольованим, дезадаптивним процесом (аномалія).

Зупинимось на патологічних та клінічних наслідках аномального задоволення потреби у переживанні змінених станів свідомості. Нажаль, аномальні змінені стани свідомості є результатом дезадаптивної реакції або патологічного процесу, що призводить до руйнівних наслідків для психічного та фізичного здоров'я. Одним з найнебезпечніших прикладів є пригнічення свідомості, що включає такі стани, як кома, ступор та сопор. Ці стани не є добровільними змінами, а виникають внаслідок уражень головного мозку, таких як гіпоксія, травма, інтоксикація або метаболічні порушення. Глибина пригнічення свідомості корелює з рівнем функціонального порушення в центральній нервовій системі.

Іншим клінічним станом є делірій, що характеризується швидким розвитком порушення уваги, свідомості та когнітивних функцій. Його прояви включають дезорієнтацію, галюцинації та тривожне рухове збудження, натомість алкогольний делірій, відомий як «біла гарячка», є єдиною формою зміненого стану свідомості, що становить безпосередню загрозу для життя.

Що стосується психологічного рівня особистості, то класичним прикладом дезадаптивного зміненого стану свідомості є дисоціативні розлади. Як відомо, дисоціація – це захисний механізм психіки у відповідь на травму, що призводить до неконтрольованого від'єднання від думок, почуттів, спогадів або

ідентичності. Цей стан є дезадаптивним, оскільки викликає значний дистрес, порушує соціальне та професійне функціонування та може призвести до фрагментації особистості. Також, на відміну від цілеспрямованих практик, зловживання психоактивними речовинами є ще однією аномалією в задоволенні потреби у змінених станах свідомості. Хоча в низьких дозах деякі речовини можуть викликати ейфорію або розслаблення, їх повторне використання призводить до толерантності, залежності та виснаження нейромедіаторів. Наслідками можуть бути психози, параноя, галюцинації та значне погіршення психічного здоров'я. Ці стани відрізняються від терапевтичних переживань відсутністю контролю та довгостроковою руйнівною дією. Ці патологічні стани є не просто «відхиленням», а провалом в системі психологічної адаптації. У випадку дисоціації, психіка «вимикає» свідоме сприйняття травми, що призводить до фрагментації особистості. У випадку залежності, людина використовує речовини для досягнення ейфорії, але це призводить до руйнування організму та психіки. Таким чином, аномалія у задоволенні потреби у змінених станах свідомості визначається її дезадаптивним характером, неконтрольованістю та руйнівними наслідками для фізичного та психічного здоров'я.

Проблема прагнення до зміненої свідомості при адикціях

Переходимо до комплексного аналізу змінених станів свідомості (ЗСС) у контексті алкогольної та наркотичної залежності. Тут ми розглянемо психологічні, нейробіологічні та клінічні механізми, що лежать в основі цих станів, а також їхній вплив на процес одужання. Проблема прагнення до зміненої свідомості при адикціях досліджується на перетині кількох дисциплін. Соціальна та клінічна психологія розглядає адикцію як змінений стан переживання, що звужує чи спотворює свідомість залежної людини. Зокрема, Стентон Піл ще в 1980-х запропонував концепцію «адиктивного досвіду» як особливо потужного модифікатора настрою та відчуттів, тобто своєрідного стану свідомості. Якщо певна речовина чи поведінка здатна негайно та сильно змінювати настрій, сприйняття або самопочуття, вона володіє потенціалом викликати залежність. Іншими словами, людина «підсаджується» на той стан, якого вона досягає через наркотик чи поведінковий акт, бо цей стан якісно відрізняється від її буденної свідомості і дає суб'єктивне полегшення або насолоду[18]. Представник трансперсональної психології Р.Метцнер описував адиктивні стани свідомості як «звужені» або «контрактані» на протизагу екстатичним трансцендентним станам, що розширюють свідомість. У залежностях увага та інтерес ніби фіксуються на вузькому колі відчуттів (наприклад, на отриманні чергової дози або на грі), через що свідомість звужується – людина все більше живе в тунелі своїх прагнень і втрачає ширший контекст життя. Натомість містичні чи пікові переживання характеризуються розширенням усвідомлення, виходом за межі вузького еґо-центрованого сприйняття[16].

