

**ДИВІЗІОН «АДИКТОЛОГІЯ»
НАЦІОНАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ**

**ОРГАНІЗАЦІЯ
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ**

науково-методичний посібник

За редакцією Д.Ю. Старкова, Н.Ю. Максимової

Київ – 2023

**Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України
(протокол № 5 від 23 березня 2023 року.)**

Рецензенти:

Дембицька Н.М. – доктор психологічних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Фільц О.О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила Галицького

Седих К.В. – доктор психологічних наук, професор, зав. кафедри психології Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка

О-64 Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб: науково-методичний посібник / за ред., Старкова Д.Ю. Максимової Н.Ю. Київ: 7БЦ, 2023. 680 с.

ISBN 978-617-549-239-0

У науково-методичному посібнику надано науково-методологічне підґрунтя соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою. Наведено концептуальні підходи до розуміння феномену uzалежнення, форм та механізмів адиктивної поведінки. Висвітлено парадигми, принципи організації, етичні питання та основні програми реабілітації, конкретні технології роботи з uzалежненими клієнтами. Розглянуто правові засади функціонування реабілітаційного центру, його структуру та організацію терапевтичного середовища в ньому, конкретні приклади роботи.

Посібник буде корисним науковцям у галузі психології адиктивної поведінки, психологам та психотерапевтам, наркологам та психіатрам, консультантам з хімічного uzалежнення, фахівцям із соціальної роботи.

ISBN 978-617-549-239-0

© Національна психологічна асоціація, 2023

© Старков Д.Ю. Максимова Н.Ю., 2023

© Автори підрозділів, 2023

З М І С Т

ПЕРЕДМОВА.....	4

Розділ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ	6

1.1. Концепції та моделі хімічної адикції (Д. Старков)	6
1.2. Феноменологія хімічних адикцій та принципи їх діагностики (Д. °Старков).....	39
1.3. Види психоактивних речовин та особливості uzалежнення від них (Д. °Старков, О. °Фітькало).....	66
1.4. «3+2» векторна модель адикцій (Д. Старков).....	94
1.5. Адиктивне розщеплення особистості (С. Михайлів, Д. Старков)...	110
1.6. °Психологічні особливості підлітків з адиктивною поведінкою (Н. °Максимова).....	133
1.7. Соціальні фактори uzалежнення (Д. Старков).....	145
1.8. Концепції співузалежнення (Д. Старков).....	175
1.9. Особливості uzалежнення від азартних ігор та його терапії (Д. Старков).....	190
1.10. Хімічні uzалежнення в структурі ПТСР (Д. Старков).....	221
1.11. Трансформації практик людських насолод у цифровому просторі (М. °Жидко).....	236

Розділ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ.....	275

2.1. °Парадигми, принципи організації та моделі програм соціально-психологічної реабілітації адикцій в українських реаліях (Д. Старков, М. Жидко).....	275
2.2. Етичні питання в процесі стаціонарної реабілітації хімічних адиктів (С. Седих).....	292
2.3. °Інтегративна особистісно-орієнтована розвиваюча модель як основа системи реабілітації (Д. Старков).....	303
2.4. Програма «12 Кроків» в соціально-психологічній реабілітації (В. Тітяєв).....	326
2.5. Програма «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка» (В. Тітяєв).....	350

Розділ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ РОБОТИ З УЗАЛЕЖНЕНИМИ КЛІЄНТАМИ ТА ЇХ РОДИНАМИ.....	367

3.1. Мотиваційна робота з uzалежненими клієнтами (Д. Старков).....	367

3.2. Використання когнітивно-поведінкових технологій в процесі соціально-психологічної реабілітації хімічно uzалежнених клієнтів (Д. Старков).....	402
3.3. Індивідуальний супровід клієнтів в реабілітаційному центрі (Н. Єнчева)	423
3.4. Профілактика рецидиву вживання психоактивних речовин (Д. Старков).....	432
3.5. Постреабілітаційний супровід (О. Тимошенко, В. Олійник).....	473
3.6. Особливості реабілітації клієнтів з коморбідними розладами в реабілітаційному центрі (Ю. Третьяк).....	493
3.7. Досвід роботи зі сім'єю та співузалежненням (О. Тимошенко).....	511

Розділ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....522

4.1. Правові та юридичні аспекти функціонування реабілітаційного центру (А. Осипян).....	522
4.2. Питання організації стаціонарної соціально-психологічної реабілітації хімічно uzалежнених осіб (Г. Марнауз).....	543
4.3. Організація терапевтичного середовища в реабілітаційному центрі (В. Олійник, Д. °Старков).....	563
4.4. Особливості групової роботи в умовах стаціонарної реабілітації (В. Олійник).....	585
4.5. Реабілітаційні центри для наркоузалежнених: роль лікаря-психіатра (О. Фітькало).....	615
4.6. Центр «Сходи» (м. Одеса) як приклад організації стаціонарної соціально-психологічної реабілітації наркоузалежнених клієнтів (О. Ахмеров).....	625
4.7. Реабілітаційний центр «Сенс» (м. Київ) як зразок організації амбулаторної програми психологічної допомоги алкоузалежним клієнтам у мережі центрів соціальних служб (В. Іванов, Ю. Безсмертний, Д. Старков).....	641

ДОДАТКИ.....652

Додаток 1. Етичний кодекс консультанта з хімічного uzалежнення НПА України.....	652
Додаток 2. Діагностичний інструментарій. Скринінговий профілактичний інструмент (опитувальник) щодо вживання психоактивних речовин (тест ASSIST), DSM-5, госпітальний опитувальник тривоги та депресії, тест на ПТСР.....	657

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ.....677

ПЕРЕДМОВА

За звітами Управління ООН з наркотиків та злочинності, в світі спостерігається стабільне зростання вживання наркотичних речовин та алкоголю. Окрім того, швидко розширюється ринок новітніх/дизайнерських наркотиків, включаючи синтетичні катіони, які мають шкідливіші наслідки для психіки, ніж «класичні» наркотики. Нагальною є також проблема uzалежнення від азартних ігор, різного виду інтернет uzалежнення.

Україна і до війни займала за світовими звітами провідні позиції з вживання наркотичних речовин та алкоголю, а через воєнне вторгнення РФ на територію нашої держави є очікування катастрофічного посилення проблем uzалежнення, особливо серед військових.

Однією з провідних моделей терапії uzалежнення є стаціонарна медико-психологічна або соціально-психологічна реабілітація. У стаціонарному центрі вирішується велике коло задач (пряме обмеження доступу до психоактивних речовин, комплексна мультимодальна допомога, терапія середовищем тощо), які неможливо вирішити за допомогою інших підходів до терапії uzалежнення. Практика терапії uzалежнення в реабілітаційних центрах України широко розповсюджена. Проте, точну кількість реабілітаційних центрів, за причин відсутності розроблених механізмів моніторингу та контролю, підрахувати майже неможливо. За деякими приблизними оцінками кількість таких центрів у довоєнний час доходила до тисячі (включаючи релігійні).

Однак, за такого розповсюдження реабілітаційної моделі терапії uzалежнення ми спостерігаємо катастрофічний брак методологічної бази їх роботи. За весь, понад 30-ти річний час існування системи реабілітації в Україні, вся науково-методологічна база в цій галузі обмежується виданням кількох практичних посібників з організації та роботи реабілітаційних центрів (під егідою Міністерства молоді та спорту України, яке до середини 2010-х років курувало діяльність центрів соціально-психологічної реабілітації), кількома захищеними кандидатськими дисертаціями та низкою брошур, з описом досвіду роботи окремих реабілітаційних центрів.

Через відсутність теоретико-методологічної бази наявний «методичний хаос» в роботі реабілітаційних центрів. Зміст тих чи інших програм реабілітації є не системним теоретико-методологічним утворенням, а скоріше дифузною сукупністю. Тобто наповнення кожної окремої реабілітаційної програми є еkleктичним феноменом, якість якого гарантується лише професійним рівнем її авторів, інтуїцією та можливостями – наявністю тих чи інших психологів, що володіють тими чи іншими технологіями роботи з адиктами.

Другим негативним наслідком відсутності загальної методологічної бази є неможливість підготовки фахівців для роботи в реабілітаційному центрі. Через відсутність науково-обґрунтованих програм реабілітації та відсутності підготовлених фахівців катастрофічно страждає якість роботи таких центрів.

Основною метою цього науково-методичного посібника є надання загального науково-методологічного підґрунтя функціонування соціально-психологічної реабілітації. У написанні цієї роботи ми намагалися охопити усі необхідні рівні, починаючи з огляду теоретичних поглядів на uzалежнення та загальних принципів її терапії, закінчуючи наданням конкретних технологій роботи.

Посібник складається з чотирьох розділів. Перший розділ «Концептуальні підходи до розуміння адиктивної поведінки» присвячено розгляду форм та механізмів адиктивної поведінки. У цьому розділі зроблено огляд існуючих наукових моделей хімічних та нехімічних адикцій у дорослих та підлітків, розглянуто види психоактивних речовин та особливості uzалежнення від них, надано низку власних авторських теоретичних моделей. Другий розділ «Теоретичні засади соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою» присвячено загальним методологічним питанням організації стаціонарного реабілітаційного центру. Розглянуто парадигми реабілітації, загальні принципи організації, етичні питання та основні програми реабілітації. Розділ третій «Соціально-психологічні методи роботи з uzалежненими клієнтами та їх родинами» присвячено конкретним технологіям роботи з uzалежненими клієнтами. Розглянуто основи мотиваційного консультування, когнітивно-поведінкові техніки роботи, основи профілактики рецидиву, особливості роботи з клієнтами з коморбідністю, підходи до роботи з сім'єю тощо. І, нарешті, четвертий розділ «Організація центру соціально-психологічної реабілітації» присвячено конкретним практичним питанням організації та функціонування центру реабілітації. Розглянуто правові питання, структуру реабілітаційного центру та організацію терапевтичного середовища в ньому, особливості проведення групової роботи, роль лікаря-психіатра в такій структурі. Наведено також конкретні приклади роботи стаціонарного та амбулаторного реабілітаційного центру.

Цей посібник спрямований найперше для допомоги фахівцям, які працюють в системі медико-психологічної або соціально-психологічної реабілітації: психологам та психотерапевтам, наркологам та психіатрам, консультантам з хімічного uzалежнення, фахівцям із соціальної роботи тощо. Однак, він може бути корисний і для всіх інших спеціалістів, які працюють з клієнтами з адиктивними розладами в індивідуальній психотерапії.

РОЗДІЛ 1.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Концепції та моделі хімічної адикції

Старков Д.Ю.

Абстракт

Окреслюються межі феномену адикції в патопсихологічному та психопатологічному підходах, визначаються суттєві ознаки адикції в цих двох підходах. Розглядаються психодинамічні, гуманістично-екзистенційні, когнітивно-поведінкові та нейробіологічні моделі хімічних адикцій. Обговорюється питання адикцій як хвороби та дається описативне визначення адикції як комплексного феномену, що включає в себе системну взаємодію між біологічними факторами, генетикою, соціальним впливом, індивідуальним життєвим досвідом, включаючи досвід дитинства, та вільним вибором людини.

Вступ: окреслення меж феномену адикції

Наукове вивчення проблеми адикцій розпочалося досить давно (вже понад 200 років тому), але, на жаль, досі немає ані єдиної теоретичної моделі узалежнення, яка б достатньо пояснювала весь спектр проявів адикцій, ані практичної моделі терапії адикції з достатнім рівнем ефективності. Крім того, під час вивчення адикцій ми стикаємося з деякими базовими методологічними проблемами.

Однією з перших таких методологічних проблем є окреслення меж адиктивного феномену, або питання про те, що ми вважаємо узалежненням і як його відокремлюємо від інших психопатологічних феноменів та умовно «здорового» вживання. Вирішення цього питання не є таким очевидним, як це може здаватися на перший погляд.

Протягом усієї історії вивчення узалежнення конкурують два парадигмальні погляди на цей феномен:

- психопатологічний, який належить до психіатричної (медичної) парадигми, та феноменологічно вивчає симптомокомплекси як окремі одиниці;
- патопсихологічний, який належить до психологічної парадигми, та вивчає ті ж симптоми як спотворення здорового функціонування психіки.

Тобто, ми бачимо протистояння біологічної (біологічні проблеми призводять до появи психічних симптомів) та психологічної (спотворення

психічних процесів є причиною симптомів) парадигм. Будемо намагатися окреслити межі феномену адикції в цих двох підходах.

У психопатологічній моделі найчастіше головну суттєву особливість адиктивної поведінки визначають (як у DSM-5) через продовження вживання психоактивної речовини (ПАР) попри всі наслідки (DSM-5, с. 483). Інакше кажучи, межу між здоров'ям та розладом проводить десоціалізація (в соціальному розумінні цього слова). Однак таке, здавалось би очевидне визначення, задає проблему диференціації адиктивної поведінки (особливо у випадку нехімічних поведінкових адикцій) від інших розладів – продовження шкідливої поведінки, не дивлячись не шкідливі наслідки, є характерною ознакою будь-якого психічного розладу, включаючи обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) та маніакальну поведінку, диференціація адикцій з якими є давньою проблемою. У запропонованій DSM-5 діагностиці, окрім порушення соціального функціонування, виділяють ще групи симптомів порушення контролю над вживанням, ризикового вживання та фармакологічні критерії (толерантність та абстинентний синдром).

Автори пізнішої МКХ-11 (англ. ICD-11), до продовження вживання, попри його наслідки, додають сильне внутрішнє прагнення до вживання (або інакше, патологічний потяг до вживання або крейвінг), порушення здатності контролювати це вживання, підвищення пріоритету вживання над іншими видами діяльності. Проблема такого розширення суттєвих ознак полягає вже в іншому – не всім видам адиктивної поведінки притаманні всі перераховані ознаки: так, наприклад, широко розповсюдженими варіантами є адиктивна поведінка без вираженого крейвінгу або без втрати кількісного контролю.

Якщо узагальнити інші сучасні погляди на адикції, то можна виділити таку тріаду суттєвих ознак хімічних адикцій *в психопатологічному підході: продовжування зловживання ПАР можна визначити як розлад, коли присутні: 1) явні шкідливі наслідки вживання в соціальній, психологічній та фізіологічній сферах; 2) патологічний потяг до вживання (крейвінг) та/або втрата контролю над вживанням; 3) (пост-)абстинентні стани / гіперкатіфея (включаючи гострий та протрагований абстинентний синдром, адиктивну депресію та ангедонію).*

Психологія (патопсихологічний підхід), на відміну від психіатрії, розглядає адиктивну поведінку перш за все як психічний феномен, викликаний відхиленням від норми функціонування психічних процесів. Спробуємо виділити суттєві ознаки адиктивної поведінки через психологічну призму.

Першу таку ознаку можна визначити через прагнення до зміни психічного стану. На змінення стану свідомості, як іманентну характеристику адиктивної поведінки, вказують багато авторів, зокрема українська дослідниця Н. Максимова: *«Суть алкоголізму та наркоманії полягає в тому, що людина ставить собі за мету змінити свій психічний стан. Незалежно від того, за яких обставин підліток почав вживати психотропні речовини, які тоді в нього були мотиви, про початок захворювання можна говорити в тому випадку, коли виявлено саме цю мету – змінити свій психічний стан»* (Максимова, 2011: 193). Тобто з психологічного погляду, повторювальне вживання ПАР не є саме собою визначною характеристикою адикції (як це розглядає психіатрія), воно є лише інструментом досягнення зміни психічного стану, або наслідком цього прагнення. Пропонуємо звужити надто загальне поняття «зміни психічного стану» до конкретнішого мотиву, інакше під таке визначення потрапляє взагалі будь-який мотив будь-якої людської поведінки – оскільки, людина зазвичай вчиняє будь-яку дію заради зміни свого психічного стану. І такий мотив доречно визначити через стан зміненої свідомості. Тобто саме *прагнення до стану зміненої свідомості* ми визначаємо як першу специфічну характеристику адиктивної поведінки.

Другу суттєву характеристику адикцій визначимо через суб'єктивну цінність адиктивної поведінки для адикта. Вживання ПАР (або інша адиктивна поведінка) опосередкована не тільки і не стільки через патологічний потяг до вживання (а часто відбувається взагалі без такого потягу), скільки є ціннісно навантаженою. Іманентним процесом у розвитку адиктивної поведінки є ціннісні зміни індивіда з утворенням системи адиктивних цінностей (Самыкина, 2007). ПАР (та/або його вживання) для хімічного адикта є суб'єктною цінністю, він будує з ПАР суб'єктні стосунки, він нудьгує за ним навіть за багаторічної ремісії, адикт не просто відчуває крейвінг – вживання є його особистісним змістом. Звідси впливає одна з головних характеристик адиктів – тяжкий мотиваційний конфлікт, обумовлений конфліктом між нормативною ціннісною системою та адиктивною. Навіть на розвинутій стадії наркоманії особистісне ставлення до наркотику є амбівалентним – наркоузалежнений його любить та одночасно ненавидить понад усе, мріє за безпроблемним вживанням та мріє колись кинути і стати «нормальною людиною» тощо. Тобто, замість визначення феномену крейвінгу як суттєвої характеристики адикцій в психіатрії, в психологічній парадигмі, суттєвою характеристикою, визначається суб'єктивна цінність ПАР.

Нарешті, третьою визначною характеристикою адиктивної поведінки є деонтогенез (лат. de – усунення, онтогенез – індивідуальний розвиток) особистості та/або її десоціалізацію (в психологічному розумінні терміну *соціалізації* як процесу розвитку людини у взаємодії з оточуючим світом, як комплексного процесу інтеграції індивіда у соціальне середовище через засвоєння соціально-культурного досвіду у вигляді знань, цінностей, норм, моралі та ін., на основі її діяльності, комунікації і стосунків). Під час розвитку адикції людина стає все більш психологічно незрілою, руйнуються її зв'язки з оточуючим світом, руйнується система психічної регуляції та ін. Через це розвивається психічний та особистісний дискомфорт у разі припинення вживання ПАР, падає рівень якості життя, людина стикається з важкими моральними стражданнями (провиною, соромом та ін.). Тобто в психологічному сенсі стан страждання за припинення вживання розуміється набагато ширше, ніж у психіатричному розумінні, навіть якщо його визначати не тільки через протрагований абстинентний синдром, але й через стан затяжної адиктивної депресії та ангедонії.

Отже, з психологічного погляду ми можемо визначити *суттєві характеристики адиктивної поведінки в патопсихологічному підході через: 1) прагнення до стану зміненої свідомості; 2) суб'єктивну цінність адиктивної поведінки; 3) особистісну десоціалізацію (включаючи деонтогенез).*

Як вже зазначалося вище, парадигмальний конфлікт між психопатологічним (психіатрична модель, яка бачить в uzалеженні хворобу) та патопсихологічним (психологічна модель, яка бачить в uzалеженні психологічну проблему) супроводжує наукове вивчення адикцій майже всю його історію (принаймні, останні 100 років). На першому етапі, починаючи з 20-х років минулого сторіччя, визначним був психологічний погляд, який почав «здавати» свої позиції у 60-х роках, та цей період завершився майже повною «перемогою» медичної парадигми з концепцією хвороби мозку у 90-х роках. Однак, у 2010-х роках почався зворотний процес «здавання» своїх позицій біологічною парадигмою та повернення значущості психологічних теорій. В огляді теорій та моделей, ми будемо дотримуватися не їх історичної послідовності, а, виходячи з логіки нашого дослідження, спочатку опишемо психологічні (в послідовності психодинамічного, гуманістично-екзистенційного та когнітивно-поведінкового поглядів), а потім біологічні концепції хімічного uzалеження.

Психодинамічні теорії хімічних адикцій

Гедоністичні ефекти ПАР ранні психоаналітики розглядали крізь призму сексуального задоволення. З. Фройд розглядав вживання алкоголю як своєрідний вид маструбаційної діяльності. Ш. Радо відмічав, що ПАР викликають стан благополуччя схожий на оргазм, тільки більш дифузний (не обмежений ерогенними зонами) і триваліший, ніж природний сексуальний оргазм – тому фармакогенний оргазм вступає в суперництво з оргазмом природним.

Інша рання психодинамічна теорія розглядала сп'яніння як фіксацію або регрес на оральну стадію психосексуального розвитку. Символічно пляшку алкоголіка можна розглядати як материнські груди (аналогічний символ можна застосувати для шприцу наркомана – пуповина, що зв'язує з матір'ю – підтримуючи гіпотезу, що регрес при ін'єкційній наркоманії може відбуватися на ще більш ранню пренатальну стадію). Прагнення до вживання в цій концепції є прагненням до орального регресу з відчуттям симбіотичного злиття з матір'ю. Так, наприклад, Р. Севіт показує, що для адиктивів характерна глибока регресія Я: вони, подібно немовляті, не здатні переносити навіть слабку напругу та регресують на стадії, де задоволення повинно приходити негайно (*Севітт, 2004*). Е. Зімел, описуючи алкоголіків, каже, що у них є глибоко прихована ненависть до своїх матерів. Конфлікт алкоголіка полягає у несвідомому бажанні зруйнувати мати, від якої він залежить і яку він любить. Пиячучи, він стає єдиний з матір'ю, бо важка пиятика символічно повертає людину в утробу (*Зиммель, 2004*).

Інакше розглядали гедоністичні ефекти ПАР представники аналітичної психології. Ще сам К. Юнг вказував на нумінозність переживань хімічно-узалежнених осіб. ПАР стають, з погляду юнгіанського аналізу, патологічним засобом налагодження зв'язку з власним архетипічним колективним несвідомим, зв'язку зі «земним світом» і тілесним рівнем. Наркоманія стає начебто патологічним сурогатом символічного релігійного досвіду (*Вудман, 2006; Зойя, 2013*).

Теоретики об'єктних відносин гедоністичні ефекти розглядають через репрезентацію в ПАР ідеального об'єкта, до якого прагне і якого жадає Его. Симптом узалежнення є втіленням інтроєктивної ідентифікації одночасно бажаного об'єкта, і водночас такого, що вислизає. Втрачаючи його, самість втрачає здатність створювати символи і знаходити метафори для засвоєння і переробки отриманого досвіду. Натомість вона вдається до адиктивної поведінки, щоб відновити зв'язок з ідеальним об'єктом, репрезентацією якого є речовина (*Шарф, 2009: 259*). Про своєрідну проєкцію ідеального об'єкту на ПАР вказують і інші психоаналітики, наприклад Г. Кристал

азначає, що адикти шукають в речовині свій ідеальний об'єкт, але одночасно бояться його (Krystal, 1977).

Інші теоретики об'єктних відносин враховують також персекуторні об'єкти, з яких походять самодеструктивні мотиви адиктивної поведінки. Так, важливими тригерами для розвитку адикції є тяжкі нарцисичні травми та втрати значущих об'єктів. Такі тригери реактуалізують ранні інфантильні травми стадії повторного зближення. Адикти не змогли інтерналізувати «добрий» об'єкт, внаслідок чого загроза втрати значущих відносин переживається як екзистенційна загроза та внутрішня пустота, яку необхідно компенсувати за допомогою ідеального маніакально-всемогутнього образу під час сп'яніння. Однак після цього продовжується реактуалізація ранніх інфантильних травм і в своєрідному переносі на ПАР «добрий» об'єкт перетворюється на «злий» руйнуючий об'єкт. Тобто, такий процес оральної інкорпорації, за допомогою якого мертва, пуста самість узалеженого намагається наповнити себе життям, руйнує ідеальний об'єкт. У результаті цього виникає почуття провини через нарцисичну якість об'єктних відносин та приховану самодеструктивність, а психічну рівновагу може бути відновлено лише за допомогою нового вживання. Завдяки цьому утворюється зачароване або хибне коло узалежнення (Кумтер, 2011: 243-244).

На важливість врахування мотиву саморуйнації у розгляді адиктивної поведінки вказують багато психодинамічних спеціалістів (Кумтер, 2011: 241). Так, К. Менінгер розглядав наркотичну та алкогольну адикцію як один із проявів деструктивного (смертного) потягу – хронічну форму самогубства, за якого саморуйнування є неусвідомленим, тим більш, людина навіть не намагається пояснити причину свого вчинку, який остеронь здається абсолютно безглуздим (Меннінгер, 2001). На зв'язок узалежнення з драйвом смерті вказував також Ж. Лакан.

Однак найпопулярнішою сьогодні (але водночас однією з самих ранніх) психоаналітичних теорій узалежнення є розгляд адикції як форми самолікування від того чи іншого страждання. Ще Ш. Радо вводив поняття «початкової депресії», яка характеризується величезною напругою та в той же час високою нетерпимістю до болю, для позбавлення від якого адикт і вживає ПАР. Г. Розенфельд підкреслював роль депресії і захисту від депресії – маніакальності. В його концепції наркоман використовує маніакально-депресивні механізми, які посилюються за допомогою наркотиків, а згодом змінюються під впливом наркотичного сп'яніння (Розенфельд, 2004). Е. Ханзян (Ханзян, 2000) стверджував, що «головною причиною всіх адиктивних розладів є страждання, а зовсім не успішна

робота наркодільців, доступність наркотиків, тиск соціального оточення або пошук задоволень і прагнення до саморуйнування». Страждання, які намагаються полегшити адикти за допомогою наркотиків, відображають базові труднощі в сфері саморегуляції, що включає чотири основні психологічні аспекти: почуття, самооцінку, людські взаємини і турботу про себе. Ханзян вважав, що у пацієнтів ще до того, як вони стали uzалежненими, були численні проблеми (з депресією, виявом гніву, самоконтролем, тривогою, нудьгою тощо), і саме ці проблеми мотивували їх шукати полегшення у вживанні наркотиків і алкоголю. Двома фундаментальними аспектами «гіпотези самолікування» Е. Ханзяна є: 1.) наркотики, що викликають uzалежнення, полегшують психологічні страждання людини; 2.) вибір наркотиків не випадковий, не є даниною моді; існує фармакологічна специфічність, яка змушує людину навіть в умовах обмеженого вибору, віддавати перевагу одному класу наркотиків замість інших. На думку Е. Ханзяна, наркотична адикція носить захисний характер, є спробою «самовідновлення», «самопомогти» і адаптації до реальності. Е. Ханзян також розвинув поняття «адиктивна вразливість»: він вважав що людина не є схильною до хімічного uzалежнення, якщо вона знаходиться у згоді з самою собою і своїми почуттями та здатна адекватно висловлювати ці почуття, якщо вона підтримує здорові відносини з іншими людьми і може подбати про себе.

Розвитком моделі адикцій як самолікування можна вважати теорію травми. Відомий психоаналітик О. Феніхель розглядає наркоманію як спробу подолати напругу (яку наркоман бачить через призму небезпеки травми) та пов'язує адикцію з імпульсивністю, розглядаючи наркоманію як окремий випадок імпульсивного неврозу (Феніхель, 2004). Роль психічної травми (затоплення афектом) та ПТСР підкреслює інший відомий психоаналітичний дослідник Г. Кристал. Травма провокує передчасну втрату дитячої симбіотичної ілюзії всемогутності, залишаючи малюкові незникаючий параноїдний страх. Постулювавши первинний его-дефект, який Г. Кристал називає «афективним захистом», він вважає, що такі травмовані немовлята гіпотетично не здатні розпізнавати різницю в почуттях (тобто підкреслює роль алекситимії в розвитку uzалежнення). Також він зазначає, що «афективний захист» (і, як наслідок, адикція) можуть активуватися і внаслідок дорослої травми (Кристал, 2000). Теорію участі травми в розвитку адикції розвиває також Х. Кохут в моделі психології самості. У селф-психології підкреслюється роль психологічної травми, отриманої від батьків в дитинстві, яка спричинила утворення структурного дефіциту у

майбутнього узалежного (*Kohut, 1977*), а адиктивна поведінка є засобом зовнішньої нарцисичної регуляції.

З теорії травми логічно впливає необхідність врахування ефектів дисоціації в структурі узалеження (стан, в якому психічні процеси співіснують незв'язаними, в протилежність інтеграції – психічному процесу, за допомогою якого частини об'єднуються в одне ціле). Саму дисоціацію можна розглядати як стан зміненої свідомості, в якому відбувається фрагментація свідомості, а переживання є компартменталізованим. Багато досліджень вказують на високу кореляцію дисоціативних ефектів та узалеження (*Шустов, 2016: 68-73*). Стан патологічного потягу до вживання (аутосугестія), сам стан сп'яніння (інтоксикаційний транс), та навіть стан адиктивної депресії (яку можна розглядати як страждання від хронічного стану деперсоналізації-дереалізації) (*Гребенюк, 1999*) можна розглядати як дисоціативні ефекти.

У напрямі Его-психології узалеження розглядається як наслідок недостатнього розвитку Его, нестачі його адаптаційних механізмів та дефіциту захистів. У цьому сенсі вживання психотропних речовин є своєрідною формою психологічного захисту та патологічної адаптації, що використовується за браком адекватних зрілих форм цих функцій. Ще Ш. Радо описував стан наркотичного сп'яніння в термінах Его-психології. Під час дії наркотику відбувається тимчасове посилення Его завдяки специфічного нарцисичного режиму функціонування Его, який Ш. Радо називає «фармакотимічним», протилежного здоровому «реалістичному режиму функціонування Его». Саме тому адикт переживає ефект наркотичного задоволення як диво, тому що воно викликано самим Его. У стані сп'яніння індивід перестає цікавитися реальністю та нехтує функціями Его, пов'язаними з тим, щоб контактувати з цією реальністю. Але «чудо кайфу» колись завершується та настає похмілля – емоційна ситуація «первісної депресії» повертається, посилена новими факторами та контрастом з переживаннями сп'яніння. Водночас саме Его начебто «зменшується», а реальність «збільшується». Щоб повернутися до завдань реальності, потрібно діяти, а це стає ще складнішим через «зменшення» Его. З'являється відчуття провини за зневаги реальністю і страх перед нею, і на цьому контрасті тим привабливішими стають спогади про стан сп'яніння, що викликає потяг до наступного вживання (Его горює за минулим блаженством і жадає повторення). І так роздратоване Его адикта через тривогу, провину та ін. стає значно слабшим. Такі цикли викликають поступову заміну «реалістичного режиму функціонування Его» на «фармакотимічний режим функціонування Его». Через що в узалеженої

людини розвивається слабкість Его, настає вихолощення і збіднення життя, орієнтованого на реальність. Г. Розенфельд також наполягає, що Его наркомана слабке і, з одного боку, не може переносити біль депресії, а з іншого, не володіє достатніми механізмами захисту він неї. Тому вдається до маніакальних захистів він може лише за допомогою наркотиків (Розенфельд, 2004). Е. Ханзян показує, що для наркоманів характерний дефіцит функцій Его, відповідальних за турботу про себе, що нерідко веде до стійких самодеструктивних тенденцій (Ханзян, 2004). Р. Севіт розглядає інфантильне Его адикта. Так, об'єктні відносини адиктів знаходяться на архаїчному рівні, і ці люди не здатні переживати любов і отримувати задоволення через звичайні канали інкорпорації та інтроєкції. Напруга і депресія стають нестерпними, і в процесі регресії Его переповнює загроза дезінтеграції. Подібно новонародженому, адикт не здатний зв'язувати напруги. Внаслідок нездатності терпіти відстрочку, він знімає напругу за допомогою ПАР, що негайно відновлює цілісність Его. Однак це відновлене Его є просто фіксованим архаїчним інфантильним Его, за допомогою якого адикт продовжує існувати від одного вживання ПАР до іншого, з млявістю, напівзаціпенінням і «сном між годуванням». Зчароване коло повторюється щоразу, коли виникає адиктивний голод. Швидке відновлення дезінтегрованого інфантильного Его слугує процесу заперечення та послаблення або відключення сприйняття. Тобто головну роль у схиланні індивіда до тяжкої адикції відіграють мінливості раннього розвитку Его і пізнього його дозрівання, які сприяють фіксації і підтримці регресії (Севітт, 2004). Психоаналітик Н. Цинберг, ґрунтуючись на теорії Д. Рапапорту, розвиває свій погляд на адикцію як на послаблення автономії Его від Ід. У результаті цих ослаблених автономій, Его повинно мати справу з недостатніми або спотвореними даними, що виходять як від Ід, так і від зовнішнього світу. Его має модифікувати свої структури, щоб відповідати цьому новому, обмеженішому і примітивнішому патерну. Через що Его адикта бореться за те, щоб зберегти хоча б якийсь рівень свого функціонування, який може бути врятований. Це та сама боротьба за збереження деякої міри функцій Его, що є головним джерелом ригідності. І поки відносини із зовнішнім світом тривають лише для того, щоб забезпечувати обмежене стимульне підживлення, триватиме блокування більшої частини афективних даних, які не орієнтовано на безпосереднє задоволення. Якого б нового гомеостазу Его індивід не досяг, він буде ригідним і нездатним до швидкої зміни. У разі загрози, яку постійно відчуває Его цих людей, та за непостійних, але наполегливих вимогах структур потягів у задоволенні, новий гомеостаз функціонування Его не може легко

інтегрувати свіже стимульне підживлення, навіть таке, як нейтральні і підтримуючі терапевтичні відносини (Цинберг, 2004).

Гуманістично-екзистенційні теорії хімічних адикцій

У середині минулого сторіччя дослідженням адикцій почали цікавитись представники гуманістичної школи психології. Перші дослідники цього напрямку цікавилися не стільки самим механізмом функціонування uzалежнення, скільки тим, які потреби воно задовольняє. Так Е. Фром постулює потребу подолати свою відчуженість як базову потребу людини, а uzалежнення, з цього погляду, є патологічною спробою подолання цієї «відчуженості». А. Маслоу вважав, що індивідуальний характер протікання адикції характеризується депривацією того чи іншого рівня в ієрархії потреб, а розвиток uzалежнення призводить до зміщення вниз в ієрархії потреб аж до базового рівня. К. Роджерс вважав, що uzалежнення з'являється тоді, коли внутрішні орієнтири на самоактуалізацію та глибинні особистісні цінності підкоряються соціальним цінностям – тобто uzалежнення є наслідком спроби адикта подолати фрустрацію соціумом потреби в самоактуалізації. А. Менегетті навпаки вважає, що основою uzалежнення є порушення балансу між прийняттям соціальних норм та реалізацією внутрішніх потреб. Г. Олпорт розглядає фрустрацію, самотність і відчуження як причини uzалежнення, водночас адикт прагне до відчуття всемогутності, його uzалежнення є засобом життя, а в умовах систематичного споживання ПАР людські цінності поступово втрачають своє значення для нього. В. Франкл пов'язував uzалежнення з фрустрацією прагнення до сенсу. І. Ялом розглядав uzалежнення як наслідок не проходження криз вибору в просторі екзистенціалів, чотирма основними з яких є смерть, свобода, смисл, ізоляція. В аналітичній психології є думка, що в основі адиктивної поведінки є прагнення індивіда до індивідуальності.

У радянській та пострадянській психологічній школі також основну увагу в дослідженні uzалежнення приділяли сфері потреб, цінностей та змістів. Б. Зейгарник вважала, що в результаті вживання формується патологічно змінена потреба у ПАР, яка не входить в природні потреби людини (Зейгарник, 1971). С. Бондирева та Д. Колесов (Бондырева, 2006) вважають, що адиктивна потреба не тільки стає провідною в ієрархії потреб, але і деформує саму цю ієрархію. Інші потреби стають для індивіда незначущими, сама сфера потреб убожіє. Також відбувається виснаження гедоністичного механізму психіки: втрачається можливість підключатися до задоволення будь-яких колишніх потреб. Тобто адиктивний мотив

обумовлено не тільки формуванням адиктивної потреби, але й пригніченням інших природних потреб.

Проведенні дослідження ціннісно-мотиваційної сфери адиктивної особистості говорять про недиференційованість реальних та ідеальних цілей, невміння об'єктивно оцінювати життєву ситуацію та ставити правильні цілі, зникнення дальніх мотивів. Водночас трудові мотиви втрачають значущість, а сама трудова діяльність стає лише засобом для добування грошей на ПАР. У підлітків-адиктів відмічаються вкрай низькі пізнавальні та естетичні інтереси, відсутність інтересу до навчання, а головне місце в сфері цінностей займають утилітарні інтереси – бездумні розваги, перегляд телевізору, гострі переживання тощо. Зазначається схильність до швидкого задоволення потреб з мінімальними зусиллями, пасивні засоби захисту у разі зіткнення з життєвими труднощами, втеча від відповідальності за свої вчинки, вузькість інтересів, зміщення активності особистості у сферу дозвілля, невизначеність життєвої перспективи, моральна інфантильність, егоцентрична спрямованість особистості адиктів, що поєднується з гедоністично-комунікативною мотивацією.

Як одна з головних етіологічних причин підліткової наркоманії зазначаються несформованість мотиваційної та морально-ціннісної сфер. Також вказується на затримку розвитку не тільки морально-ціннісної сфери, але й на несформованість головної смислової лінії особистості.

Б. Братусь відмічає принципові відмінності нормативних і адиктивних ієрархічних систем, які мають прояв у тому, що в процесі вживання ПАР відбувається «зсув мотиву на ціль», що веде до звуження мотиваційних уявлень, замикання на окремих елементах колись розгорнутої і складної діяльності (в нормативній системі «зсув мотиву на ціль» навпаки веде до розширення діяльності, розгортання її в нових сферах) (Братусь, 2019). Окрім того, він звертає увагу на те, що нормативні цінності не зникають зовсім, а втрачають свою спонукальну силу, стають такими, які «тільки знають». Як це описує сам автор: *«Колишні провідні мотиви (сім'я, робота та ін.) не зникають зовсім зі свідомості хворих, але вони втрачають свою спонукальну силу або, користуючись термінологією О.М. Леонтьєва, з мотивів тих, що «реально діють» стають мотивами «про які тільки знають».* Алкогольна діяльність не просто «надбудовується» над колишньою ієрархією діяльності та потреб, але перетворює цю ієрархію, перетворює самі мотиви і потреби особистості. У результаті такого переформовування перед нами постає вже фактично нова особистість з якісно новими мотивами і потребами, з новою їх організацією» (Братусь, 2019).

Інший акцент в дослідженні роблять Н. Самикіна та М. Серебрякова (*Самыкина, 2007*), зазначаючи недостатність розгляду ціннісної сфери адиктів тільки через її регрес та сплющення. Вони наполягають, що у стані сп'яніння людина не просто отримує задоволення фізіологічної потреби в наркотику, а й реалізує провідні особистісні цінності, які виявляються заблокованими в реальності. Тому стан сп'яніння стає найважливішою умовою реалізації провідних цінностей особистості. А ті ціннісно-смыслові утворення, що вступають в протиріччя з адиктивним засобом життя, або втрачають для індивіда значимість, або наділяються в його свідомості іншим змістом.

Інший ряд гуманістичних психологів роблять акцент не на розгляді того, яку потребу задовільнити або яку цінність реалізувати прагне адикт за допомогою вживання ПАР, а намагаються зрозуміти механізми, за допомогою яких це відбувається.

Зовнішню соціальну сторону механізму адикції розкрили теоретики транзакційного аналізу, де узалежнення розглядають як форму психологічної гри – несвідомого засобу прояву в соціальній поведінці тих мотивів, які є під «психологічною забороною». К. Штайнер виділив три види ігор адиктів (для випадку алкогольного узалежнення): «П'яний та гордий», «П'яниця», «Алкаш» (*Штайнер, 2003*). Так, наприклад, у грі «П'яний та гордий» для адикта вживання є засобом неусвідомленого прояву агресії щодо своїх близьких, яку він не може виявити відкрито. Але закінченням кожної психологічної гри є розплата, і адикт в результаті гри «П'яний та гордий» ще більше придушує свою агресію (розвивається почуття провини) та в рольових відносинах стає все безправнішим, що надалі підсилює його вживання. Аналогічно діють інші ігри, тільки для інших потреб (гра «П'яниця» для задоволення потреби у близькості; в грі «Алкаш», яку описано К. Штайнером найбільш невизначено, зловживання, скоріше за все, орієнтовано на загальну потребу жити).

У напрямі гештальт-терапії зосередились на розкритті внутрішньої сторони механізму адикції. Так, узалежнення розглядається як інтроєкція, в результаті якої узалежнений не проходить весь шлях створення реального циклу контакту, а створює «віртуальний» контакт зі своїми потребами через злиття (кофлюєнцію) з ПАР (*Домбровский, 1996*). У разі фізичного розриву з речовиною (припиненні вживання), адикт не може встановити реальний контакт зі своїми потребами і прагне знову злитися з речовиною, щоб відновити ілюзорний контакт. Як важливий аспект узалежнення гештальт-терапією розглядається також ретрофлексія (поворот агресії на себе). У цьому значенні узалежнення є формою повернутої на себе агресії за

неможливості розвернути її на світ через руйнацію реального циклу контакту зі світом.