Батейле та інші дослідники підкреслюють, що адикція і трансцендентні стани є своєрідними «дзеркальними протилежностями»: адикція – це спроба

втечі і звуження свідомості, тоді як духовний екстаз – прагнення виходу за межі себе[8]. Ця думка має важливі наслідки: наприклад, залучення до духовних практик може допомагати залежним “переключити” свою потребу зі шкідливих сурогатів на пошук справжнього смислу і розширення свідомості [6] (доказом є успіхи програми «12 кроків», що спирається на духовне відродження) [3]. Однак, і за релігійними практиками[5] можуть ховатися деструктивні тоталітарні секти, які експлуатують людей з адикціями на свою користь[4]. Також для розуміння переживання ЗСС в стані адикції важливими є результати нейробіологічних досліджень, які підтверджують, що хімічні і поведінкові залежності мають спільну нейрофізіологічну основу – систему винагороди мозку. Будь-яка діяльність, яка здатна викликати безпосереднє відчуття винагороди або задоволення, може потенційно стати об’єктом адикції. Спершу термін “addiction” вживався тільки щодо наркотичних речовин, але тепер його застосовують і до компульсивної поведінки – азартних ігор, шопінгу, сексуальної поведінки, переїдання, інтернет-серфінгу, культової психічної залежності. Зі сказаного вище випливає, що у всіх цих випадках задіяний єдиний універсальний процес: швидке підкріплення (позитивне або негативне) призводить до формування звички, а нейромедіатор допамін відіграє головну роль в “закарбуванні” поведінкового патерну. Дослідження показали, що мозок людини, залежної від хімічних речовин, і мозок “ігромана” або іншого поведінково залежного мають подібні зміни: гіперактивація дофамінових шляхів у відповідь на тригери, ослаблення контролю з боку префронтальної кори, формування толерантності і абстинентних симптомів.

Таким чином, змінені стани свідомості є центральним феноменом у клінічній картині адиктивної поведінки. У контексті наркології розуміння ЗСС має критичне значення, оскільки ці стани є не просто побічними ефектами вживання, а виконують ключові функції в патогенезі залежності. Вони можуть виступати як бажаний спосіб втечі від внутрішніх конфліктів або психологічних травм, так і проявлятися як найбільш клінічно значущі та загрозливі наслідки, такі як психози та синдроми відміни. Розуміння суб’єктивного досвіду ЗСС дозволяє не лише діагностувати стадію захворювання, а й розробляти цільові терапевтичні стратегії, спрямовані на подолання основного бар’єру – заперечення хвороби. Пошук змінених станів свідомості часто виступає як спроба особистості впоратися з психологічною травмою, «конфліктом між особистим вибором і соціально зумовленими обмеженнями» [1] або відчуттям екзистенційної порожнечі. Для багатьох людей, особливо тих, хто схильний до адиктивної поведінки, цей шлях є засобом вирішення внутрішніх проблем, замінюючи здорові механізми саморегуляції. Дослідження показують, що певні індивідуальні та характерологічні особливості є чинниками у формуванні залежності. До таких рис належать інфантильність, навіюваність, прогностична некомпетентність, егоцентризм та, що особливо важливо, висока потреба у зміні станів свідомості. Низька здатність до подолання психологічних стресів та

обмеженість саморегуляції поведінки посилюють цю потребу, роблячи психоактивні речовини привабливим, хоча й деструктивним, інструментом для управління своїм станом. Опитування психотерапевтів у галузі залежностей, підтверджують, що практично всі їхні пацієнти мали травматичний досвід самотності або зради у близьких стосунках і навчилися “не відчувати” свій емоційний біль шляхом вживання речовин чи нав’язливих дій. Отже, адикція може розглядатися як дезадаптивний копінг-механізм: спроба впоратися з внутрішнім дискомфортом через ескапістське занурення в інший стан свідомості. Узагальнюючи можна сказати, що у цих людей в основі потреби у переживанні змінених станів свідомості знаходиться не прагнення гедоністичних переживань, а прагнення хоча б на деякий час позбутися психологічного болю.