Відомою також є психологічна модель адикції як ілюзорно-компенсаторної діяльності (*Братусь, 2019*). Замість розвитку стосунків з іншими та світом адикт удається до спрощення стосунків за допомогою сумісної адиктивної діяльності з іншими споживачами та будує стосунки зі своїми проєкціями в ілюзорній діяльності. У цьому процесі відбувається загальна ціннісна перебудова особистості, людські цінності втрачають свою мотиваційну навантаженість («цінності, про які тільки знають»), розвивається адиктивна система цінностей. Відіграє важливу роль механізм зсуву мотиву на ціль. У рамках діяльнісного підходу адиктивну поведінку обумовлено помилково упредметненою потребою, а механізмом розвитку, як вже зазначалося вище, є зсув мотиву на ціль. Домінуючим мотивом стає пошук адиктивного об'єкту, що задовольняє потребу, яка заміщує справжню. Володіння таким об'єктом тимчасово послаблює напругу, але згодом вона знову повертається. Смыслова сфера особистості перебудовується відповідно до цього провідного адиктивного мотиву. Об'єкт узалежнення включається в структуру Я-концепції як самостійний внутрішній образ, і потім впливає на поведінку адикта (*Самыкина, 2007*).

Багато сучасних авторів називають як основну характеристику самості адикта своєрідне адиктивне розщеплення особистості на дві субособистості. К. Накен визначає ці дві частини як «Самість» та «Адикт», та як основний механізм формування цього розщеплення розглядає процес втрати (*Nakken, 1996*). Ю. Валентик зазначає, що «Адиктивне Я» та «Нормативне Я» мають різні за своєю структурою системи мислення з характерними емоційно-когнітивними зв'язками та поведінковими патернами. Ю. Валентик розглядає динаміку адиктивного потягу до вживання через фази поперемінного домінування «АЯ» та «НЯ»: 1) фаза домінування АЯ (фаза маніфестації потягу до вживання); 2) фаза дисоційованого «Я» (фаза дезактуалізації потягу до вживання); 3) фаза домінування НЯ (фаза латентного потягу до вживання); 4) фаза дисоційованого «Я» (фаза актуалізації потягу до вживання) (*Валентик, 2000а*). На цій методологічній основі Ю. Валентиком створено континуальну психотерапію узалежнення, де він рекомендує не вибирати мішенню симптом або симптомокомплекс, а за уважного вивчення нормативних та патологічних процесів (НЯ та АЯ), посилювати нормативні процеси (НЯ), та послаблювати патологічні процеси (АЯ) (*Валентик, 2000*). Інший дослідник Д. Шустов застосовує термін адиктивна дисоціація та розглядає саме дисоціативні та травматичні процеси як основний механізм такого розщеплення (*Шустов, 2016*).

Німецький психодраматист Р. Крюгер вважає, що таке розщеплення «Я» на рівні метакогнітивних процесів стимулюється почуттями провини та сорому. Також Р. Крюгер застосовує теорію менталізації для опису процесів розщеплення. Коли адикти думають та відчують в модусі психічної еквівалентності (режим менталізації, в якому процеси сприйняття не відчуються як суб'єктивні репрезентації реальності, а як сама реальність) «узалеженого Я», вони через аутосугестію позбавляють своє здорове мислення сил та змінюють сприйняття реальності так, щоб вживання не викликало питань. Адикт проєктує внутрішні припущення на зовнішню реальність та перестає розрізняти зовнішню реальність та свою інтерпретацію цієї реальності. Коли він відчуває почуття провини, це означає що його хтось звинувачує, а коли він хоче вжити ПАР, це означає, що вживання необхідне з погляду Реальності (Крюгер, 2017: 597-598). У попередніх авторських роботах нами показано, що існує два незалежних процеси адиктивного розщеплення – на метакогнітивному рівні свідомих цінностей та на афективному рівні потреб (Старков, 2021). Такий погляд на адиктивне розщеплення дає змогу поєднати протилежні погляди Д. Шустова (головним механізмом адиктивного розщеплення є дисоціація, яка існує вже в преморбіді), та Р. Крюгера (головним механізмом адиктивного розщеплення є почуття сорому, яке розвивається в процесі зловживання ПАР).

Когнітивно-поведінкові теорії хімічних адикцій

Першою та найочевиднішою біхевіоральною теорією адикції була теорія обумовлення. Спочатку відбувається оперантне обумовлення через позитивне підкріплення, внаслідок чого формується прагнення до вживання як прагнення до досягнення задоволення від стану сп'яніння. Далі відбувається оперантне обумовлення через негативне підкріплення, внаслідок чого формується прагнення до вживання заради зняття негативних станів (частіше всього, і викликаних попереднім вживанням). І останнім етапом є класичне негативне підкріплення, внаслідок чого формується автоматизований потяг як вид умовного рефлексу. Однак моделі поведінкового обумовлення (класичного та/або оперантного) мають свої труднощі. Так, модель позитивного оперантного підкріплення не пояснює, чому деякі особи, які мали у минулому узалежнення від ПАР та зберегли позитивні спогади про ефекти вживання, не виявляють симптомів крейвінгу. Окрім того, зовсім важко пояснити, чому прагнення до вживання зберігається, коли настають очевидні негативні наслідки та завдяки ним повинно відбутися зворотне негативне розобумовлення. Разом з тим

модель негативного класичного обумовлення не може пояснити відсутність стійких кореляцій між аверсивною силою синдрому абстиненції та мотивацією до вживання ПАР, та одночасно не знайшла свого однозначного підтвердження в експериментальних роботах. У цілому картина виходить така, що не вдається встановити однозначний причинний зв'язок рецидиву ні з негативними стимулами (уникнення аверсивних переживань), ні з позитивними (прагнення до ейфорійних ефектів). Такий стан експериментальних даних, з іншого боку, не заперечує участь класичного та/чи оперантного обумовлення в механізмах крейвінгу, а свідчить про те, що ці механізми не єдині та, можливо, не провідні.

Вирішити проблеми суто біхевіорального підходу повинні були когнітивні моделі. Однією з перших когнітивних моделей крейвінгу стала модель когнітивного маркування (*cognitive labeling model*), яка базується на теорії когнітивно-збуджувальної моделі емоцій, де емоція розглядається як результат когнітивної інтерпретації фізіологічного збудження. У цій моделі переживання крейвінгу виникають від деякої форми когнітивного тлумачення фізіологічних умовних реакцій (*Ludwig, 1974*).

Marlatt (*Marlatt, 1985*) висунув когнітивну модель участі когнітивних антипаційних механізмів у розвитку крейвінгу, в якій, крім рефлексорного механізму, пропонується розглядати когнітивний мотиваційний компонент свідомого наміру до вживання, який пов'язаний з позитивним очікуванням його наслідків. Пропонується відокремлювати поняття «*craving*» та «*urge*» (перше як суб'єктивний мотиваційний стан очікування, друге як обумовлений поведінковий намір). Майже паралельно було висунуто іншу антипаційну модель – модель подвійного впливу (*dual-affect model*) – де було враховано не тільки антипацію прагнення до позитивних ефектів, але й антипацію запобігання негативних станів (*Baker, 1986*), та конкуренцію цих двох мотивів.

Значна кількість досліджень вказує на зв'язок узалежнення з уявленням про час та прогностичною діяльністю (*Блохин, 2006*): у адиктів присутнє специфічне спотворення уявлень про час життя, як про єдиний суб'єктивно значущий часовий континуум, що проявляється в дифузності часових уявлень, відбувається звуження суб'єктивно значущого біографічного часу в минулому і особливо майбутньому, водночас саме майбутнє, скоріше за все, просто «розуміється», ніж оцінюється упереджено як «своє», та переживається як неясне та загрозливе. Адиктам характерна «аморфність» та розірваність уявлень часової перспективи майбутнього та центрування на теперішньому та минулому; відбувається переживання короткої часової перспективи; знижується прогностична компетентність;

знижується стратегічність життєвого задуму з поступовим припиненням конструювання нових цілей і зупинці особистісного розвитку; відбувається зсув значущості суб'єктивного часу (зміщення «теперішнього» в минуле, а минуле зсувається в теперішнє, що позбавляє uzалеженого майбутнього), водночас ставлення до «теперішнього» ґрунтується на суб'єктивному минулому (а не на уявленнях про майбутнє, як у нормі). Крім того, адикти характеризуються слабким взаємозв'язком між минулим, сьогоденням і майбутнім, відсутністю логіки перетікання одного в інше, відсутністю ідеї нескінченності, наявністю «порожнеч» (випадання минулого, теперішнього або майбутнього). Такі стосунки з часом призводять до так званої «міопатичної» поведінки характерними рисами якої є виключно ситуативна активність та ігнорування інформації про наслідки власних вчинків у майбутньому, адиктам властиво вибирати менші винагороди сьогодні, ніж чим більші, але в недалекому майбутньому, віддалені винагороди не сприймаються як реальні.

Іншу групу теорій поєднано в моделі поведінкового вибору, де ядром є конфлікт, амбівалентність, боротьба мотивів та вибір (Orford, 2001). Теорії поведінкового вибору ґрунтуються на моделі пікоекономії, де описується ефект переваги короткострокових дрібних винагород над великими довгостроковими. У такий спосіб можна розглядати і адиктивну поведінку (більш близькі переваги ефектів від ПАР переважають над більш далекими негативними ефектами, не дивлячись на об'єктивну більшу значущість негативних ефектів). У нормі особа здатна навчатися згодом альтернативному вибору, однак особливістю адикції є як раз нездатність до навчання альтернативній поведінці вибору більш віддалених результатів.

Redish з співавторами (Redish, 2008) пропонують структурно уніфіковану модель узалежнення (unified framework for addiction model), де розглядаються уразливі позиції в системі прийняття рішень адиктивною особою (відхід від гомеостазу, зміна алостатичних заданих значень, ейфорогенні «нагородні» сигнали, переоцінка в системі планування, неправильний пошук взаємозв'язку ситуація-дія-результат, хибна класифікація ситуацій, переоцінка в системі звичок, невідповідність балансу двох систем прийняття рішень, надшвидкі процеси зниження, зміна рівня навчання). За вживання різних ПАР та у різних осіб можуть активуватися різні позиції дефіцитів в системі прийняття рішень.

З іншого боку підходять до процесу прийняття рішень Cox & Klinger (Cox, 2011). Вони розглядають мотивацію до вживання як результат переваги суб'єктивно значущих емоційних наслідків вживання ПАР над результатуючими наслідками відмови від вживання. Тобто, в моделі Cox &

Klinger розглядаються не помилки прийняття рішень, а здоровий процес вибору більш значущих цілей. Особливу увагу автори приділяють фактору амбівалентності. Так, експериментальні данні показують, що реакції симпатії та відрази до ПАР у людей, що споживають ПАР, виникають незалежно одна від одної та не корелюють між собою (водночас у осіб в ремісії спостерігаються зворотні кореляції між цими параметрами). Автори багатовимірної моделі підкреслюють амбівалентність мотивації та акцентують важливість розгляд мотиваційних механізмів підтримання тверезості (які є незалежними від механізмів утворення крейвінгу – тобто мотивація до збереження тверезості не є відсутністю мотивації до вживання).

Когнітивні теорії, що ґрунтуються на моделі цілеспрямованого вибору все більше отримують перевагу в експериментальних підтвердженнях над теоріями позитивного чи негативного підкріплення (*Hogarth, 2020*). Одним із напрямів розробки цього підходу є дослідження участі копінг-стратегій у адиктивній поведінці: адиктивну поведінку можна розглядати як дезадаптивний копінг у разі дефіциту адаптивних копінгів. Себто людина вибирає адиктивну поведінку тому, що у неї брак адаптивних копінг-стратегій.

Останній час все більше авторів схиляються до розгляду узалежнення як крайнього варіанту норми. Так, Köpetz та співавтори (*Köpetz, 2013*) роблять спробу розгляду мотивації до вживання в рамках когнітивної моделі мотивації. Вони декларують соціально-когнітивний підхід до мотивації як до когнітивного уявлення про бажаний кінцевий результат, взаємопов'язаного з іншими цілями та засобами досягнення (що передбачає підхід до мотивації аналогічний до інших когнітивних концептів). З цього погляду впливає підпорядкування мотиваційних феноменів когнітивним принципам. Далі автори наводять ці основні мотиваційно-когнітивні принципи: 1) принцип взаємопов'язаності (*interconnectedness principle*): цілі пов'язані з когнітивними конструктами засобів їх досягнення, та як тільки активується ціль, то її активація поширюється на відповідні поведінкові плани; для ефективної саморегуляції особа має обирати та реалізувати відповідні поведінкові засоби для досягнення цілі; цілі обмежуються лімітованою кількістю пізнавальних ресурсів, так що активізація однієї цілі може відтягнути ресурси від альтернативи; 2) принцип захисту цілі (*goal shielding principle*): активація більш значущої цілі може призвести до пригнічення менш значущих альтернативних цілей; 3) принцип емоційного трансферу (*principle of emotional transfer*): шляхом асоціації когнітивні (активація), мотиваційні (бажаність та цінність) та емоційні властивості цілі переносяться

на засоби її досягнення; ступеню такого переносу залежить від значущості цілі, ступеню асоційованості цілі та інструментальних поведінкових планів, кількості альтернативних засобів досягнення цілі (чим більше засобів, тим менш кожен з них мотиваційно навантажений); завдяки такому переносу засіб може стати самодостатньою ціллю. Люди починають вживати наркотики, тому що очікують, що наркотики допоможуть їм досягнення певних результатів (для соціальних винагород, регулювання емоцій, зменшення нудьги), тобто наркотики є інструментальними засобами в досягненні цих цілей. Далі, наркотична діяльність, яка спочатку слугує лише засобом досягнення цілі, стає бажаним станом, тобто самоціллю, що здатна автоматично керувати поведінкою за відсутності первинної мотивації. На швидкість формування uzалежнення впливає широта асортименту інших засобів (окрім вживання ПАР) для досягнення цілі, значущість самої цілі та сам вибір особи засобу вживання на шкоду альтернативним поведінковим стратегіям. Так, механізм формування uzалежнення ніяк не виходить за рамки загальної когнітивної мотиваційної теорії та є нічим іншим як загостренням процесів, що присутні й у нормі.

Популярними в когнітивно-поведінковій парадигмі є також теорії адикцій, які ґрунтуються на моделі когнітивного дисонансу та моделі вивченого безсилля (Николаева, 2018).

У когнітивно-поведінковій парадигмі робилися також спроби побудови інтегративної моделі. Таку спробу інтеграції, можливо дещо громіздку, зробив, наприклад, West у своїй PRIME моделі (West, 2013). Він пояснює поведінку як результат складної взаємодії таких параметрів, як імпульси, потреби, досвід, наущіння, звички, потяги, вибір, нормативність. Також він вводить п'ять мотиваційних блоків: структура мотиваційної системи, поточний момент реакції, пластичність нейрональних процесів, самосприйняття, психічна нестабільність. У структуру мотиваційної системи входять плани, характер реакцій, вираженість спонукальних і гальмівних процесів, мотиви, оцінки (PRIME – plans, responses, impulses/inhibiting, motives, evaluations). Плани в цій моделі займають вищий рівень, відповідають за уявлення про необхідні дії, та впливають на реакцію, тільки якщо необхідна додаткова мобілізація, інакше ресурси планування не задіюються (так система планування корегує адиктивну поведінку тільки тоді, коли крейвінг вступає з нею в конфлікт). Характер реакцій визначають початок, припинення та процесуальні характеристики діяльності. Гальмівні та спонукальні процеси направляють поведінку цієї миті під впливом зовнішніх або внутрішніх стимулів (на цьому рівні можуть з'являтися нестримні нав'язливі бажання, сила яких може пригнічувати вищі

мотиваційні рівні). Рівень мотивів пов'язаний з потребами, та може впливати на поведінку на несвідомому рівні, запускаючи спонукальні та гальмівні процеси. Оцінки включають в себе уявлення про те, що повинно відбуватися цієї миті (корисно/шкідливо, добре/погано), та щоб впливати на поведінку оцінки повинні узгоджуватися з мотивами. Блок поточного моменту реакції сфокусований на постійній мінливості реакцій в зв'язку з конкуренцією активності, що спонукає та гальмує (конкуренцією цих двох видів активності пояснюється, чому несподіваний потяг може реалізовуватися всупереч попереднім намірам). У блоці пластичності нейрональних процесів розглядаються нейрональні процеси сенсibiliзації/звикання, умовно-рефлекторного навчання, експліцитної пам'яті, що відбуваються внаслідок власного досвіду. Блок самосприйняття та самоусвідомлення розглядає залежність спрямованості уваги, формування програми дій та забезпечення її реалізації від задоволеності або розчарування у самому собі (так, наприклад, у стані відчаю люди втрачають здатність до самоконтролю). Блок психічної нестабільності розглядає необхідність використання інших джерел для стабілізації стану. Адиктивна поведінка в цій теорії розглядається як спотворення мотиваційної системи на різних рівнях, та може займати будь-яке місце в континуумі від простого прагнення задоволення компульсивного споживання. Якщо прагнення до вживання займає «рівень мотивів», то воно підпадає під вплив цензури з боку «рівня оцінок». Якщо потяг до вживання ПАР займає «рівень збудження / гальмування», то він набуває характеру внутрішньої потреби або непереборної реакції на зовнішні стимули. Порушення ієрархічних взаємин в мотиваційній структурі призводить до того, що нижчі рівні можуть домінувати над вищими: імпульси переважають мотиви, мотиви переважають оцінки, оцінки переважають плани. Також різні оцінки можуть вступати в суперечність одна з одною. А така боротьба мотивів всередині одного блоку чи між різними системами може посилювати психологічну стабільність, що теж може призвести до вживання.

Нейробіологічні моделі хімічних адикцій

Перші нейробіологічні теорії позитивної мотивації до вживання психоактивних речовин на основі моделі позитивного підкріплення з'явилися у 1954 році після відомих експериментів Olds та Milner з електростимуляції прилеглого ядра (*nucleus accumbens*, *NAcc*) у піддослідних щурів. Результати цих експериментів було екстрапольовано спочатку на хімічні адикції (аналогічно себе поводити піддослідні істоти з наркотичними стимулами, замість електричної стимуляції *NAcc*), а потім і на нехімічні, та

привели згодом до створення нейромедіаторної моделі позитивного підкріплення. Суть її найкраще викладено в теорії Milkman&Sunderwirth (Milkman, 1987). Наркотик або певна діяльність (за нехімічних адикцій) спричиняє викид нейромедіаторів, які відповідають за почуття задоволення, та спричиняє ефект подібний електростимуляції NAcc у експериментах Olds&Milner. Адикт у прагненні до цього задоволення приймає наркотик знову і знову, як це робили щури в ящиках Скінера. Milkman та Sunderwirth виділили три групи психічних ефектів, які спричиняють наркотики активуючи три групи нейромедіаторів: захопленість (серотонін), збудження (катехоламіни) та пересичення (ГАМК, ендорфіни). Крім перерахованих серотоніну, катехоламінів, гамоаміномасляної кислоти та ендорфінів у формуванні ефекту задоволення при наркоманіях відіграють роль глутамат, ацетилхолін (збуджуючі нейромедіатори) та анандаміди (природні канабіноїди, їх функції на сьогодні не до кінця вивчені). За цією же класифікацією можна виділити три групи наркотичних речовин: психodelіки/емпатodelіки, стимулятори, седативні. У погоні за тим чи іншим ефектом адикт і приймає наркотики або здійснює іншу адиктивну поведінку.

Далі теорію позитивного підкріплення було доповнено моделлю прямої активації системи мотивації з провідною роллю *дофаміну* у формуванні адикції. Хоча кожен наркотик та інша адиктивна поведінка викликають різний ефект задоволення (наприклад, теорія Milkman&Sunderwirth), але всі вони безпосередньо (стимулятори) або опосередковано активують реліз дофаміну у VTA, який активує рецептори смугастого тіла, особливо його дорсальної частини (NAcc). У процесі подальшого вживання патологічно зміцнюються мотиваційні нейронні зв'язки VTA-NAcc, які відповідають за прагнення вживання наркотиків. Розвиваючи цю теорію, Stewart ввів поняття підтримуючого процесу (*proponent-process*), де стимули, які пов'язані з ПАР, викликають вивільнення дофаміну, що є нейробіологічною основою появи патологічної мотивації до вживання або крейвінгу (Stewart, 1992).

Перші теорії в рамках моделі негативного підкріплення зосереджувалися на вживанні з мотивом зняття абстинентного синдрому. Згодом було знайдено тонші нейробіологічні механізми в рамках теорії негативного підкріплення. Так, постійна стимуляція нейромедіаторних систем призводить до їх виснаження (зменшення природного синтезу відповідних стимуляторів), активацію системи придушення ефекту (збільшується активність фактору транскрипції CREB, що відповідає за виробку речовин, які приглушують ефект дії наркотику), та рецепторної адаптації. Так, зменшення кількості D2 дофамінових рецепторів має наслідком неможливість пережити задоволення від позитивних стимулів

(ефект *адиктивної ангедонії*) (Volkow, 2001). Є данні також про серотонінову та опійну рецепторну адаптацію. Крім того, відбуваються процеси нейроадаптації в розширеній амігдалі (*extended amygdala*), що призводить до підвищеної реактивності на стрес, підвищеного рівня негативних емоцій та тривоги. Тобто, в теорії негативного підкріплення потяг до вживання пояснюється його негативним підкріпленням через зняття вже довгострокових психофізіологічних ефектів (гіперкатіфея). У такій формі теорія негативного підкріплення пояснює, з одного боку, чому адикт продовжує вживати речовини після зникнення ейфорійного ефекту від них (що слабо пояснює теорія позитивного підкріплення), та, з іншого боку, чому потяг залишається після купування абстинентного синдрому. Крім того, в моделі негативного підкріплення потяг може бути пояснений мотивацією до самолікування негативних афективних станів, які не пов'язані з попереднім вживанням ПАР (Koob, 2021).

Solomon та Corbit, засновуючись на концепції гомеостазу, пропонує модель конкуруючого процесу (*opponent process*). Ця модель полягає в тому, що на будь-яку позитивну або негативну реакцію (*a-process*) нервова система, як гомеостатичну протидію, генерує протилежну за своїми властивостями реакцію (*b-process*). За вживання ПАР первинні гедоністичні ефекти компенсуються довготривалими психофізіологічними аверсивними процесами, вже для купування яких продовжується вживання ПАР (Solomon, 1980). Siegel вводить також побудовану на концепції гомеостазу теорію компенсаторних реакцій (*compensatory response model*). Він вважає, що агоністичні ефекти ПАР супроводжуються фізіологічними антагоністичними ефектами, спрямованими на збереження гомеостазу і відповідальними за виникнення толерантності. Ці компенсаторні реакції перевершують за тривалістю безпосередні ефекти ПАР, забезпечуючи тривалу стійкість аверсивної симптоматики, яка і лежить в основі збереження потягу (Siegel, 2005). Його дослідження також показують, що у uzалежненої людини тригери, що проасоційовано зі вживанням, викликають аверсивну реакцію, яка призводить до бажання вжити ПАР, щоб згасити цей аверсивний стан. Пояснюється це тим, що перші вживання мають потужну дію, що викликає протидіючу активацію гомеостатичних компенсаторних механізмів. Через деяку кількість повторювань ця компенсаторна реакція може відбуватися за механізмом класичного обумовлювання, а стимулом виступають проасоційовані зі вживанням тригери.

Продовженням нейрохімічних моделей негативного підкріплення є модель, яку можна узагальнено зарахувати до «дистрес-моделей» – модель нейрональної конкуруючої мотивації (*neural opponent motivation theory*), або

алостатична модель адикцій (Koob, 2016). У цій моделі адиктивний потяг розглядається як наслідок надлишкової активації мезокортиколімбічної дофамінової системи в результаті попередньої сенсibilізації наркотичними речовинами. В основі надлишкової активності системи лежить механізм *алостазу*, який визначається як стан хронічного відхилення активності регуляторних систем від їх нормального функціонування з встановленням нових параметрів активності. Тобто у алостазі організм намагається зберегти стабільність адаптованої системи, витрачаючи значну енергію на відновлення системи винагороди в нових параметрах. На відміну від гомеостазу, який регулюється механізмами негативного зворотного зв'язку, алостаз працює за допомогою позитивного зворотного зв'язку, завдяки чому формується запобіжна (*feed-forward*) активність системи. Інакше кажучи, зловживання наркотиками призводить деякі системи роботи мозку у тривалий дистресовий режим (специфічно активність D2 дофаміну і опіоїдних пептидів знижується, разом з тим як активність кортикотропін-релізінг фактору, норадреналіну та динорфіну зростає, продукуючи аверсивну симптоматику, тривогу і інші прояви дистресу). Водночас як і у класичному дистресі, відбувається пригнічення функціонування префронтальної кори (тобто цей стан, на відміну від простого негативного підкріплення, слабо контролюється свідомістю, або зовсім не контролюється). Саме вживання наркотику є наслідком цього дистресового стану роботи мозку. У разі припинення вживання наркотику та поступовому поверненні роботи систем мозку у нормальний режим, ряд неспецифічних та специфічних стресових факторів за механізмом позитивного зворотного зв'язку повертають мозок у дистресовий режим роботи, що, як наслідок, призводить до поновлення вживання наркотиків. Тобто крейвінг в цій моделі розглядається як стрес-індукований. По суті, модель алостазу демонструє те, що в механізмах uzалежнення та ПТСР лежать аналогічні механізми. З великим рівнем впевненості можна говорити, що автори дистресової моделі описали нейробіологічні механізми відомого практикам постабстинентного синдрому.

Модель конкуруючої мотивації розширює модель конкуруючих процесів Solomon-Corbit та показує, що *b*-процес не тільки виникає після *a*-процесу, але й перешкоджає поверненню системи винагороди в рамки нормально функціонуючого гомеостазу. G. Koob, узагальнюючи попередні дослідження, виділяє дві основні системи: *within-system* (нейроадаптивні процеси всередині самої мережи винагороди – спрощено кажучи, зниження нейромедіаторної активності, що відповідає за задоволення, та збільшення нейромедіаторної активності, що відповідає за незадоволення) та *between-*

system (активація інших нейромереж, що пригнічують мережу винагороди). Також Koob вводить термін гіперкатіфея для описання загального стану страждання адикта в ремісії, що спонукає його повернутися до вживання (Koob, 2021).

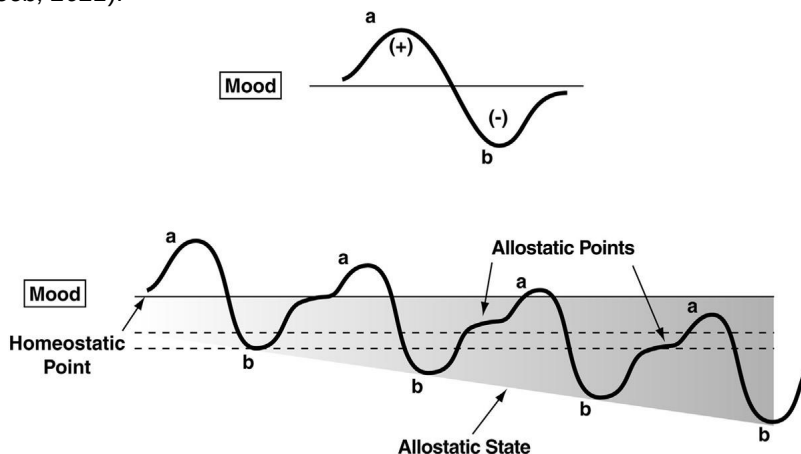


Рис. 1.1.1. Модель Соломона-Корбіта-Куба (Koob, 2014: 26).

Volkow&Fowler висунули модель обсесивного крейвінгу як дисфункції орбітального кортексу, внаслідок чого послаблюється його гальмівний вплив (Volkow, 2000). Подальшого розвитку теорія *obsessive craving* набула в дослідженнях дофамінових зв'язків середнього мозку та смугастого тіла (Everitt, 2014). З'ясувалося, що хоча на початку формування адикції формуються дофамінові нейронні зв'язки з вентральною частиною стріатума (VTA-NAcc), що відповідає імпульсивній адиктивній поведінці та описуються моделлю позитивного підкріплення (оперантне обумовлювання), але згодом утворюються дофамінові зв'язки, що ведуть з середнього мозку у дорсальну частину стріатума, який відповідає за компульсивну адиктивну поведінку (класичне обумовлювання).

У 90-х роках здалося, що склалося остаточне наукове розуміння нейробіологічних механізмів синдрому uzалежнення як специфічних розладів лімбічної системи. Здавалося, що модель uzалежнення як хвороби набула остаточної перемоги. У державних установах США почали офіційно спиратися на цю модель.

Однак з початку двотисячних погляд на визначальну роль лімбічної системи в утворенні uzалежнення поступово став зміщатися в бік делегування провідної ролі префронтальній корі (ПФК) та спотворенню когнітивних функцій. Значна кількість досліджень вказувала на те, що

дисфункція префронтальної кори відіграє вагомішу роль в утворенні крейвінгу, ніж механізми лімбічної системи. Так, авторитетні дослідники нейробіології адикцій Volkov&Goldstein у 2002 році вводять модель узалежнення *iRISA* (*The Impaired Response Inhibition and Salience Attribution model*) – модель ослаблення реакції пригнічення та присвоєння значущості), де вказують на роль дисфункції кори у циклі сп'яніння (*intoxication*), вживання зі втратою контролю (*bingeing*), синдрому відміни (*withdrawal*), потягу (*craving*) (Goldstein, 2002). У 2011 виходить оглядова стаття цих же авторів (Goldstein, 2011), де дисфункції кори у процесах узалежнення вони надають вже визначальну роль.

У цих роботах автори досліджують, як взаємодія між субрегіонами ПФК може регулювати когнітивні, емоційні та поведінкові зміни при адикціях:

- дорсальним субрегіоном, який бере участь у контролі вищого порядку («холодні» процеси), та що включає в себе дорсолатеральну префронтальну кору, дорсальну передню поясну кору, нижню лобову звивину;

- вентральним субрегіоном, який бере участь у більш автоматичних процесах, пов'язаних з емоціями («гарячі» процеси), та що включає в себе медіальну орбіфронтальну кору, вентромедіальну префронтальну кору, роstrавентральну передню поясну кору.

У здоровому стані переважають когнітивні функції, емоції та поведінка, які не пов'язані з наркотиками, а автоматичні реакції (емоції та тенденції дії, які можуть призвести до прийому наркотиків) керуються з боку дорсального субрегіону ПФК (top-down або низхідна регуляція). Так, якщо людина в здоровому стані потрапляє у ситуацію дії ПАР, подальше надмірне вживання ПАР припиняється або контролюється його надмірність завдяки домінуючій дії дорсальної ПФК. Під час крейвінгу (або абстинентного синдрому) наркотично-асоційовані когнітивні функції, емоції та поведінка починають конкурувати з ненаркотичними когнітивними функціями, емоціями та поведінкою, створюючи конфлікт щодо прийому наркотиків. Під час сп'яніння та запою, когнітивні функції вищого порядку керуються «гарячими» функціями вентрального регіону (down-top або висхідна регуляція).

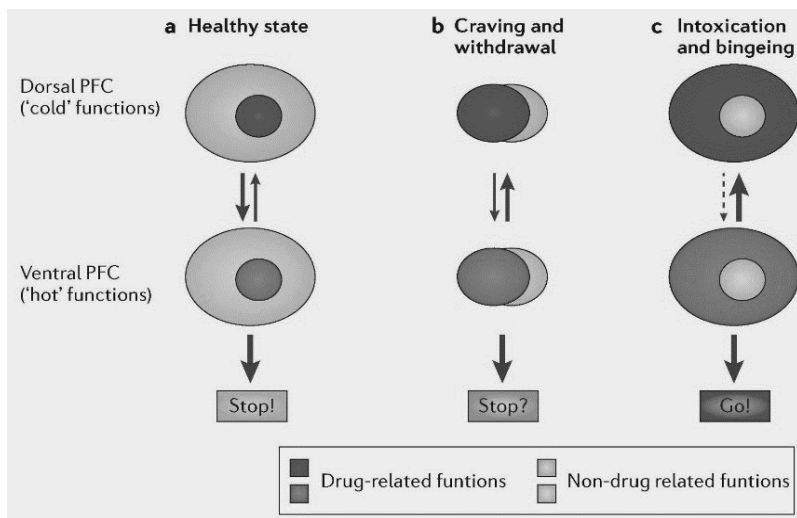


Рис. 1.1.2. «Здоровий» та «Наркотичний» режими функціонування зв'язки ділянок дорсальної та вентральної ПФК (Goldstein, 2011).

В усіх цих процесах провідну роль відіграють дві ділянки префронтальної кори: дорсолатеральна префронтальна кора (*dIPFC*) та вентромедіальна префронтальна кора (*vmPFC*). *dIPFC* відповідає за вольові функції (воля, свідомість, прийняття рішень, планування, цілепокладання, часова перспектива, контроль поведінки та афектів тощо). У процесі формування uzалежнення зменшується кількість нейронних зв'язків *dIPFC* зі смугастим тілом (*corpus striatum*). Раніше вважалося, що узалежнення пов'язане тільки зі зниженням активності *dIPFC*, однак останні дослідження однозначно показують, що під час крейвінгу та на початку вживання *dIPFC* адикта активніша, ніж у стані тверезості. А через активацію деяких регіонів *dIPFC* перед вживанням і під час вживання, можна зробити висновок, що вживання є результатом свідомого рішення, а не тільки процесів крейвінгу. *vmPFC* відповідає за соціальний інтелект (самосвідомість, я-концепція, образ себе та світу, суб'єктивна значущість, цінності тощо), та в експериментах з формування узалежнення *vmPFC* починає реагувати на наркотичні стимули, що вказує на те, що ПАР зв'язуються з я-концепцією узалежненого. Так, пояснюється суб'єктивна значущість ПАР (коли в моделях задіяння лімбічної системи пояснюється лише автоматизований потяг як такий, без його суб'єктивної значущості).

В оглядовій статті 2018 року Zilverstand та співавтори виокремлюють 6 основних нейронних мереж із залученням префронтальної кори,

спотворення роботи яких відіграє провідну роль в механізмах узалежнення (Zilverstand, 2018): це мережа винагороди (*reward network*), що відповідає за оцінку суб'єктивної цінності; мережа звичок (*habit network*), що відповідає за навчання новій поведінці; мережа значущості (*salience network*), що відповідає за маркування цінного та значущого; виконавча мережа (*executive network*), що відповідає за свідомий вибір можливої поведінкової відповіді; мережа пам'яті (*memory network*), що бере участь у гнучкому багатоканальному навчанні та пам'яті; мережа самокерування (*self-directed network*), що відповідає за когнітивні процеси під час самокерування та самоаналізу. Виявлено підвищений рівень роботи виконавчої мережі під дією наркотичних стимулів, однак її зменшену активність в стані ремісії. Тобто, дія наркотичних стимулів активує нейрону мережу, яка відповідає за свідомий контроль діяльності.

Інші дослідження функціонування виконавчої мережі адиктів у режимі пошуку наркотиків також показують, що в цей момент виконавча мережа активується, що може означати, що у пошуку наркотиків відіграє роль не стільки феномен компульсивного крейвінгу, скільки свідоме рішення вжити наркотик та свідомо цілеспрямована діяльність з його пошуку. Є також роботи з вивчення функціонування мережі пасивного режиму (*default mode*), де показано, що в стані абстиненції активність мережі пасивного режиму збільшується відносно норми, як це аналогічно відбувається у стресових, тривожних і депресивних розладах.

Підсумовуючи нейробіологічні дослідження останніх двох десятиліть, ми можемо зробити висновок, що у механізмах початку вживання ПАР фундаментальну роль відіграють свідомі вольові та ціннісні процеси, і процеси прийняття рішень. Такий нейробіологічний погляд на мотивацію до вживання фундаментально відрізняється від попередніх моделей, де головними механізмами вважали оперантне обумовлення, класичне обумовлення та дистресові механізми, що відповідало дисфункціям лімбічної системи.

Висновок: узалежнення – хвороба чи розлад?

Після розгляду спектру моделей узалежнення, ми можемо повернутися до питання, як нам його розглядати – як біологічне захворювання чи психологічну проблему?

Поворот в нейробіологічному розумінні узалежнення (де визначальну роль у мотивації до вживання належить функціям префронтальної кори, а не лімбічній системі) дав поштовх для потужної критики моделі узалежнення як хвороби вже з нейробіологічних засад (раніше така критика звучала лише

з психологічних та соціальних засад) (Hall, 2015; Lewis, 2018; Pickard, 2012). Така критика моделі хвороби ініціювала гарячу дискусію прихильників та противників цієї моделі. Основні тези критики моделі хвороби дуже важко подолати:

- здебільшого люди з проблемами зловживання ПАР на рівні важкого uzалежнення за DSM-5 припиняють зловживати самі без будь-якої допомоги (допомоги потребують скоріше люди з коморбідними розладами, ніж з «чистим» uzалежненням);
- зміни в мозку в процесі розвитку адикцій загалом якісно не відрізняються від змін в процесі будь-якого навчання (відмінності тільки кількісні);
- нейробіологічні параметри мозку за активації крейвінгу не відрізняються від деяких «нормативних» станів, наприклад, від стану заоханості;
- хоча зміни мозку в процесі розвитку адикції настільки масивні, що ми не можемо ігнорувати біологічні фактори, але провідну роль все ж відіграють свідомі вольові процеси (зокрема, прийняття рішень) та соціальний інтелект (включаючи я-концепцію).

Скоріше за все, всі ці зміни в нейробіологічному розумінні uzалежнення та критика моделі хвороби вимусили ASAM (одну з найавторитетніших медичних асоціацій у світі з вивчення uzалежнення), змінити визначення суті uzалежнення з «хвороби мозку» на ширше тлумачення (Earley, 2019).

Визначення адикції ASAM (2019): *Адикція є хронічною медичною хворобою, яка піддається лікуванню, та включає в себе комплексну взаємодію між мозковими мережами, генетикою, оточенням та індивідуальним життєвим досвідом. Люди з адикцією використовують речовини або залучаються до поведінки, яка стає компульсивною та часто продовжується, не дивлячись на шкідливі наслідки. Профілактичні зусилля та лікувальні підходи для адикцій є загалом настільки ж успішні, як і для інших хронічних хвороб¹.*

Інакше кажучи, сучасні нейробіологічні дослідження, показують, що провідна роль в поясненні адиктивної поведінки може належати психологічним моделям, а не біологічним. Тобто, як це не парадоксально, саме нейробіологічні дослідження призвели до повернення від домінування нейробіологічних моделей адикцій знову до психологічних моделей.

Однак, зрозуміло, що відмовлятися від моделі хвороби, принаймні, у випадку розвинених хімічних uzалежнення, буде також безглуздо, бо роль

¹ <https://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>

біологічних процесів та необхідність медичної допомоги у випадку «запоїв» та «марафонів» або абстинентного стану, який за ними слідує, є очевидною.

Свого часу, рішенням такого питання, здавалася, була біо-психо-соціальна модель хвороби, однак останні десятиріччя ця модель зазнає потужної критики. По-перше, біопсихічна модель є саме моделлю хвороби, тобто вирішує суперечку між моделями хвороби та розладу в бік хвороби, а не досягає компромісу між ними, як це може здаватися на перший погляд. Так, наприклад, в біопсихічній моделі карієс може виникнути за біологічних причини (генетика), психічних (стрес провокує виділення кислотних ферментів, які роз'їдають зуби), соціальних (немає грошей на зубну пасту). Однак сам карієс в підсумку є біологічною хворобою і підлягає медичному лікуванню. Погляд на uzалежнення водночас є таким же – uzалежнення розвивається та підтримується біологічними, психологічними та соціальними факторами, однак сама собою є біологічним захворюванням. Інші проблеми біосоціальної моделі є наслідком системного підходу, на якому вона базується – хвороба в ній є емерджентним утворенням відносно системи біологічних, психологічних та соціальних факторів. Однак, в такому разі визначити хворобу в якихось зрозумілих та чітких концепціях виявляється неможливим. Тобто, результатом є заплутаність і концептуальна дифузність біо-психо-соціальної моделі.

З іншого боку, зрозуміло, що задача, яку ставила перед собою біо-психо-соціальна модель – знайти компроміс та взаємозв'язок між біологічними та психосоціальними факторами – залишається актуальною. Однак, без вирішення основного для психології психофізіологічного питання, це завдання поки що залишається нерозв'язаним. Як компроміс у визначенні uzалежнення ми бачимо відмову від терміну *хвороба* для всіх видів адиктивної поведінки та використання його тільки для розвинених форм хімічного uzалежнення. Далі, хоча ми не можемо однозначно визначити механізми зв'язку між нейробиологічними та психічними процесами, однак ми можемо постулювати, що у адиктивній поведінці ці фактори мають системний вплив. Крім того, вважаємо за необхідне ввести *вільний вибір* людини як суттєвий фактор адиктивної поведінки. Тому, спираючись на визначення адикцій ASAM та, вносячи рівноправність психологічної (патопсихологічної) та біологічної (психопатологічної) парадигми, **пропонуємо таке визначення адикцій:**

Адикція є комплексним феноменом, що включає в себе системну взаємодію між біологічними факторами, генетикою, соціальним впливом, індивідуальним життєвим досвідом, включаючи досвід дитинства, та вільним вибором людини. У важких випадках біологічні фактори можуть

стати провідними, та адикція набуває усіх ознак хвороби.

Основними психопатологічними ознаками адикцій є явні негативні наслідки вживання (в біологічній, соціальній та психологічній сфері), потяг до вживання та/або втрата контролю над вживанням, (пост-)абстинентні стани / гіперкатіфея (включаючи гострий та протрагований абстинентний синдром, адиктивну депресію та ангедонію). Основними патопсихологічними ознаками адикцій є: прагнення до стану зміненої свідомості, суб'єктивна надцінність адиктивної поведінки, особистісна десоціалізація.

Профілактичні зусилля, психотерапія та лікувальні підходи для адикцій є загалом настільки ж успішні, як і для інших розладів.

Список використаних джерел:

1. Блохин К.Н. Нарушения переживания времени у больных опийной наркоманией: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / МГУ им. М.В. Ломоносова. Москва, 2006. 152 с.
2. Бондырева С.К., Колесов Д.В. Наркотизм: природа и преодоление. Москва: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2006. 432 с.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности. Психологический подход. Москва: Ника, 2019. 912 с.
4. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. *Лекции по наркологии* / под. ред Иванца. Москва: Нолидж, 2000. С. 295-308.
5. Вудман М. Страсть к совершенству. Юнгианское понимание зависимости. Москва: Класс, 2006. 272 с.
6. Гребенюк А.А. Психологическая зависимость от наркотических веществ: для врачей-психиатров, наркологов, психологов, психотерапевтов, социальных работников. Симферополь: Таврия, 1999. 185 с.
7. Домбровский А. Гештальт-терапия наркотической зависимости (наблюдения, теория, практика). Rīga: EPG, 1996. 42 с.
8. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности Москва: МГУ имени М.В.Ломоносова, 1971. 99 с.
9. Зиммель Э. Алкоголизм и аддикция. *Психоаналитические концепции наркотической зависимости*: тексты / Сост. и ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 138–167.
10. Зойя Л. Наркомания. Патология или поиск инициации? / Под ред. Ю. Власовой. Москва: «Добросвет», «Книжный дом «Университет», 2013. 208 с.

11. Кристалл Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении. *Психология и лечение зависимого поведения* / Под ред. С. Даулинга. Москва: Класс, 2000. С. 80–118.
12. Крюгер Р. Лечение психодрамой: теория и практика. Москва: «Класс», 2017. 528 с.
13. Куттер П., Мюллер Т. Психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / Пер. с англ. В.Н. Николаев, С.И. Дубинская. Москва: «Когито-центр», 2011. 384 с. URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=86249>
14. Максимова Н.Ю. Психологія девіантної поведінки: навчальний посібник. Київ: Либідь, 2011. 520 с.
15. Меннингер К. Война с самим собой / Пер. с англ. Ю. Бондарев. Москва: ЭКСМО-Пресс, 2001. 480 с.
16. Николаева Е.И., Каменская В.Г. Аддиктология. Теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикции: учебное пособие. Москва: ФОРУ: ИНФА, 2018. 208 с.
17. Розенфельд Г. О наркотической аддикции. *Психоаналитические концепции наркотической зависимости*: тексты / Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 225–249.
18. Самыкина Н.Ю., Серебрякова М.Е. Динамика ценностно-смысловой сферы личности в процессе наркотизации: монография. Самара: Изд-во «Универс групп», 2007. 148 с.
19. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308с.
20. Сэвитт Р. Психоаналитические исследования аддикции: структура Эго при наркотической аддикции. *Психоаналитические концепции наркотической зависимости*: тексты / Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 250–267.
21. Фенихель О. Психоаналитическая терапия неврозов / Пер. с англ. и ред. А.Б. Хавина. Москва: Академический проект, 2004. 848 с.
22. Ханзян Э. Эго, Я и опиумная аддикция: теоретическое обсуждение и размышления о лечении. *Психоаналитические концепции наркотической зависимости*: тексты / Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 422–445.
23. Цинберг Н. Аддикция и функция Эго. *Психоаналитические концепции наркотической зависимости*: тексты / Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 394–421.

24. Шарфф Д.С. Шарфф Д.Э Основы теории объектных отношений / Пер. Перова Е.А. Москва: «Когито-Центр», 2009. 304 с.
25. Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики / Пер. с англ. Г. Пимочкиной. Москва: Эксмо. 2003. 304 с.
26. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. 415 с.
27. Baker T., Morse E., & Sherman J. The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. *Nebraska Symposium on Motivation*. 1986. Vol. 34. P. 257–323.
28. Cox W., Klinger E. Handbook of motivational counseling: goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems. New Jersey, NJ: Wiley-Blackwell, 2011. 666 p.
29. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. / American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
30. Earley P., & Olsen Y. Redefining Addiction. Reimagining Solutions: open letter. *American Society of Addiction Medicine*. 2019. URL: <https://medium.com/@ASAM.org/redefining-addiction-reimagining-solutions-84e0ffbb872f>
31. Everitt B.J. Neural and psychological mechanisms underlying compulsive drug seeking habits and drug memories — indications for novel treatments of addiction. *European Journal of Neuroscience*. 2014. Vol. 40, Issue 1. P. 2163-2182.
32. Goldstein R.Z., & Volkow N.D. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American journal of psychiatry*. 2002. Vol. 159(10). P. 1642–1652. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642>
33. Goldstein R.Z., & Volkow N.D. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*. 2011. 12(11). P. 652-669. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462342/>
34. Hall W., Carter A., & Forlini C. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry*. 2015. Vol.2, Issue 1. P.105-110. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00126-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00126-6)
35. Hogarth L. Addiction is driven by excessive goal-directed drug choice under negative affect: translational critique of habit and compulsion theory. *Neuropsychopharmacology*. 2020. V45(5). P. 720-735. DOI: 10.1038/s41386-020-0600-8. Epub 2020 Jan 6

36. Kohut H. Preface. *NIDA Research Monograph*, V. 12: Psychodynamics of drug dependence. / Eds. J.D. Blaine, D.A. Julius. Washington, DC: Government Printing Office, 1977. URL: <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/monograph12.pdf>
37. Koob G., Arends M., M. Le Moal Drug, addiction and the brain. Cambridge, Massachusetts: Elsevier Inc., 2014. 340 p.
38. Koob G.F. & Volkow N.D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2016. Vol. 3(8). P. 760-773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
39. Koob G.F. Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Developmen. *Pharmacological Reviews*. 2021. 73(1). P. 163–201. DOI: 10.1124/pharmrev.120.000083
40. Köpetz C.E., Lejuez C.W., Reinout W.W., & Kruglanski A.W. Motivation and self-regulation in addiction: a call for convergence. *Perspectives on Psychological Science*. 2013. 8(1). P. 3–24. DOI: 10.1177/1745691612457575
41. Krystal H. Self- and Object-Representation in alcoholism and other drug-dependence: implications for therapy. *NIDA Research Monograph*, V. 12: Psychodynamics of drug dependence / Eds. J.D. Blaine, D.A. Julius. Washington, DC: Government Printing Office, 1977. P. 88-100. Chapter 6. URL: <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/monograph12.pdfN>
42. Lewis M. Brain change in addiction as learning, not disease. *The New England Journal of Medicine*. 2018. Vol. 379 (16). P. 1551-1560. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30332573>
43. Ludwig A.M., & Andwiler A. "Craving" and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*. 1974. Vol. 35(1). P. 108-130. DOI: <https://doi.org/10.15288/qjsa.1974.35.108>
44. Marlatt G., & Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* / Eds. Marlatt G.A., & Donovan D.M. New York, NY: Guilford Press, 2005. P. 1-44.
45. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. *International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information*. Chapter 06. URI : <http://id.who.int/icd/entity/334423054>
46. Milkman H. & Sunderwirth S. Craving for ecstasy and natural highs: a positive approach to mood alteration. Massachusetts, Lexington: Lexington Books, 1987. 496 p.
47. Nakken C. The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior. Minnesota: Hazelden Publishing, 1996. 144 p.
48. Orford J. Excessive appetites: a psychological view of addictions. 2nd

edition. Chichester: John Wiley, 2001. 424 p.

49. Pickard H. The purpose in chronic addiction. *AJOB Neuroscience*. 2012. 3(2). P. 40–49. DOI: 10.1080/21507740.2012.663058

50. Redish A.D., Jensen S., Johnson A.A unified framework for addiction: vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*. 2008. Vol. 31, Issue 4. P. 415–437. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0140525X0800472X>

51. Siegel S. Drug anticipation and the treatment of dependence. *Learning Factors in Substance Abuse: NIDA Research Monograph series, vol. 84.* / Ed. B.A. Ray. Washington, DC: Government Printing Office, 1988. P. 1-24. URL: <https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/monograph84.pdf>

52. Solomon R. An opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*. 1980. 35(8). P. 691-712.

URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/969d/d84492ae10d7961610def51a806a945541e5.pdf>

53. Stewart J., Wise R.A. Reinstatement of heroin self-administration habits: morphine prompts and naltrexone discourages renewed responding after extinction. *Psychopharmacology*. 1992. 108 (1-2). P. 79-84. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1993-00771-001>

54. Volkow N.D., & Fowler J.S. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*. 2000. 10(3). P. 318-325. DOI: [10.1093/cercor/10.3.318](https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.318)

55. Volkow N.D., Chang L., Wang G.J., Fowler J.S. et al. Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*. 2001. 158(12). P. 2015-2021. DOI: [10.1176/appi.ajp.158.12.2015](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.2015)

56. West R. Theory of Addiction. 2-nd edition. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; Addiction press, 2013. 274 p.

57. Zilverstand A., Huang A.S., Alia-Klein N., & Goldstein R.Z. Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: a systematic review. *Neuron*. 2018. Vol. 98(5). P. 886-903. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.03.048>

1.2. Феноменологія хімічних адикцій та принципи їх діагностики

Старков Д.Ю.

Абстракт

Наведено огляд систем діагностики хімічних адикцій та їх феноменологічне описання. Різновиди діагностики розділено на психопатологічні, в яких робиться акцент на біологічній складовій адикцій, та патопсихологічні, в яких робиться акцент на психологічних механізмах. У психопатологічному підході розглянуто такі синдроми хімічного uzалежнення: синдром зміненої реактивності, стан зміненої свідомості, тяга до вживання, втрата контролю, абстинентний синдром, постабстинентний синдром, гіперкатіфея. У патопсихологічному підході виокремлено неспецифічні психологічні механізми (вживання заради вирішення інших психологічних проблем) та специфічні феномени, до яких віднесено адиктивну анозогнозію, адиктивне розщеплення особистості, адиктивні мотиви вживання, адиктивну алекситимію. Коротко розглянуто також соціальний компонент адикції, діагностику коморбідних розладів, комплексні методики діагностики та діагностику результативності. Запропоновано авторську схему діагностичного інтерв'ювання осіб з хімічними адикціями.

Вступ: формулювання діагнозу uzалежнення від психоактивних речовин

У західній літературі консенсусом серед фахівців, що займаються вивченням адикцій з погляду нейробіології, на сьогодні є визначення хімічної адикції через таку тріаду (Koob, 2021):

- продовження вживання, незважаючи на негативні наслідки;
- втрата контролю над кількістю вжитої психоактивної речовини (ПАР) або часом її вживання;
- абстинентний синдром, постабстинентні феномени та інші негативні емоційні та мотиваційні прояви під час ремісії (гіперкатіфея).

Для діагностики uzалежнення психіатри та наркологи використовують відповідні статистичні класифікатори:

– Міжнародний класифікатор хвороб ВООЗ (МКХ, або англ. ICD – International Classification of Diseases): офіційно ВООЗ з січня 2022 прийняла 11-ту версію МКХ, однак в Україні поки що залишається дієвою МКХ-10.

– DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – діагностичний та статистичний посібник психічних розладів) є офіційно прийнятим в США.

Досить вдалим для діагностики адикцій на сьогодні є підхід американського класифікатору DSM-5. Відповідний розділ DSM-5 носить назву «Пов'язані зі вживанням речовин та адиктивні розлади» (англ. Substance-Related and Addictive Disorders). Окрім розладів пов'язаних з ПАР (англ. substance-related disorders) до цього розділу внесено також розлади внаслідок азартних ігор (англ. gambling disorders). У DSM-5 виділяють десять класів психоактивних речовин: алкоголь; кофеїн; канабіс; галюциногени (з окремими категоріями для фенциклідину та інших галюциногенів); інгалятори; опіоїди; заспокійливі, снодійні та анксіолітичні засоби; стимулятори (речовини амфетамінового ряду, кокаїн та інші стимулятори); тютюн; інші (або невідомі) речовини.

Перевагою DSM-5 є розроблений скринінг для діагностики хімічного uzалежнення, куди входять 11 критеріїв (які мають прояви останні 12 місяців) та виділяється три рівня uzалежнення: легкий, середній та важкий.

Загалом, діагностика розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин в DSM-5, ґрунтується на патологічній моделі поведінки, пов'язаної із вживанням ПАР. Критерії uzалежнення угруповано в чотири групи: порушення контролю, соціальні порушення, ризиковане використання та фармакологічні критерії. До групи порушення контролю над вживанням ПАР (критерії 1-4) входять такі:

- Особа може приймати речовину у більшій кількості або протягом більш тривалого періоду, ніж спочатку планувалося (критерій 1).

- Особа може виявляти постійне бажання скоротити або регулювати вживання психоактивних речовин і може повідомити про численні невдалі спроби зменшити або припинити вживання (критерій 2).

- Особа може витратити багато часу на отримання речовини, використання або відновлення після її впливу (критерій 3). У деяких випадках більш серйозних розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, практично вся повсякденна діяльність людини обертається навколо цієї речовини.

- Тяга (англ. craving) (критерій 4) проявляється сильним бажанням (англ. desire) або потягом (англ. urge) до наркотику, які може виникнути в будь-який час, але більш вірогідне в середовищі, де ПАР отримували або використовували раніше.

Соціальні порушення є другою групою критеріїв (критерії 5-7).

- Повторне вживання психоактивних речовин може призвести до невиконання обов'язків, найчастіше на роботі, у школі чи вдома (критерій 5).

- Особа може продовжувати вживати наркотики, незважаючи на постійні або періодичні соціальні чи міжособистісні проблеми, спричинені або

посилені дією речовини (критерій 6).

– Важливі соціальні, професійні або розважальні заходи можуть бути припинені або скорочені через вживання психоактивних речовин (критерій 7). Особа може відмовитися від сімейної діяльності та хобі, щоб вживати речовину.

Ризиковане використання речовини є третьою групою критеріїв (критерії 8-9).

– Це може мати форму повторного вживання психоактивних речовин у ситуаціях, коли це є фізично небезпечним (критерій 8).

– Особа може продовжувати вживати психоактивні речовини, незважаючи на знання про постійні або повторювані фізичні чи психологічні проблеми, які, ймовірно, були викликані або загострені речовиною (критерій 9). Ключовим питанням в оцінці цього критерію є не існування проблеми, а скоріше нездатність індивіда утримуватися від вживання речовини, незважаючи на труднощі, які вона викликає.

До фармакологічних критеріїв (критерії 10 і 11) входять такі:

– Толерантність (критерій 10) визначається через необхідність значно збільшувати дозу речовини для досягнення бажаного ефекту або помітне зменшення ефекту під час вживання звичайної дози.

– Абстиненція (критерій 11) – це синдром, який виникає, коли концентрація речовини в крові або тканинах знижується у людини, яка тривалий час інтенсивно вживала речовину. Після розвитку симптомів відміни людина, ймовірно, вживає речовину для полегшення симптомів. Симптоми відміни сильно відрізняються в різних класах речовин, і для класів препаратів надаються окремі набори критеріїв відміни.

У DSM-5, як вже було зазначено вище, виділяється три рівня тяжкості розладу. Легкий розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, передбачає наявність двох-трьох симптомів, помірний – чотири-п'ять симптомів, і важкий – шість або більше симптомів. Скринінг-опитувальник на основі DSM-5 наведено в додатках.

МКХ-10, яка на сьогодні є офіційно прийнятою в Україні, для постановки діагнозу синдрому uzалежнення (F1x.2) використовують такі критерії: 1) виражена потреба чи необхідність... (прийняти речовину); 2) порушення здатності контролювати початок, закінчення та... дозування (речовини); 3) фізіологічний стан відміни; 4) ознаки толерантності; 5) прогресуюче забуття альтернативних інтересів; 6) продовження вживання, незважаючи на очевидні шкідливі наслідки. Для постановки діагнозу повинні спостерігатися три або більше ознак протягом як мінімум одного місяця або ж подібні епізоди (якщо тривалість кожного з них була меншою за цей

термін) періодично повторюються протягом 12 місяців.

У МКХ-11 хімічне uzалежнення віднесено до розділу «Розлади, які зумовлені вживанням психоактивних речовин чи адиктивною поведінкою», куди крім «розладів викликаних дією психоактивних речовин» включено в окрему категорію «розладів внаслідок адиктивної поведінки» також розлади внаслідок азартних ігор (англ. gambling disorders) та розлади внаслідок ігор (англ. gaming disorders).

До розладів внаслідок вживання ПАР, крім розладів викликаних дією ПАР (інтоксикація, синдром відміни, психічні розлади, сексуальні дисфункції та розлади сну/неспанья) включають такі категорії, які пов'язано безпосередньо з адиктивною поведінкою:

- одиничні епізоди вживання ПАР зі шкідливими наслідками для здоров'я;
- згубне вживання ПАР (епізодичне або постійне вживання ПАР, яке наносить шкоду);
- uzалежнення від ПАР.

На наш погляд, досить незрозумілими є діагностичні критерії розрізнення згубного вживання та uzалежнення від ПАР, які пропонує МКХ-11.

Uzалежнення в МКХ-11 визначається як **розлад регуляції вживання ПАР**, що виникає внаслідок його повторного чи постійного вживання. Характерною ознакою є сильне внутрішнє прагнення вживання ПАР, що виявляється порушенням здатності контролювати вживання, підвищенням пріоритету вживання над іншими видами діяльності та продовженням вживання, незважаючи на шкоду чи негативні наслідки. Ці прояви часто супроводжуються суб'єктивним відчуттям бажання (англ. craving) або потягу (англ. urge) до вживання ПАР. Можуть також бути присутні фізіологічні ознаки uzалежнення, які, в МКХ-11, включають толерантність та симптоми відміни.

У МКХ-11 виділяють розлади внаслідок вживання таких ПАР: алкоголю (6C40); канабісу (6C41); синтетичних канабіноїдів (6C42); опіоїдів (6C43); седативних, гіпнотиків та анкіолітиків (6C44); кокаїну (6C45); стимуляторів, що включають амфетаміни, метамфетамін та меткатіон (6C46); синтетичних катіонів (6C47); кофеїну (6C48); галюциногенів (6C49); нікотину (6C4A); легких інгаляторів (6C4B); MDMA та схожих наркотиків, включаючи MDA (6C4C); дисоціативних наркотиків, включаючи кетамін на фенциклідин [PCP] (6C4D); специфічних ПАР, включаючи медикаменти (6C4E); також виділяється в окрему категорію розлади внаслідок полівживання різних ПАР (6C4F).

У наркологічних протоколах України (МОЗ, 2020) спираються на тест ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; в українському варіанті позначається як Скринінговий профілактичний інструмент (опитувальник) щодо вживання психоактивних речовин, що рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO, 2010), який складається з восьми запитань:

Запитання 1 (Q1) про те, які речовини коли-небудь вживалися протягом життя клієнта.

Запитання 2 (Q2) стосується частоти вживання психоактивних речовин за останні три місяці, що дає вказівку на речовини, які найбільше відповідають поточному стану здоров'я.

Запитання 3 (Q3) стосується частоти виникнення сильного бажання або бажання вживати кожен речовину протягом останніх трьох місяців.

Запитання 4 (Q4) стосується частоти медичних, соціальних, юридичних або фінансових проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, протягом останніх трьох місяців.

Запитання 5 (Q5) стосується частоти, з якою використання кожної речовини заважало виконанню службових обов'язків за останні три місяці.

Запитання 6 (Q6) щодо того, чи хтось ще коли-небудь висловлював занепокоєння з приводу використання клієнтом кожної речовини і як нещодавно це сталося.

Запитання 7 (Q7) про те, чи коли-небудь клієнт намагався скоротити або припинити вживання речовини і зазнав невдачі в цій спробі, і як нещодавно це сталося.

Запитання 8 (Q8) про те, чи коли-небудь клієнт вводив будь-яку речовину і як нещодавно це сталося

Для кожного запитання в тесті ASSIST вводиться система балів, за сумою яких визначається чи потребує клієнт інтервенцій взагалі, потребує короткострокової інтервенції чи потребує інтенсивнішої терапії (Додаток 2).

Фізіологічні та психофізіологічні синдроми адикцій

Формальним діагнозом є по суті відповідність симптомів клієнта до прийнятої на сьогодні у спільноті фахівців класифікації ознак розладу, яку відображено у відповідному статистичному класифікаторі. Однак такий формальний діагноз ніяк не відображає складність картини uzалежнення, його індивідуальні риси протікання, вираженість тих чи інших синдромів тощо. Тому окрім формальної діагностики необхідна комплексна діагностика

з виділенням провідних симптомів та синдромів для розуміння повноти картини та для формування адекватного плану лікування.

Однак на цьому етапі ми стикаємося з головною проблемою діагностики хімічних адикцій – їх етіологію та патогенез неможливо звести виключно до біологічних механізмів чи виключно до психологічних механізмів. У процесі розвитку хімічної адикції ми будемо мати справу з трьома низками феноменів: перша представляє синдроми, які мають переважно фізіологічну основу (наприклад, абстинентний синдром), друга – виключно психологічні феномени (наприклад, адиктивне розщеплення особистості), а третя представляє суміжні феномени, які мають у своїй основі як біологічні, так і психологічні механізми (наприклад, тяга до вживання). Зрозуміло, що фізіологічні феномени підлягають фармакотерапії, психологічні – психотерапії, а змішанні – комплексній фармако- та психотерапії.

Якщо адиктивні фізіологічні та психофізіологічні феномени вивчено досить непогано, то в психологічній парадигмі поки ще не складено повну наукову картину розуміння адикцій. Серед фізіологічних та психофізіологічних синдромів хімічного uzалежнення можна виокремити такі: погредієнтність uzалежнення, картина сп'яніння, синдром зміненої реактивності та толерантності, форми вживання, тяга до вживання, втрата контролю, абстинентний синдром, постабстинентний синдром, гіперкатіфея, нейрокогнітивні розлади.

Погредієнтність uzалежнення.

У західній науковій традиції не розповсюджене вивчення особливостей протікання та розвитку uzалежнення, на відміну від школи наркології, де особливостям розвитку uzалежнення приділяють особливу увагу. Найбільш розповсюдженою моделлю розвитку uzалежнення стала стадійна систематика Стрельчука І.В., яка була розроблена для алкогольного uzалежнення. Він виділяв три основних стадії розвитку алкоголізму: першу, основною характеристикою якої є формування синдрому зміненої реактивності; друга стадія починається з формування абстинентного синдрому; третя стадія є стадією декомпенсації, де відбуваються виснаження ресурсів організму. Надалі модель Стрельчука І.В. набула модифікацій з веденням до неї перехідних: 1-2 стадії (стадія формування абстинентного синдрому) та 2-3 стадії (стадія зміни типу пияцтва) (*Иванец, 2001б*). П'ятницька І.М., розширила модель Стрельчука І.В., також на наркоманії (*Пятницкая, 1994*).

Також модель Стрельчука І.В. часто розширюють введенням етапу зловживання ПАР та продромального етапу, однак таке доповнення

виглядає для нас сумнівним за таких причин. Стрельчук І.В. головною характеристикою першої стадії виділяв формування синдрому зміненої реактивності або, кажучи простіше, звикання організму до введення ПАР. Коли ми намагаємося вивести стадію зловживання за межі першої стадії, то моделюємо якусь дивну ситуацію, коли відбувається зловживання ПАР, однак поруч з цим не змінюється реактивність організму (тобто організм до цього зловживання не звикає).

Таблиця 1.2.1.

Стадії розвитку uzалежнення

Стадія	СЗР	СЗС	ТВ	ВК	АС	ПАС	ГК
0	відсутній – наявні виражені захисні реакції	відсутній – стан сп'яніння виражений лише емоційними змінами через пряму біохімічну дію ПАР	відсутня – вживання обумовлене соціальними причинами	відсутня	відсутній	відсутній	відсутня
1	розвивається; поступово зникають захисні реакції, зростає толерантність, частішає вживання та розвивається зловживання	розвивається; з'являється та збільшується стан гіпертимії від вживання ПАР, який виходить за межі її прямої фармако-емоційної дії	ситуаційно обумовлене гедоністичне бажання, reward craving	соціально або емоційно обумовлена	відсутній	відсутній	відсутня
1-2	зникнення захисних реакцій, стабілізація толерантності, пошук нових ПАР	стабілізується стан гіпертимії	Провідною є ситуаційно обумовлене гедоністичне бажання, з'являється бажання з боротьбою мотивів, reward craving	поява втрати контролю	вегето-астенічний	відсутній	відсутня

2	2a	2б	2-3
плато толерантності (ефективності), стабілізується зловживання з обраними типами ПАР	втрата контролю над системою зловживання, десоціалізація, неконтрольовані негативні наслідки	втрата контролю над системою зловживання, десоціалізація, неконтрольовані негативні наслідки	різка зміна форми вживання, падіння толерантності
зменшується гіпертимії	зникає гіпертимічний ефект, мотив вживання лише седативний	зникає гіпертимічний ефект, мотив вживання лише седативний	седативний ефект
провідною є бажання з боротьбою мотивів, з'являється седативний потяг з боротьбою мотивів, reward craving + relief craving	провідним є обесивний потяг з боротьбою мотивів, з'являється нездоланий компульсивний потяг, relief craving + obsessive craving	провідним є обесивний потяг з боротьбою мотивів, з'являється нездоланий компульсивний потяг, relief craving + obsessive craving	провідним стає нездоланий компульсивний потяг, compulsive craving
втрата контролю за критичної дози	втрата контролю за малих дозах	втрата контролю за малих дозах	втрата контролю за малих дозах
вегето-соматичний	неврологічний, гострий з психічними розладами	неврологічний, гострий з психічними розладами	розгорнутий АС
формується	виражений	виражений	виражений
формування	виражена	виражена	виражена з нейро-когнітивними порушеннями

3	стабільно низька толерантність	седативний ефект	виключно нездоланий потяг, compulsive craving	втрата контролю за малих дозах	АС з психо-органічними проявами	виражений	виражена з проявами психоорганічного синдрому
<i>СЗР – синдром зміненої реактивності; СЗС – стан зміненої свідомості; ТВ – тяга до вживання; ВК – втрата контролю; АС – абстинентний синдром; ПАС – постабстинентний синдром; ГК – гіперкатіфея</i>							

За швидкістю формування виділяють три темпи погредієнтності узалежнення – низький (для алкоголю формування узалежнення більш ніж через 8 років зловживання), середній (для алкоголю формування узалежнення через 3-8 років зловживання), високий (для алкоголю формування узалежнення менш ніж за три роки з початку зловживання). Для інших речовин темпи формування узалежнення відрізняються. Також швидкість звикання залежить від способу введення речовини: найбільш швидке звикання відбувається за умови інтраназального введення або куріння (так найшвидше речовина попадає у мозок), повільніше – у разі ін'єкційного, найбільш повільно – орального вживання.

Картина сп'яніння. Є багато спречань, щодо механізмів викликання гіпертимичного ефекту у стані сп'яніння. Одні фахівці вважають, що цей стан викликано виключно прямою нейрохімічною дією ПАР (тобто, тоді, стани сп'яніння у адикта та неузалежненої особи нічим принциповим не відрізняються). Інші фахівці вважають, що у адиктів пряма нейрохімічна дія ПАР створює лише зручний психофізичний фон, а сам стан зміненої свідомості та суб'єктивні відчуття в ньому створюються через психологічні механізми, головним з яких є ефект дисоціації. Другого погляду ми будемо дотримуватися і тут – тобто головною характеристикою картини сп'яніння адикту, ми виділяємо стан зміненої свідомості, який базується на дисоціативних механізмах. Зрозуміло, що за допомогою великої кількості ПАР або особливою дією певних з них (наприклад, галюциногени) можна досягти стану зміненої свідомості у будь-якої людини. Однак у адиктів перше, цей стан викликається вже малими дозами ПАР та сам цей стан і є мотивом вживання, в той час як у неузалежненої особи основними мотивами

вживання є соціальні мотиви або вплив ПАР на емоційний стан без зміни свідомості. Наприклад, неузалежнена особа може вжити алкоголь для зняття тривоги (зміна емоційного стану за сталої я-концепції), а для адикту мотивом буде набуття сміливості або впевненості у собі (тобто зміна рис особистості або зміна я-концепції). Адикт навіть в стані легкого сп'яніння може повністю змінюватися як особистість (цінності, риси характеру, установки, стилі мислення, образи себе, світу та інших тощо), змінитися може навіть експресія рухів тіла. У той час як у неузалежненої особи ми спостерігаємо континуальну спадкоємність його особистості в тверезому стані та стані сп'яніння.

Тобто стан наркотичного/алкогольного сп'яніння складається з компоненту зміни емоційного стану (через пряму фармакопсихічну дію ПАР) та з компоненту зміни свідомості, який і собі також обумовлюється двома механізмами: психологічними механізмами дисоціації та прямими психотропними ефектами ПАР (поруч з цим, напевно, вірніше говорити про фармакопсихічну дію ПАР на різні модальності перцептивних процесів, через що опосередковано викликається стан зміненої свідомості, чим про безпосередню дію на саму свідомість).

У процесі розвитку uzалежнення рівень дисоціації в стані зміненої свідомості зростає протягом всього розвитку, в той час як ейфорійний ефект зростає до максимуму на перехідній 1-2 стадії, потім починає зменшуватися та зникає зовсім у середині другої стадії. У західній літературі використовують поняття ефективності ПАР – максимально можливий ефект, який може викликати ПАР, тобто рівень плато, де після збільшення дози ефект вже не змінюється. Надалі мотивом зміни свідомості є вже не стільки досягнення ейфорії (гедоністичний мотив), скільки «приглушення свідомості» або повне її «виключення» (своєрідний седативний мотив). Напевно, у разі вживання деяких речовин мотив «зменшення свідомості» присутній з самого початку (можливо, що такий мотив часто присутній під час вживання «солей» – синтетичних катіонів).

Важливим для діагностики є також явище атипового сп'яніння. Види атипового сп'яніння є добре вивченими для алкогольного uzалежнення. Так виділяють:

- Експлозивне сп'яніння: після нетривалого ейфорійного стану періодично виникають мінливі стани дратівливості та немотивованої гнівливості, які змінюються станами спокою та добросердя.
- Епілептоїдне сп'яніння: характеризується стабільним протягом всього сп'яніння станом сумовитої дратівливості, журливої напруженості, похмурої прискіпливості. У легкому стані проявляться в одноманітних за змістом

неприємних для оточуючих розмовах, змінити напрямок яких є неможливим. У тяжкому стані проявляється в агресивних до оточуючих діях.

- Депресивне сп'яніння: переважання в картині сп'яніння пригніченого настрою різних відтінків (нудьги, тривоги, похмурості, безвихідді) з вірогідністю суїциду.

- Істероїдне сп'яніння: сп'яніння зі схильністю до гучних фраз, декламацій, коливаннями від показного самовихваляння до самозвинувачення, можуть демонстративно наносити собі пошкодження або імітувати суїцидальні спроби.

- Параноїдне сп'яніння: переважання в картині сп'яніння кататимно навантажених персекуторних ідей (ревнощі, засудження, недовіри до оточуючих тощо).

- Гебефренічне сп'яніння: на фоні гіпертимного настрою з рисами безтурботності та добросердя прояви кривляння, блазнювання, грубих жартів (часто сексуальних), розгальмування потягів (насамперед сексуальних).

Як окрему категорію виділяють патологічне алкогольне сп'яніння – гострий транзиторний психотичний стан сутінкового затьмарення свідомості, який виникає після невеликої дози алкоголю (досить рідкісне явище).

На жаль, стани атипового сп'яніння для різних видів ПАР є набагато гірше вивченими, ніж для алкоголю. У будь-якому випадку, наявність атипового сп'яніння для будь-якого виду ПАР (включаючи алкоголь) є показовим симптомом для можливої коморбідності uzалежнення з іншим розладом.

Синдром зміненої реактивності та толерантності. Будь-яка ПАР є отрутою для організму, тому на перші прийоми ПАР найчастіше організм реагує через захисні реакції. У разі продовження вживання організм поступово звикає до ПАР та перестає ідентифікувати її як отруту, через що поступово захисні реакції зменшуються до повного зникання. Зазвичай захисні реакції зменшуються протягом першої стадії розвитку uzалежнення та зникають на перехідній 1-2 стадії.

Іншим явищем, що входить у цей синдром, є зміна *толерантності*. Є деяка плутанина з визначенням толерантності, яка полягає в тому, що цей феномен визначають через два суміжні, але насправді різні поняття: 1) доза ПАР, за якої виникає ефект передозування; 2) доза ПАР, за якої виникає необхідний психотропний ефект (в англійській літературі визначається через термін *potency* – результативність). Зазвичай зміни величин порогу передозування та результативності ПАР корелюють одна з одною, тому

зміни толерантності можна розуміти в обох значеннях одночасно. Для алкогольного uzалежнення на першій стадії його розвитку толерантність зростає, потім на другій стадії її рівень стабілізується. На перехідній 2-3 стадії відбувається різке зменшення толерантності в розумінні порогу передозування та на третій стадії толерантність стабілізується вже на низькому рівні. Для наркотичних адикцій на першій та другій стадії картина є аналогічною до алкогольного uzалежнення. А питання існування третьої стадії для наркоманії є дискусійним. Одні спеціалісти вважають, що тут протікання наркоманії нічим принципово не відрізняється від протікання алкоголізму (та на цій стадії ми бачимо часту смерть від передозувань – адикт вживає свою «звичну» дозу, але вона через падіння толерантності вже є смертельною). Інші спеціалісти вважають, що третя стадія присутня тільки у разі алкоголізму, та за умов наркоманії не буває ефекту падіння толерантності.

Форми вживання. Зазвичай виділяють основі три форми вживання для розвиненого uzалежнення – постійну (щоденне вживання певної дози за відсутності втрати контролю), періодичну («запої»/«марафони» за неконтрольованим вживанням, що перемежуються з періодами тверезості) та змішану (періодичні неконтрольовані «марафони» на тлі постійного контрольованого вживання). Для опійних адиктів характерним є постійне вживання, для стимуляторних адиктів можливими є періодична та змішана форма, для алкогольного uzалежнення можливі як постійне так періодично-запійне вживання.

З розвитком uzалежнення характерним є зміна форм вживання. Для алкоголізму характерне збільшення частоти вживання та поява ексцесів неконтрольованого вживання на першій стадії. На другій стадії вживання оформлюється в постійну або запійну форму та саме вживання більш-менш стабілізується (не відбувається зміна його форми, частоти тощо). У другій половині другої стадії відбувається втрата загального контролю над своїм вживанням – воно починає привносити значний десоціалізуючий ефект. На перехідній 2-3 стадії часто відбувається різка зміна форми вживання (з періодичної переходить у постійну або навпаки). Або у разі запійної форми може різко зменшитися тривалість запоїв та кількість вжитого в цей період алкоголю, однак значно зростає тривалість абстинентного синдрому (наприклад, за триденного запою двотижневий абстинентний синдром). На третій стадії зазвичай відбувається щоденне вживання малих доз алкоголю, від яких особа відразу п'яніє. У наркоманіях можуть бути більш складні та заплутані перехідні форми вживання зі зміною речовин та полівживанням, накладанням форми вживання однієї речовини на іншу форму вживання

другої речовини та подібне.

У наркології для алкоголізму також виділяють такі форми вживання:

– *одноразові ексцеси*: вживання продовжується один день (з можливим похміллям зранку, але без подальшого продовження вживання), з подальшими тверезими проміжками в кілька днів (перша стадія алкоголізму);

– *псевдозапой* (слід зазначити, що поділ на «справжні запої» та «псевдозапой» є дуже дискусійним, і багатьма фахівцями не приймався навіть у радянські часи): щоденне вживання алкоголю у проміжку від 2-3 днів до тижня, спровоковане зовнішніми причинами (зарплата, свята, окремий варіант – алкоголізм вихідного дня – вживання кожного тижня з п'ятниці вечора до вечора неділі), та закінчення запою також спровоковане зовнішніми факторами (необхідність виходу на роботу, закінчилися гроші, конфлікти в родині тощо), хоча бажання вживати далі залишається (друга стадія алкоголізму);

– *постійне пияцтво на фоні високої толерантності*: щоденне вживання великих доз алкоголю протягом значних проміжків часу (іноді – років), але без втрати контролю «над своїм життям» (друга стадія алкоголізму);

– *переміжне пияцтво*: на фоні постійного багатомісячного вживання значних доз алкоголю періодично на кілька днів доза вживання збільшується до максимуму, а потім зменшується до попередньої (друга-третья стадія алкоголізму);

– *справжні запої*: запій провокує стан інтенсивного потягу до вживання, декілька днів (від 2-3 до тижня і більше) дрібно вживаються великі дози алкоголю протягом дня/ночі (часто відбувається часовий зсув – вживання вночі, а сон удень), далі, через падіння толерантності починає падати доза, та потім запій обривається через інтолерантність – фізичну неможливість продовжувати подальше вживання; для цієї форми вживання характерні дуже важкі та затяжні стани абстинентного синдрому (перехідна друга-третья та третя стадія алкоголізму);

– *постійне пияцтво на фоні низької толерантності*: алкоголь вживається дрібними дозами (з проміжками 1-3 год.) протягом усього часу доби (зокрема і вночі), тобто особи постійно перебувають в стані неглибокого сп'яніння (третья стадія алкоголізму).

У західному підході популярною є класифікація форм вживання у разі алкоголізму за Джелінеком:

– *α-алкоголізм*: алкогольні ексцеси на тлі негативних емоційних переживань;

– *β-алкоголізм*: алкогольні ексцеси під впливом соціального середовища;

– *γ-алкоголізм*: запійна форма алкоголізму;

– *δ-алкоголізм*: постійне контрольоване вживання обмежених доз слабоалкогольних напоїв (найчастіше – вина), характерний для «винних» регіонів (Франція, Італія);

– *ε-алкоголізм*: тяжкі запої на фоні великих проміжків часу трезості (півроку-рік) без ніяких проявів тяги до вживання.

Тяга до вживання (психофізіологічний механізм). У західній літературі розрізняють загальну адиктивну predisпозицію до вживання (*craving*, що тут ми будемо позначати як *тяга*), суб'єктне особистісне бажання, в основі якого лежать психологічні механізми (*desire*, що тут ми будемо позначати як *бажання*), та автоматизоване прагнення, в основі якого лежать психофізіологічні механізми (*urge*, що тут ми будемо позначати як *потяг*). Популярним на заході є також виділення трьох типів тяги (*craving*) до вживання ПАР: гедоністична тяга (англ. *reward craving*) – бажання вжити заради позитивних емоційних ефектів ПАР; седативна тяга (англ. *relief craving*) – бажання вжити заради полегшення негативного емоційного стану; obsесивна тяга (англ. *obsessive craving*) – автоматизоване obsесивне прагнення до вживання ПАР (Verheul, 1999). Вважаємо за доцільне додати до такої систематики ще *compulsive craving* – ОКР подібний стан прагнення до вживання з характером нездоланності. Враховуючи вищеперераховані визначення, як відповідні україномовні терміни для типів тяги ми пропонуємо використовувати: гедоністичне бажання (бажання вжити заради позитивних ефектів), седативне бажання (бажання вжити заради полегшення емоційного стану), obsесивний потяг (автоматизоване obsесивне прагнення вжити з боротьбою мотивів подібне до ОКР), компульсивний потяг (автоматизоване компульсивне прагнення вжити з характером нездоланності, подібне для важкої форми ОКР).