А тепер розглянемо терапевтичний потенціал переживання змінених станів свідомості як міст між нормою та аномалією. Наприкінці ХХ століття два видатні вчені – чеський психіатр Станіслав Гроф та американський психолог Тімоті Лірі стали ключовими фігурами, які вивели дослідження ЗСС за межі академічних лабораторій та медичних установ. Їхня новаторська робота зосереджена на терапевтичному потенціалі цих станів, викликала як наукове захоплення, так і етичні суперечки. Хоча їхні підходи відрізнялися, обидва прагнули дослідити глибини людської психіки, використовуючи різні інструменти для досягнення «неординарних» станів свідомості[12].

Станіслав Гроф, як один із засновників трансперсональної психології, присвятив значну частину своєї кар’єри вивченню незвичайних(або змінених) станів свідомості. Його ранні дослідження були зосереджені на психоделічній терапії з використанням ЛСД. Проте, після заборони психоделічних речовин у 1960-х роках, Гроф і його дружина Крістіна почали шукати альтернативні методи для досягнення подібних станів свідомості без використання хімічних засобів.

Результатом цих пошуків стало розроблення специфічної дихальної техніки, названої «холотропним диханням». Назва походить від грецьких слів «holos» (цілий) і «trepein» (пересуватися до), що буквально перекладається як «рух до цілісності». Цей метод ґрунтується на гіпервентиляції легень за рахунок прискореного та глибокого дихання. Метою цієї практики є сприяння емоційному та психологічному очищенню, а також поглибленому самопізнанню [12].

Тімоті Лірі починав свою кар’єру як поважний клінічний психолог та дослідник обдарованих особистостей у Гарвардському університеті. Після досвіду з псилоцибіновими грибами в Мексиці у 1960 році, він заснував Гарвардський псилоцибіновий проєкт. Метою його ранніх досліджень було вивчення терапевтичного потенціалу псилоцибіну та ЛСД, які на той час були легальними.

Найважливішим теоретичним внеском Лірі є концепція «Set and Setting» (установка та обстановка), яку він популяризував у своїх роботах. Цей принцип став фундаментальним для розуміння та контролю психоделічного досвіду, а

також для запобігання «поганим тріпам». «Set» (установка): відноситься до внутрішнього психічного стану людини, її настрою, думок, очікувань, особистісної структури та попередніх травм. Наприклад, якщо людина відчуває тривогу або переживає труднощі в особистому житті, прийом психоделіків може посилити ці негативні емоції. «Setting» (обстановка): відноситься до фізичного та соціального середовища, в якому відбувається досвід. Це включає атмосферу кімнати, наявність довірених людей, музику та інші сенсорні стимули. Наприклад, комфортне та безпечне місце сприяє приємному досвіду, тоді як вороже або стресове середовище може призвести до панічних атак[14].

Лірі стверджував, що сама по собі речовина є лише «хімічним ключем», який відкриває свідомість, тоді як характер досвіду майже повністю залежить від установки та обстановки. Цей принцип став основою для сучасної концепції «зниження шкоди» у роботі з психоактивними речовинами.