На першій стадії uzалежнення тяга до вживання включає в себе лише особистісне бажання вжити ПАР, заради його гедоністичних ефектів (англ. *reward craving*). На другій стадії до суб'єктивного бажання починає додаватися седативний компонент потягу (англ. *relief craving*) – вживання заради звільнення від негативних афективних станів, які в основному є наслідками попереднього вживання, а автоматизований потяг стає більш вираженим. У другій половині другої стадії домінуючим стає obsесивний компонент потягу (англ. *obsessive craving*). На перехідній 2-3 стадії автоматизований компульсивний потяг стає провідним компонентом у тязі до вживання ПАР (англ. *compulsive craving*).

У наркологічній школі виділяють первинну тягу (яка виникає в тверезому стані), та вторинну тягу (яка виникає на початку вживання, та відноситься, по суті, до феномену втрати контролю) (Іванец, 2001а). У процесі розвитку хімічного uzалежнення первинна тяга до вживання ПАР поступово змінює свої форми:

1. *Ситуативно обумовлене бажання вжити* (психічне uzалежнення) – виникає лише за наявності відповідної ситуації. Саме бажання є суб'єктивним та виключно особистісно обумовленим (тобто виключаються ОКР-подібний стан obsесивного прагнення). Стан ейфорійний, пожвавлений, виникають позитивні думки про вживання та позитивні спогади про минулі вживання. У разі виникнення перешкоди до вживання виникає деяка дисфорійна реакція, але, все-таки, за неможливості вжити, без проблем відмовляються від вживання. Характерний для першої стадії.

2. *Тяга з боротьбою мотивів* (психічне uzалежнення з obsесивним компонентом) – може виникати вже без наявності відповідної ситуації та відчувається зі всією виразністю (особливо в неприйнятній до вживання ситуації). Думки про вживання починають займати в голові головне місце та заважають виконанню життєвих задач. Емоційний стан є тривожно-подразливим. Вживання може відбуватися поодиночі та без всякого соціального приводу до нього (але не відбувається в соціально неприйнятних для вживання ситуаціях). Можна розрізнити бажання з боротьбою мотивів (тобто конкурують суб'єктивне бажання вжити ПАР та небажання негативних наслідків) та потяг з боротьбою мотивів (присутнє автоматизоване obsесивне прагнення вжити, подібне до стану ОКР, якому адикт суб'єктивно опирається). Тяга з боротьбою мотивів двох суб'єктивних бажань з'являється на перехідній 1-2 стадії, провідною стає для першої половини другої стадії. Тяга з боротьбою бажання до збереження тверезості з obsесивним автоматизованим потягом виникає у першій половині другої стадії та стає провідною у другій половині другої стадії.

3. *Потяг без боротьби мотивів*. Компульсивний потяг до вживання. На відміну від obsесивного потягу з боротьбою мотивів, адикт за умови компульсивного потягу вже не чинить опір своєму потягу (амбівалентність перетворюється у моновалентність), потяг стає начебто Его-синтоним. Хоча вживання може усвідомлюватися як неадекватне та недоречне, але боротьби мотивів вже не відбувається. Хоча початок вживання може зупинити деякі максимально перешкоджаючі причини, однак загалом вживання починається в соціально неприйнятних для цього ситуаціях. Часто такий потяг може не усвідомлюватися, а початок вживання відбувається автоматизовано, та потім раціоналізується якимись причинами, або

раціоналізації передую початку вживанню, або напівсвідомо створюються різні ситуації, які можуть слугувати приводом для вживання. Цей вид тяги виникає у другій половині другої стадії, провідним стає на перехідній 2-3 стадії.

4. *Потяг з характером нездоланності.* Потяг виникає спонтанно та відразу досягає такої інтенсивності, що призводить до негайного споживання. Не усвідомлюється навіть неадекватність свого стану, повна недоречність вживання в цій ситуації та аморальність дій для реалізації вживання. Для реалізації вживання людина може піти на повні аморальні вчинки (крадіжка, обман тощо). З'являється у другій половині другої стадії, провідним стає на перехідній 2-3 та третій стадії.

Окремо виділяється також *тяга на фоні межових станів* – тобто бажання вжити заради зняття якихось негативних афектів (відповідає терміну *relief craving* у західній літературі).

Втрата контролю (фізіологічний механізм). Останні нейробіологічні дослідження пов'язують втрату контролю над дозою речовини з дофаміною системою, включаючи епігенетичні зміни (зокрема, з дією фактору транскрипції *ΔfosB*), роботою префронтальної кори (зменшення низхідної регуляції) та ін. (Koob, 2014). У наркології виділяють такі етапи втрати контролю: зниження кількісного контролю (перша стадія); втрата кількісного контролю за критичної дози (друга стадія); втрата кількісного контролю за малих дозах (кінець другої – третя стадія).

Абстинентний синдром (фізіологічний механізм). Загалом, абстинентному синдрому характерна наявність протилежних симптомів, ніж у стані сп'яніння. Наприклад, якщо в стані сп'яніння наявне розширення зіниць (стимулятори), то у стані АС зіниці будуть звужені, та навпаки. Це особливо стосується емоційних проявів – у стані відміни виникає протилежний емоційний стан до того, який був у сп'янінні (розслаблення – напруженість, ейфорія – дисфорія, гіпертимія – гіпотимія, відчуття самоповаги – відчуття провини, розкутість – сором, сміливість – «параноїдність», довіра – тривога тощо). Загальними для абстинентних станів від більшості ПАР (за виключенням психоделіків, дисоціативів та, можливо, канабідіолу) характерними є симптоми: 1) надлишковості міжклітинного дофаміну (сильний obsесивний потяг до вживання та тривожно-параноїдний стан); 2) надлишкової активації стресової системи (дисфорія, астенія, вегетативні прояви тощо) зі вторинним бажанням вживати ПАР для зняття цього стану.

Нижче ми наводимо ознаки АС для різних типів ПАР за МКХ-11:

- алкоголь (6C40.4): може включати вегетативну гіперактивність

(наприклад, тахікардію, підвищення тиску, пітливість), тремор рук, нудоту, блювотні позиви або блювання, безсоння, психомоторне збудження, тривогу, депресивний або дисфорійний настрій;

- природний канабіс (6C41.4): може включати дратівливість, гнів або агресивну поведінку, тремор, безсоння, рухове занепокоєння, тривогу, депресивний або дисфорійний настрій, зниження апетиту і втрату ваги, головний біль, пітливість або озноб, спазми в животі або біль у м'язах;

- синтетичні канабіноїди (6C42.4): може включати дратівливість, гнів або агресивну поведінку, тремор, безсоння або тривожні сновидіння, руховий неспокій, тривогу, депресивний настрій, порушення апетиту; на ранніх фазах синдром відміни синтетичних канабіноїдів може супроводжуватися залишковими проявами інтоксикації цими речовинами, такими як параноїдні ідеї та слухові / зорові галюцинації;

- опіоїди (6C43.4): може включати дисфорійний настрій, тривожність, нудоту або блювання, шлункові спазми, біль у м'язах, позіхання, пітливість, перепади температури тіла, слюзотеча, рінорею, підвищену сонливість (особливо на першому етапі), діарею, пілоерекцію («гусяча шкіра») та розширення зіниць;

- кокаїн (6C45.4): може включати дисфорійний настрій, дратівливість, стомлюваність, психомоторну загальмованість, яскраві сновидіння неприємного змісту, безсоння або підвищену сонливість, підвищений апетит, тривогу, психомоторне збудження або загальмованість;

- стимулятори (амфетамін, метамфетамін та меткатінон) (6C46.4): може включати дисфору, дратівливість, стомлюваність, безсоння або (частіше) підвищену сонливість, яскраві сновидіння неприємного змісту, підвищений апетит, психомоторне збудження або загальмованість;

- синтетичні катіони (6C47.4): може включати дисфорійний настрій, дратівливість, втому, безсоння або (частіше) підвищену сонливість, яскраві сновидіння неприємного змісту, підвищений апетит, психомоторне збудження або загальмованість;

- МДМА та інші подібні ентактогени (6C4C.4): можуть включати втому, млявість, підвищену сонливість або безсоння, пригнічений настрій, тривогу, дратівливість, потяг до таких речовин, труднощі концентрації уваги та порушення апетиту.

Також можна виділити рівні тяжкості абстинентного синдрому (які формуються з розвитком uzалежнення), які є добре вивченими для алкогольного uzалежнення, гірше – для інших видів ПАР (Іванец, 2001а):

- легкий або вегето-астенічний АС (перехідна 1-2 стадія): переважають вегето-астенічні прояви, такі як головний біль, сухість у роті, пітливість,

нудота і подібне, триває до обіду, похмілля не є обов'язковим;

- середньої тяжкості або вегето-соматичний АС (перша половина другої стадії): до посиленних симптомів попередньої стадії додаються гіперемія (переповнення кров'ю судин кровоносної системи), опухлість, тахікардія, серцевий біль, розлади шлунково-кишкового тракту та інше, триває до доби, є суб'єктно дуже бажаним до обіду похмелитися, хоча людина може утриматися від вживання через соціальні обставини;

- тяжкий або неврологічний АС (друга половина другої стадії): до посиленних симптомів попередньої стадії додаються неврологічні розлади – тремор, розлади сну, дисфорія та інше, триває декілька днів, похмелитися для людини є гострою необхідністю та втриматися від нього можуть лише особливі обставини;

- гострий або с психічними розладами АС (виникає у другій половині другої стадії у разі переривання багатомісячного щоденного вживання): до посиленних симптомів попередньої стадії додається тривожно-параноїдний стан (необґрунтована лякливність, почуття напруги, нав'язливі побоювання, ірраціональні сильні почуття провини, сорому та страху за ставлення оточуючих – що всі дивляться та бачать, що пив) та/або депресивний стан (сильна пригніченість, почуття туги, безвиході, суїцидальні думки та настрої), розлади сну супроводжуються страхіттями, відчуттями провалювання, акустичними феноменами, частими пробудженнями від страху, триває до тижня;

- розгорнутий АС (перехідна 2-3 стадія): до посиленних симптомів попередньої стадії додається сильний тривожно-параноїдний стан аж до субпсихотичних симптомів, повне порушення сну і подібне, триває більше тижня;

- АС з психоорганічними розладами (третя стадія): розлади мовлення (наприклад, нездатність сформулювати свої думки), пам'яті, процесів усвідомлення реальності аж до повної втрати критичності до свого стану та оточуючого світу, мінливі стани легкодухості, ейфорії, дратівливості (аж до невмотивованої фізичної агресії), триває невизначений час.

Постабстинентний синдром. У західній літературі позначається через термін *post-acute withdrawal syndrome (PAWS)* (Rich, 2014). Виділення цього синдрому є дискусійним, деякі автори заперечують існування цього синдрому та він не визнаний в провідних статистичних класифікаторах (як в DSM-5, так і в МКХ-11). Однак частина авторитетних дослідників наполягають на його існуванні і навіть виділяють нейробіологічні механізми, які лежать в його основі, наприклад механізми дисфункції стресової системи, зокрема системи розширеної амігдали. Його прояви полягають в

поєднанні симптомів абстинентного синдрому та симптомів стресового розладу. Стан ПАС триває перші декілька місяців ремісії. Надалі він може актуалізуватися (навіть на великих термінах ремісії) на короткий час від декількох днів до декількох тижнів через стресовий стан, адиктивні тригери або хворобливий стан організму. ПАС є загрозою для збереження ремісії, бо його супроводжують зниження процесів мислення (аж до втрати критики до свого стану), когнітивні порушення (уваги, пам'яті, орієнтації у просторі тощо), послаблення вольових процесів, негативний емоційний стан (загалом дратівливо-депресивний), стан дистресу, вегетативні та астенічні прояви (втомлюваність, порушення сну та інше) і загострення тяги до вживання. ПАС легко сплутати з синдромом нейрокогнітивних порушень, основними відмінностями між ними є те, що стан ПАС є мінливим та дуже залежним від зовнішніх факторів, а нейрокогнітивні порушення є досить стабільними.

Гіперкатіфея. Термін введено G. Koob та співавторами (Koob, 2021). Гіперкатіфея (від грецького *katifeia* – пригніченість, негативний емоційний стан) визначається як довготривалий стан сукупності негативних емоційних симптомів та симптомів відміни від зловживання наркотиками. В основі синдрому гіперкатіфеї лежать такі нейробіологічні механізми (Koob, 2021):

- зменшення D2-дофамінових рецепторів, що проявляється в ангедонічному стані нудьги, низької мотивації до ненаркотичної діяльності (так званий адиктивний мотиваційний колапс);
- «збій» метаболізму нейромедіаторних систем, зокрема зниження активності тих нейромедіаторів, які активували ПАР (що призводить до негативного емоційного стану прямо протилежного позитивному стану під час вживання);
- зниження порогів задоволення через різні нейробіологічні механізми, що проявляється в низькій здатності отримувати задоволення через неадиктивну діяльність;
- довготривалі порушення системи регуляції стресу;
- зменшення активності префронтальної кори, що проявляється в зниженні здатності регулювати та витримувати негативні емоційні стани;
- можливі порушення серотонінової системи, що проявляється в схильності до імпульсивної поведінки, емоційних відчуттів схожих до ендогенної депресії, схильності до компульсивної поведінки.

У наркологічній літературі іноді використовується термін адиктивна депресія або постабстинентна депресія, як основні характеристики якої виділяють (Четвериков, 2002: 131-134):

- екстернальну спрямованість;

- симптоми ангедонії;
- наявність переживання втрати;
- тягу до вживання;
- дисфорию;
- лабільність афекту;
- поліморфність симптоматики.

Нейрокогнітивні розлади. Нейрокогнітивні розлади пов'язано з пригніченням функціонування префронтальної кори з різних нейробіологічних причин. Таке пригнічення можливе через функціональні порушення, і тоді є відновними, або через пряме ураження кори, тоді є невідновними. Однак, навіть у випадку функціональних порушень, відновлення нейрокогнітивних функцій відбувається протягом не менше одного року. У залежності від рівня нейрокогнітивних порушень ми будемо спостерігати той чи інший рівень проявів «тріади Вальтер-Бьюеля»: 1) загальні порушення пам'яті (усіх трьох її функцій – запам'ятовування, зберігання, відновлення); 2) загальні порушення інтелекту (когнітивної складової – об'ємів сприйняття, уваги тощо; ідеаторної складової – зниження мислення до наочно-образного, зниження критичності; характерними є також ригідність та в'язкість мислення, «лозунгове мислення» та шаблонність мови); 3) афективні порушення (лабільність-ригідність афектів, емоційне сплюснення аж до емоційної тупості, пустотлива ейфорія або дисфорійний стан, астения).

Психологічний та соціальний компонент адикцій

Психологічний компонент адикцій

Ніяк не сумніваючись в наявності патофізіологічного компонента хімічних адикцій та не оскаржуючи концепцію наркоманії як хвороби мозку, ми категоричні супротивники розгляду хімічних адикцій як *виключно* хвороби мозку, тобто зі знехтуванням психологічних механізмів цього феномену. Вважаємо, що психологічна компонента хімічної адикції як мінімум не менш важлива (а, скоріше за все, більш важлива) ніж фізіологічна компонента.

У психологічній модальності хімічної адикції можна виділити дві групи факторів – специфічні та неспецифічні.

Серед неспецифічних, по-перше, виділимо механізм вживання ПАР для вирішення внутрішнього конфлікту та зняття емоційного напруження. Діагностику таких факторів пропонуємо починати після закінчення стану АС зі скринінг-методик оцінки тривоги та депресії (наприклад, шкали Гамільтона, Цунга або Бека для оцінки депресії, шкалу Спілберга-Ханіна для оцінки тривоги, госпітальний опитувальник тривоги та депресії).

Другим неспецифічним механізмом є зловживання як наслідок метакогнітивного та ціннісного зниження – через таке зниження людина не здатна осмислити негативні наслідки вживання (або прийняти їх як негативні) та через це продовжує його. Виявлення цих факторів пропонуємо починати з діагностики когнітивного стану клієнта (наприклад, використовуючи коротку шкалу оцінки психічного статусу MMSE). Якщо когнітивний стан має позитивну динаміку (тобто він обумовлений функціональними відновними, а не структурними порушеннями мозку), то через деякий час можливо приступати до більш широкої діагностики структури особистості. З опитувальників, звичайно, найкращим варіантом є тест MMPI-2, але його закупівлю може дозволити собі не кожен реабілітаційний центр. Тому можна використовувати більш старі, але також надійні методики, такі як тести Леонгарда-Шмишека, Кетела або Айзенка. Для більш глибокої діагностики особистості через психодинамічні методики, наприклад Операційну психодинамічну діагностику-2 (ОПД-2) або посібник з психодинамічної діагностики-2 (PDM-2), ми пропонуємо приступати через рік тверезості, коли знизиться рівень нейрокогнітивних порушень та пройде процес проживання втрати.

Загалом за весь час реабілітаційної роботи з клієнтом необхідно оцінити та продіагностувати відповідними методиками порушення в когнітивній, емоційній, поведінковій, мотиваційній сферах психіки та загальні особистісні характеристики з провідними конфліктами.

Група специфічних факторів є набором психічних механізмів, які або характерні виключно для uzалежнення, або які мають чітко виражену специфіку, відмінну від проявів для інших нозологічних одиниць. Серед таких ми виділяємо феномени адиктивної анозогнозії, адиктивного розщеплення особистості, адиктивні мотиви вживання (на рівнях цінностей та потреб), адиктивну алекситимію. Під час розгляду цих феноменів ми не будемо наводити їх докладний опис, а лише дамо короткі рекомендації з напрямку їх діагностики.

Адиктивна анозогнозія має в свої основі різні групи механізмів (клініко-біологічні, патопсихологічні, клініко-психологічні, соціально-психологічні), які представлено в цьому феномені в різних пропорціях, в залежності від характеристик особистості та виду адикції. Під час діагностики цього феномену необхідно виявити провідний механізм анозогнозії для можливості вибору стратегії мотиваційної роботи (Старков, 2021а).

Адиктивне розщеплення особистості. Автором цієї роботи було запропоновано розглядати адиктивне розщеплення особистості на двох рівнях (довербальному емоційному та метакогнітивному) та

використовувати для його діагностики малюнкові методики (малюнок «кайфу» та майбутнього тверезого життя) та наративні методики (розповідь про стан «кайфу» та майбутнє тверезе життя) (Старков, 2021б). У діагностиці адиктивного розщеплення найбільш важливими є три параметри: рівень дисоціації між «нормативним Я» та «адиктивними Я», рівень дисоціації між метакогнітивним та емоційним рівнем, відносна «сила» «нормативного Я» та «адиктивного Я».

Адиктивні мотиви вживання. Численні роботи показують, що в процесі формування хімічного uzалежнення формуються як так звані «адиктивні потреби», так і «адиктивні цінності». Адиктивна потреба опосередковує бажання отримання самого стану сп'яніння від ПАР, адиктивна цінність опосередковує сам процес вживання та діяльність в цьому стані. Феноменологічно мотив вживання обумовлений адиктивною потребою відчувається як бажання, а мотив вживання, обумовлений адиктивною цінністю, – як зобов'язання.

Адиктивною алексимією ми називаємо специфічну для адиктів неможливість усвідомити та назвати ті емоційні стани, які вони отримують в стані сп'яніння – найчастіше цей стан має ознаку невиразності («це диво», «ви не розумієте»). Також адикти не можуть розпізнати та отримувати ці ж емоції в тверезому стані. Робота з таким специфічним порушенням емоційного інтелекту є однією з головною мішеней терапії uzалежнення.

Соціальний компонент адикцій. Використовуючи відому схему У. Бронфенбренера, ми пропонуємо в соціальній компоненті діагностики виділяти такі соціальні фактори uzалежнення: мікросоціальні (сімейні), мезосоціальні (проблеми якості соціального життя – робота, соціальний статус, матеріальний статок тощо), екзосоціальні (провокує вживання середовище, субкультуральні норми і тощо), макросоціальні (політика країни щодо вживання ПАР, культуральні норми, кризи країни). Можливо гіпотетично виділити ще хроносоціальний рівень (духовну кризу людства). У діагностиці кожного рівня факторів необхідно не тільки виявити вплив кожного соціального фактору на клієнта, але й наявність у клієнта соціальних копінгів подолання впливу відповідних факторів. Популярним останні два десятиліття є діагностика якості життя (наприклад, опитувальник якості життя ВООЗ – в російськомовній аббревіатурі ВОЗЖ-100) uzалежнених клієнтів.

Діагностика коморбідних розладів

Свого часу великий вплив здійснило дослідження Н. Pickard з рівня коморбідності серед хімічно uzалежнених осіб та вплив коморбідності на

«одужання» від uzалежнення. Висновок Н. Pickard був досить категоричний – люди з симптомами важкого uzалежнення за DSM-V в переважній більшості випадків припиняють зловживання самі, а допомоги потребують лише люди у разі коморбідності хімічного uzалежнення за іншим розладом (Pickard, 2012).

Інші джерела кажуть про великий рівень коморбідності хімічних uzалежнення з іншими розладами. Так за одними оцінками в спектрі наркоманії (не враховуючи алкогольне uzалежнення) наявна така картина коморбідності: 26% біполярно-афективні розлади (в 4,7 частіше ніж в звичайні виборці), 28% — тривожні розлади (в 2,5 частіше ніж в звичайні виборці), 17,8% — асоціальний розлад особистості (в 13,4 частіше ніж в звичайні виборці), 6,8% — шизофренія (частіше ніж в звичайні виборці). Хоча конкретних сучасних вітчизняних досліджень ми не зустрічали, однак багато фахівців в приватних бесідах відмічають різке зростання коморбідності з важкою психіатрією у клієнтів реабілітаційних центрів за останнє десятиріччя (що часто пов'язують з появою на наркоринку «новітніх» наркотиків – синтетичних катіонів, синтетичного канабісу та інших дизайнерських наркотиків).

Загалом можна виділити коморбідність хімічного uzалежнення з такими видами розладів: органічні розлади (затяжні психоорганічні психози, різного виду енцефалопатії, епілепсія, інші нейрокогнітивні порушення), ендогенні розлади (шизофренія, шизоафективний розлад, шизотиповий розлад, БАР, ендогенна депресія), розлади особистості, невротичні розлади (розлади тривожного спектру, психогенна депресія, стресові розлади, включаючи ПТСР).

Ми виділяємо такі симптоми, які можуть викликати підозру на коморбідність хімічного uzалежнення з іншими розладами:

- прямі симптоми того чи іншого розладу в картині узалежнення;
- пізній/ранній дебют узалежнення у порівнянні з «соціальною нормою» початку для такого виду ПАР;
- наркотизація на самоті;
- швидкий розвиток узалежнення для ПАР з низьким рівнем погредієнтності (алкоголь, канабіс), повільне звикання до ПАР з високим рівнем погредієнтності (опіоїди);
- дуже висока толерантність (підозра на ендогенні розлади), дуже низька толерантність (підозра на органічні розлади);
- уривчастий розвиток узалежнення, нерегулярне вживання наркотиків;
- нетипова тяга до вживання (відсутній ейфорійний компонент,

«хтось/щось змушує»), «дивні» мотиви вживання, «дивна» картина ейфорії у зміненому стані свідомості та самого зміненого стану свідомості для такого наркотику, атипова картина сп'яніння (наприклад, у випадку алкоголю дисфорічне сп'яніння може бути симптомом «малої» органіки, гебефренічне – органіки чи шизофренії, депресивне – можливої депресії, відсутність сп'яніння – можливої депресії або стресового розладу, дисфорічна манія – можливість БАР, психотичне сп'яніння – можливі психотичні розлади);

- атиповий АС (зазвичай надто слабкий або його відсутність у разі ендогенних, надто сильний для органіків);

- пошук допомоги без мотивації проблемами, відсутність опорів та заперечень, спонтанне припинення з дивної причини (наприклад, «набридло колотися» – часто у разі збільшенні негативного шизофренічного дефекту);

- атипові інтоксикаційні психози.

Якщо психолог помітив ті, чи інші симптоми, або у нього виникли інші підозри, йому необхідно порадитися з психіатром щодо їх, навіть якщо психіатр вже оглядав цього клієнта.

Комплексні методи діагностики в реабілітаційному процесі

Як найрозповсюдженіші комплексні біо-психо-соціальні методики діагностики, які використовуються в реабілітаційному процесі, можна назвати Індекс тяжкості адикції та Рівень реабілітаційного потенціалу.

Індекс тяжкості адикції було розроблено Пенсільванським університетом та сьогоднішню російськомовну версію було адаптовано представництвом Управління Організації об'єднаних націй з наркотиків та злочинності (UNODC) (*Маклеллан, 2009*). Методика є структурованим інтерв'юванням, де визначається оцінка за такими шкалами: загальні відомості; фізичне здоров'я; проблеми, пов'язані зі вживанням алкоголю/наркотиків/іншого; психологічні/емоційні проблеми; сімейні проблеми та проблеми у соціальних відносинах; проблеми із законом; фінансові проблеми; проблеми з працевлаштуванням; проблеми у шкільному та професійному навчанні; проблеми вільного часу та відпочинку; житлові проблеми.

Методику *рівня реабілітаційного потенціалу* було розроблено у національному науковому центрі наркології (ННЦ наркології) Мінздраву Росії у 2006 р. (*Дудко, 2006*). Як і рівень тяжкості адикції, рівень реабілітаційного потенціалу є методикою структурованого інтерв'ювання, де визначається оцінка за такими шкалами: преморбід; клінічні особливості захворювання; особливості соціального статусу та соціальних наслідків; особистісні зміни, набуті у процесі захворювання; морально-етичні порушення;

інтелектуально-мнестичні порушення; емоційні порушення; соціофобія; деградація особистості.

Ми пропонуємо також використовувати для діагностики неструктуроване інтерв'ювання, в якому необхідно дослідити такі сфери:

- Психофізіологія uzалежнення сьогодні (картина сп'яніння, толерантність, форма вживання, втрата контролю, крейвінг, АС, ПАС, гіперкатіфея, нейрокогнітивні порушення).
- Історія вживання (вік початку, погредієнтність, зміна речовин, зміна толерантності, зміна частоти та форми вживання, ремісії тощо).
- Паралельні uzалежнення сьогодні та раніше.
- Історія спроб лікування, ремісії та зривів.
- Суїцидальність.
- Сексуальна сфера.
- Коморбід із ендегенними захворюваннями.
- Особистісна діагностика (рівень функціонування особистості, розлади особистості, провідні конфлікти, інші особистісні характеристики) – MMPI-2, OPD-2, PDM-2, характерологічні опитувальники (Кетел, Айзенк, Леонгардо та ін.).
- «Невротичні» розлади та емоційні проблеми: тривожні розлади, стресові розлади, психогенна депресія, загальний емоційний стан та інші провідні емоційні проблеми.
- Патологія у роді (психіатрія, наркологія, прямі родичі, далекі зв'язки).
- Специфічні адиктивні психологічні характеристики (адиктивна анозогнозія, адиктивне розщеплення особистості, адиктивні мотиви вживання, адиктивна алекситимія).
- Основні психологічні проблеми, що підштовхують до вживання.
- Основні соціальні проблеми, що підштовхують до вживання.
- Рівень соціабельності особистості (робочі навички, комунікативність, відносини з протилежною статтю, інтелект та ін.).
- Соціальне становище сьогодні (статус, матеріальне становище, вживання на роботі, професійне вигоряння, відповідність роботи очікуванням та здібностям).
- Сім'я (стосунки у сім'ї, цінність сім'ї, вживання у сім'ї, співузалежнення).
- Узалежене оточення, зв'язку (вживання).
- Інші мікро-, мезо-, екзо та макро-соціальні фактори.
- Історія соціалізації.

Діагностика результативності

Іншим важливим напрямом діагностики але, на жаль, який дуже рідко згадується, є діагностика результативності терапії. Пропонуємо такі напрями діагностики результативності реабілітації та постреабілітаційної терапії хімічного uzалежнення:

- ремісія (повна, одиночний зрив, епізодичні зриви, зменшення вживання, збереження попереднього рівня зловживання);
- прояви тяги;
- зміна ставлення до вживання;
- емоційні зміни;
- якість життя;
- суб'єктивна оцінка клієнтом свого стану;
- соціальні зміни (робота, навчання, сім'я);

Діагностику результативності ми пропонуємо проводити після закінчення реабілітації, через один рік, через три та через п'ять років.

Висновок. Хімічні адикції є складним комплексним патологічним феноменом, який включає в себе біологічні, психологічні, особистісні та соціальні механізми. Часто uzалежнення визначають як мультимодальний (біологічна, психологічна та соціальна модальності) та багатофакторний (в кожній модальності існує багато факторів) феномен. Крім того uzалежнення тісно пов'язане з іншими коморбідними розладами. Якщо біологічні механізми uzалежнення є більш-менш добре вивченими, то щодо психологічних механізмів досі відбувається гостра дискусія в науковій спільноті. Усе це ускладнює діагностичну роботу з uzалежненням. По-суті, діагностичні заходи в цьому випадку не можливо звести, як у разі багатьох інших розладах, до простої діагностичної методики з постановкою діагнозу (наприклад, за МКХ або DSM), а вони є складним діагностичним набором з різних діагностичних методик, які використовуються на різних етапах ремісії.

Список використаних джерел:

1. Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний. *Лекции по наркологии* / под. ред Иванца. Москва: Медпрактика, 2001б. С. 76-90.
2. Иванец Н.Н. Симптомы и синдромы при алкоголизме. *Лекции по наркологии* / под. ред Иванца. Москва: Медпрактика, 2001а. С. 76-90.
3. Маклеллан Т., Каризе Д. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: руководство и опросник / сост. С.В. Пхиденко, А.В. Карпец, А.С. Циулина. Москва: Верди, 2009. 128 с.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании. (Руководство для врачей). Москва:

«Медицина», 1994. 544 с.

5. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: методические рекомендации / Т.Н. Дудко и др.; ННЦ наркологии. Москва: [б. в.], 2006. 76 с.

6. Стандарт медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» / МОЗ України, 2020. 76 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/10/proekt_nakazy_opioidy.pdf

7. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021б. 308с.

8. Старков Д.Ю. Интегративная модель мотивационной работы с аддиктивными клиентами. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2021а. Т. 12, №1. с. 136-149. DOI: 10.34883/PI.2021.12.1.012

9. Четвериков Д.В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности: дис. ...докт. психол. наук: 19.00.01 / Новос. госуд. пед. ун-т. Новосибирск, 2002. 385 с.

10. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. / American Psychiatric Association, 2013. 947 p.

11. Koob G.F., & Le Moal M. Dynamics of neuronal circuits in addiction: reward, antireward, and emotional memory. *Pharmacopsychiatry*. 2008. Vol. 42, Suppl. 1. P. 32-41. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739305/>

12. Koob G., Arends M., M. Le Moal Drug, addiction and the brain. *Cambridge, Massachusetts: Elsevier Inc.*, 2014. 340 p.

13. Koob G.F. Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Developmen. *Pharmacological Reviews*. 2021. 73(1). P. 163–201. DOI: 10.1124/pharmrev.120.000083

14. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. *International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information*. Chapter 06. URI : <http://id.who.int/icd/entity/334423054>

15. Pickard H. The purpose in chronic addiction. *AJOB Neuroscience*. 2012. 3(2). P. 40–49. DOI: 10.1080/21507740.2012.663058

16. Rich J.S., & Martin P.R. Co-occurring psychiatric disorders and alcoholism. *Handbook of Clinical Neurology* / Ed. Elsevier B.V. Volume. 125: Alcohol and the Nervous System. 2014. P. 573-588. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444626196000331>

17. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care / World Health Organization, 2010. 74 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44320/9789241599382_eng.pdf

18. Uhl G., Koob G., & Cable J. The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2019. V. 1451, Issue 1. P. 5-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/nyas.13989>

19. Verheul R., van den Brink, W. & Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*. 1999. V.34(2), 197–222. URL: <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.2.197>

1.3. Види психоактивних речовин та особливості узалежнення від них

Старков Д. Ю., Фітькало О. С.

Абстракт

Розглянуто види класифікації психоактивних речовин (ПАР). Запропоновано власну класифікацію ефектів ПАР за трьома векторами дії на свідомість (вісь реальності – деліріоїдний та психоделічний ефекти, вісь свідомості – екоделічний та дисоціативний ефекти, вісь суб'єктності – гіпоманіакальний та шизотипічний ефекти) та шістьма типами впливів на емоційний стан (ентактогенний, мотиваційний, гіпертимічний, ейфорійний, седативний, релаксуючий ефекти). Зроблено огляд характеристик окремих, найбільш розповсюджених ПАР (алкоголь; опіюїди; канабіс; стимулятори – кокаїн, амфетамін, метамфетамін; емпатогени – MDMA, MDA; психоделіки та галюциногени; синтетичні катіони), та особливостей узалежнення від них.

Вступ

Психоактивною називають будь-яку хімічну речовину, яка здатна за одноразового вживання змінювати настрій, фізичний стан і сприйняття навколишнього, а у разі систематичного – викликати психічне та фізичне узалежнення. До них не зараховують лікарських засобів із психотропним ефектом, дозволених фармакологічним комітетом з метою медичного застосування.

Серед психоактивних речовин (ПАР) розрізняють наркотики та токсичні засоби. До складу наркотиків входять речовини, що є в Списку наркотичних засобів. Якщо речовина в цей список не внесена, то вона є не наркотичним, а токсичним засобом.

Поділ на токсичні і наркотичні засоби умовний і має не стільки медичне, скільки правове значення. У нашій країні Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зміни до нього затверджуються Кабінетом Міністрів України за поданням МОЗ [1,7].

Сьогодні більш глобальну проблему становить обіг нових психоактивних речовин (НПР), що продаються на наркоринку, замінників заборонених наркотиків, таких як канабіс, метамфетаміни, кокаїн, «екстазі», героїн та бензодіазепіни. НПР (дизайнерські наркотики) – це синтетичні аналоги або похідні від уже наявних наркотиків та психотропних речовин, ще не включених у перелік «заборонених». Система «раннього сповіщення» ЄС щодо нових психоактивних речовин, стосовно яких ще не встановлено

режиму контролю, на сьогодні охоплює понад 560 найменувань, що вдвічі перевищує кількість психоактивних субстанцій, на які розповсюджуються міжнародні правила контролю за наркотиками. Лише протягом останніх трьох років до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів було додано понад 250 різних назв. Отже, характерним для цих речовин є стрімкі темпи зростання їхньої кількості за практично відсутнього контролю. Неконтрольовані, а значить не перевірені на безпеку нові психоактивні речовини, є потенційно більш загрозливі, ніж традиційні.

Основними виробниками НПР є Китай та Індія, а основними шляхами доставки в Україну – міжнародні поштові відправлення. Стрімкому поширенню НПР сприяють низька вартість, доступність, різноманітність способів вживання. Основні споживачі цих речовин – молоді люди віком від 14 до 25 років. Серед них поширене хибне уявлення, що вживати НПР безпечніше, ніж тютюн та алкоголь. Цьому сприяє «чорний маркетинг» дилерів – поширювачів наркотиків. Відповідно країни, де швидко з'являлася велика кількість нових психоактивних речовин, вжили заходів контролю над цілими групами таких речовин шляхом введення «аналогового» законодавства, яке посиляється на принцип «хімічної схожості» з контрольованою речовиною. Так до 2020 року понад 60 країн впровадили правові заходи контролю за НПР. До того ж, багато країн використовують або змінюють чинне законодавство, а інші застосовують інноваційні правові інструменти як пілотні проекти. Аналогічний підхід запропоновано в Україні, а саме: внесення змін до Постанови КМ №770 від 6 травня 2000 р. зі змінами «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» і вказати, що до списку додаються також аналоги всіх перелічених у ньому речовин. У 2019 році був розроблений Наказ Міністерства охорони здоров'я України №715, який встановлює процедуру віднесення засобів та речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин, а також підготовки висновків щодо їхньої належності, якщо хімічна структура та властивості подібні до хімічної структури і властивостей наркотичних засобів та психотропних речовин, включених до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету міністрів України №770 від 6 травня 2000 р. Було запропоновано також зміни до Наказу МОЗ №188, якими унормовують розміри аналогів речовин, що знаходяться у незаконному обігу, до розмірів аналогічних речовин [8].

Головним напрямом, на якому має зосередитись МОЗ, є впровадження системи верифікації лікарських та наркотичних речовин. Для цього передбачається створення Національного органу з верифікації та

моніторингу лікарських засобів і, звичайно ж, надання повного доступу до цієї бази правоохоронним органам, які будуть відслідковувати весь «життєвий цикл» обігу наркотичних речовин чи лікарських засобів, що унеможливить їхній незаконний обіг. Зареєстрований лікарський засіб буде мати відповідний ідентифікаційний 2D штрих-код, який дозволить повністю прослідкувати ланцюжок від пункту виробництва до кінцевого споживача. Це так само дозволить скоротити «сірий», нелегальний імпорт і контролювати обсяги споживання таких наркотичних речовин та лікарських засобів. У стратегії щодо імплементації 2D-кодування в Україні саме наркотичні речовини є пріоритетними через їхню шкоду для суспільних інтересів та блага особистості.

Другим важливим елементом, над яким працює МОЗ, є так званий «електронний рецепт». У майбутньому планується електронний рецепт прив'язати до системи 2D-кодування. Проте впровадження електронного рецепту Міністерство охорони здоров'я розглядає не лише як елемент статистичного контролю за кількістю виписаних рецептів на наркотичні засоби чи засоби, що застосовуються за програмами замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Мова йде одночасно і про імплементацію так званого «плану лікування». Ці два напрями – впровадження 2D-кодування й електронного рецепту і план лікування – дозволять значно зменшити обсяги виписаних лікарських засобів і наркотичних речовин, а також забезпечити прозорий моніторинг «життєвого циклу» і обігу таких лікарських засобів.

Третій аспект, над яким працювало Міністерство охорони здоров'я і який мав відчутний резонанс у суспільстві, це внесення змін у списки наркотичних речовин, дозволених для застосування. Зокрема йшлося про лікарські засоби для зменшення болю, протиепілептичні та подібні.. В Україні фактично були дозволені до застосування лікарські засоби, що містять ізолюваний канабідіол та тетрагідроканабінол у комбінації з канабідіолом, препарати епідіолекс, набілон і набіксімокс. Чинні нормативно-правові акти не забезпечують необхідного захисту суспільства від вказаної загрози. Окрім внесення цих речовин до переліку, треба вжити багато заходів стосовно, наприклад, визначення їхнього обсягу, ідентифікації в експертних лабораторіях, розробки та регулювання адміністративного і кримінального законодавства. Відповідь на цей виклик лежить у площині внесення відповідних змін не лише у перелік наркотичних засобів, але і в низку нормативних актів, які будуть дієвим механізмом призупинення подальшого просування на ринку нових психоактивних речовин. Головною перешкодою для ефективної протидії новим видам психоактивних речовин в Україні є відсутність офіційних механізмів

оперативного виявлення і встановлення національного контролю за новими речовинами. Теперішній процесуальний шлях є тривалим, обтяжливим і неприйнятним для боротьби з таким динамічним явищем.

На сьогодні найбільшою проблемою є модифіковані речовини, так звані дизайнерські наркотики (designer drugs), з хімічною структурою, подібною до речовин із контрольованим обігом. Зміни, які впроваджено під час «дизайну», призначені для збільшення психоактивного ефекту. Серед нових наркотиків, окрім великої групи речовин зі стимулюючим ефектом (аналоги фенетиламіну катіони, піперазини, триптаміни та синтетичні канабіноїди), дедалі більшою популярністю користуються речовини з сильним наркотичним ефектом опіоїдоподібні речовини і нові бензодіазепіни. Їх часто застосовують як заспокійливі та снодійні засоби. У результаті взаємодії з іншими «легальними наркотиками» та алкоголем іноді викликають тяжкі, часто смертельні інтоксикації. Особливе занепокоєння викликає їхня широка доступність та токсичніший uzалежнюючий потенціал, якщо порівнювати з легальними опіоїдами та бензодіазепінами. Крім того, вони не виявляються в біологічному матеріалі за допомогою рутинних скринінгових тестів. Сьогодні популярні як похідні фентанілу (в основному фуранілфентаніл), так і нові синтетичні опіоїди (зокрема AH-7921, MT-45 та U47700). Величезну групу речовин з гетерогенною хімічною структурою становлять синтетичні канабіноїди, схожі за своєю дією до найбільш активного інгредієнта марихуани, Δ^9 -тетрагідроканабінол, але їхня дія є у рази сильнішою. Це, зокрема аналоги циклогексилфенолу (CP 47, 59, 497, 540), нафтоїліндоли (JWH018, 073), нафтоїлпіроли, фенілацетиліндоли (JWH 259 і все ще популярні ABCHMINACA і MDMBCHMICA). Вони часто продаються в суміші з іншими речовинами, такими як кофеїн, нікотин або трамадол, що підвищує ризик токсичності.

Види класифікацій психоактивних речовин

Міжнародна статистична класифікація хвороб – нормативний документ, що забезпечує світову єдність методичних підходів та міжнародну верифікацію матеріалів і періодично переглядається ВООЗ. Згідно з Класифікацією ВООЗ десятого перегляду (1989 р.), у перелік наркотичних речовин включені: алкоголь; канабіс; седативи (гіпнотичні); кокаїн; стимулятори (зокрема кофеїн); галюциногени; тютюн; леткі речовини; неідентифіковані речовини, що приймаються з наркотичною метою. Кожна із наступних класифікацій розширює свій діапазон. Так, 18 червня 2018 року ВООЗ запропонувала нову версію випуску Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-11), до якого віднесено 55000 унікальних кодів хвороб і причин

смертності. Уперше в історії МКХ нова версія (МКХ-11) є абсолютно електронною, що значно полегшить користування нею. Впроваджені в МКХ-11 зміни повинні спростити комунікацію між фахівцями і, що найважливіше, дозволити порівнювати результати досліджень розладів, викликаних вживанням алкоголю, опираючись на критерії МКХ і DSM. За останньою версією МКХ-11, кількість видів ПАР розширено, до них тепер віднесено: алкоголь; канабіс; синтетичні канабіноїди; опіоїди; седативні, гіпнотики та анксіолітики; кокаїн; стимулятори, включаючи амфетаміни, метамфетамін та меткатінон; синтетичні катіони; кофеїн; галюциногени; нікотин; леткі інгалятори; MDMA та схожі наркотики, включаючи MDA; дисоціативні наркотики, включаючи кетамін на фенциклідин (PCP); специфічні ПАР, включаючи медикаменти. Також в МКХ-11 внесено до розладів адиктивної поведінки розлад внаслідок азартних (6C50 Gambling disorder) та комп'ютерних (6C51 Gaming disorder) ігор.

Крім МКХ, варта уваги версія класифікації психічних розладів Американської психіатричної асоціації DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). У травні 2013 року була опублікована її наступна 5 версія. Якщо порівняти її з попередньою, то ця версія містить кілька змін, зокрема що стосуються вживання алкоголю. У DSM-5 виділено розділи, присвячені uzалеженню від таких речовин: алкоголь; кофеїн; канабіс; галюциногени; леткі речовини; опіоїди; седативи, гіпнотики та анксіолітики; стимулятори; нікотин; інші та неідентифіковані речовини. Окремо також в DSM-5 виділено розлади, пов'язані з азартним іграми.

Узагалі існує дві можливості класифікації ПАР – за ефектом та за хімічною формулою. Однією з перших за ефектом дії була класифікація uzалеження Milkman & Sunderwith, згідно з якою виділено три основні ефекти: пристрасть і захопленість об'єктом, збудження, пересичення. Такий поділ на ефекти можна порівняти з циклом контакту гештальт-психології, де пристрасть і захопленість віднесені до передконтакту, збудження до контакту, пересичення до постконтакту. Далі автори переходять до розгляду нейробіологічної моделі, ставлячи у відповідність ефекту пристрасті та захопленості серотонінову систему, збудженню – катехоламінову, пересиченню – ГАМК систему.

Milkman & Sunderwith розробляли свою модель для нехімічного uzалеження, але її з успіхом можна застосовувати і для хімічного uzалеження, враховуючи вплив ПАР на відповідну нейромедіаторну систему (див. таблицю 1.3.1.).

Таблиця 1.3.1.
Адаптація моделі Milkman&Sunderwith для хімічного uzалежнення

<i>Психоделіки/емпатогени</i> <i>Ефект: пристрасть і захопленість</i>	<i>Психостимулятори</i> <i>Ефект: збудження</i>	<i>Седативи</i> <i>Ефект: пересичення</i>
<u>Емпатогени:</u> Екстазі (MDMA), MDA <u>Психоделіки:</u> LSD, NBOM, 2CB, мескалін; фітогалюциногени: галюциногенні гриби (мухомори, псилоцибін); ібога, аяуаска. <u>Дисоціативи:</u> Фенциклідин (PCP), Кетамін, декстрометорфан (DXM), сальвія, оксид азоту, ефір <u>Деліріанти:</u> холінолітики (циклодол, димедрол), скополамін (блекота), атропін (беладона), інгалятори (бензин, клеї)	Кокаїн Амфетамін, метамфетамін Кат Синтетичні катіони: ефедрон, мефедрон, метілендіоксіпрова лерон (MDPV), альфа-піролідінопентіофе нон (α-pvr) та ін.	<u>ГАМК агоністи:</u> алкоголь, бензодіазепіни, барбітурати, бутірат. <u>Опіоїди:</u> опіум, героїн, ширка, метадон, кодеїн, дезоморфін, бупрінофін, налбуфін. <u>Канабіноїди:</u> фітоканабіноїди (CBD та THC), спайс (синтетичний канабіс): нафтоїліндоли (JWH-018, JWH-073, JWH-398), фенілацетіліндоли (JWH-250)

Наявні й інші класифікації ПАР за ефектом: п'ятишкласова класифікація (стимулятори, анальгетики, гіпнотики, антипсихотики, антидепресанти та психоделіки); класифікація через «кола Ейлера», де розрізняють чотири головні групи ПАР (стимулятори, антипсихотики, депресанти та галюциногени), а потім виділяють вже їхні підгрупи.

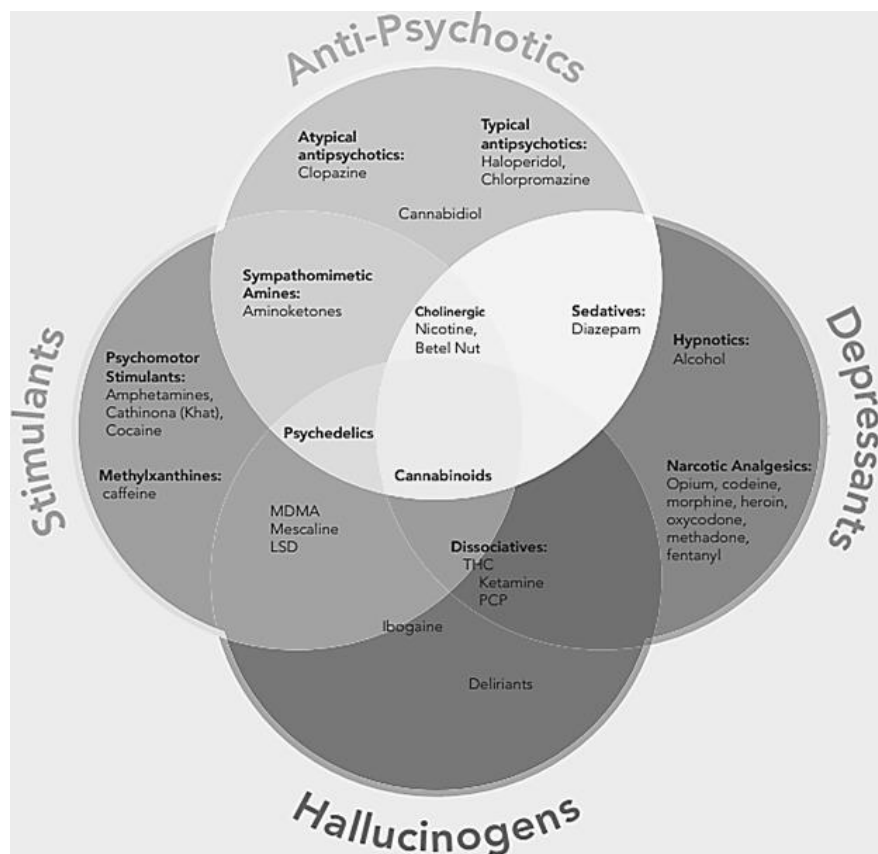


Рис. 1.3.1. Кола Ейлера для класифікації ПАР (рисунок використано з *Classification of Psychoactive Substances: When Science was Left Behind – Global Commission On Drug Policy report 2019 [7]*).

Незважаючи на низку класифікацій за ефектами згідно із сьогодишнім розумінням їхнього впливу на свідомість, вони не розкривають повністю зміни свідомості та ефекти впливу на емоційний стан. Тому назріла необхідність розширити класифікацію ефектів ПАР, розділивши ці два ефекти.

В ефектах зміни свідомості пропонуємо виділити три осі за принципом тріади «реальність-свідомість-суб'єкт» та діади протилежних ефектів на кожний вектор тріади:

1. вісь «Реальності»: створення нової реальності (деліріоїдний ефект зі справжніми галюцинаціями) / психоделічний ефект «занурення» в реальність та зміцнення контакту з нею;

2. вісь «Свідомості»: розмиття меж між Я та Реальністю (трансперсональний або екоделічний ефект «розширення свідомості») / дисоціація між Я та Реальністю (дисоціативний ефект);

3. вісь «Суб'єктності»: зміцнення «щільності» Его (гіпоманіакальний ефект) / дефрагментація Его (шизотипічний ефект).

Розглянемо докладніше кожен з цих шести ефектів:

– Деліріоїдний ефект: справжні зорові галюцинації, «мультики», стан повністю відповідає делірію в психіатричному розумінні. ПАР групи деліріантів – холінолітики (циклодол, димедрол), скополамін (блекота), атропін (беладона), інгалятори (бензин, клеї) і подібне.

– Психоделічний ефект: ефект «занурення» в реальність та зміцнення контакту з нею; перцептивні ефекти підсилення різної модальності сприйняття (більш яскраві кольори, звуки, тілесні відчуття тощо), ефекти змінення сприйняття часу, апофенія (гостре сприйняття деталей та подробиць); синестезія – збудник однієї модальності збуджує іншу (кольори чуються, звуки бачаться). ПАР з психоделічним ефектом – найбільш виражений у психоделіків (LSD, NBOM та ін.), також присутній у емпатогенів (MMDA і т. ін.), канабісу, кокаїну, синтетичних катінонів та ін.

– Трансперсональний (екоделічний) ефект: «розширення свідомості», містичне переживання єдності зі Світом, виходу за межі свого «Я» тощо. ПАР в основному психоделіки-галюциногени: ЛСД, NBOM, 2СВ, мескалін, фіто-галюциногени (галюциногенні гриби: мухомори, псилоцибін; ібога, аяуаска).

– Дисоціативний ефект: відчуття відчуженості (дисоціації) від навколишньої дійсності і від самих себе, відбуваються спотворення сприйняття тіла, втрата «меж Его», замикання на собі та своєму внутрішньому світі (з псевдогалюцинаторними ефектами). ПАР – дисоціативи (фенциклідин (PCP), кетамін, ібогаїн, декстрометорфан (DXM), сальвія, оксид азоту, ефір), слабо присутній також у опіоїдів.

– Гіпоманіакальний ефект: зміцнення «сили Его» (вірніше назвати «псевдосили», оскільки разом з суб'єктивним відчуттям продуктивності значно знижується об'єктивна ефективність), зростання «щільності» Его, поруч з цим розмивається «структурність» Его – Его стає «однорідним», повністю знімається внутрішній конфлікт через «злиття» конфліктних сторін, водночас повністю зникає творчість; посилюються відчуття міцності та цільності Я, зібраності, сміливості, сили волі, можливостей,

самоефективності та подібного. ПАР амфетамінового ряду (амфетамін, метамфетамін тощо).

– Шизотипічний ефект: «дефрагментація Его», «розщеплення свідомості» («Я» спостерігаю за собою «Іншим»), деперсоналізація/дереалізація, «виключення Я». ПАР – канабіс зі високим вмістом ТНС, синтетичний канабіс.

– У впливі на емоційний стан також можна виділити шість ефектів відповідно до шести головних «нейромедiatorів задоволення» (серотонін, дофамін, норадреналін, ендорфіни, ГАМК, анандаміди).

– Ентактогенний ефект (серотонін): відчуття себе «живим», відчуття «зближення» з іншими людьми, підвищення відчуття емпатії та близькості до людей, включаючи підвищення відчуття товаришкості, зняття відчуття заборон і бар'єрів у взаєминах, суб'єктивне спрощення вербального спілкування, посилення потреби в любові, посилення почуття близькості з іншими людьми, що може супроводжуватися отриманням задоволення від тілесного контакту (обіймів), загострення сексуального потягу. Протилежний стан подібний до меланхолічної депресії з відчуттями «омертвілості» та «відчуження».

– Мотиваційний ефект (дофамін): підвищення мотивації до дій, цілеспрямованості, бажання щось робити. Протилежний стан – апатія, ангедонія.

– Гіпертимічний ефект (норадреналін): поліпшення настрою, підвищення працездатності, концентрація уваги, відчуття припливу сил і бадьорості, зниження потреби у сні і їжі. Протилежний стан – безпорадність, тривога.

– Ейфорійний ефект (ендорфіни): задоволення, відчуття «досягнення», умиротворення, благодущність, безтурботне блаженство, спокійна радість; на відміну від гіпертимії, для ейфорії не характерне підвищення рухової та інтелектуальної активності. Протилежний стан – відчуття екзистенційної провини, «недосягнення», придушення проблемами.

– Седативний ефект (ГАМК): розслаблення, зняття тривоги, заспокоєння, веселість. Протилежний стан – дистрес, напруження.

– Релаксуючий ефект (анандаміди): відчуття заспокоєння – відрізняється від седативного тим, що там зупиняється продуктивна діяльність і людина може розслабитися, відпочити, а за релаксуючого ефекту відбувається стан повної бездіяльності; тобто седативний ефект – гальмівний для продуктивної діяльності, в ньому більше активності, підходить скоріше для активного відпочинку, а релаксуючий – більш

розслаблюючий, в ньому немає активності, підходить більше для стану бездіяльності. Протилежний стан – скутість, тілесне напруження, тривожна ажитация.

– Емоційні ефекти від дії ПАР відповідають у «здоровому» варіанті шести стадіям емоційного циклу контакту: контакт з потребою (натхнення, серотонін), постановка цілі та мотивація на її досягнення (ентузіазм, дофамін), дії (азарт, норадреналін), завершення дій та присвоєння результату (задоволення, ендорфіни), розслаблення (веселість, ГАМК), відпочинок (спокій та безтурботність, анандаміди).

Після класифікації ефектів ПАР ми можемо перейти до розгляду вже окремих видів найбільш розповсюджених ПАР та особливостей uzалежнення від них [1-8].

Характеристики окремих, найбільш розповсюджених ПАР, та особливості uzалежнення від них

Алкоголь

Діюча речовина – етанол (C_2H_5OH) безбарвна, легкозаймиста рідина з характерним запахом.

Механізм дії: Прямий агоніст рецепторів ГАМК (гальмівна функція, відповідає за розслаблення), зменшує збуджуваність глутаматних рецепторів, непрямо діє на серотонінову, дофамінову та норадреналінову системи, залучає систему ендогенних опіатів та ацетилхолінову систему. Жодна інша ПАР не вбудовується в таку кількість нейромедіаторних систем, як алкоголь, тому в цьому плані його можна назвати найсильнішим наркотиком. Основний засіб вживання – пероральний.

Ефект: Ефект від впливу алкоголю починає проявлятися вже через 5-10 хвилин після прийому. Легка ступінь алкогольного сп'яніння викликає, в основному, приємні відчуття: легку ейфорію і загальне розслаблення м'язів. Підвищується настрій, людина відчуває себе більш розкутою і впевненою, стає веселою і товариською. Саме тому алкоголь вважається «комунікативним» наркотиком, тобто таким, що знімає міжособистісні бар'єри і спрощує спілкування. Середній ступінь сп'яніння характеризується невпевненою ходою і невиразною вимовою. На зміну легкій ейфорії приходить сильне запаморочення, порушується нормальна робота вестибулярного апарату. Заразом самі собою ці неприємні відчуття не завжди змушують відмовитися від подальшого вживання алкоголю. На психологічному рівні людина відчуває втрату тимчасової орієнтації: здається, що ні минуле, ні майбутнє нею вже не керують. У цьому стані знімаються багато комплексів, приходить радість життя «тут і зараз». Цей

стан часто призводить до збільшення споживання алкоголю і, як наслідок, до важкого ступеня сп'яніння. Характерною є практично повна втрата рухових рефлексів, невиразність мовлення, нудота і блювота, а також глибокий сон, що нагадує кому.

Насправді ж ефект дії алкоголю дуже поліморфний, залежний від кількості вжитого алкоголю, індивідуальних особливостей, психічного та фізичного стану, соціальної ситуації та інше. Залежно від усіх цих факторів, ефект алкоголю може коливатися від седативного до ейфорійного, змінюється і сам стан викривленої свідомості (добродушність, веселість, плаксивість, агресивність тощо). В основному алкоголь має потужний протитривожний ефект, а також заспокійливу, (міо) релаксуючу, знеболювальну дію.

Особистісними мотивами вживання алкоголю можуть бути досягнення відчуття впевненості та самоповаги, зняття комплексів (зокрема сексуальних) та почуття сорому, забуття болю, розслаблення, зняття стресу.

Наслідки вживання (6С60): Тривале вживання алкоголю через дію ацетальдегіду (однієї з ланок розпаду алкоголю в організмі) шкідливо впливає на всі, без винятку, органи. Найбільш шкідливих наслідків зазнають серцево-судинна система (алкогольна дистонія, алкогольна міокардіодистрофія, алкогольний кардіосклероз), головний мозок (алкогольні енцефалопатії) та нервова система (алкогольні неврити та поліневрити), травна система (алкогольний гастрит, панкреатит, виразкова хвороба, холецистит, жовчнокам'яна хвороба, хвороби печінки, геморої), рання імпотенція. Наявні докази канцерогенної дії алкоголю.

Абстинентний синдром (6С40.4): може включати вегетативну гіперактивність (наприклад, тахікардію, підвищення тиску, пітливість), тремор рук, нудоту, блювотні позиви або блювання, безсоння, психомоторне збудження, тривогу, депресивний або дисфорійний настрій.

Особливості uzалежнених від алкоголю в реабілітаційному процесі. Група симптомів різного поєднання і ступеня виразності у разі відміни алкоголю має найбільш потужну енцефалопатичну дію серед «класичних» наркотиків з вираженими органічними ураженнями особистості. Навіть коли людина не зазнала незворотних уражень мозку, все ж, завдяки дії постабстинентного синдрому (ПАС), у перші три місяці ремісії її когнітивні можливості часто знижені до рівня конкретного мислення. Це має вираз у млявості, затягуванні, тугорухливості, надмірній докладності, інертності та ригідності мислення, а також у шаблонному «лозунговому» мисленні, резонерстві, формалізмі. Емоційна сфера характеризується

алекситимічною тупістю без виражених тонких емоцій. ПАС має тенденцію до проявів застрягання уваги на негативних моментах, сповільнення психічних процесів, ригідності, упертості, пасивної агресивності. Характерною є придуркувата ейфорійність. Однак ці симптоми, якщо немає енцефалопатичної поразки мозку, протягом трьох місяців поступово зменшуються і залишається лише деяка когнітивна загальмованість та своєрідна адиктивна паралогічність мислення («алкогольне мислення»), які можуть залишатися впродовж року ремісії. Хоча більшість алкоузалежнених мають базову невротичну організацію особистості (на відміну від наркоузалежнених, для яких більш характерна межова базова організація), на перших етапах одужання, завдяки дії ПАС, вони когнітивно функціонують гірше, ніж наркоузалежнені (за винятком споживачів «солей»).

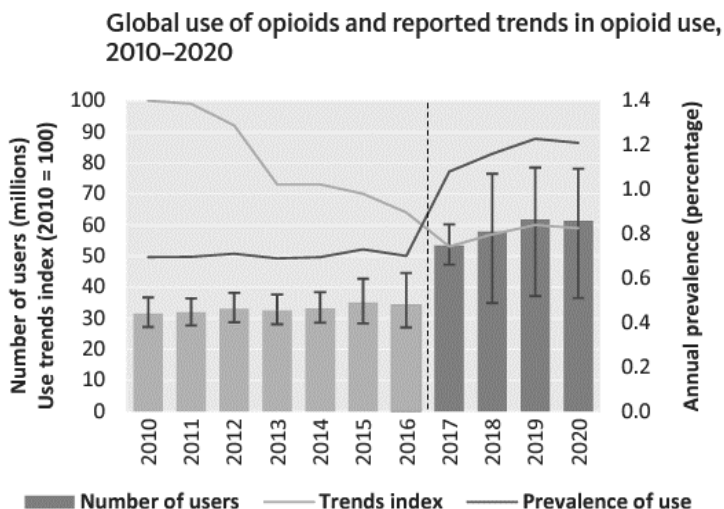
Враховуючи викладене, алкоузалежненим у перші три місяці необхідно надавати виключно підтримуючу психотерапію, без конфронтації, експресивних технік і подібного. Більшість з них також не спроможна в перші місяці до технік раціональної терапії (роботи з дисфункціональним мисленням). Основні мішені терапевтичного впливу – прояви ПАС.

Опіоїди

Опіоїди – речовини, здатні зв'язуватися з опійними рецепторами організму (в основному μ_1 - та μ_2 - рецепторами). Опіоїди, що структурно подібні до морфіну, називають опіатами. Це природні алкалоїди опіуму та його напівсинтетичні похідні (опіум, морфін, кодеїн, героїн, дезоморфін), та власно опіоїди – повністю синтетичні аналоги (метадон, бупренорфін, фенталін). У світі найбільш «популярним» опійним наркотиком є героїн, в Україні – метадон.

Види опійних ПАР. Опіум – речовина природного походження, отримується з опійного маку; «ширка» (жаргонна назва) – ін'єкційний наркотик, що виготовляється («вариться») в домашніх умовах з опійного маку. Морфін – головний алкалоїд опіуму (вперше виділений з опіуму в 1804 р.), який пізніше був отриманий в результаті хімічного синтезу (1952 р.). Героїн (діацетилморфін, діаморфін, $C_{21}H_{23}NO_5$) – напівсинтетичний опіоїд, похідний морфіну, синтезований у 1874 р. Дезоморфін – напівсинтетичний опіоїд, синтезований у 1920-х роках. Метадон ($C_{21}H_{27}NO$) – синтетичний опіоїд, який вперше синтезовано в 1937 р. Бупренорфін – напівсинтетичний опіоїд, вперше синтезований в 1969 р. Налбуфін синтетичний опіоїдний анальгетик, лікарський засіб (запатентований у 1963 р.). Кодеїн – природний опіат, алкалоїд опіуму, використовується як лікарський засіб проти кашлю.

Розповсюдженість: За звітом UNODC 2022 у 2019 році майже 62 мільйони людей були споживачами опіоїдів, що відповідає 1,2% світового населення у віці 15–64 роки. Серед споживачів опіоїдів близько половини (31 млн.) вживали опіати (героїн та опіум). За період 2010-2019 рр. приблизна кількість споживачів опіоїдів у всьому світі збільшилася майже вдвічі. За той самий період поширеність вживання опіоїдів зросла на 76%, а приріст населення становив 10%. За сайтом UDODC, в Україні, за останніми даними (2012 р.), споживання опіоїдів склало 1,1%.



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Рис. 1.3.2. Динаміка зростання вживання опіоїдів за останні роки (за звітом UDODC2022 [10])

Механізм дії: Прямий агоніст $\mu 1$ - (відповідає за знеболювання) та $\mu 2$ - (відповідає за відчуття задоволення) опійних рецепторів, стимуляція виробництва ГАМК (розслаблення). Шляхи вживання: ін'єкційний (найчастіше), інтраназальний, куріння, пероральний.

Ефект: під час вживання нервова система наркозалежного начебто «відключається» і припиняє сприймати і переробляти зовнішні сигнали та імпульси, спрацьовують тільки внутрішні відчуття. Сп'яніння опіатами розслабляє, дає відчуття спокою і задоволення, який надалі змінюється станом похвального. Відчуття: відмінний, бадьорий настрій; спокій, що межує з сонливістю; розслабленість всього тіла, особливо кінцівок; відчуття

«солодкого» тепла і граничного комфорту; байдужість до оточення. На особистісному рівні стан зникнення усіх проблем, повне зняття відчуття провини, умиротворення і безтурботності.

Абстинентний синдром (6С43.4): може включати дисфорійний настрій, тривожність, нудоту або блювання, шлункові спазми, біль у м'язах, позіхання, пітливість, перепади температури тіла, слезотечу, ринорею, підвищену сонливість (особливо на першому етапі), діарею, пілоерекцію («гусяча шкіра») та розширення зіниць. Тривалість АС різна для різних опіатів: від 5-7 днів для героїну до місяця для метадону.

Наслідки вживання (6С63): Прямим шкідливим наслідком вживання «чистих» опійних ПАР є катастрофічне зниження імунітету (характерне для СНІДу), висока смертність від застудних захворювань, також страждають суглоби і нирки. Основні хворобливі наслідки для організму від опіатів пов'язані з небезпечним шляхом вживання (що призводить до різних заражень крові, вірусних гепатитів тощо) та впливом шкідливих домішок.

Особливості uzалежнених від опіоїдів в реабілітаційному процесі. Стан відміни, як правило, важкий. Для цієї групи хворих характерні різні розлади особистості. Враховуючи малу енцефалопатичну дію опіоїдів, у них найбільш збережені когнітивні функції, вони більш схильні до асоціального спектру деформації особистості, на відміну від алкоузалежних. Усе це має прояв у моральному деградуванні та психопатизації, маніпуляціях, брехливості і подібного, набутих в процесі наркотизації. Найбільша складність роботи з цими клієнтами полягає в тому, що вони хитрі, можуть впевнено «носити маску одужуючого». Опійні узалежені досить стійко можуть витримувати імпульси, вести себе впевнено, прикидатися. Часто саме опійні наркоузалежені прагнуть бути в центрі уваги (ставати волонтерами та консультантами), однак здебільшого це бажання обумовлено прагненням до привілеїв та влади. Водночас у разі зміни поглядів і відвертому зануренні в процес одужання, саме опійні узалежені мають найбільше шансів на успіх. Акцент в реабілітаційній роботі з ними повинен бути зроблений на мотивацію, налагодження контакту, залучення їх до життя терапевтичної спільноти. Вони вже з перших днів після абстинентного синдрому здатні до експресивних вправ гуманістичної психотерапії.

Канабіс

«Класично» в цю групу входили ПАР, які виготовляли з коноплі; уже в 70-х роках минулого століття винайдено синтетичний канабіс.

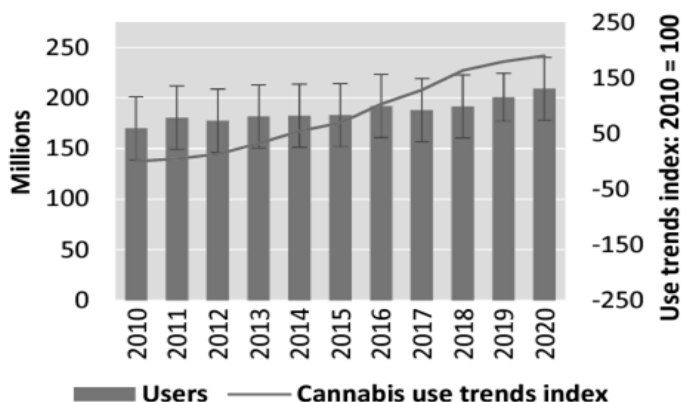
Види ПАР: Марихуана – суміші подрібнених частин рослини коноплі. Психотропний ефект залежить від вмісту тетрагідроканабінолу в рослині, а

також від її сорту та використаної частини. Гашиш – есенція коноплі, екстрагована і спресована в блоки, з більшим вмістом тетрагідроканабінолу і, відповідно, з більшим психотропним ефектом, ніж марихуана. Синтетичний канабіс («спайси») – за хімічною формулою ближчий до нафталіну, хоча і діє на ті ж рецептори, що і «фітоканабіс». Найбільш розповсюджені синтетичні канабіноїди JWH-018 та AM-2201. Вживаються канабіноїди, в основному, через куріння, але поширене і пероральне вживання.

Механізм дії: до складу фітоканабіноїдів входять тетрагідроканабінол (THC) та канабідіол (CBD). THC діє на CB1 рецептори (розташовані у головному мозку), зменшує циркуляцію ацетилхоліну, сприяє виробленню серотоніну. Дія CBD спрямована на CB2 рецептори (розташовані в інших органах тіла), сприяє гальмуванню активності, викликаной дофаміном. Синтетичні канабіноїди діють лише на CB1 рецептори.

Розповсюдженість: Конопля є найпоширенішим наркотиком у всьому світі. За даними UNODC 2022 року, майже 4% населення планети у віці 15–64 роки вживали канабіс, що еквівалентно 200 мільйонам осіб. За останні 10 років (2010–2019) кількість людей, які вживали канабіс, збільшилася майже на 18%. За сайтом UNODC в Україні (дані за 2015 р.), споживання канабісу оцінюється в 2,1%.

Global number of people who use cannabis and reported trends in cannabis use, 2010–2020



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Рис. 1.3.3. Динаміка зростання вживання канабісу за останні роки (за звітом UNODC2022 [4])

Ефект: Проблема виділення ефекту дії ПАР канабіноїдного ряду полягає в поєднанні впливу двох речовин (тетрагідроканабінолу та канабідіолу) з протилежним ефектом. Загальний ефект вживання канабісу буде залежати від відсоткового співвідношення цих двох речовин (ефектами ближчими до дії THC або до дії CBD) та з поєднанням цих двох дій. Окремим випадком є так званий медичний канабіс, дія якого зумовлена виключно CBD (медичний канабіс не містить THC). Дія ж синтетичних канабіноїдів викликана лише дією на CB1 рецептори, подібно до THC.

Марихуана. У разі куріння первинні ефекти проявляються практично відразу, досягають максимуму протягом півгодини і продовжуються від 2 до 4 годин. За перорального вживання ефект настає набагато повільніше – протягом 1-2 годин, проте діє потім від 5 годин і більше. Сп'яніння характеризується відносно невеликим ступенем ейфорії, загальним розслабленням та легкою дрімотою. У цьому стані людина зазвичай стає більш чутливою до сприйняття кольорів та звуків, підвищується сприйнятливність до творів мистецтва та різних декоративних предметів: фарби стають багатшими та більш насиченими, суб'єктивно набувають значення дрібні деталі та предмети. Людина із задоволенням розглядає навколишнє оточення або природні пейзажі. У плані соціальних комунікацій людина стає більш товариською, веселою і балакучою. Свій піднесений настрій він прагне передати оточуючим. Знижується чи зовсім зникають прояви агресивності. Будь-які, навіть найпростіші дії, починають раптом приносити незрозуміле задоволення. Їжа, наприклад, здається настільки смачнішою, що людина може за один раз з'їсти свою звичайну добову норму. Іноді дія канабіноїдів викликає напади бурхливих і тривалих веселощів. У разі заняття сексом під впливом марихуани спостерігається затримка еякуляції в чоловіків та посилення як чоловічого, так і жіночого оргазму. За високих доз може змінюватися суб'єктивне сприйняття часу: окремі часові проміжки начебто випадають із пам'яті, у результаті чого людина намагається згадати, для чого вона почала ту чи іншу дію або не може закінчити розпочате, забувши, з чого почала свою думку. Також, перебуваючи на вулиці чи в громадському місці, раптом починає згадувати, як вона тут опинилася. Проте, ці відчуття зазвичай викликають негативні емоції, оскільки має місце деяке «розщеплення свідомості»: людина начебто спостерігає за своїми безглуздими діями із боку. Усе це в цілому дозволяє зберігати контроль над своїми діями, і під впливом марихуани людина не чинить незворотних шкідливих дій. В окремих випадках – особливо в поєднанні з алкоголем – може виникнути стан панічного страху,

що характеризується невиразним відчуттям небезпеки, що загрожує, занепокоєнням і дезорієнтацією («зрада»).

Синтетичний канабіс. Діє подібно тетрагідроканабінолу, однак не викликає релаксуючих ефектів канабідіолу. Через це його вплив більш психотропний (не скомпенсований дією CBD), на противагу фітоканабісу. Отже, попри схожість з дією THC, ефекти вживання синтетичного канабісу більш різкі та незгладжені, часто доходять до відверто психотичного рівня: зникає критика свого стану, поведінка стає неадекватною та небезпечною; можуть виникати зорові страхітливі галюцинації (часто у вигляді комах), які провокують зі свого боку неадекватні дії; спостерігаються короточасні і тривалі (від декількох годин до декількох діб) епізоди деперсоналізації, дереалізації, ірраціональних страхів і параноїдних ідей, слухових галюцинацій, що супроводжуються вираженими коливаннями настрою і поведінковими порушеннями. Людина може вчинити незворотні шкідливі дії.

Канабідіол. Оскільки канабідіол діє на CB2, що розташовані у всьому тілі, він не має психотропного ефекту. Його ефект має релаксуючу дію на все тіло і зосереджений на протитривожній, заспокійливій, (міо)релаксуючій та знеболювальній дії.

Наслідки вживання (6C61): наслідки вживання фітоканабіноїдів залежать від вмісту тетрагідроканабінолу. У разі систематичного, довготривалого куріння канабісу з високим вмістом тетрагідроканабінолу може спостерігатися виражене зниження когнітивних функцій, депресія з апато-абулічною симптоматикою та астеною, ослаблення захисної функції легень (як наслідки гострі та хронічні бронхіти, запалення та можливий рак легень), ймовірність розвитку канабіноїдного гіперемезису (періодичних нападів нудоти, блювоти і коліту).

Для куріння «канабідіолового» канабісу шкідливі наслідки не вивчені.

Куріння синтетичного канабісу вкрай небезпечно для функціонування мозку, може досить швидко призвести до незворотного органічного ураження та хронічного органічного субпсихотичного стану.

Абстинентний синдром. Природний канабіс (6C41.4): може включати дратівливість, гнів або агресивну поведінку, тремор, безсоння, рухове занепокоєння, тривогу, депресивний або дисфорійний настрій, зниження апетиту і втрату ваги, головний біль, пітливість або озноб, спазми в животі або біль у м'язах. Синтетичні канабіноїди (6C42.4): можуть включати дратівливість, гнів або агресивну поведінку, тремор, безсоння або тривожні сновидіння, руховий неспокій, тривогу, депресивний настрій, порушення апетиту; на ранніх фазах синдром відміни синтетичних канабіноїдів може

супроводжуватися залишковими проявами інтоксикації цими речовинами, такими як параноїдні ідеї та слухові / зорові галюцинації.

Особливості uzалежнених від канабіноїдів в реабілітаційному процесі. Більшість курців «фітоканабісу» стаціонарної реабілітації не потребують. Така реабілітація переважно необхідна курцям його синтетичного аналогу. Для них характерні панічні атаки та/або тривожний розлад, спостерігаються епізоди депресії та дистимія. Приблизно 23% постійних споживачів спайсів здійснюють суїцидальні спроби, що необхідно враховувати в роботі з ними. Для цих клієнтів необхідний індивідуальний психотерапевтичний підхід в роботі з тяжкими депресивно-тривожними станами, враховуючи, що весь інший реабілітаційний процес виконує лише підтримуючу функцію.

Класичні психостимулятори: кокаїн, амфетамін, метамфетамін

Види «класичних» психостимуляторів. Є три види «класичних» психостимуляторів: кокаїн, амфетамін, метамфетамін (здебільшого у світових звітах та посібниках метамфетамін не виділяється з групи амфетамінів).

Кокаїн має вигляд білого кристалічного порошку без запаху, схожого на сніг. Виготовляється з рослини коки, яка росте в Південній Америці. Діюча речовина – алкалоїд тропанового ряду. Вживається інтраназально (нюхають). З кокаїну виготовляється більш дешевий крек (суміш солі кокаїну з харчовою содою або іншою хімічною основою), який вживається через куріння. Під амфетамінами розуміють сам амфетамін (α -метілфенілетиламін) та його похідні. Це безбарвна, слабколетуча рідина, пекуча на смак. Найчастіше використовується у вигляді солей (сульфату, фосфату, гідрохлориду тощо) як білий кристалічний порошок, розчинний у воді і спиртах. Метамфетамін – похідна амфетаміну, біла кристалічна речовина, найчастіше вживається ін'єкційно або через куріння.

Стимулюючи нервову систему препарати змушують швидше рухатися нейронний сигнал, підвищують настороженість і збудження. Психостимулятори амфетамінового ряду використовуються як легально, так і нелегально. Легально у лікуванні ожиріння, нарколепсії, синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю. Незаконні амфетаміни вживаються в дозах, що значно перевищують терапевтичні і мають шкідливі наслідки для здоров'я, та в різних формах: таблетках, капсулах, порошках, пастах, кристалах і рідині. Вживають шляхом ковтання, куріння, втирання в ясна, вдихання через ніс, внутрішньовенного ведення. До цієї групи належать: амфетамін, метамфетамін, меткатіон (сленгові назви: «ефедрон», «джеф» тощо), пемолін, фенетилін, метилфенідат та інші. А також кокаїн-крек –

дешева версія кокаїну, суміш кокаїну і харчової соди. Стимулятори мають схожу будову з дофаміном – нейромедіатором, що вивільняється природним шляхом за таких фізіологічних процесів як, наприклад, їжа та секс і приносять людині відчуття задоволення і піднесення. Важливо у визначенні плану лікування зважати на змінений когнітивний статус пацієнта і на можливі органічні порушення мозку, що часто можуть бути незворотними.

Механізм дії: Кокаїн є інгібітором зворотного захоплення моноамінів (дофамін, норадреналін, серотонін) із дією на групу цих нейромедіаторів: серотонін>дофамін>норадреналін. Амфетамін є стимулятором релізу дофаміну та норадреналіну (норадреналін>дофамін>серотонін). Метамфетамін, крім того, що він, як і амфетамін, є стимулятором релізу дофаміну та норадреналіну, є також інгібітором MAO та інгібітором зворотного захоплення моноамінів (дофамін, норадреналін та серотонін), завдяки чому його ефект довший, ніж всіх інших амфетамінів.

Розповсюдженість:

Розповсюдженість вживання психостимуляторів залежить від економічного стану регіону: в багатших регіонах розповсюдженість кокаїну (який є дорожчий) більша, в бідніших регіонах переважають амфетамін та метамфетамін (який через дешевизну ще називають «кокаїном для бідних»). Вживання «дизайнерських» стимуляторів (так званих «солей») також є проблемою бідних країн. Проблема з епідемією «солей» є і в Україні, тоді як у Європі вживання «солей» майже не розповсюджене.

Кокаїн є другим за розповсюдженістю ПАР у світі після канабісу. У 2019 р., приблизно 20 мільйонів осіб у всьому світі, або 0,4% дорослого населення у віці 15-64 роки, вживали кокаїн. Висока поширеність вживання кокаїну оцінюється в Океанії (головним чином в субрегіоні Австралії і Нової Зеландії, де він становить 2,7%), Північній Америці (2,1%), Західній і Центральній Європі (1,4%), а також в Південній і Центральній Америці (майже 1,0%). За оцінками, масштаби вживання кокаїну в інших субрегіонах набагато нижчі від середньосвітових. У період з 2010 по 2019 рр., поширеність вживання залишалася стабільною і становила близько 0,4%.

У 2019 році 0,5 відсотка світового населення (27 мільйонів) у віці від 15 до 64 років вживали амфетаміни. Найвищий оціночний показник поширеності вживання амфетамінів в світі був в Північній Америці (2,3 %), за якою слідує Океанія (1,3 %). В інших субрегіонах поширеність вживання амфетамінів в 2019 році була або нижча, або близька до середньосвітової. Тип і форма амфетамінів, які використовують, значно різняться, залежно від регіону і субрегіону. У Північній Америці найбільш поширене немедичне

використання фармацевтичних стимуляторів і метамфетаміну; в Східній і Південно-Східній Азії і Океанії (Австралії і Новій Зеландії) в багатьох країнах переважає вживання кристалічного метамфетаміну; а в Західній і Центральній Європі, а також на Близькому і Середньому Сході амфетамін, який на Близькому Сході вживається головним чином у формі таблеток «каптагон». У багатьох країнах Південної і Центральної Америки немедицинське використання фармацевтичних стимуляторів більш поширене, ніж використання інших амфетамінів. В Україні в 2015 році споживання амфетамінів, за даними сайту UDODC, становив 0,3%.