Спадщина обох вчених, незважаючи на їхні суперечності, заклала концептуальний фундамент для так званого «психоделічного ренесансу» – відновлення наукових досліджень ЗСС, що почалося на початку ХХІ століття. Сучасна психоделічно-асистована психотерапія є прямим синтезом ідей Грофа та Лірі. Принцип «Set and Setting» Тімоті Лірі є центральним у нових клінічних протоколах, які вимагають ретельного відбору пацієнтів, створення безпечного та підтримуючого середовища та обов'язкового супроводу терапевтами. Дослідження підтверджують, що ці фактори є критичними для позитивного клінічного результату[14].

Сучасні наукові дослідження, що проводяться з суворою методологічною якістю, підтверджують терапевтичний потенціал психоделіків, що були предметом досліджень Лірі. Нейробіологічні дослідження показують, що психоделіки, такі як псилоцибін, тимчасово підвищують нейропластичність мозку – його здатність реорганізовуватись та формувати нові нейронні зв'язки. Це сприяє когнітивній гнучкості та дозволяє пацієнтам формувати нові перспективи та поведінкові патерни. Також було виявлено, що психоделіки можуть пригнічувати активність так званої «мережі пасивного режиму роботи мозку» (DMN), яка часто є надмірно активною при депресії та інших психічних розладах[17].

За даними метааналізу клінічних випробувань, психоделічно-асистована терапія з використанням псилоцибіну має великий ефект при лікуванні депресії, з показником ремісії до 45%. Ці ефекти можуть бути довготривалими, що значно відрізняє їх від щоденного прийому антидепресантів. Подібні дослідження також демонструють потенціал психоделіків у лікуванні тривоги, залежностей та ПТСР[17].

Сучасні психотерапевтичні підходи демонструють, як стани, що мають феноменологічні ознаки аномалії, можуть бути свідомо та контрольовано використані для зцілення, слугуючи мостом між патологією та нормою. Це особливо помітно у контрольованих психотерапевтичних методах, таких як

терапевтичний гіпноз та холотропне дихання (Табл.1). Ці практики дозволяють отримати доступ до «лімінального простору» між станами свідомості для «перепрограмування» розуму та звільнення від прихованих травм.

Найяскравішим прикладом цієї тенденції є психоделічна терапія. Речовини, що раніше викликали психози, сьогодні досліджуються як засоби для їх лікування. Механізм їх дії полягає у послабленні Его (деактивація DMN) та відкритті доступу до підсвідомості, що дозволяє глибше опрацювати психічні травми, змінити руйнівні моделі мислення та знайти нові сенси. Наприклад, MDMA (екстазі) знижує активність амігдали, що дозволяє пацієнтам з ПТСР згадувати травматичні події без надмірного страху, дозволяючи мозку «перевчити» реакцію на травму.

Управління з контролю за продуктами і ліками США (FDA) надало статус «проривної терапії» псилоцибіну для лікування депресії та MDMA для ПТСР, що свідчить про їх визнання в медичному співтоваристві.

Таблиця 1.

Психотерапевтичні методи впливу на свідомість

Метод	Основний механізм	Клінічне застосування	Приклади успішних результатів
Психоделічна терапія	Деактивація DMN, послаблення его	ПТСР, депресія, залежності, екзистенційна тривога	Глибоке опрацювання травм, зміна моделей мислення, позитивні зміни у світогляді
Холотропне дихання	Гіпервентиляція, що призводить до фізіологічних змін	Самопізнання, вивільнення емоційних та психосоматичних розладів	Переживання цілісності, доступ до несвідомого
Гіпнотерапія	Підвищена навіюваність, зосереджена увага	Вивільнення травм, лікування фобій та болю, зняття тривожності	«Перепрограмування» розуму, інтеграція досвіду

Важливо зазначити, що головна відмінність між неконтрольованим зловживанням і терапевтичним використанням полягає в концепції «set and setting» (установки та оточення). Коли досвід індукується контрольовано, під керівництвом кваліфікованих терапевтів і супроводжується інтеграційними сесіями, він перетворюється з неконтрольованої подорожі на цілеспрямований інструмент. Контекст і ціль використання ЗСС є найважливішими детермінантами його нормальності.

Терапевтичний потенціал ЗСС демонструє, що «ненормальний» стан може бути свідомо використаний для «нормального» зцілення, розмиваючи традиційні межі між психічною нормою та патологією, що є революційним для сучасної психології.

Висновки. Таким чином, можна підсумувати міркування про континуум свідомості та критерії нормальності. Поняття свідомість зазвичай використо-

вується як маркер того, що людина адекватно відображає на психічному рівні об'єктивну реальність: час, простір, звук, колір. Фактично мова йде про когнітивні функції, оскільки ми робимо висновки про те, що людина перебуває в стані свідомості, порівнюючи те, що сприймає вона з тим, що сприймаємо ми самі. Однак, психічна діяльність людини не зводиться до когнітивних процесів. Людині притаманне перебування у стані сну, медитації, сп'яніння. Ці переживання є чисто суб'єктивними, зовнішній спостерігач не може перевірити їх істинність та оцінити «нормальність». Тому норма і аномалія визначаються за критерієм наслідків переживання конкретного зміненого стану свідомості. А вони бувають позитивними, або негативними. Можливо тому першопочатково про змінені стани свідомості писали як про альтернативні до нормальних станів свідомості. Тобто апріорі змінені стани свідомості вважалися аномальними. Натомість з подальших спостережень за проявами даного феномену можна сказати, що простежується чіткий континуум, що складається з трьох компонентів. Нормальні прояви ЗСС, що є спонтанними та цілеспрямованими, адаптивні змінені стани свідомості, такі як потік, пікові переживання та медитація, що сприяють особистісному зростанню та самоактуалізації. Також вони проявляються як атрибути культурної традиції, такі як обряди і святкування, релігійні ритуали, хорові співи, групові танці, під час яких люди об'єднуються у спільному єдиному пориві. У цей час відчуття індивідуальності відходить на другий план, а на поверхню виступає відчуття цілісності, злиття, приплив енергії, сили.

Аномальні прояви ЗСС переживаються як патологічні стани, що є результатом дисфункції організму або дезадаптивної реакції психіки, такі як делірії, дисоціативні розлади та алкогольне чи наркотичне сп'яніння осіб із адикцією. Ці стани є неконтрольованими та руйнівними. Середину названого континууму займають спеціальні психотерапевтичні методи, такі як психоделічна психотерапія та холотропне дихання, які використовують феноменологію «аномальних» станів для досягнення «нормального» зцілення, перетворюючи їх на контрольовані та корисні інструменти. Таким чином, можна сказати, що міра нормальності - аномальності знаходиться у прямій залежності від здатності особистості до інтеграції досвіду, оскільки навіть без належної інтеграції навіть потенційно позитивні переживання можуть стати джерелом дистресу. Саме здатність особистості до інтеграції досвіду виступає основою для подальших досліджень та розробок у галузі трансперсональної та психоделічної психотерапії. Для подальшого прогресу необхідне поглиблене вивчення нейробіологічних механізмів, які лежать в основі відмінностей між нормальними та патологічними зміненими станами свідомості, а також розробка та вдосконалення протоколів для терапевтичної інтеграції досвіду ЗСС, що дозволить максимізувати їхній позитивний потенціал.

Наше дослідження підтверджує, що потреба у змінених станах свідомості є універсальною та має глибоке еволюційне коріння. Що стосується норми і

патології в цьому феномені, то можна стверджувати, що нормальність визначається не самим станом, а його контекстом, мотиваційною спрямованістю, ступенем контролю та наслідками.