Ефект:

Кокаїн. Дія кокаїну має такі ефекти: ейфорійний (підвищується настрій), емпатогенічний (підвищується відчуття любові до людей, з'являється надмірна балакучість, підвищується товариськість), сексуальний (підвищується сексуальне збудження), когнітивний (відчуття зростання розумових здібностей, покращення пам'яті, здатності на швидке вирішення важких ситуацій, розвиненість усіх інших здібностей), енергетичний (приплив енергії, почуття неймовірної працездатності, відсутність сонливості, водночас енергія буквально вирує, а фізичні здібності здаються необмеженими), самовпевненість (у власній правоті та у своїх діях), анастатичний (яскраво виражений анастатичний ефект, знижує або повністю пригнічує збудливість чутливих нервових закінчень – не плутати з ефектом опіоїдів, який є анальгезуючим). Виділяють три фази кокаїнового сп'яніння: 1. Оглушення свідомості з ейфорійними дереалізаційними ефектами та відчуттям осяяння, блаженства, паріння; 2. Звуження свідомості, за якого оточення не сприймається, тілом пробігають хвилі приємного тремтіння, схожого на оргазм; 3. Загострення сприйняття довколишнього з підвищенням почуттів емпатії, любові, творчості тощо. У разі інтраназального введення ефект виникає вже через 3-5 хвилин, досягаючи свого максимуму через 20-30, з тривалістю ейфорійного стану 45-90 хвилин. На особистісному рівні – мотив відчуття сміливості, бадьорості, впевненості, творчого підйому, соціабельності, підвищення самооцінки в ділянці творчості, комунікабельності.

Амфетамін. Ефект схожий на ефект від кокаїну, однак з відсутністю соціабельності (відчуття товариськості, бажання контакту та бесіди), меншою ейфорією, але більшою стимулюючою дією з вираженим поліпшенням настрою, підвищенням працездатності, концентрацією уваги, відчуттям припливу сил і бадьорості, зниженням потреби в сні та їжі. До цього спонукають особистісні мотиви для підвищення самооцінки власних

сил та здібностей, досягнення енергії та бадьорості, підвищення відчуття самоефективності.

Метамфетамін. Кардинально зменшує відчуття втоми, викликає потужний приплив сил, критично підвищує розумову і фізичну працездатність, знижує потребу в сні і пригнічує апетит, викликає надбатьорий стан свідомості. Настрій загалом подібний на маніакальний епізод, спрямований на загострення уяви, і сприяє виникненню безлічі образів. Особистісні мотиви: відчуття власної успішності, прагнення до діяльності, зокрема творчої, та має більш тривалу дію, ніж від кокаїну та амфетаміну – до 12 годин.

Усі три речовини є психостимуляторами зі схожими ефектами і їх часто вживають як заміники один одного. Однак кокаїн здебільшого вживають для покращення творчої та комунікативної активності (артисти, люди з комунікаційною професією, мотив – творчість), амфетамін – для покращення фізичної активності, когнітивної активності та стану бадьорості (таксисти, програмісти, мотив – бадьорість), метамфетамін – для підвищення діяльнісного стану (мотив – діяльнісна активність).

Абстинентний синдром. Кокаїн (6C45.4): може включати дисфорійний настрій, дратівливість, стомлюваність, психомоторну загальмованість, яскраві сновидіння неприємного змісту, безсоння або підвищену сонливість, підвищений апетит, тривогу, психомоторне збудження або загальмованість. Стимулятори (амфетамін, метамфетамін та меткатінон) (6C46.4): може включати дисфорию, дратівливість, стомлюваність, безсоння або (частіше) підвищену сонливість, яскраві сновидіння неприємного змісту, підвищений апетит, психомоторне збудження або загальмованість.

Наслідки вживання (6C66). Довготривале вживання психостимуляторів негативно впливає на нирки та печінку. Розвиток енцефалопатичних наслідків виражається в поступовому порушенні координації та мови. За інтраназального вживання відбувається руйнування стінок ніздрів. Метамфетамін додатково спотворює кровообіг головного мозку, викликає судинні порушення, захворювання зубо-щелепової системи. Часто виникають гіперкінези (посмикування м'язів обличчя).

Особливості uzалежнених від психостимуляторів в реабілітаційному процесі. Вживання психостимуляторів призводить до порушення системи контролю над імпульсами, ці клієнти більш імпульсивні, ажитовані, «прискорені», схильні страждати від тривожних станів, на які також необхідно звернути увагу в реабілітаційному процесі. Тому розвиток системи регуляції є однією з головних мішеней в довготривалій терапії. Головним адиктивним синдромом, від якого страждають ці клієнти, є потяг

до вживання (часто з тривожною його формою), що є головною мішенню в роботі з їхньою адиктивною частиною. Асоціальні, психопатичні та подібні ціннісні зміни в цій групі або не відбуваються, або відбуваються не так явно (найчастіше є або преморбідними, або внаслідок впливу компанії, де вживали). Узагалі ця група клієнтів є досить контактною, не дуже схильною до «носіння масок» (що характерне для споживачів опіатів), є схильною до створення хорошого терапевтичного контакту (комплаєнсу) і є однією з найбільш перспективних щодо лікування груп.

Емпатогени (ентактогени)

Види ПАР: Клас психоактивних речовин, які через свою хімічну дію викликають почуття емоційної близькості і підвищеної довіри до оточення, миролюбність, співпереживання (емпатію) і співчуття, підвищують потребу в контактах. Ці ефекти, поряд з легкою ейфорією, супроводжуються загостренням і розширенням емоційного сприйняття навколишнього, зникненням незручності і сором'язливості, підвищенням самооцінки і реалізуються в зростанні комунікабельності та товаришкості. Особливо приваблюють «дискотечні наркотики» на вечірках і дискотеках, які гуртують маси молодих людей. Найбільш популярним в цій групі ПАР є MDMA (екстазі) у вигляді таблеток, на другому місці стоїть схожий на нього MDA. Майже всі емпатогени є водночас ще й стимуляторами, а багато стимуляторів можна віднести до емпатогенів (наприклад, кокаїн має виразну емпатогенну дію).

Механізм дії: Їхня емпатогенна дія проявляється за рахунок впливу на серотонінову систему. Через хімічну дію MDMA відбувається інверсія зворотного захоплення серотоніну (в 10 разів більше, ніж під впливом метамфетаміну) та відбувається стимуляція релізу дофаміну і норадреналіну (у 6 разів менше, ніж під дією метамфетаміну). MDA є інгібітором зворотного захоплення і одночасно стимулятором релізу серотоніну, норадреналіну і дофаміну, а також MDA є агоністом серотонінових рецепторів.

Розповсюдженість: Найбільш розповсюдженим у цій групі є MDMA (екстазі), який поруч з цим є третім (після канабісу та кокаїну) за «популярністю» у світі. За даними звіту UNODC 2022, у 2019 році екстазі споживало хоча би раз за рік 0,4% світового населення у віці від 15 до 64 років, що складає 20 мільйонів людей. Поширеність вживання екстазі вища в Австралії і Новій Зеландії (2,8%), Північній Америці (0,9%), Західній і Центральній Європі (0,9%). Щодо України на сайті UNODC останні дані є

тільки за 2015 рік, де споживання оцінюється у 0.6%, що трохи менше середньоевропейського показника, але вище середньосвітового.

Ефект: Під дією MDMA виникають такі психологічні ефекти: відчуття зняття заборон і бар'єрів у взаєминах, суб'єктивне спрощення вербального спілкування; позбавлення від психологічних проблем; підвищена потреба в любові; підвищене почуття близькості з іншими людьми (що супроводжується отриманням задоволення від тілесного контакту «речовина обіймів»); підвищене почуття співпереживання і співчуття; почуття внутрішнього миру, щастя і гармонії навколишнього; новизна сприйняття звичайних почуттів.

Ефект дії проявляється через 30-60 хвилин після прийому таблетки, досягає піку на 75-120 хвилині, потім настає фаза плато тривалістю приблизно 3,5 години, після чого дія закінчується. Для продовження бажаних ефектів часто приймають додаткові таблетки екстазі або відразу, або під час плато, розтягуючи в такий спосіб ефект.

Тривалість дії MDA від 6 до 10 годин, водночас ефект MDA дуже схожий з ефектом MDMA. Інтенсивність цих ефектів вища, ніж від MDMA, однак, як описують користувачі, сама «якість» емпатогенного ефекту і тактильних відчуттів нижча.

Наслідки вживання (6C6B): Однак наслідки вживання MMDA є погано вивчені, а дані стосовно них суперечливі (можливо, це також пов'язано з потужним лобюванням легалізації екстазі). Скоріше за все тривале використання MDMA призводить не тільки до зниження когнітивних здібностей, а також до проблем з безсонням, порушенням поведінки, розладів настрою і уваги. Трапляються випадки, коли розлади настрою часто передують початку вживання наркотиків, а MDMA використовується у самолікуванні.

Абстинентний синдром (6C4C.4): може включати втому, млявість, підвищену сонливість або безсоння, пригнічений настрій, тривогу, дратівливість, потяг до таких речовин, труднощі концентрації уваги та порушення апетиту.

Особливості uzалежнених від емпатогенів (ентактогенів) в реабілітаційному процесі. Зазвичай споживачів MDMA можна віднести до групи осіб, які вживають психостимулятори, поруч з цим зрідка існує «чисте» uzалежнення від MDMA (зазвичай, вона є в структурі uzалежнення саме від психостимуляторів). А тому медичні рекомендації для групи споживачів амфетамінів підходять і для цієї групи. Слід зважити на те, що найчастіше серед тих, хто віддає перевагу MDMA, зустрічається більш молоді люди з інфантильною особистісною структурою. А тому необхідною для них є не

стільки програма відновлення, скільки програма дорослішання (не «реабілітація», а «абілітація»). Таких осіб слід залучати до соціальних відносин, трудової діяльності, для них може бути корисною як психотерапія, так і система наставництва.

Психodelіки та галюциногени

У цій категорії виділяють три групи ПАР:

Психodelіки (агоністик серотонінових рецепторів): LSD, NBOM, 2CB, Мескалін, фіто-галюциногени (галюциногенні гриби: мухомори, псилоцибін; ібога, аяуаска). Як приклад «класичного» психodelічного стану можна навести ефект від LSD: почуття трансцендентності, відчуття невразливості, відчуженості, ілюзії, спотворення форми видимих предметів, звуження поля зору, зорова стійкість (фіксація погляду), порушення сприйняття яскравості світла і кольору видимих предметів, синестезія (за якої звуки «відчуваються», кольори і їхні відтінки «чуються»). Окремі психологічні ефекти можуть полягати в посиленому сприйнятті кольорів, дихаючих або плаваючих поверхонь речей і облаштування (стін, підлоги, стелі), що переливаються, плазують, з надзвичайно складними барвистими рухливими візерунками. Головний «особистісний» ефект: «духовне» розчинення кордону між власним «Я» і зовнішнім світом (екodelія).

Дисоціативи (антагоністи глутаматних рецепторів): кетамін, фенциклідин (PCP, жаргон. «ангельський пил»), ібогаїн (відносять як до психodelіків, та і до дисоціативів). Порушують сприйняття зовнішнього світу і призводять до порушення нормальної роботи свідомості, спотворюють характер сприйняття звукових і зорових образів і викликають відчуття відчуженості (дисоціації) від навколишньої дійсності і від самих себе, відбуваються спотворення сприйняття тіла, втрата «меж Его» (однак всі ці ефекти не є галюцинаціями в прямому сенсі).

Деліріанти (антагоністи ацетілхолінових рецепторів): холінолітики (циклодол, димедрол), скополамін (блекота), атропін (беладона), інгалятори (бензин, клеї). Викликають стан делірію з візуальними галюцинаціями («у вигляді мультиків»). Ці речовини зазвичай призводять до швидкого енцефалопатичного ураження мозку споживачів, через що їхня реабілітація стає неможливою.

Групу клієнтів, що споживають виключно психodelіки/галюциногени, можна віднести до шизотипічного спектру розладів особистості. Вживання цих ПАР є скоріше не стільки проявом uzалежнення, скільки продовженням сприйняття їхнього «внутрішнього світу». Цю групу можна віднести до субпсихотичного рівня організації особистості (без проявів продуктивного

психозу але з відсутнім тестом реальності). Реабілітаційне середовище може виступати для них добрим стабілізуючим фактором, однак не відновлюючим. Загалом їм необхідна тривала психотерапія зі фахівцем відповідного класу і підготовки.

Синтетичні катіони

Цю групу неможливо об'єднати за хімічною формулою або дією, а віднесення тієї чи іншої речовини в групу є достатньо умовним. За психологічною дією можна виділити чотири головних вектори: психостимулюючий ефект (схожий на дію амфетаміну), емпатогенний ефект (схожий на дію екстазі), психоделічний ефект (схожий на дію ЛСД), шизотипічний ефект (схожий на дію «ТНС-канабісу»). Популярною назвою цих речовин є «солі» (свого часу вони поширювались під назвою «солі для ванн»). У кожній окремій речовині вектори дії можуть бути представлені в різній пропорції, крім того, часто споживачі «солей» вживають не одну якусь речовину, а їхню комбінацію.

Оскільки представників цієї групи є безліч, зупинимося на трьох з них.

Мефедрон. Блокатор зворотного захоплення моноамінів, інгібітор синтезу моноаміноксидази та катехол-О-метилтрансферази, що підвищує концентрацію моноамінів і катехоламінів одноразово в синаптичній щілині, а також збуджує рецептори постсинаптичної щілини. Збільшує рівень дофаміну до 500% (амфетамін 400%) і серотоніну приблизно до 950% (MMDA 900%). Потужний стимулятор нервової системи і емпатоген, що викликає ейфорію. Ефекти: гіпертимія, збудження, сприйняття різної музики, надмірна мовленнєва і рухова активність; підвищує настрій, зменшує ворожість, підвищує товариськість, почуття емпатії, відкритість, довіру до оточення, збільшує комунікабельність, бажання говорити з іншими людьми, каталізує розумову діяльність, покращує працездатність, прискорює асоціативний процес, підвищує сексуальне збудження, ускладнює досягнення еякуляції. Водночас людина поводиться ексцентрично і неадекватно. За своїм впливом мефедрон схожий на метамфетамін, але з додатковим потужним ентактогенним ефектом.

MDPV (метілендіоксіпіровалерон) – психостимулятор, діє як інгібітор зворотного захоплення дофаміну і норадреналіну, ефект подібний до амфетаміну (стимуляція, ейфорія, підняття настрою, товариськість, підвищення мотивації, підвищення емпатії, посилення лібідо), час дії 2-7 год.

α-PVP, (альфа-піролідіновалерофенон). Селективний інгібітор дофамінових і норадреналінових транспортерів. Рекреаційна ПАР, основним ефектом якого є психостимуляція: ейфорія, балакучість,

метушливість, підвищена концентрація та лібідо, сексуальне збудження, загальне приємне самопочуття. Інтенсивне відчуття задоволення триває 30-45 хвилин, досягаючи піку через 1,5 години після прийому. Основні ефекти зникають приблизно через 4 години, «бажаний» стан триває більше 6-8 годин.

Гострі наслідки вживання «солей» такі: ажитація (82%), агресивна поведінка (57%), тахікардія (56%), галюцинації (40%), параноїд (36%), сплутаність свідомості (34%), міоклонія (19%), підвищений кров'яний тиск (17%) [5].

Абстинентний синдром (6C47.4): може включати дисфорійний настрій, дратівливість, втому, безсоння або (частіше) підвищену сонливість, яскраві сновидіння неприємного змісту, підвищений апетит, психомоторне збудження або загальмованість.

Інші дослідники вказують на розповсюдженість психозів з поліморфною картиною, більш затяжних, ніж у разі вживання інших стимуляторів (часто до 2-3 місяців), які складно відрізнити від «грубої органіки» з одного боку, та від дебюту шизофренії з іншого. У реабілітаційному центрі у більшості споживачів «солей» відзначається психомоторне збудження, дратівливість, емоційна лабільність з перепадами настрою від дисфорії до ейфорії за ремісії до 6-9 місяців. У частини клієнтів можуть спостерігатися епілептиформні напади, розвиток апато-абулічного синдрому [6]. До цієї картини, згідно з власними спостереженнями, можемо додати сильні прояви компульсивного потягу до вживання.

Таких пацієнтів під час реабілітації часто слід відносити до групи психіатричних, а не наркологічних. Вони потребують перебування в групах медико-соціальної реабілітації, де є постійний нагляд психіатра, а не в психосоціальній (де такий нагляд є періодичним). Головною задачею є купірування їхнього дисфорійного стану та агресивних нападів з використанням малих доз нейролептиків. Ставлення до них в реабілітаційному закладі повинно бути відповідним, з урахуванням рекомендацій роботи з психотичними клієнтами. У проведенні психотерапії необхідно неухильно дотримуватися рекомендацій лікаря-психіатра та тісно співпрацювати з ним. Важливо пам'ятати, що одужання таких пацієнтів, в основному, залежить від медикаментозної терапії, а не від реабілітаційних заходів, враховуючи, що у такої категорії пацієнтів мислення і емоції змінені субпсихотичним станом. Ці спотворення не піддаються психологічній корекції і відновленню особистості та більшою мірою залежать від прийому ліків. Тому категорично забороняється з такими пацієнтами застосовувати методи конфронтації, переконання, емоційно-експресивні техніки,

провокації на саморозкриття та подібні. Також вони потребують абсолютного прийняття та поваги. У груповому процесі необхідно особливо стежити за цими клієнтами, через те, що вони мало пристосовані до спільного групового процесу і не можуть робити ті завдання, які виконують інші учасники групи, тому для них необхідно робити винятки і послаблення. У разі спалахів агресії або інших неадекватних афектах необхідно терміново викликати психіатра та призупиняти роботу з психологічного втручання (кризову інтервенцію тощо). З родичами таких клієнтів необхідно проводити додаткову роботу із залученням лікуючого лікаря.

Висновок

Сьогодні ми спостерігаємо катастрофічне розширення наркоринку через вироблення нових наркотиків. Кожен день з'являються нові психоактивні речовини, а споживачі все більше схилиються до полівживання. В такій ситуації старі схеми класифікації наркотичних речовин вже не спрацьовують і стають необхідними нові, більш універсальні класифікації, які будуть незалежними від плінної картини наркоринку. Ми вважаємо, що така класифікація може бути запропонована тільки через розуміння універсальних механізмів роботи свідомості та емоційного процесінгу (дві мішені, на які діють психоактивні речовини). Сподіваємось, що запропонована нами класифікація на основі шести ефектів зміни свідомості (деліріоїдний, психоделічний, екоделічний, дисоціативний, гіпоманіакальний, шизотипічний) та шести емоційних ефектів (ентактогенний, мотиваційний, гіпертимічний, ейфорійний, седативний, релаксуючий) дасть можливість психологам, які працюють за uzалежненими клієнтами, більше розуміння мотивів вживання та відповідну можливість більш диференційовано планувати психотерапію.

Список використаних джерел:

1. Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2020 рік (за даними 2019 року). Київ; 2020. 54с.
2. Офіційний статистичний сайт Управління ООН з наркотиків та злочинності. Дата оновлення: 18.01.2020. URL: <https://dataunodc.un.org/> (дата звернення: 26.12.2021).
3. Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу: Наказ МОЗ України від 01.08.2000р. №188 (у ред. наказу від 06.12.2021 р. Наказ МОЗ України № 2712). URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0512-00#Text> (дата звернення: 09.01.2022).

4. Самые опасные наркотики / состав. Баландин А, Баландина Л, Джанибеков В. Москва: Авторское издание, 2008. 105 с.

5. Терминология и информация по наркотическим средствам / Организация Объединенных Наций (UNODC). 3-е изд. 2016. Дата оновлення: 10.07.2021. URL:

https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_R_3rd_Edition.pdf (дата звернення: 20.12.2021).

6. Шарова Е, Злоказова М. Феноменологические особенности психических расстройств от современных «дизайнерских» наркотиков. Практическая медицина. 2017; 2 (1). С. 23-25.

7. Classification of Psychoactive Substances: When Science was Left Behind / Global Commission On Drug Policy report 2019. URL: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/classification-psychoactive-substances> (дата звернення: 18.11.2021).

8. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs / eds. Procyshyn R.M., Bezchlibnyk-Butler K.Z., Jeffries J.J. 24-rd edition. Hogrefe Publishing, 2021. 432 p. URL: https://www.amazon.com/Clinical-Handbook-Psychotropic-Drugs-Procyshyn-dp-0889375933/dp/0889375933/ref=dp_ob_title_bk (дата звернення: 26.12.2021).

9. Spiller H.A., Ryan M.L., Weston R.G., & Jansen J. Clinical experience with and analytical confirmation of «bath salts» and «legal highs» (synthetic cathinones) in the United States. Clinical Toxicology. 2011. 49(6). P. 499-505. DOI: 10.3109/15563650.2011.590812

10. World Drug Report 2022 / UNODC, 2022. URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html> (дата звернення: 10.01.2022).

1.4. «3+2»-векторна модель адикцій

Старков Д.Ю

Абстракт

Розглядається авторська метатеоретична модель хімічних адикцій. У цій моделі виділяються три психологічні вектори розвитку uzалежнення (вектор розвитку внутрішніх конфліктів, вектор адиктивного розщеплення особистості, вектор зниження рівня функціонування свідомості), окрім них ще один біологічний та один соціальний вектор. Відповідні зворотні зміни за психологічними векторами є мішенями психологічної реабілітації та постреабілітаційної психотерапії. У важких формах хімічного uzалежнення провідним є вектор зниження функціонування свідомості/особистості, тому відповідні мішені психотерапії доцільно орієнтувати на відновлення насамперед за цим вектором.

Вступ

Загалом можна виділити чотири головні парадигми розгляду uzалежнення: нейтроцентричну, когнітивно-поведінкову, гуманістично-екзистенційну, психодинамічну (Старков, 2021а: 48-67). У результаті аналізу сукупності теорій хімічних адикцій цих чотирьох парадигм можна зазначити, що не дивлячись на принципові відмінності пояснення механізмів розвитку uzалежнення, моделі та теорії адикцій в усіх цих парадигмах можна систематизувати в три подібні кластери. Ці кластери відповідають трьом основним поглядам на адикції – «модель хвороби» (в розумінні утворення специфічного адиктивного патопсихічного феномену), «модель самолікування» (адиктивна поведінка або як спроба подолати інші психічні проблеми, або як їх пряме відображення), «модель прийняття рішень» (адиктивна поведінка як наслідок проблем в системі регуляції психіки) (Льюїс, 2018).

Так моделі хвороби відповідають: а) в нейроцентричній парадигмі теорії, які зосереджені на біологічному поясненні феномену автоматизованого потягу до вживання (теорія підтримуючого процесу Stewart, теорія участі фактору транскрипції $\square$ fos, «глутаматна теорія», теорія компенсаторних реакцій Siegel та інші); б) в когнітивно-поведінковій парадигмі – когнітивні та поведінкові теорії пояснення феномену потягу до вживання (моделі обумовлювання, когнітивно-збуджувальна теорія, модель очікування, модель подвійного впливу тощо); в) в гуманістично-екзистенційній парадигмі – це теорії, які розглядають uzалежнення через формування системи адиктивних цінностей та/або потреб, теорія

віртуального циклу контакту гештальт-терапії; г) в психодинамічній парадигмі – це теорії «сексуального» задоволення від вживання, теорія регресу на оральну стадію відносин, побудови своєрідного зв'язку з ідеальним об'єктом тощо. Усі теорії в цих парадигмах об'єднують погляд на механізм узалежнення через певне патологічне адиктивне новоутворення, яке необхідно розглядати як самостійну форму, яка «не виводиться» з інших нормативних або патологічних процесів.

Моделі самолікування відповідають: а) в нейроцентричній парадигмі теорії, що розглядають узалежнення через «негативне підкріплення», та які Кооб узагальнив у своїй нещодавній статті через модель *гіперкатіфеї* – стан страждання адикта в ремісії через різні процеси біологічної адаптації до вживання, і внаслідок чого адикт прагне повернутися до вживання (модель нейрональної конкуруючої мотивації, задіяння системи антивинагороди та процесу алостаза, теорія конкуруючого процесу Solomon, теорія виснаження синтезу нейромедіаторів задоволення та приглушення задоволення через активність фактору транскрипції CREB, теорія адиктивної ангедонії через рецепторну адаптацію (зокрема, зменшення кількості D2 дофамінових рецепторів), теорія дефіциту рецепторів серотоніну 5-HT тощо) (Кооб, 2021); б) в когнітивно-поведінковій парадигмі – теорії вибору людини через суб'єктивно більш значущі «позитивні» наслідки вживання ПАР над результуючими наслідками відмови від вживання, споживання внаслідок стресу, моделі якості життя та інші; в) в гуманістично-екзистенційній парадигмі теорії, які розглядають адиктивну поведінку як спробу подолати депривацію інших потреб, цінностей та змістів, модель узалежнення як психологічної гри в транзакційному аналізі; г) в психодинамічній парадигмі це група теорій, що розглядають узалежнення як спробу подолати, компенсувати внутрішні конфлікти та травми, або як їхній прояв у якості саморуйнівної поведінки. Усі теорії в цих різних парадигмах об'єднують погляд на механізм узалежнення як на вторинний феномен, де адиктивна поведінка є симптомом інших розладів або є спробою подолання цих розладів.

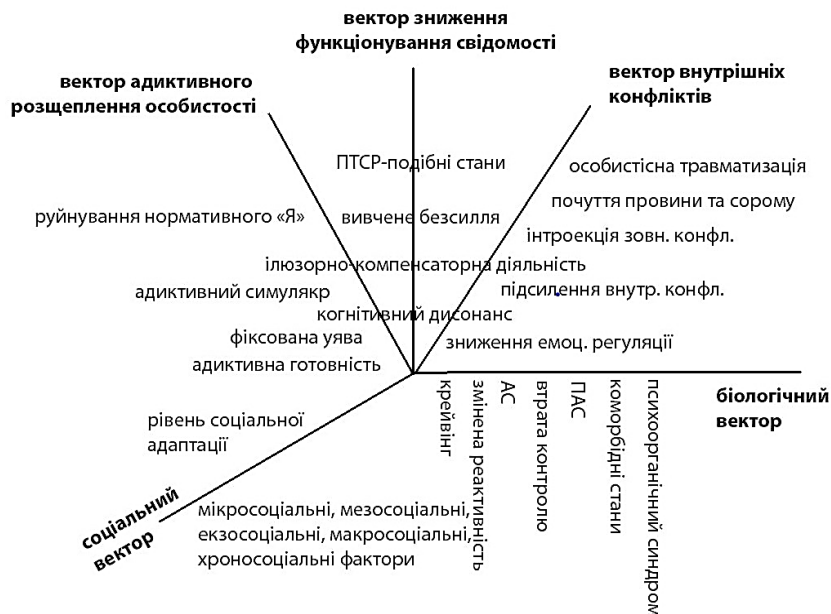
Модель проблем прийняття рішень: а) в нейроцентричній парадигмі в цей кластер входять теорії, що пов'язують адикції з дисфункцією кортикальних зон та «великих» нейронних мереж, що на психологічному рівні відповідає спотворенню когнітивних процесів та функціонування свідомості; б) в когнітивно-поведінковій парадигмі до третього кластера входять теорії та моделі, що пов'язано зі зниженням функціонування системи психічної регуляції: модель афективної переробки негативного підкріплення, теорія когнітивного процесінгу, теорії, що засновано на моделі

пiкоекономiки, моделi проблем системи прийняття рiшень, моделi дефiциту копiнгiв; в) в гуманiстично-екзистенцiйнiй парадигмi – теорiї, що розглядають узалежнення в контекстi загального зниження функцiонування особистостi (iнфантизм, егоцентризм, цiннiсне сплосщення i под.), модель компенсаторно-iлюзорної дiяльностi та iншi подiбнi; г) в психодинамiчнiй парадигмi це теорiї, що пов'язують адиктивну поведiнку зi слабкiстю Его. Усi цi теорiї можна об'єднати як проблему адаптацiї адикта до реальностi та використання для цiєї адаптацiї адиктивної поведiнки.

Найчастiше модель хвороби, самолiкування та прийняття рiшень розглядаються як конкуруючi. Однак ми пропонуємо розглядати їх як окремi, достатньо незалежнi один вiд одного вектори розвитку узалежнення, якi включають в себе рiзнi механiзми. Такий пiдхiд тодi стає системоутворюючим, на основi якого можливо створити системну метатеорiю адикцiй, яка може упорядкувати розмaйттa теорiй та моделей адикцiй.

Тобто нашою базовою гiпотезою є припущення про розвиток психологiчного узалежнення за трьома вiдносно незалежними векторами (як утворення специфiчного адиктивного психiчного процесу – вiдповiдає моделi хвороби, як компенсацiї внутрiшнiх конфлiктiв – вiдповiдає моделi самолiкування, як зниження функцiонування свiдомостi – вiдповiдає моделi прийняття рiшень). Також до цих трьох психологiчних векторiв можна додати ще один бiологiчний вектор (в який входять суто бiологiчнi механiзми та вiдповiднi синдроми: абстинентний синдром, постабстинентний синдром, змiненa реактивнiсть, втрата контролю, бiологiчнi механiзми крейвiнгу, психоорганiчний синдром, коморбiднi психотичнi стани) та соцiальний вектор (в який входять соцiальнi механiзми впливу на адиктивну поведiнку та рiвень соцiальної адаптацiї особистостi). У такий спiсiб будується «3+2» векторна модель розвитку хiмiчного узалежнення.

Хоча всi вектори розвитку узалежнення взаємодiють i впливають один на одного, однак, з iншого боку, є й досить незалежними. Тому, гiпотетично можна видiлити п'ять умовних видiв зловживання ПАР, що обумовлено п'ятьма рiзними групами механiзмiв (тобто п'ять умовних видiв узалежнення). Зрозумiло, що в реальнiй ситуацiї така «чиста картина» розвитку узалежнення виключно за одним вектором з п'яти, запропонованих нами, неможлива – тiєю чи iншою мiрою будуть задiянi механiзми з усiх п'яти кластерiв.



Коментар. Зображено п'ять векторів розвитку uzалежнення: три психологічних (внутрішніх конфліктів, адиктивного розщеплення, зниження функціонування свідомості), один біологічний та один соціальний. Біологічний вектор: біологічні механізми феноменів крейвінгу, зміненої реактивності, абстинентного синдрому, втрати контролю, постабстинентного синдрому, коморбідних станів, психоорганічного синдрому. Соціальний вектор: мікросоціальні, мезосоціальні, екзосоціальні, макросоціальні, хроносоціальні фактори, рівень соціальної адаптації особи. Вектор внутрішніх конфліктів: а) емоційна регуляція; б) компенсація/декомпенсація внутрішніх конфліктів; в) проєкція внутрішніх/інтроєкція зовнішніх конфліктів; г) почуття провини та сорому; д) психічна травматизація. Мотивація до вживання обумовлена прагненням позбутися негативних афектів. Вектор адиктивного розщеплення: а) адиктивна готовність (Максимова Н.); б) фіксована уява (Фільц О. та ін.) – адиктивне розщеплення особистості на довербальному рівні; в) адиктивний симулякр – адиктивне розщеплення на вербальному; г) декомпенсація нормативного Я. Мотивація набуває амбівалентно-конфліктної гедоністично-персекуторної природи. Вектор зниження функціонування свідомості: а) когнітивний дисонанс (Фестінгер Л.); б) ілюзорно-компенсаторна діяльність (Братусь Б.); в) вивчене безсилля (Саліман М.); г) ПТСР-подібні психічні стани. Мотивація до вживання обумовлена зниженням функцій свідомості та зміною структури організації мотиваційної сфери.

Рис. 1.4.1. «3+2» векторна модель розвитку хімічного uzалежнення.

Вектор внутрішніх конфліктів

У розвитку uzалежнення за вектором внутрішніх конфліктів людина починає вживати ПАР для зняття афектів, що викликано різними причинами (міжособистісними та внутрішньоособистісними конфліктами, стресом, психологічними травмами тощо). Головний ефект ПАР за такої умови є седативним. У такому систематичному задіянні зовнішніх агентів для вирішення внутрішніх проблем поступово регресують внутрішні механізми емоційної регуляції, що призводить до подальшого зростання потреби в цих зовнішніх агентах, що і є механізмом розвитку залежності від них.

Наступним кроком є підсилення вже існуючих внутрішніх конфліктів через патологічні спроби вирішення їх через вживання ПАР. Наприклад, особа, яка випивала заради зняття тривоги (в основі якої лежить внутрішній конфлікт власної невпевненості), на першому етапі все гірше може впорюватися зі своєю тривогою без алкоголю, а на другому етапі підсилюється сам внутрішній конфлікт – особа через зловживання стає все більш невпевненою у собі.

На третьому етапі задіюються механізми проєктивного вирішення конфліктів через вживання ПАР, однак інтроєкція створених через вживання ПАР міжособистісних конфліктів відбувається подальший розвиток uzалежнення. Проєктивне вирішення внутрішніх конфліктів через зловживання описано теоретиками транзакційного аналізу Е. Берном та К. Штайнером з позиції теорії психологічних ігор. Особа через зловживання може символічно виражати агресію (гра «П'яний та гордий»), налагоджувати стосунки (гра «П'яниця») або зловживання взагалі може бути засобом життя (гра «Алкаш»). Ми пропонуємо розглядати цей механізм більш розширено – з одного боку через психологічну гру індивід робить свій внутрішній конфлікт зовнішнім, за допомогою чого він тимчасово вирішує його. Однак, як наслідок, він створює конфліктну міжособистісну ситуацію, яка може бути інтерналізована. Тобто систематичні спроби вирішити внутрішній конфлікт через його розігрування (в розумінні Е. Берна) в міжособистісних стосунках призводить до інтерналізації нових конфліктів. Цей механізм ми вважаємо наступним в ланці механізмів вектору внутрішніх конфліктів.

У транзакційному аналізі показується, що за будь-яке вирішення конфлікту «ігровим» шляхом йде обов'язкова розплата – наприклад, почуття провини, сорому тощо. Оскільки мова йде про «адиктивні ігри», то наслідком будуть почуття провини та сорому за своє вживання. Розвиток адиктивної провини та сорому може бути розглянутий і з психодинамічного погляду. Ш. Радо вважав, що в стані сп'яніння індивід перестає цікавитися реальністю та нехтує функціями Его, пов'язаними з тим, щоб контактувати з

цією реальністю, однак після виходу з цього стану з'являється відчуття провини за зневагу реальністю і страх перед нею. З іншого боку, адиктивні сором та провина призводять до ще більшого зловживання ПАР, найчастіше через механізм приглушення цих болючих почуттів через самопокарання за допомогою того ж зловживання. Психоаналітики могли би сказати, що на цьому етапі внутрішні конфлікти набувають нарцисичного характеру. Так, утворюється механізм подальшого розвитку uzалежнення.

Останнім механізмом у векторі внутрішніх конфліктів є розвиток стану психічної травми наслідками зловживання, зокрема самим станом абстинентного синдрому. Ці переживання адикт може подолати вже тільки досягненням стану повної нестями та безпам'ятства у сп'янінні.

Якщо підсумувати, то розвиток адикції за вектором внутрішніх конфліктів обумовлений послідовним задіянням таких механізмів: а) зниження здатності емоційної регуляції; б) підсилення вже існуючих внутрішніх конфліктів; в) інтроекція новостворених зовнішніх міжособистісних конфліктів; г) розвиток почуттів провини, сорому, тривоги тощо, та зміна невротичного характеру внутрішніх конфліктів на нарцисичний; д) психічна травми негативними наслідками зловживання. Мотивація до вживання обумовлена прагненням позбутися негативних афектів, однак в подальшому призводить лише до їх збільшення, і Так утворюється зачароване коло розвитку uzалежнення.

В усіх перерахованих випадках мотив вживання схожий – це не сам стан зміненої свідомості, а бажання подолати за допомогою ПАР стан внутрішнього конфлікту: завдяки прямій фармакопсихічній дії ПАР, екстерналізації внутрішнього конфлікту, зняття відчуття провини та сорому через самопокарання, вихід з нестерпних травматичних переживань у безпам'ятство стану глибокого сп'яніння.

Психотерапевтичні втручання у роботі з вектором повинні бути спрямовані не стільки на саму адиктивну поведінку, скільки на вирішення психологічних проблем, які людина намагається «вилікувати» через вживання. Вектор внутрішніх конфліктів відповідає моделі самолікування у тріаді моделей хвороби, самолікування та вибору.

Вектор адиктивного розщеплення особистості

Головний процес цього вектору – адиктивне розщеплення особистості на «Нормативне Я» (НЯ) та «Адиктивне Я» (АЯ), через що створюється амбівалентне ставлення до вживання та тверезості. Цей вектор є «специфічним» для адикцій – якщо, наприклад, механізми вектору внутрішніх конфліктів притаманні, по суті, для більшості інших психологічних

проблем та розладів, то адиктивне розщеплення притаманне лише адиктивним розладам.

В авторській роботі (Старков, 2021: 116) показано, що адиктивне розщеплення особистості відбувається незалежно на двох рівнях: свідомому метакогнітивному та несвідомому емоційному. Здебільшого ми маємо такий процес розвитку адиктивного розщеплення: 1) відсутність розщеплення (неузалежнена особа); 2) формування АЯ на рівні потреб, проте на цьому етапі маємо відсутність адиктивного розщеплення на рівні свідомих цінностей; 3) формування адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні та поступове підсилення «ціннісного» АЯ, проте за домінування відносно цілісного «ціннісного» НЯ розщеплення на рівні потреб залишається сталим (спостерігається деяка рівновага за відсутності динаміки змін НЯ й АЯ на рівні потреб); 4) кризовий перехідний стан, коли починають руйнуватися НЯ на рівнях цінностей і потреб; 5) етап поступового руйнування НЯ на рівнях потреб і цінностей за явного домінування АЯ на обох цих рівнях (етап ясно вираженого ціннісного сплюснення адиктив); 6) відсутність розщеплення через повну руйнацію НЯ та присутність виключно АЯ як на рівні потреб, так і цінностей.

Як основні моделі та теорії, що описують розвиток uzалежнення з цим вектором, ми пропонуємо розглядати адиктивну готовність (Н. Максимова), фіксовану уяву (О. Фільц та ін.), адиктивний симулякр (Д. Старков).

Розвиток uzалежнення за цим вектором відбувається так: По-перше, для початку розвитку адиктивного розщеплення необхідна певна адиктивна готовність (концепція Н. Максимової) – своєрідні «слабкі ланки» особистості, включаючи психологічну травму. Ми вважаємо, що особи з психологічною травмою (в розумінні дисоціації певних психологічних структур і неможливості їх менталізувати) схильні до утворення адиктивного розщеплення на довербальному рівні (яке по суті повторює та підсилює попередню травматичну дисоціацію), а особи з іншими «слабкими ланками» особистості – тільки на метакогнітивному. Важливо, що психологічна травматизація та утворення інших «слабких ланок» може відбутися через розвиток зловживання за іншими векторами. Тобто «адиктивна готовність» може розвинутиися внаслідок зловживання.

Далі може відбуватися адиктивне розщеплення на двох рівнях. Якщо є початкова психологічна травматизація, то розвивається розщеплення на довербальному емоційному рівні. Як нам здається, на сьогодні найбільш узагальнено цей механізм описує модель фіксованої уяви О. Фільца та співавторів. *Фіксовану уяву* вони визначають як емоційно насичений образ, що створюється на основі процесу гіпертрофування частини дійсності в уяві

та добудовування її у фантазії. Вона стає центром циркулярних зв'язків між усіма іншими психічними процесами, задіяними в адикції (мотивація, увага, емоції, пам'ять, мислення, тілесність, поведінка тощо). На першому етапі фіксована уява відображає емоційно насичений зв'язок між вживанням адиктивного агента та появою реакції на вживання (хімічно викликаной ейфорії). Взаємодія емоції та образу розвивається спіраллю та поступово призводить до фіксації уявного образу: емоція уточнює образ, але водночас уточнюється сама і стає фіксованою на цьому уточненому образі. На наступному етапі з'являються вторинні переживання, що виникають з приводу цих образів уяви, і ці образи отримують додаткову емоційну «зарядженість». Створюється специфічна «амальгама» – сплав емоції та образу, який набуває самостійного надцінного значення. За таких умов розвивається надцінне емоційне ставлення і, нарешті, формується надцінна ідея щодо об'єкта адикції. Провідна емоція задоволення «підбирає» окремі елементи дійсності та комбінує їх у такий зв'язок, який обумовлений зсередини цим настроєм, а не ззовні, логікою самих цих образів (Фільц, 2018).

Адиктивне розщеплення на метакогнітивному вербальному рівні особистості ми описуємо за допомогою авторської моделі адиктивного симулякру. Під дією ПАР фантазії та уявна діяльність індивіда можуть набути суб'єктивного статусу реальності, а отже, і зміниться якісна сила пов'язаних з ними переживань, що і є механізмом виникнення потужного відчуття суб'єктивного «дива» стану сп'яніння. Прагнучи до цього стану, індивід так поступово створює у своєму внутрішньому світі особливу фантазійну область, уявний симуляційний світ (який дисоційований від уявлень про реальний світ), у якому реалізуються його мрії, знімаються заборони, задовольняються потреби та нужди тощо. Але цей фантазійний світ може набути статусу реальності тільки під дією ПАР. Цей адиктивний уявний симуляційний «віртуальний» світ (точніше знаки-симулякри, які його створюють) ми пропонуємо називати, у слід за Ж. Бодріаром, *адиктивним симулякром*.