Література:

1. Аршинов С. Вихід за межі чи межа виходу: адикція у просторі соціальної детермінації // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Філософія». – 2025. – № 28. – С. 63–67. – Режим доступу: <https://journals.oa.edu.ua/Philosophy/article/view/4293>
2. Гавриловська К. П. Змінені стани свідомості у системі релігійного досвіду // Психологічні дослідження: наукові праці викладачів та студентів соціально-психологічного факультету / За ред. Ю. Ю. Дем'янчук, Н. Ф. Портницької, І. М. Тичини. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2019. – Вип. 11. – С. 11–14.
3. Климишин О. І. Психологія духовності особистості: християнсько-орієнтований підхід : монографія. – Івано-Франківськ : Гостинець, 2010. – 440 с.
4. Лещинська О. А. Феноменологія психологічної залежності в деструктивних культах релігійного типу : монографія. – Івано-Франківськ : Симфонія форте, 2019. – 216 с.
5. Матейко Н. М. Першопричини адиктивної поведінки особистості з позицій духовної психотерапії // Збірник наукових праць: психологія. – 2016. – Вип. 21. – С. 59–65. – Режим доступу: <https://journals.pnu.edu.ua/index.php/psp/article/view/3236>
6. Міщиха Л. П., Лещинська О. А., Климишин О. І., Матейко Н. М. Духовно-екзистенційні витоки адиктивної поведінки особистості // Наукові перспективи. – 2025. – № 8(62). – С. 1471–1483.
7. Міщиха Л. П. Самоусвідомлення як психологічний феномен // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. – 2025. – Вип. 1. – С. 17–22. – Режим доступу: <http://psyvisnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/373/440>
8. Bataille G. Inner Experience / Transl. Leslie Anne Boldt. – Albany : State University of New York Press, 1988. – 239 p.
9. Carhart-Harris R. L., Leech R., Hellyer P. J., Shanahan M., Feilding A., Tagliazucchi E., Chialvo D. R., Nutt D. The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs // Frontiers in Human Neuroscience. – 2014. – Vol. 8. – P. 20. – doi:10.3389/fnhum.2014.00020
10. Csikszentmihalyi M. Flow: The Psychology of Optimal Experience. – New York : Harper and Row, 1990.
11. Furlong D. Altered states of consciousness within therapeutic modalities – exploring commonalities of experience: A qualitative grounded theory study // Consciousness Spirituality & Transpersonal Psychology. – 2022. – Vol. 3. – P. 158–171. – doi:10.53074/cstp.2022.33
12. Grof S. Beyond the Brain: Birth, Death, and Transcendence in Psychotherapy. – Albany: State University of New York Press, 1985. – Режим доступу: <https://philpapers.org/rec/GROBTB>
13. Ludwig A. M. Altered states of consciousness // Archives of General Psychiatry. – 1966. – Vol. 15(3). – P. 225–234.
14. Lukoff D., Zanger R., Ltr F. Transpersonal psychology research review: Psychoactive substances and transpersonal states // Journal of Transpersonal Psychology. – 1990. – Vol. 22(2). – P. 107–148.
15. Maslow A. Toward a Psychology of Being. – Princeton : D. Van Nostrand, 1962. – doi:10.1037/10793-000
16. Metzner R. Entheogenesis: Toward an Expanded Worldview for Our Time // Journal of Humanistic Psychology. – 2017. – Vol. 57(5). – P. 443–449. – Режим доступу: <https://open-foundation.org>

17. National Institute on Drug Abuse. Drugs and the Brain // *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction* (NIH Pub No. 20-5605). – 2020. – Режим доступу: <https://nida.nih.gov>
18. Peele S. *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and Its Interpretation*. – Lexington : Lexington Books, 1985. – P. 1–26.
19. Revonsuo A., Kallio S., Sikka P. What is an altered state of consciousness? // *Philosophical Psychology*. – 2009. – Vol. 22(2). – P. 187–204. – doi:10.1080/09515080902802850
20. Tart C. T. *Altered States of Consciousness: A Book of Readings*. – New York : John Wiley & Sons, 1969. – 284 p.

References

- 1.Arshinov, S. (2025). Vykhid za mezhi chy mezha vykhodu: Adyktsiia u prostori sotsialnoi determintsii. *Naukovi zapysky Natsionalnoho universytetu "Ostrozka akademiia". Seriia Filosofiia*, (28), 63–67. <https://journals.oa.edu.ua/Philosophy/article/view/4293>
- 2.Havrylovska, K. P. (2019). Zmineni stany svidomosti u systemi relihiinoho dosvidu. In Yu. Yu. Demianchuk, N. F. Portnytska, & I. M. Tychyna (Eds.), *Psykhologichni doslidzhennia: Naukovi pratsi vykladachiv ta studentiv sotsialno-psykhologichnoho fakultetu* (Vol. 11, pp. 11–14). Zhytomyr: ZhDU im. I. Franka.
- 3.Klymyshyn, O. I. (2010). *Psykhologhiia dukhovnosti osobystosti: Khrystyiansko-oriientovanyi pidkhid*. Ivano-Frankivsk: Hostynets.
- 4.Leshchynska, O. A. (2019). *Fenomenologhiia psykhologichnoi zalezhnosti v destruktyvnykh kultakh relihiinoho typu*. Ivano-Frankivsk: Symfoniia forte.
- 5.Mateiko, N. M. (2016). Pershoprychyny adyktyvnoi povedinky osobystosti z pozytsii dukhovoi psykhoterapii. *Zbirnyk naukovykh prats: Psykhologhiia*, (21), 59–65. <https://journals.pnu.edu.ua/index.php/psp/article/view/3236>
- 6.Mishchychka, L. P., Leshchynska, O. A., Klymyshyn, O. I., & Mateiko, N. M. (2025). Dukhovno-ekzystentsiini vytoky adyktyvnoi povedinky osobystosti. *Naukovi perspektyvy*, 8(62), 1471–1483.
- 7.Mishchychka, L. P. (2025). Samousvidomlennia yak psykhologichniyi fenomen. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Seriia Psykhologhiia*, (1), 17–22. <http://psyvisnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/373/440>
- 8.Bataille, G. (1988). *Inner experience* (L. A. Boldt, Trans.). Albany: State University of New York Press.
- 9.Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Hellyer, P. J., Shanahan, M., Feilding, A., Tagliazucchi, E., Chialvo, D. R., & Nutt, D. (2014). The entropic brain: A theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00020>
- 10.Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper and Row.
- 11.Furlong, D. (2022). Altered states of consciousness within therapeutic modalities – exploring commonalities of experience: A qualitative grounded theory study. *Consciousness Spirituality & Transpersonal Psychology*, 3, 158–171. <https://doi.org/10.53074/cstp.2022.33>
- 12.Grof, S. (1985). *Beyond the brain: Birth, death, and transcendence in psychotherapy*. Albany: State University of New York Press. <https://philpapers.org/rec/GROBTB>
- 13.Ludwig, A. M. (1966). Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 15(3), 225–234.
- 14.Lukoff, D., Zanger, R., & Ltr, F. (1990). Transpersonal psychology research review: Psychoactive substances and transpersonal states. *Journal of Transpersonal Psychology*, 22(2), 107–148.
- 15.Maslow, A. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton: D. Van Nostrand. <https://doi.org/10.1037/10793-000>

- 16.Metzner, R. (2017). Entheogenesis: Toward an expanded worldview for our time. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 443–449. <https://open-foundation.org>
- 17.National Institute on Drug Abuse. (2020). Drugs and the brain. In *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction* (NIH Pub No. 20-5605). Retrieved from <https://nida.nih.gov>
- 18.Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation* (pp. 1–26). Lexington: Lexington Books.
- 19.Revonsuo, A., Kallio, S., & Sikka, P. (2009). What is an altered state of consciousness? *Philosophical Psychology*, 22(2), 187–204. <https://doi.org/10.1080/09515080902802850>
- 20.Tart, C. T. (1969). *Altered states of consciousness: A book of readings*. New York: John Wiley & Sons.