На останньому етапі відбувається руйнація «Нормативного Я» – НЯ виводиться вже повністю в травматичну зону та повністю дисоціюється.

Докладніше вектор адиктивного розщеплення описано нами разом з С. Михайлів в іншому підрозділі.

Вектор зниження рівня функціонування свідомості та особистості.

Особистість ми розглядаємо у слід за Л. Векером як інтегративний

центр психічних процесів. Він також виділяв ідею, що різні структури особистості мають відрізнятися різними способами організації психічних процесів.

Як наступну ми застосовуємо ідею трьохрівневості психічних процесів. Так, наприклад, в поведінковій сфері виділяються рівні операцій, дій та діяльності (діяльнісний підхід); в емоційній – рівні афектів (або емоційно-афективної чутливості), емоцій (або предметних почуттів), почуттів (або узагальнених почуттів) (теорія емоцій О. Леонтьєва, С. Рубінштейна); в когнітивній сфері – рівні конкретного мислення, егоцентричного та понятійного мислення. Дамо умовні назви цим трьом рівням психіки: аутичний рівень, егоцентричний рівень, концепційний рівень. Якщо застосувати до трьохрівневої моделі психіки визначення особистості як інтегратора психічних процесів, то ми маємо три центри такої інтеграції для кожного рівня психіки, або, кажучи інакше, три субособистості. Субособистість першого рівня можна назвати «Тілесним Я», другого – «Соціальним Я», третього – «Трансцендентне Я» («Я», здатне до самотрансценденції й утворення понять про самого себе, інакше кажучи, яке мислить децентрично, на відміну від егоцентричного мислення «Соціального Я»).

Ми припускаємо, що індивід в процесі свого онтогенезу особистості поступово проходить етапи формування кожної субособистості в послідовності «Тілесне Я» → «Соціальне Я» → «Трансцендентне Я». Формування кожної субособистості проходить дві стадії – стадію «дефрагментованого Я», де несформовано цілісний образ себе, інших та світу, та «цілісного Я», де уява про себе, інших та світ інтегровано в цілісний образ. У кінці цього процесу відбувається загальна інтеграція діяльності усіх особистостей «під керівництвом» «Трансцендентного Я», що відповідає повністю зрілій особистості. Тому, можна виділити сім етапів формування особистості, де особистість переходить з одного рівня організації на інший – «дефрагментоване Тілесне Я», «цілісне Тілесне Я», «дефрагментоване Соціальне Я», «цілісне Соціальне Я», «дефрагментоване Трансцендентне Я», «цілісне Трансцендентне Я», «Цілісна особистість».

Ключовою ідеєю для психотерапії є те, що: 1) з одного боку деякі індивіди можуть не проходити деякі стадії розвитку та залишатися на якомусь рівні; 2) з іншого боку, під впливом якихось обставин (наприклад, сильного стресу) індивіди можуть регресувати з більш високих рівнів на нижчі.

З першої ідеї випливає відома психотерапевтична модель рівнів організації особистості (психотичний, межовий, невротичний, зрілий), з

невеликими уточненнями. У сучасній психодинамічній теорії, звідки й пішла модель рівнів організації особистості, розглядають два підрівня межової організації – нижчий і вищий межові рівні. Крім того, основний автор цієї моделі О. Кернберг у своїй монографії «Тяжкі особистісні розлади», по суті, також виділяє два підрівні невротичної організації – рівень симптоматичних неврозів та рівень неврозів характеру (позначимо їх за аналогією з поділенням межового рівня як нижчий невротичний рівень та вищий невротичний рівень). Аналогічно ми можемо також і в психотичній організації виділити два рівні – продуктивний психотичний (з наявністю негативної та продуктивної психіатричної симптоматики) та субпсихотичний (без наявності психіатричних симптомів, але з втратою тестування соціальної реальності). Отже, ми можемо зіставити продуктивний психотичний рівень з рівнем «дефрагментованого Тілесного Я», субпсихотичний – «цілісного Тілесного Я», нижчий межовий – «дефрагментованого Соціального Я», вищий межовий – «цілісного Соціального Я», неврозів характеру або нижчий невротичний – «дефрагментованим Трансцендентним Я», симптоматичних неврозів або вищий невротичний – «цілісного Трансцендентного Я», зрілий – «Цілісної особистості» (рис. 1.4.2).

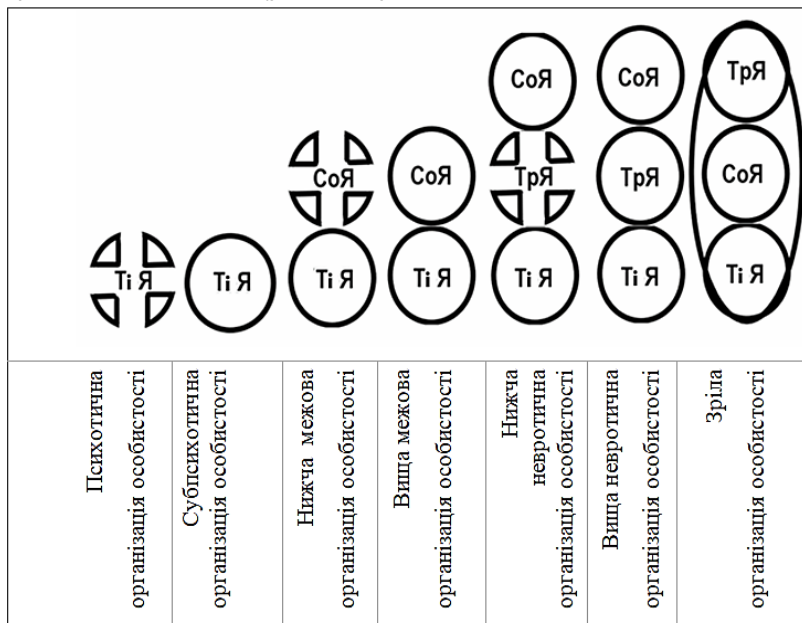


Рис. 1.4.2. Рівні організації особистості.

Другу ідею (регрес з вищих рівнів організації на нижчі) можна застосувати до розвитку хімічного uzалежнення. Для того, щоб розвести базовий рівень організації особистості (як він класично розуміється у психодинамічній теорії) та регрес особистості на нижчі рівні в роботі було застосовано для останнього поняття рівень функціонування особистості. У цьому розумінні рівень функціонування відрізняється від рівня організації тим, що рівень організації описує ядерну структуру особистості, а рівень функціонування – достатньо стабільний (тобто не ситуативний) регрес особистості внаслідок якихось деприваційних причин. Хоча за зовнішньою феноменологією рівні організації та функціонування ідентичні, вони відрізняються тим, що за умови регресу на більш низький рівень функціонування можливе достатньо швидке повернення на початковий вищий рівень (іноді, навіть через просте усунення деприваційних причин регресу), в той час як у роботі з рівнями організації необхідна глибока та достатньо довга психотерапія ядерної структури особистості.

Функціонування особистості на тому чи іншому рівні безпосередньо пов'язане з функціонуванням свідомості як головного інтегративного центру особистості – девальвація тих чи інших функцій свідомості призводить до зниження інтегративної потужності свідомості, а отже, і до зниження рівня функціонування особистості. Загалом найчастіше виділяють такі основні функції свідомості: функція пізнання (цілісне розуміння зовнішнього світу), регуляторна функція, функція переживання та побудови ставлення до людей і зовнішнього світу, творча функція. Тоді субпсихотичний рівень ми можемо пов'язати з девальвацією функції пізнання, нижчий межовий рівень з девальвацією регуляторної функції, вищий межовий рівень з девальвацією функції переживання, рівень неврозів характеру або нижчий невротичний рівень – з девальвацією творчої функції.

У такому значенні ключовою гіпотезою застосування зазначеної концепції для узалежнення є те, що в процесі розвитку адикції відбувається регрес особистості на нижчі рівні функціонування через зниження функціонування свідомості та девальвацію її функцій. Коли хімічне узалежнення розвивається до важких форм (особливо у разі вживання ПАР з високим енцефалопатичною дією – алкоголь, канабіс, сучасні «дизайнерські» амфетаміноподібні наркотики), то індивід регресує до субпсихотичного рівня функціонування особистості.

Також, окрім енцефалопатичних, ми виділяємо такі механізми, що лежать в основі зниження функціонування свідомості:

Механізм когнітивного дисонансу (теорія Л. Фестінгера): за умови виникнення активного зловживання через несумісність його з іншими

ціннісними поглядами, людина замість творчого переосмислення цього конфлікту може вирішити його за допомогою механізмів когнітивного дисонансу, що зі свого боку знижує рівень функціонування свідомості та веде до девальвації її творчої функції. Формуються ригідні шаблонні світоглядні адиктивні установки, які починають керувати життєвою діяльністю (узгоджуючи його із зловживанням ПАР), що загально заміщує творчій підхід до життя.

Механізм ілюзорно-компенсаторної діяльності (теорія Б. Братуся): замість побудови свідомих стосунків з іншими та світом (який засновується на свідому ставленні до іншого, яке і собі засновується на об'єктивному розумінні іншого, тобто в основі лежить розуміння Реальності Іншого) адикт удається до спрощення відносин за допомогою сумісної адиктивної діяльності та будує стосунки зі своїми проєкціями в ілюзорній діяльності, що зі свого боку призводить до девальвації функції свідомості побудови стосунків. У цьому процесі також відбувається загальна ціннісна перебудова особистості, людські цінності втрачають свою мотиваційну навантаженість («цінності, про які тільки знають»), формується «фальшиве Я» (соціально-рольова частина особистості перестає відчуватися як автентична, людина відчуває її як «маску», за допомогою якої ховає своє «справжнє Я» від світу), а «справжнім» себе адикт починає відчувати виключно в стані сп'яніння.

Механізм формування комплексу вивченого безсилля (теорія М. Салісмана) – замість свідомої регуляції свого життя адикт удається до регуляції за допомогою зловживання, що зі свого боку девальвує регуляторну функцію свідомості. Надалі у разі спроб вирішення своїх проблем у тверезому стані людина зазнає поразки, що формує комплекс вивченого безсилля.

Девальвація функції усвідомлення може відбуватися вже через нейропсихологічні причини, задіяння психологічних захистів нижчого порядку (абсолютне заперечення тощо) чи розвитку субпсихотичного ПТСР-подібного стану.

Базовим висновком з наведеної гіпотези є також те, що через принципово різні форми інтеграції особистості та психіки загалом, ми будемо мати принципово різні особистісні структури та форми організації психічних процесів, та, зокрема, принципово різні структурні форми мотиваційної сфери психіки. Інакше кажучи, в адикта в процесі регресу за рівнями функціонування особистості внаслідок розвитку uzалежнення (або прогресу внаслідок вдалої терапії) за переходу з рівня на рівень буде принципово змінюватися структура особистості, внаслідок чого нам необхідно мати принципово різні пояснювальні теоретичні моделі організації

психіки та особистості для кожного окремого рівня функціонування.

Ми вважаємо, що такими концептуалізуючими моделями:

- для субпсихотичного рівня є системна модель, зокрема модель енактивізму (з девальвацією функції пізнання свідомість, по суті, перестає виконувати свої інтегративної функції, а отже психічні процеси починають організовуватися через системну взаємодію, а саме таку модель психіки представляє енактивізм);

- для нижчого межового рівня – когнітивно-поведінкова модель (девальвація регуляторної функції приводить нас до необхідності застосування кібернетичної моделі в психології, як моделі опису загальних законів одержання, зберігання, передавання й перетворення інформації у складних системах управління або, за іншим визначенням, загальних принципів керування складними системами, якою і є когнітивно-поведінкова модель);

- для вищого межового рівня – гуманістично-екзистенційна модель (можна казати, що узагальненою мішенню гуманістично-екзистенційної моделі є відновлення функції переживання та побудови стосунків);

- для невротичного рівня (нижчого та вищого) – психодинамічна модель.

У важких формах хімічного uzалежнення, які потребуються терапії в рамках стаціонарної реабілітації, головним вектором розвитку адикції є вектор зниження функціонування свідомості. Головним же наслідком із запропонованої моделі зниження функціонування свідомості для психотерапії uzалежнення є те, що психотерапія набуває послідовності етапів з принципово різними стилями роботи та задіє принципово різні концептуальні моделі (в послідовності нейроцентрична, системна, когнітивно-поведінкова, гуманістично-екзистенційна, психодинамічна). На цьому принципі побудовано власну авторську «Інтегративну особистісно-орієнтовану розвиваючу модель» (IOOP) системи психологічної реабілітації хімічних адиктів з розвиненою формою хімічного uzалежнення. У «Інтегративній особистісно-орієнтованій розвиваючій моделі» головним заданням психологічної роботи з адиктом є послідовне відновлення рівня функціонування його особистості (тобто проведення його зворотним до адиктивного регресу шляхом від субпсихотичного до вищих рівнів функціонування). В IOOP моделі на різних етапах ремісії застосовуються різні психологічні парадигми концептуалізації стану клієнта та відповідні різні психотерапевтичні парадигми роботи з ним. У періоді зловживання ПАР особистість адикта пропонується розглядати через призму нейроцентричної парадигми. На першому етапі становлення ремісії (для алкогольного

узалежнення до 3 місяців) пропонується застосовувати модель енактивізму, другому (до 1 року) – когнітивно-поведінкову, третьому (до 2-3 років) – гуманістичну, четвертому – психодинамічну. Для проходження перших двох етапів рекомендована робота в системі стаціонарного центру соціально-психологічної реабілітації, для третього етапу рекомендована організація амбулаторної групової роботи, подальші етапи потребують індивідуальної психотерапії (Іванов, 2013; Старков, 2020).

Соціальний вектор

Для систематизації соціального вектору ми пропонуємо розширити стандартну наркологічну модель групування соціальних факторів адикції (макро- та мікро- фактори) застосувавши теорію екологічних систем У. Бронфенбреннера та, відповідно, виділивши мікросоціальні, мезосоціальні, екзосоціальні, макросоціальні та хроносоціальні фактори адикції.

До *мікросоціальних факторів* належать фактори сім'ї, водночас мається на увазі не батьківська, а актуальна сім'я, зокрема: «співузалежнені» риси поведінки та зловживання психоактивними речовинами; наявність сімейного конфлікту (явного чи прихованого); агресивно-негативна емоційна атмосфера або атмосфера відчуженості; проблемна комунікація (особливо комунікацію на зразок подвійного зв'язку, містифікації, «прихованих» транзакцій тощо – коли емоційний рівень комунікації не відповідає вербального рівню); авторитарна структура, розщеплена структура (наприклад, симбіотичний союз матері з дитиною з відчуженням батька), відчужена структура («формальна» сім'я без емоційних зав'язків); сімейні цінності та ціннісний конфлікт та інші можливі сімейні фактори.

До *екзосоціальних факторів* належить найближче оточення (друзі, співробітники), і найчастіше це є вживання в цьому середовищі; фактори рівня соціального життя (дохід, відповідність роботи очікуванням, соціальний статус тощо).

Макросоціальні фактори є факторами на рівні країни, які включають в себе кризи (економічні, політичні, воєнні і подібне), культуральні норми (наприклад, в плані вживання алкоголю), політику країни щодо вживання (або надто жорстку, або таку, що надто потурає).

Хроносоціальні фактори відносяться до загальної духовної кризи людства.

Зрозуміло, що хоча всі ці фактори є зовнішніми, але вирішуються вони (можливо, окрім сімейних факторів, де можлива ще сімейна терапія) тільки за допомогою розвитку відповідної соціальної адаптації. Тому їх можна

розглядати і з точки зору соціальної адаптації людини до цих факторів. Докладно соціальні фактори розвитку uzалежнення будуть розглянуті в іншому підрозділі.

Біологічний вектор

До цих факторів ми відносимо біологічні механізми, які сприяють зловживанню, такі як механізми потягу до вживання, підвищення толерантності, втрати дозового контролю, абстинентного синдрому, негативного постабстинентного стану (гіперкатіфеї), зниження когнітивних здібностей та окремо можливі коморбідні психіатричні розлади.

Висновок

У цій роботі ми зробили спробу не створення нової теорії, а пропозиції схеми впорядкування вже існуючих. Не обов'язково у відповідних векторах у відповідних стадіях можуть знаходитись запропоновані нами теорії та моделі. Наприклад, фахівцю з іншими поглядами зручніше буде замість модель адиктивної готовності Н. Максимової використовувати модель адиктивної вразливості Е. Ханзяна, або замість моделі психологічних ігор Е. Берна використовувати модуль віртуального контакту з гештальт-терапії. Головна ідея запропонованої моделі окреслення головних можливих шляхів розвитку uzалежнення та узагальнення можливого розвитку за кожним з цих векторів. На наш погляд, перевага запропонованої моделі, на відміну від інших спроб скласти таку інтегративну картину, в можливості поєднати моделі та теорії різних парадигм, в той час як інші відомі нам інтегративні моделі знаходяться лише в межах якоїсь одної парадигми (наприклад, інтегративна PRIME–модель West інтерпує лише теорії та моделі когнітивно-поведінкової парадигми (West, 2013)). Сподіваємось на користь запропонованої схеми для фахівців різних орієнтацій.

Список використаних джерел:

1. Іванов В.О., Безсмертний Ю.М., Старков Д.Ю. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: науково-методичний посібник. Київ: ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.
2. Льюис М. Биология желания. Зависимость – не болезнь / Пер. с англ. Н. Римицан. Санкт-Петербург: Питер, 2018. 384 с.
3. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308с.

4. Старков Д.Ю. Применение интегративной личностно-ориентированной развивающей модели терапии аддикций в условиях амбулаторной реабилитации лиц, зависимых от алкоголя. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2020. Том XI. Вип. 21. С. 353-385. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v11/i21/24.pdf>
5. Фільц О., Седих К., Михайлів С. Фіксована уява як механізм виникнення uzалежнення. *Психологія і особистість*. 2018. № 2 (14). С. 9-22.
6. Koob G.F. Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Developmen. *Pharmacological Reviews*. 2021. 73(1). P. 163–201. DOI: 10.1124/pharmrev.120.000083
7. West R. Theory of Addiction. 2-nd edition. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; Addiction press, 2013. 274 p.

1.5. Адиктивне розщеплення особистості

Старков Д.Ю., Михайлів С.В.

Абстракт

Розглядається розвиток ідеї адиктивного розщеплення особистості. Серед поглядів на механізми адиктивного розщеплення можна виділити дві головні конкуруючі моделі: модель травми/дисоціації та модель адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні. Спираючись на авторські дослідження показано, що адиктивне розщеплення відбувається на двох рівнях – афективному та метакогнітивному – тобто «дисоціативна» та «метакогнітивна» моделі можуть доповнювати одна одну, описуючі механізми адиктивного розщеплення на кожному з цих рівнів. Розглянуто моделі фіксованої уяви та адиктивного симулякру як концептуалізації феномену адиктивного розщеплення на афективному рівні потреб та метакогнітивному рівні цінностей. Запропоновано послідовність кроків психотерапії адиктивного розщеплення.

Вступ: розвиток наукового розуміння ідеї адиктивного розщеплення особистості

Як одну з найважливіших рис адиктивної особистості багато фахівців виділяють феномен своєрідного *адиктивного розщеплення* (АР). Одними з перших на цей феномен звернули увагу самі страждаючі від алкогольного uzалежнення люди, які намагалися допомогти собі в спільноті Анонімні Алкоголіки (АА). Так в базовому тексті спільноти АА, написаному ще в 1936 р., присутнє таке блискуче описання стану такого розщеплення на дві субособистості в порівнянні з героями роману Р. Стівенсона Доктором Джекіллом та Містером Гайдом (Хайдом): *«Він справжній Доктор Джекіл і Містер Гайд. Він рідко у стані легкого сп'яніння. Він завжди п'яний до нестями, коли більше, коли менше. Під час пиття він ледве схожий на себе у нормальному стані. Він, можливо, один з найкращих людей на світі. Але дозвольте йому попити день, і він часто стає огидним і навіть соціально небезпечним. Він здатний напиватися у найбільш невідповідний момент, особливо коли треба прийняти якесь важливе рішення або дотримати домовленості. Він часто є цілком розумним і врівноваженим у всьому, крім алкоголю, але стосовно нього він є надзвичайно нечесним і себелюбним. Часто у нього спеціальні здібності, здатності та обдарованість, і він має перед собою перспективну кар'єру. Він використовує свою обдарованість для побудови світлого майбутнього для себе і своєї родини, але потім руйнує все серією безглузвих запоїв»* [1; 17].

Однак, наскільки нам відомо, в наукових працях феномен адиктивного розщеплення особистості докладно досить довго не описували. Приділяли деяку увагу цьому феномену представники психотерапевтичного напрямку психосинтез, які відмічали формування алкогольної субособистості за розвитку алкогольного uzалежнення.

Перша відома нам робота в спеціалізованій літературі з докладним описанням ефекту адиктивного розщеплення є монографія Nakken [13]. Nakken вважає адиктивне розщеплення центральною характеристикою адиктивної особистості. Водночас він обстоює позицію, що адиктивна особистість формується у процесі розвитку uzалежнення та не існує преморбідно. Але за таких умов може існувати схильність до розвитку uzалежнення, особливо у осіб з сімей з недостатністю близькості та суб'єктивних взаємин (тобто зі ставленням один до одного як до об'єктів). Розщеплення особистості за Nakken починається на першому етапі розвитку uzалежнення, тобто, точніше, початок адиктивного розщеплення і можна вважати першим етапом становлення адикції. На цьому етапі формуються дві субособистості – «Адикт» (що відповідає способу життя зі зловживанням) та «Самість» (що відповідає «здоровому» способу життя). Тобто, в цьому погляді, мотиваційний конфлікт «уживання-тверезість» не є конфліктом просто між двома потребами чи цінностями, а є проявом конфлікту між двома субособистостями uzалежненої особи. Водночас субособистість «Адикт» uzалежнена не стільки від якогось конкретного агента, вона будує адиктивні стосунки з усім світом, тому коли «Адикт» сформувався, сам об'єкт uzалежнення відіграє вже другорядну роль.

Базисом для виникнення «Адикта» є в принципі здорові бажання людини зменшити біль та прагнення до задоволення. Тобто uzалежнення розвивається лише внаслідок обраного шляху задовольняти свої бажання та прагнення через уживання психоактивних речовин. Саме uzалежнення розвивається через такі етапи. Першим етапом можна вважати період, коли через задоволення потреб або зменшення болю шляхом уживання ПАР, у людини починає формуватися субособистість «Адикт». Далі, на цьому ж етапі, за вже сформованого «Адикта» у особистості формуються адиктивне мислення та система адиктивних переконань, розвиваються почуття сорому та провини (внаслідок утворення «Адикта» у людини розвивається несвідоме відчуття сорому – «Самість» соромиться «Адикта»), відбувається заниження самооцінки, людина продовжує вживати вже задля втечі від болю, яке завдало саме вживання (хоча, нам здається, доцільно описаний період виділити в окремий етап, а не вважати його продовженням першого, як це робить Nakken). На другому етапі розвитку uzалежнення за Nakken

відбувається загальна зміна стилю життя, формується вже поведінкове узалежнення, відбувається адиктивна ритуалізація (зловживання обростає системою своєрідних адиктивних ритуалів, які це зловживання підтримують – роботі з адиктивними ритуалами та формуванню здорових ритуалів в процесі терапії Nakken приділяє особливу увагу). На третьому етапі відбувається вже загальне руйнування життя. Щодо зворотного процесу реконструкції особистості, Nakken надає песимістичні прогнози – він вважає, що «Адикт» в особистості узалежненого залишиться назавжди, а задачею терапії є розвиток та підтримка «Самості», зокрема завдяки соціальній підтримці та розвитку «здорової» системи ритуалів, які підтримують тверезе життя.

Російський відомий дослідник Ю. Валентик трохи пізніше Nakken описує феноменологію «переключення» між адиктивною та нормативною субособистостями. Він постулює існування у узалежненої особи специфічної субособистості «Алкогольне Я» (АЯ), яка формується в процесі алкоголізації (надалі ми будемо використовувати термін «Адиктивне Я»), та в якій консолідовано хворобливий адиктивний досвід: навички адиктивного спілкування, адиктивні цінності, установки і смисли та все різноманіття адиктивної поведінки. Щодо «Адиктивного Я» контрастним є інший полюс особистості, що включає нормативні особистісні статуси – «Нормативне Я» (НЯ). Нормативна особистісна регуляція та «НЯ» за прогресування узалежнення все більшою мірою вступають у протиріччя з «АЯ». Їх зіткнення породжують внутрішні конфлікти та амбівалентні тенденції [3].

Хоча описання адиктивного розщеплення Ю. Валентиком та Nakken схожі, але все ж таки можна відзначити і відмінності підходів: для Ю. Валентика адиктивне розщеплення є наслідком розвитку хвороби узалежнення (яке розвивається за своїми механізмами), а для Nakken узалежнення є наслідком адиктивного розщеплення (тобто адиктивне розщеплення і є головним механізмом розвитку узалежнення). Внаслідок цього вони акцентуються на описанні різних процесів за участю адиктивного розщеплення: Nakken на розвитку узалежнення, Ю. Валентик на циклах ремісій/рецидивів. Динаміку цих циклів Ю. Валентик розглядає у взаємозв'язку з поперемінним домінуванням станів «АЯ» та «НЯ» та виділяє в цьому циклі чотири фази:

1) Фаза домінування «АЯ» (фаза маніфестації патологічного потягу до вживання – ППВ): маніфестує в період, що безпосередньо передує ексцесу зловживання, продовжується протягом цього ексцесу та деякий час після його завершення. Характеризується селективністю та специфічною адиктивною трансформацією в сфері сприйняття. Відбувається

трансформація емоційного реагування: поляризація емоцій на позитивні навколо вживання та негативних навколо тверезості, знижується емоційне реагування на нормативні стимули, відбувається зниження «моральних» емоцій, відчуття провини та сорому набувають специфічне адиктивне наповнення. У мотиваційній сфері починає розвиватися егоцентризм. У когнітивній сфері домінує адиктивний набір цінностей та смислів діяльності. У ставленні до нормативних соціальних вимог активуються своєрідні адиктивні психологічні захисти. Як основний стимул до домінування «АЯ» Ю. Валентик вважає актуалізацію фрагментів ППВ.

2) Фаза дисоційованого «Я» (фаза дезактуалізації ППВ) швидко змінює фазу домінування «АЯ» після виходу з ексцесу. Її характеризують емоційні переживання негативного спектру (включаючи болючі відчуття провини та сорому), актуалізація множинних внутрішньоособистісних конфліктів, що зв'язані зі зіткненням «АЯ» та «НЯ».

3) Фаза домінування НЯ (фаза латентного ППВ), в якій домінують нормативно-компенсаторні особистісні процеси та просоціальна поведінка.

4) Фаза дисоційованого «Я» (фаза актуалізації ППВ) – фаза зміщення особистісної позиції з «НЯ» до «АЯ». Її характеризує не депресивний, а більшою мірою тривожний фон, що супроводжується високим рівнем психологічної напруги та елементами дисфорії. Якщо за домінування «НЯ» потяг до вживання був рідким, а виникаючи легко долався, то на цій фазі ППВ стає серйозною проблемою. Одночасно активуються адиктивні установки «АЯ» та цикл повторюється.

Одним з головних висновків є те, що за перебування в різних статусах «Я» у клієнта істотно змінюється розуміння власних проблем, зокрема у «АЯ» – клієнт нездатний критично ставитися до своїх проблем зі зловживанням, для цього необхідний перехід у «НЯ». На розробленій методологічній основі змін «АЯ» та «НЯ» Ю. Валентиком створено континуальну психотерапію uzалежнення, де він рекомендує не вибирати мішенню симптом або симптомокомплекс, а уважно вивчаючи нормативні та патологічні процеси, посилювати нормативні процеси (тобто «НЯ»), та послаблювати патологічні процеси (тобто «АЯ»)[2].

Однак, як Nakken так і Ю. Валентик наводять, по суті, лише феноменологію адиктивного розщеплення не вдаючись до розгляду механізмів його етіо- та патогенезу. Серед авторів, що розглядають такі механізми, можна особливо виділити російського дослідника Д. Шустова та німецького Р. Крюгера, тим паче що вони запропонували абсолютно протилежні моделі адиктивного розщеплення.

Д. Шустов, на відміну від Nakken, наполягає на існуванні преморбиду адиктивного розщеплення, яким він вважає ранню травму. Адиктивна частина особистості формуються під впливом адиктивного процесу на основі особливо структурованого раннього травматичного досвіду. Уживання ПАР може слугувати механізмом хімічної дисоціації, повторюючи «вдалі» спроби психологічної дисоціації в дитячому та підлітковому віці. Д. Шустов підтримує обидва поглядів на дисоціативний процес – етіологічний (тобто дисоціація передуює адиктивізації) та патогенетичну (тобто адиктивізація викликає дисоціацію). Тобто процеси розвитку uzалежнення та дисоціації особистості є реципрокними та взаємопідтримуючими. Ранній травматичний досвід провокує початок зловживання ПАР та підтримує його, зловживання ПАР призводить до нової травматизації, що накладається на преморбідну [12; 73-76].

У якості терапевтичного підходу Д. Шустов пропонує підтримувати та розвивати нормативну частину особистості та деконструвати адиктивну частину, аж до «повного знищення»: *«АЯ повинно бути виділено та конфронтовано в методиках «доживання алкоголізму до кінця», коли прощання та «надгробна промова» на могилі свого внутрішнього Алкоголіка сприяють подальшому прощенню, прийняттю та реінтеграції особистості пацієнта на новій основі».*

Зовсім протилежно, як це зазначалося вище, дивиться на механізм адиктивного розщеплення Р. Крюгер. Він не виділяє якогось специфічного фактору для розвитку uzалежнення (тобто не підтримує теорію преморбиду), та розглядає процеси адиктивізації особистості тільки на початку переходу від зловживання ПАР до uzалежнення як такого. Він вважає, що цей перехід відбувається тоді, коли особа починає наносити собі шкоду власним зловживанням, але, не дивлячись на наслідки, продовжує вживати. Водночас особа відповідає на реакцію свого соціального оточення більш-менш відкритими відчуттями сорому, провини, страху втрати обличчя та соціальної ізоляції. Ці почуття провини та сорому стимулюють у особи зі зловживанням розщеплення «Я» на рівні метакогнітивних процесів переживання конфлікту. Тобто, там, де Д. Шустов вважає причиною адиктивного розщеплення травму та процеси дисоціації, Р. Крюгер як головні патогенетичні механізми виділяє почуття провини та сорому.

Р. Крюгер наполягає, що «АЯ» та «НЯ» мають різні модуси менталізації. «НЯ» має модус менталізації, що відповідає менталізації особистості до початку зловживання. Водночас «АЯ» менталізує в модусі психічної еквівалентності (людина в цьому модусі не розрізняє власні психічні репрезентації та реальність, тобто втрачається кордони між «Я» та

«Світом»). Людина, яка знаходиться в стані домінування «АЯ» домислює собі світ так, як їй необхідно, тобто так, щоб все навколо нібито говорило про те, що він може або повинен уживати ПАР. Вона проектує внутрішні припущення на зовнішню реальність і перестає сприймати різницю між зовнішньою реальністю та своїми внутрішніми інтерпретаціями цієї реальності.

Цікаво, як Р. Крюгер розглядає процес зміни стану «НЯ» на «АЯ». Він вважає, що навіть в стані домінування «НЯ» здорове мислення дорослої людини піддається тиску думок та почуттів «АЯ» через механізм аутосугестії, що в якийсь момент призводить до реактуалізації узалежнених переживань (що співвідноситься з фазою актуалізації ППВ у Ю. Валентика).

Також інакше ніж Д. Шустов німецький фахівець дивиться на мішені терапії – він ставить ціллю не декатексис «АЯ», а його інтеграцію. Процес психотерапії узалежнення Р. Крюгер бачить складеним з семи етапів: 1) фаза інформування та мотивування; 2) рішення щодо абстиненції та зняття фізичного узалежнення; 3) участь в групах АА або інших групах взаємодопомоги паралельно з індивідуальною психотерапією; 4) психічне відвикання; 5) вироблення індивідуальної найбільш низької точки падіння та капітуляція; 6) через рік ремісії починається фаза інтеграції та внутрішньої перебудови у взаємовідносинах; 7) з другого року ремісії відбувається терапія вторинного захворювання, якщо воно є (наприклад, посттравматичний розлад, тривожний розлад, розлад особистості тощо). Причому робота над розщепленням «Я» є наскрізною, що проходить через всі фази процесу терапії адикції [5: 595-601].

Два рівня адиктивного розщеплення – афективний та метакогнітивний

Як ще раз можна зазначити, підходи Д. Шустова та Р. Крюгера радикально та, на перший погляд, непримиренно відрізняються. Тому, як це завжди повинно бути в науці, суперечку між ними може вирішити лише експеримент.

Один з авторів цього підрозділу зробив спробу такого експериментального дослідження [9]. Було сформовано експериментальну групу з 200 узалежнених осіб від різних речовин, що проходили реабілітацію в стаціонарних центрах, з термінами проблемного вживання ПАР від 1 до 40 років. Адиктивне розщеплення в дослідженні «ловилось» завдяки наративним та малюнковим методикам: досліджуваних просили намалювати образ свого «кайфу» від вживання та образ бажаної майбутньої тверезості, а також просили написати оповідання про переживання «кайфу» та бачення майбутньої тверезості. Головною гіпотезою було те, що

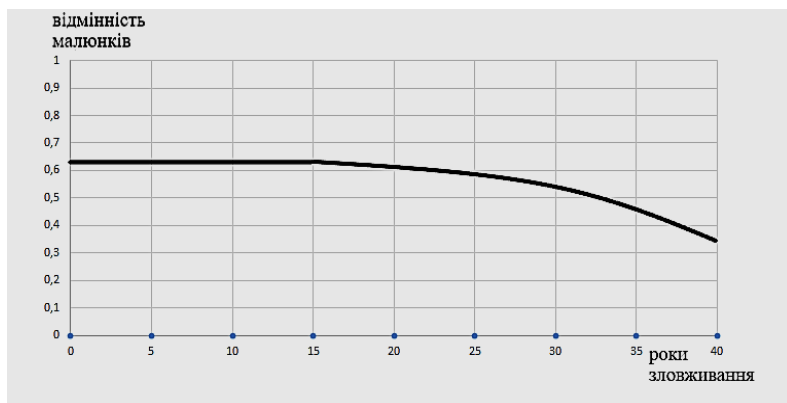
відмінність малюнків «кайфу» та «тверезості» відповідає розщепленню на рівні афективних процесів, а відмінність наративів буде відповідати адиктивному розщепленню на рівні метакогнітивних процесів. Методикою зрізів можливо відстежити динаміку адиктивного розщеплення з часом зловживання.

Погляд, що адиктивне розщеплення є головним специфічним параметром «адиктивності» особистості, в дослідженні підтвердила вкрай виразна різниця величин відмінності малюнків «кайфу» та «тверезості» у експериментальної та контрольної груп (останню склали люди без проблем зловживання ПАР). У адиктивної групи величина відмінностей малюнків «тверезості» та «кайфу» була виразною (що говорить про те, що адикти «розміщують» в образах «кайфу» та «тверезості» зовсім різні потреби), а у контрольної групи – статистично незначущою (тобто неузалежнені особи в образах стану сп'яніння та тверезості розміщують одні й ті ж потреби). Також цей погляд опосередковано підтримали результати тесту смисложиттєвих орієнтацій та інші методики, що використовувались в експерименті.

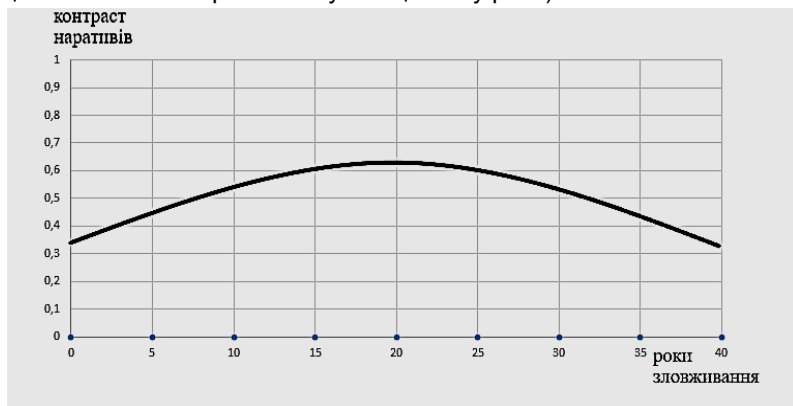
Однак дослідження динаміки величин відмінності малюнків та наративів з часом зловживання дало неочікуваний результат. Попередньою гіпотезою була ідея паралельності процесів адиктивного розщеплення на вербальному (метакогнітивному) та довербальному (афективному) рівнях. Тоді, у розвитку узалежнення, таке адиктивне розщеплення мало проходити такі етапи: 1) відсутність АР (неузалежнена особа); 2) формування «АЯ» за домінування «НЯ» (фаза формування психологічного узалежнення); 3) стан рівноваги «АЯ» та «НЯ» (сформоване психологічне узалежнення); 4) домінування «АЯ» за руйнування «НЯ» (стадія декомпенсації); 5) відсутність розщеплення через повну руйнацію «НЯ» та присутність виключно «АЯ» (адиктивна деградація особистості). За таких обставин у результаті дослідження ми повинні були б мати не лінійну залежність величин адиктивного розщеплення з терміном зловживання, а параболічну з максимумом десь на першому півперіоді другої стадії, проте водночас вербальні та невербальні методики повинні були б давати аналогічні, дзеркальні один до одного, результати.

Проте зіставлення результатів наративних і малюнкових методів (Рис. 1.5.1) дало результати на користь асинхронії динаміки адиктивного розщеплення на вербальному та довербальному рівнях. Середня у групі величина відмінності малюнків майбутньої тверезості та стану вживання була постійною до 15 років зловживання, а далі спостерігалось її виразне зниження, тимчасом як середня у групі величина контрасту оповідань про майбутню тверезість і стан сп'яніння плавно зростала до 20 років

зловживання, де досягала свого максимуму, а далі починала з таким же темпом спадати.



(а) Відмінність малюнків бачення майбутньої тверезості та стану сп'яніння з часом зловживання (відповідає величині адиктивного розщеплення на невербальному емоційному рівні).



(б) Контраст оповідань про майбутню тверезість і стан сп'яніння з часом зловживання (відповідає величині адиктивного розщеплення на вербальному метакогнітивному рівні).

Рис. 1.5.1. Динаміка величин відмінності вербальних і невербальних образів тверезості та сп'яніння.

Такі результати можна пояснити, якщо динаміку адиктивного розщеплення особистості розглядати як таку, що досить швидко відбувається на афективному рівні, тобто в сфері потреб (яку відображає

малюнковий метод), а тільки потім відбувається поступове розщеплення на метакогнітивному рівні, тобто на рівні ціннісної сфери (яку показує нарративний метод). Спочатку досить швидко формуються адиктивні потреби, що відщеплюються від системи інших нормативних потреб (і ця рівновага між «АЯ» та «НЯ» досить довгий час є сталою), проте свідомі ціннісна сфера на першому етапі є ще неушкодженою. Далі спостерігається динаміка розщеплення на рівні ціннісної сфери (і відсутність динаміки рівноваги між «АЯ» та «НЯ» на рівні потреб), а вже наступним етапом відбувається руйнування НЯ як на рівні соціальних цінностей, так і потреб.

Тобто адиктивне розщеплення відбувається так: 1) відсутність розщеплення (неузалежнена особа); 2) досить швидке формування «АЯ» на афективному рівні у сфері потреб (можна зробити припущення про стрибкоподібний фазовий перехід у формуванні «АЯ» або досить швидкий, але все ж таки континуальний процес), проте на цьому етапі маємо відсутність адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні свідомих цінностей; 3) поступове формування адиктивного розщеплення на ціннісному рівні та поступове підсилення «ціннісного» «АЯ», проте за домінування відносно цілісного «ціннісного» «НЯ», водночас розщеплення на рівні потреб залишається сталим (у динаміці розщеплення на рівні цінностей спостерігається деяка рівновага за відсутності динаміки змін «НЯ» й «АЯ» на рівні потреб); 4) кризовий перехідний стан, коли починають руйнуватися «НЯ» на рівнях цінностей і потреб, найімовірніше руйнування «НЯ» на рівні потреб відбувається трохи раніше (середнє значення – 15 років зловживання), ніж на рівні цінностей (середнє значення – 20 років зловживання); 5) етап поступового руйнування «НЯ» на рівнях потреб і цінностей за явного домінування «АЯ» на обох цих рівнях (етап явно вираженого ціннісного сплюснення адиктивів); 6) відсутність розщеплення через повну руйнацію «НЯ» та присутність виключно «АЯ» як на рівні потреб, так і цінностей.

Якщо зіставити результати дослідження з моделями Д. Шустова та Р. Крюгера, то ми маємо змогу інтегрувати їх. Так, модель Д. Шустова повинна віддзеркалюватися динамікою відмінностей малюнків. Імовірно швидке формування розщеплення на довербальному рівні та подальше відсутність динаміки цього розщеплення довгий час добре вкладається в теорію дисоціативних процесів – швидке формування відповідає швидкому «зв'язуванню» адиктивізації з преморбідною дисоціацією, а подальша відсутність динаміки відповідає досить довгому періоду відсутності додаткової травматизації наслідками вживання ПАР. Водночас модель Р. Крюгера віддзеркалюється нарративною методикою, де плавне наростання

адиктивного розщеплення з часом зловживання ПАР як раз відповідає механізму плавного наростання почуттів сорому та провини. Отже, скоріше за все, модель адиктивного розщеплення на метакогнітивному рівні внаслідок розвиненню почуттів сорому та провини Р. Крюгера, та модель адиктивного розщеплення через механізм дисоціації (що включає преморбідну дисоціацію та подальший розвиток дисоціативних процесів через травматизацію наслідками вживання) Д. Шустова не суперечать, а доповнюють одна одну, просто розглядаючи механізми адиктивного розщеплення на різних рівнях.

Слід зауважити, що ми вважаємо за можливе іншу послідовність: коли за відсутності травматичного преморбиду, спочатку відбувається адиктивне розщеплення на метакогнітивному рівні, а вже потім, через вторинну травматизацію наслідками безконтрольного зловживання, відбувається розщеплення на афектиному рівні (або на афективному рівні розщеплення зовсім не відбувається). Такі особи мають більш «невротичне» зловживання, без потужної десоціалізації, потребують більшою мірою індивідуальної психотерапії і нечасто попадають в реабілітаційні центри (тому в наведеному дослідженню цю групу не було виявлено).

Описані вище концепції пропонують нам поки що етіологічні фактори адиктивного розщеплення. Однак для повного розуміння цього феномену, нам важливо також розуміти патогенетичні механізми його розвитку. Тобто, якщо ми говоримо про розщеплення саме особистості (тобто формування двох субособистостей), то нам необхідно розуміти, які саме особистісні процеси залучено до механізму формування адиктивного розщеплення, тобто навколо якого «ядра» формуються «НЯ» та «АЯ».

Як предиспозиція до розвитку АР особистості необхідна своєрідна схильність особистості для подальшої адиктивізації: «адиктивна готовність» (Н. Максимова) або «адиктивна вразливість» (Е. Ханзян). Е. Ханзян вважав, що у пацієнтів ще до того, як вони стали uzалежненими, були численні проблеми (з депресією, виразом гніву, самоконтролем, тривогою, нудьгою тощо), і саме ці проблеми мотивували їх шукати полегшення в наркотиках і алкоголі. Та людина не є схильною до хімічного uzалежнення, якщо вона знаходиться у згоді з самою собою і своїми почуттями і здатна адекватно висловлювати ці почуття, якщо вона підтримує здорові відносини з іншими людьми і може подбати про себе. Н. Максимова стверджує, що психологічну готовність до зловживання ПАР, особистісну схильність до адиктивної поведінки обумовлюють своєрідні «слабкі ланки»: психологічні особливості, які провокують «відхід від реальності» за допомогою ПАР у разі зіткнення з життєвими труднощами – відсутність мотивації досягнення,

несформованість соціально спрямованих ціннісних орієнтацій, несформованість функції прогнозу поведінки, низький рівень самоусвідомлення та рефлексії, екстернальний локус контролю, низький рівень самоповаги, реакція відмови від діяльності під час зіткнення з труднощами, суперечність самооцінки та рівня домагань, тенденція до втечі від реальності:[7; 196-197]. Перераховані (та, можливо, інші) «слабкі ланки» особистості ми будемо вважати предиспозицією розвитку адиктивного розщеплення особистості на метакогнітивному рівні. А предиспозицію розвитку адиктивного розщеплення на довербальному рівні психіки будемо за Д. Шустовим вважати ранню травматизацію з ефектами дисоціації.

Для розуміння подальшого розвитку адиктивного розщеплення на цих двох рівнях нами було обрано дві концепції українських авторів: концепцію фіксованої уяви (О. Фільц, К. Седих, С. Михайлів) для пояснення механізму розвитку розщеплення на довербальному рівні та концепцію адиктивного симулякру (Д. Старков), для пояснення механізму розвитку розщеплення на метакогнітивному рівні

Фіксована уява

Люди з ранньою травмою через дисоціативні ефекти можуть знаходитися в хронічному стані дереалізації-деперсоналізації, однак який вони можуть не розпізнавати, бо знаходяться в ньому з дитинства. За цих обставин дія ПАР може знімати дереалізаційний синдром [4], через що ця категорія адиктів описує свій стан сп'яніння не стільки через гіпертимічні описові категорії, скільки використовуючи описові терміни ряду «відчуття себе справжнім», «відчуття себе живим», «диво» і под. Саме через це ефект дії ПАР для людей з травматичною дисоціацією може кардинально відрізнятись від ефекту дії для людей без такої травматизації.

Подальші зміни в особистості, що «запускає» ефект дії ПАР, ми пропонуємо описувати за допомогою концепції фіксованої уяви, яку висунула група українських вчених (К. Седих, С. Михайлів та ін., під керівництвом доктора медичних наук, професора О. Фільца). Проведене авторами теоретичне узагальнення наукових пошуків феномену утворення адиктивних форм поведінки дозволило сформулювати гіпотезу щодо провідної ролі уяви у формуванні механізму адикції. Переважаюча роль уяви в процесі формування адикції пояснюється тим, що цей пізнавальний психічний процес, по-перше, відіграє суттєву роль в організації психічної діяльності особистості, закладаючи внутрішній план діяльності; по-друге, як і будь-яка інша психічна активність, вона схильна до генералізації – утворення осередку збудження та «інтеграції» інших психічних процесів[11].

Останнє стає найбільш цікавим з огляду на те, що в науковому середовищі точаться дискусії з приводу наявності у процесу уяви окремого продукту – імагінативного образу, що розцінюється або як продукт уяви, або як різновид продукту мисленнєвої діяльності.

Саме в уяві гіпертрофується і добудовується певна частина дійсності, завдяки чому створюється емоційно насичена картинка (образ). Цей образ О. Фільц та К. Седих назвали фіксованою уявою. Вони зазначають, що уява – це психічний процес, що виражається в: 1) побудові образу, засобу і кінцевого результату предметної діяльності людини; 2) у створенні програми поведінки, коли проблемна ситуація невизначена; 3) у створенні образів, що замінюють діяльність; 4) у створенні образів, що відповідають описанню[10]. Результатом імагінативної діяльності є створення ментального образу чогось, що не представлено в конкретний момент у сприйманні (не існує зараз в реальності або ніколи не існувало).

К. Седих та О. Фільц вважають, що до системи адикції входять такі окремі елементи, як мотивація, уява, емоції, пам'ять, мислення, тілесність і поведінка. Водночас специфічністю цієї системи виступає фіксованість – уяви, відношення, ідеї. Під час формування механізму uzалежнення саме уява відіграє провідну роль [10].

Коли система адикції вже сформована, то тригером для її активізації слугує об'єкт uzалежнення (наприклад, хімічний агент). Створена структурно-динамічна модель механізму адикції представлено на рис. 1.5.2.

Як видно з рис. 1.5.2, фіксована уява стає центром циркулярних зв'язків (комунікації) між іншими психічними процесами: емоціями – через надцінне емоційне ставлення до об'єкта адикції; пам'яттю, мотивацією та мисленням – через виникнення надцінних ідей.

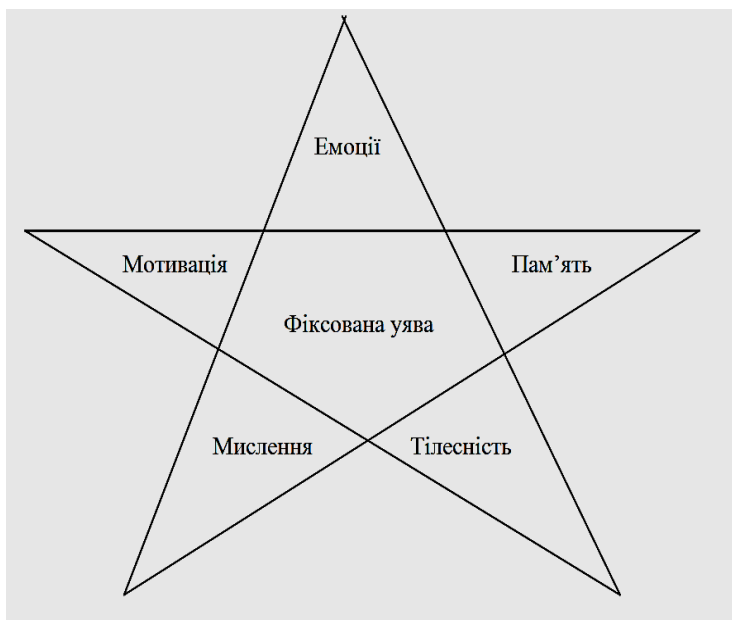


Рис. 5.2. Структурно-динамічна модель механізму адикції

Аналізуючи взаємодію різних сфер психічного у процесі адикції доцільно зазначати про наявність циркулярного зв'язку між уявою та емоціями. Так, образи уяви завжди мають емоційне забарвлення, натомість, будь-яке почуття, емоція прагне втілитися в певні образи, що відповідають цьому почуттю. Навіть коли вони не стосуються безпосередньо чи особисто життєвої ситуації особи, то і тоді вони виразно переживаються нею як позитивні або негативні[11].

На першому етапі фіксована уява відображає емоційно насичений зв'язок між вживанням адиктивного агента та появою реакції на вживання; потім – фіксована уява регулює емоційні стани та керує сприйманням, спогадами й ін., *формує внутрішній план дій; планування і програмування життя*. За таких умов створюються надцінне емоційне ставлення і надцінна ідея щодо об'єкта адикції, що характеризуються домінуванням у психіці та афективною насиченістю. Ці характеристики визначають вагому роль фіксованої уяви у формуванні адикції [10].

Водночас відчуття задоволення у суб'єкта виникає внаслідок приєднання до групи, спілкування і отримання незвичних когнітивно-тілесних переживань у процесі спільного вживання ПАР. Надалі це задоволення «підбирає» окремі елементи дійсності та комбінує їх у такий

зв'язок, який обумовлений зсередини вже цим настроєм, а не ззовні, логікою самих цих образів. Така комбінаторика притаманна сновидінням і мріям. Фантазія, керована таким емоційним фактором, – найбільш суб'єктивний, найбільш внутрішній вид уяви.

У розвитку узалежнення важливу роль відіграє така особливість емоційної сфери людини, як генералізація емоційних явищ. Адже, враження чи образи, які мають загальний емоційний знак, тобто емоційно подібно впливають на нас, мають тенденцію поєднуватися між собою, не зважаючи на те, що ніякого зв'язку між ними а ні за подібністю, а ні за суміжністю не існує. Така комбінаторика характерна для сновидінь і мрій. Роль емоційного компоненту у контексті впливу фіксованої уяви у формуванні адиктивного процесу, представлена в роботі С. Михайлів, де детально описані особливості механізму генералізації емоційних явищ адиктивної особистості та сутнісні зміни емоцій хімічно узалежнених осіб [8].

Зазначена сфера є особливим «місцем», де фіксуються й існують інтуїтивні особистісні цінності та змісти. Саме в цій якості образи уяви перестають бути епіфеноменом реального практичного життя людини. Сила уяви і перевага одного з полюсів (позитивного чи негативного) визначають ставлення індивіда до світу, а точніше, систему таких його ставлень. Саме тут укладений той глобальний особистісний механізм, що задає або узагальнено-інтуїтивний страх перед життям, постійне очікування чогось поганого і відповідно прагнення до запобігання невдач, або настільки ж узагальнено-інтуїтивне очікування радості і відповідно прагнення до досягнення успіху.

Оскільки згідно закону загального емоційного знаку емоція здатна підбирати враження, думки й образи, що співзвучні настрою людини зараз, то, на нашу думку, це запускає механізм створення такого феномену, як фіксована уява. Взаємодія емоції та образу розвивається за спіраллю і поступово зумовлює фіксацію уявного образу. Так, емоція уточнює образ, і сама емоція уточнюється, стаючи фіксованою на уточненому образі. На наступному етапі з'являються вторинні переживання, що виникають із приводу цих образів уяви, і саме ці образи стають емоційно «зарядженими». Створюється специфічна «амальгама» – сплав емоції і образу, який набирає самостійного надцінного значення.

Спираючись на постульовану роль фіксованої уяви у розвитку адикції, К. Седих та О. Фільц визначають такі закономірності у становленні адиктивного процесу, що надають нове бачення у формуванні механізму узалежнення не лише залежно від ступеня руйнування системи мотивів і

цінностей, проникнення хімічного агента до систем мозку, але у сукупності функціонування особистості [10].

Дослідники адиктивної поведінки зазначають, що на першому етапі виникнення uzалежнення відбувається переживання гострої зміни психічного стану у вигляді підвищеного настрою, почуття радості, екстазу, незвичайного підйому, відчуття драматизму, ризику у зв'язку з певними діями (приймання речовин, які змінюють психічний стан, переживання у зв'язку із ситуацією ризику в азартній грі та ін.) і фіксація у свідомості цього зв'язку. Під час спілкування на біохімічному рівні виділяються ендорфіни (гормони задоволення) і так в тілі та спогадах закріплюються переживання (**тілесний компонент системи адикції**). Під час актуалізації фіксованої уяви ендорфіни також виділяються (без наявності об'єкта бажання в безпосередній реальності). Спогади про спілкування в групі (роль пам'яті) та вживання як символ цього спілкування і додавання фантазій навколо цього створюють ментальний (уявний) образ, а потім фіксують, стереотипізують цей образ і формується *надцінний образ* (уявлення). К.Седих та О.Фільц, що фіксована уява і є тією когнітивною інстанцією, що створює вихідно «склеєний» амальгамований образ – *образ–бажання* [10].

Вже на цьому етапі, об'єкт uzалежнення (наприклад, хімічний агент як адаптоген надшвидкої дії) починає виступати як центральний елемент *системи спілкування* і як «членський квиток» наркоманічної спільноти, і як «посвідчення» особи – позначає ідентичність. Через ритуали та розмови про хімічний агент створюється і підтримується наркоманічна (алкогольна) субкультура.

Наступний етап адиктивної поведінки характеризується формуванням визначеної послідовності звертання до засобів адикції. На думку дослідників, на другому етапі формування системи адикції створюються: 1) надцінне емоційне ставлення і 2) надцінна ідея щодо об'єкта адикції.

Отже, можна сказати, що початок формування адиктивного процесу відбувається на емоційному рівні [6], але без включення такого виду уяви, як фіксована уява, подальший розвиток uzалежнення не відбудеться.

Якщо врахувати, що образ уяви за змістом є можливістю буття предмета (ситуації), то в сферу «*бажаного* в сполученні з емоційною зарядженістю ми одержуємо *можливого і/або небажаного можливого*». Це проявляється в тому, що людина всупереч логіці причинно-наслідкових зв'язків вважає реальним, допускає до себе, до області своїх переживань те, що відповідає її бажанням, зміст мислення водночас підпорядковується емоціям. Виникає **надцінна ідея**, яка створює базис для планування

конкретних дій, вона також формує внутрішній план дій; планування і програмування життя [10].

Як вже зазначалося вище, на другому етапі формування системи адикції створюються надцінна ідея щодо об'єкта адикції. Поняття надцинних ідей було висунуто С. Wernicke для позначення окремих суджень або груп суджень, афективно насичених, які носять стійкий, фіксований характер. Зазвичай розрізняють надцинні ідеї, що спостерігаються у психічно здорових, і патологічні, що є ознакою психічного захворювання. Надцінна ідея у своєму розвитку все більше опановує свідомість хворого, до неї приєднуються нові надцинні ідеї. Вона настільки зливається з особою хворого, що сприймається ним як єдине правильне уявлення або система уявлень, які він активно захищає. За цих умов особа повністю поглинається хворобливими надцинними ідеями.

Надцинні ідеї характеризуються такими основними факторами: 1) домінуванням в психіці: особистість (точніше, фіксована уява) і ідея зливаються, ідея і самостійно вироблені правила починають керувати поведінкою особистості. Дотримання ідеї стає домінуючим, інші потреби просто витісняються з психіки; 2) афективна насиченість, «психологічна зрозумілість» ідеї і відсутність остаточної переконаності в тих ідеях, які зрозумілі «виходячи з переживань, ситуації і особистості хворого». Надцинні ідеї – це штучно створена реальність із множиною лабіринтів. Здебільшого надцинні ідеї – це захист від проблеми вибору.

Розглядаючи фіксовану уяву як чинник формування адикції, К. Седих та О. Фільц зауважують, що адиктивний агент виступає як тригер, який запускає процес, виникає кататимна прив'язаність до об'єкта – наприклад, хімічної речовини [10].

Застосовуючи концепцію О. Фільца, К. Седих та співавторів для пояснення механізмів патогенезу адиктивного розщеплення, ми вважаємо, що саме фіксована уява стає тим «ядром», навколо якого формується «Адиктивне Я» на довербальному рівні [10].

Адиктивний симулякр

У цій концепції припускається, що для почуття «кайфу» крім хімічно-викликаних тілесних відчуттів необхідна ще уявна продукція відповідних знаків. Тобто, за думкою Д. Старкова, *«адиктивний кайф» є результатом системного об'єднання (або емерджентністю, говорячи мовою теорії систем) хімічно-викликаних дією ПАР тілесних відчуттів та уявно спродукованих знаків-симулякрів у стані зміненої свідомості.* Або простіше, кайф – це комплексний стан тілесних відчуттів, створених прямою хімічною

дією ПАР, та суб'єктивно значущих фантазій в зміненому стані свідомості. Пряма тілесна дія ПАР без фантазійного компоненту не викликає кайфу. Саме такі спродуковані у стані зміненої свідомості знаки-симулякри ми і будемо називати *адиктивним симулякром*.

Адиктивний симулякр – це уявно-спродуковані у стані зміненої свідомості знаки-симулякри (тобто ті знаки, які не відсилають до об'єктивної реальності), які мають для особи ціннісне суб'єктивне значення.

Психодинамічні теорії пропонують таку форму психологічного захисту, як фантазування. Відмінність між фантазією як захистом та участю фантазування в продуктивному контакті з реальністю (наприклад, у побудові реальних цілей та планів діяльності) полягає в суб'єктивному статусі реальності фантазії. Так, захисні фантазії ніколи (за винятком психозу) не мають статусу суб'єктивної реальності. Тому переживання, які вони викликають, також не набувають тієї сили та якості, як переживання від реальних подій та дій. Наприклад, емоції від фантазування від виграшу мільйону доларів ніколи не набудуть тієї якісної сили, як емоції від реального виграшу цієї суми. Бар'єром між двома цими видами фантазування є тестування реальності. Однак під дією ПАР, як показують останні нейробіологічні дослідження, відбувається зміна функціонування кортикальних зон (а не лише задіяння лімбічних областей), які відповідають за свідомість та зокрема за тестування реальності. Як наслідок зміни функціонування кортикальних зон під дією ПАР захисні фантазії індивіда можуть набути суб'єктивного статусу реальності, а отже, і змінитися якісна сила пов'язаних з ними переживань, що і є механізмом виникнення потужного відчуття суб'єктивного щастя (кайф). Як паралельний механізм набуття адиктивними фантазіями статусу реальності ми розглядаємо адиктивні ритуали, які вводять людину в особливий трансний стан зміненої свідомості. Прагнучи до цього стану, індивід так поступово створює у своєму внутрішньому світі особливу фантазійну область, уявний симуляційний світ (який дисоційовано від уявлень про реальний світ), у якому реалізуються його мрії, знімаються заборони, задовольняються потреби та нужди тощо. Але цей фантазійний світ може набути статусу реальності тільки під дією ПАР. Цей адиктивний уявний симуляційний «віртуальний» світ ми пропонуємо називати, у слід за Ж. Бодрієм, *адиктивна гіперреальність*.

У такий спосіб поступово відбувається розщеплення особистості на метакогнітивному рівні та розвивається надцінне ставлення до вживання ПАР (тобто пояснюється суб'єктивна цінність ПАР, смисл вживання для індивіда, а не тільки компульсивний чи ейфоричний автоматизований потяг

до вживання). Певні групи ПАР можуть бути більш зручні для фантазійного задоволення тих чи інших потреб через особливості психофізіологічного фону (наприклад, «серотонінові» наркотики більш зручні для задоволення потреби в близькості, а норадреналінові – для задоволення потреб в діяльності і реалізації.). Водночас головним нейромедіаторним механізмом однаково є не специфічність нейромедіаторного релізу, а зміна кортикального функціонування і розгортання внаслідок цього специфічної адиктивної фантазійної діяльності зі суб'єктивним статусом реальності – формування адиктивної гіперреальності.

Якщо ще наблизитися до теорії симулякрів Ж. Бодріяра, яку покладено в основу запропонованої теорії, то можна говорити, що вживання ПАР починає відігравати роль своєрідного знаку, який кодує наратив адиктивної гіперреальності. Водночас цей знак суб'єктивно має більш вагомий статус, ніж сама реальність – він стає симулякром (за визначенням Ж. Бодріяра). Зв'язування адиктивної діяльності в єдиний наратив також відбувається за «постмодерністським» законом – коли знаки відсилають не до реальності, а до інших знаків. Тобто, можна говорити, що сама адиктивна діяльність полягає в продукції адиктивних симулякрів – знаків, які не пов'язані з об'єктивною реальністю, але які мають суб'єктивний статус значущості вищий за саму реальність. Адиктивна гіперреальність є закодованою адиктивними симулякрами (знаками адиктивної діяльності, наприклад, вживанням ПАР). Адиктивний симулякр за визначенням не відсилає до об'єктивної реальності, тому таке кодування відповідає модусу менталізації психічної еквівалентності, що узгоджується з думкою Р. Крюгера про саме такий модус менталізації АЯ.

Фантазійна діяльність у стані сп'яніння стає суб'єктивно настільки ж цінною, як і реальна діяльність в реальному світі. Продовжуючи вживання ПАР людина розвиває свою адиктивну фантазійну діяльність, та в цьому процесі за механізмом зміщення мотиву на ціль починають формуватися нові адиктивні цінності. Такий процес розвитку системи адиктивних потреб, цінностей та смислів ми включаємо до першої стадії розвитку психологічного uzалежнення. На першій стадії розвиток адиктивних цінностей не суперечить загальній ціннісно-смісловій системі індивіда. Згодом адиктивні та нормативні цінності починають конфліктувати. Характеристикою цього конфлікту є те, що індивід принципово не здатен вирішити його на свідомого рівні (адиктивна діяльність є за своєю природою психотичноподібною і не може бути інтегрованою в звичайну діяльність індивіда). Як наслідок починається поступове розщеплення нормативних та адиктивних цінностей з утворенням двох незалежних ціннісно-сміслових систем (це є процес не

тільки утворення двох окремих мотиваційних систем, але більш загальний процес утворення двох дисоційованих субособистостей: нормативної та адиктивної). Інакше кажучи, з розвитком адиктивної діяльності у індивіда окремі адиктивні лакуни інтегруються згодом в цілісну «симуляційну» зону, окремий внутрішній світ (дискретно відщеплений від психічних процесів, що обумовлюють взаємодію з реальним світом), який є доступним лише під дією ПАР (адиктивна гіперреальність). Такий процес розщеплення ми включаємо до другої стадії розвитку психологічного uzалежнення. Феноменологічно початок другої стадії можна визначити через появу екзистенційних почуттів провини та сорому після попереднього вживання. Другу стадію можна розбити на два етапи – перший домінування нормативної системи цінностей та відповідно нормативної субособистості. Другий етап – домінування адиктивної системи цінностей та відповідно адиктивної субособистості. Третя стадія є зняттям конфлікту між адиктивною та нормативною системами цінностей через руйнацію нормативної системи – нормативні цінності перестають бути об'єднаними в холічну систему через дезінтеграцію цієї системи. Більш загально цей процес є дезінтеграцією «НЯ». Третю стадію психологічного uzалежнення ми вважаємо незворотною.

Патогенез адиктивного розщеплення

Тобто поєднуючи моделі фіксованої уяви (О. Фільц та ін.) та концепцію адиктивного симулякра (Д. Старков) припускається, що теорія фіксованої уяви описує механізми адиктивного розщеплення на довербальному «рівні потреб», а теорія адиктивного симулякра на свідомому «рівні цінностей».

Підсумовуючи, ми можемо описати фази формування адиктивного розщеплення так. У людей з ранньою травмою спочатку досить швидко формується «АЯ» на рівні потреб через механізм фіксованої уяви (де у розвитку особливу роль відіграють дисоціативні процеси). Надалі відбувається формування адиктивного розщеплення на ціннісному рівні та поступове підсилення «ціннісного» «АЯ» за рахунок механізмів продуктивної уяви (формується адиктивна гіперреальність, «вхід» в яку можливий лише через дію адиктивного симулякра). Далі починають поступове руйнування «НЯ» на рівні потреб та цінностей за явного домінування «АЯ» на обох цих рівнях, та згодом розщеплення «знімається» через повну руйнацію «НЯ» та присутність виключно «АЯ» як на рівні потреб, так і на рівні цінностей. У людей без ранньої травми (тобто без обтяженості особистості дисоціативними ефектами), можливо, адиктивне розщеплення формується

лише на метакогнітивному рівні (тобто задіються лише механізм «адиктивного симулякру»)

Однак слід зауважити, що один з головних розробників концепції фіксованої уяви, проф. О. Фільц, має зауваження до запропонованого співвідношення концепцій фіксованої уяви та адиктивного симулякру. У дискусії з цього питання, яка проходила в рамках робочої групи Українського інституту психотерапії залежностей, він висловив свій погляд на запропоновані Д. Старковим теоретичні міркування та експериментальні результати дослідження. Якщо коротко висловити думку Олександра Орестовича, то він вважає, що не можна говорити про два окремі механізми формування адиктивного розщеплення, бо в основі обох лежить один й той же психічний процес уяви. Експериментальні результати дослідження Д. Старкова про розходження динамік параметрів вербальних та невербальних методів необхідно трактувати в рамках одного континуального процесу формування фіксованої уяви. Так спочатку досить швидко формується образ фіксованої уяви на сенсорному-образному рівні психіки, але надалі фіксована уява поступово починає «залучати» психічні процеси все більш вищого рівня. Так пояснюється відсутність динаміки у відмінностях малюнків ейфорії та тверезості та поступове наростання відмінностей відповідних наративів з терміном зловживання на етапах до 15-20 років. Тобто, інакше кажучи, модель адиктивного симулякру не є незалежною, а похідною моделлю від моделі фіксованої уяви. Враховуючи вагомість аргументів О. Фільца, Д. Старков все ж заперечує, що таке трактування веде до досить редукаціоністського тлумачення природи усвідомлених фантазій, з яких складається простір адиктивної гіперреальності.

Психотерапія адиктивного розщеплення

Ми зробили спробу описати існуючі моделі адиктивного розщеплення та надати власний погляд на їх інтеграцію. Сподіваємося, що науковий розгляд адиктивного розщеплення особистості, який є центральним механізмом розвитку адикції, буде надалі розвиватися. Наприкінці, ґрунтуючись на теоретичній моделі адиктивного розщеплення, хочемо запропонувати таку послідовність психотерапевтичних етапів:

1. Мотиваційний етап є першим етапом будь-якого виду психотерапії uzалежнення. Однак здебільшого фахівці рекомендують (використовуючи мову моделі адиктивного розщеплення) підтримувати нормативну частину і конфронтувати адиктивну. Виключенням є лише, на нашу думку, модель мотиваційного інтерв'ювання, де адиктивну частину пропонують ігнорувати.

Конфронтація «АЯ» ні до чого іншого, як до появи супротиву з його боку не викликає. На противагу, ми пропонуємо проводити мотиваційну роботу також і з адиктивною частиною. Така мотиваційна робота може полягати в розумінні фахівцем мотивів зловживання та віддзеркалення цих мотивів адикту, постановка цілей у вигляді зрозумілому та прийнятному «АЯ» тощо.

2. Створення зовнішньої системи підтримки «НЯ» та компенсації «АЯ». На другому етапі ми пропонуємо не лише підтримувати нормативну частину особистості, але й знаходити адекватні шляхи реалізації потреб «АЯ» здоровим способом. Наприклад, однією з головних потреб «АЯ» є «відкрите» спілкування з іншими людьми (що могло досягатися тільки в наркотичному колективі), на відміну від «фальшивого» спілкування в «тверезій» групі. Тому в реабілітаційному процесі вкрай важливе створювати атмосферу відкритого та спонтанного комунікаційного поля – для задоволення саме потреби «АЯ».

3. Робота з профілактикою крейвінгу. Тут «профілактика крейвінгу» вживається в самому широкому значенні, включи континуум від патологічного потягу до «узеленого мислення» без явного прояву потягу. Така робота з погляду психотерапії адиктивного розщеплення є необхідною для реконструкції копінгів здорового задоволення потреб з витримуванням напруги незадоволення.

4. Реконструкція нормативної системи цінностей. Це є задачею гуманістичної психотерапії. Тут в ніякому разі не йдеться про «моральне перевиховання». Клієнта необхідно вивести у світ людських взаємовідносин, щоб він зміг «побачити» Іншого, зміна роботизованого світу «фальшивої» взаємодії на світ живих стосунків.

5. Інтеграція нормативної та адиктивної систем на метакогнітивному рівні. На цьому етапі розвивається «діалог» між «АЯ» та «НЯ». Мається на увазі, природний внутрішній діалог, який веде до інтеграції частин «Я». Фахівець тільки ініціює його та допомагає розвиватися, віддзеркалюючи різні частини «Я» клієнта, приймаючи їх з однаковою повагою. Також тут можуть допомогти різні експресивні вправи: листування між «АЯ» та «НЯ» (клієнта просять писати листи друг другу з позиції «АЯ» та «НЯ», обговорюючи це листування з третьої метапозиції), робота в стилі монодрами (клієнта просять сідати на два стільця поперемінно, які символізують позицію «АЯ» та «НЯ», та вести діалог, який обговорюється з третьої метапозиції) і под.

6. Робота з довербальним рівнем адиктивного розщеплення (фіксованою уявою). На цьому рівні бажана робота з психоаналітиком. З експресивних вправ цей рівень можуть «обробляти» ДПДГ технології. Нами, наприклад, застосовувалась така методика. Клієнта просять намалювати

«кайф» та бажане тверезе життя. Потім між цими малюнками проводиться серія рухів очей за технологією ДПДГ та проводиться обговорення (зазвичай на перших етапах цієї вправи може активуватися потяг до вживання, навіть якщо клієнт його давно не відчував). Клієнту пропонується домалювати на малюнку тверезості те, що там не вистачає і є на малюнку «кайфу». Потім знову проводиться серія рухів очима і под. Вправу пропонується повторювати декілька разів на різних сеансах. Виконувати цю вправу можна з адиктами зі стійкою ремісією не меншою за 2-3 роки (з безперервною психотерапією весь цей час), без проявів потягу до вживання та які не знаходяться в кризовому стані. Інакше, замість інтеграції, можливе підсилення розщеплення, активування нездоланого потягу до вживання, яке призведе до рецидиву.

Висновок

У цьому підрозділі зроблено спробу узагальнення знань та ідей про адиктивне розщеплення особистості, включаючи пропозицію власних теорій. На жаль, дослідженню цього важливого (а можливо, навіть центрального) явища в феномені адикцій присвячується неприпустимо мала кількість робіт. Вважаємо, що подальші дослідження саме в цій галузі можуть бути одними з найбільш перспективними. По-перше, цікавить дослідження динаміки адиктивного розщеплення в різних видах адикцій. По-друге, відкритим залишається питання щодо преморбиду адиктивного розщеплення. Повністю незрозумілим є наявність феномену адиктивного розщеплення у випадках «малих uzалежнення» – наприклад, при тютюновому uzалежненні. Виходячи з власної психотерапевтичної практики, ми спостерігаємо навіть у разі малих uzалежнення розщеплення мислення про об'єкт uzалежнення та амбівалентність мотивації, що дає привід думати, що в деякій мірі адиктивне розщеплення присутнє і там. Цікавим може бути також напрям нейробіологічних досліджень. Так, останні нейробіологічні дані про зміни функціонування префронтальної кори дають нам змогу припускати, що адиктивне розщеплення можна вивчати і на цьому рівні – так у режимі крейвінгу/сп'яніння та в «тверезому» режимі активуються різні ділянки дорсолатеральної префронтальної кори, що як раз і можна пов'язати з феноменом адиктивного розщеплення.

Список використаних джерел:

1. Анонімні Алкоголіки. Львів: AA World Service. 2020. 154 с.
2. Валентик Ю.В. Континуальна психотерапія больних с зависимостью от психоактивных веществ. *Лекции по наркологии* / Под. ред. Иванца. Москва: Нолидж, 2000. С. 341-364.
3. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. *Лекции по наркологии* / Под. ред. Иванца. Москва: Нолидж, 2000. С. 295-308.
4. Гребенюк А.А. Психологическая зависимость от наркотических веществ: для врачей-психиатров, наркологов, психологов, психотерапевтов, социальных работников. Симферополь: Таврия, 1999. 185 с.
5. Крюгер Р. Лечение психодрамой: теория и практика. Москва: «Класс», 2017. 736 с.
6. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков: учебно-методическое пособие. Москва, Санкт-Петербург: Фолиум, 1998. 70 с.
7. Максимова Н.Ю. Психологія девіантної поведінки: навчальний посібник. Київ: Либідь, 2011. 520 с.
8. Михайлів С.В. Динаміка показників емоційної сфери наркозалежних в період реабілітації. *Science and Educational New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2019. VII (84). Iss. 207. С. 66–70. DOI: <https://doi.org/10.31174/SEND-PP2019-207VII84-15>
9. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308с.
10. Фільц О.О., Седих К.В. Ритуал зцілення як технологія психологічної реабілітації осіб із хімічним uzалежненням. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Вип. 60. Харків: ХНПУ, 2019. С. 231–247. URL: <http://journals.hnpu.edu.ua/index.php/psychology/article/view/2091>
11. Фільц О., Седих К., Михайлів С. Фіксована уява як механізм виникнення uzалежнення. *Психологія і особистість*. 2018. № 2 (14). С. 9-22.
12. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. 415 с.
13. Nakken C. The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior. 2-nd Revised ed. Edition. Center City, MN: Hazelden Publishing, 1996. 144 p.

1.6. Психологічні особливості підлітків з адиктивною поведінкою

Максимова Н.Ю.

Абстракт.

Висвітлюються психологічні фактори виникнення схильності до адиктивної поведінки. Показано, що провідними факторами цього процесу є порушення у функціонуванні механізмів психологічного захисту. Представлено результати порівняльного дослідження особистості соціально дезадаптованих підлітків, які вживають психотропні речовини, а також підлітків нормативної групи. Визначено сфери особистості, що мають вирішальне значення для діагностики схильності до адиктивної поведінки. Розкрито складові особистісної схильності до адиктивної поведінки та механізми їх формування.

Психологічні фактори виникнення адиктивної поведінки

Фактори, що впливають на виникнення адиктивної поведінки начебто відомі, проте жоден з них не є вирішальним, а ієрархія їх не визначена. Навіть якщо на дитину впливає сукупність цих факторів, це ще не означає беззаперечно, що вона стане алкоголіком чи наркоманом. Так, наприклад, негативний життєвий досвід підлітка, помилки в шкільному та сімейному вихованні дітей є частим явищем. З іншого боку, відхилення в психічному розвитку та інші несприятливі психофізіологічні передумови (психопатії, акцентуації характеру, психопатичний розвиток особистості, мінімальні мозкові дисфункції, спадкова обтяженість) також не можуть бути самі собою причиною адиктивної поведінки.

Відомо, що багато дітей виховується в дисфункційних сім'ях, мають низький культурний рівень, однак далеко не всі вони стають алкоголіками чи наркоманами. З іншого боку, здебільшого діти, що стоять на обліку в психоневрологічних диспансерах (тобто мають значні відхилення в розвитку нервової діяльності), все ж таки знаходять своє місце в дорослому житті. Так, детермінантою виникнення адиктивної поведінки виступають не зовнішні обставини, і навіть не індивідуально-типологічні особливості, а самосвідомість, внутрішній світ самої людини.

Життя людини може складатися по-різному, стан здоров'я теж, але головним в цьому буде те, як сама людина сприймає всі ці обставини, як вона ставиться до оточуючих, як вона переживає події свого буття. Саме це становить предмет психологічного аналізу, і саме це визначає, чому одна

дитина, не зважаючи на несприятливі умови життя (а точніше, переборюючи їх), виростає гідною людиною, а інша, що виховується начебто в заможній благополучній сім'ї, починає зловживати алкоголем чи наркотиками.

Глибинний рівень визначення факторів адиктивної поведінки криється у вивченні психологічних травм дитинства. Сутність психотравмуючої ситуації полягає в неможливості дитини задовольнити свої життєво важливі потреби. Причини таких ситуацій найрізноманітніші, суто індивідуальні. Вони криються і в умовах життя дитини, і у вікових особливостях того чи іншого періоду розвитку, і навіть у зовнішньому вигляді дитини – взагалі, можуть виникати з будь-яких приводів. Однак, у них завжди є спільне: напружена потреба і неможливість її задовольнити. Конфлікт виникає або зі зіткнення дитини з внутрішніми перешкодами – вона хоче, але в силу своїх здібностей не може домогтися бажаного; або зі зіткнення людини зі зовнішнім середовищем – вона хоче, але їй не дають можливості задовольнити свої потреби. Ця спільність причин породжує і єдиний механізм стихійного виходу з цієї болючої для людини ситуації – фрустровану поведінку.

У підлітковому віці стан емоційної напруги, психічного дискомфорту виникає у дитини дуже часто. Це, перш за все, пояснюється віковими особливостями (несформованістю особистості, відсутністю звички до аналізу своїх дій, вчинків та їх наслідків). Тому цей критичний етап у розвитку психіки людини часом проходить настільки боляче, що підліток прагне пережити його в прямому розумінні слова «під наркозом».

У подальшому, така стратегія поведінки, що спрямована на «відкидання» негативної інформації закріплюється, фіксується вже як риса особистості. Це дає змогу зберегти емоційну рівновагу, бездіяльність і психологічний комфорт у ситуації, що вимагає від людини докладати зусилля для подолання труднощів. Суб'єктивно, підлітка влаштовує такий шлях вирішення проблеми, що викликала фруструючу ситуацію. Проте, об'єктивно, проблема лишається невирішеною, а для оточуючих спілкування з такою дитиною стає все більш обтяжливим. Звідси неминуча соціальна дезадаптація.

У складних життєвих обставинах безпорадними залишаються ті підлітки, які нездатні (через певні якості своєї особистості) знайти конструктивний вихід з психотравмуючої ситуації. Якщо у них ще й не ефективні механізми психологічного захисту, вони, образно кажучи, захищаються від негативних емоційних станів.

Роль психологічного захисту

Розглянемо роль психологічного захисту в такій ситуації: захисні механізми особистості – це мимовільні, неусвідомлювані процеси, що покликані звільнити індивіда від сприймання небажаної психотравмуючої інформації, усунути тривогу та напруженість. Їх дія звичайно не дуже тривала і продовжується доти, доки людині потрібний «перепочинок» для нової активності. Але, якщо цей стан штучного емоційного благополуччя фіксується на тривалий період (за рахунок дії психологічного захисту) та за своєю суттю заміняє активність, то психологічний комфорт досягається ціною викривлення сприйняття реальності, ціною самообману.

У цьому разі психологічний захист, викривлюючи реальність з метою миттєвого забезпечення благополуччя, діє без урахування довгочасної перспективи. Мета психологічного захисту досягається ціною дезінтеграції поведінки, виникнення відхилень в розвитку особистості. Ввімкнення захисних механізмів у цьому разі спрямоване на досягнення позитивних емоційних станів, нехай навіть ціною ілюзії розв'язання проблеми, тобто без реального отримання бажаного результату. У реалістичному підході до подолання життєвих ускладнень, навпаки, формується рішучість боротьби за досягнення цілей, реального усунення перешкод.

Якщо ж неможливість подолання перешкоди стає очевидною для суб'єкта, то можливий і інший вихід з психотравмуючої ситуації – взявши за основу реальність, людина стримує та підлаштовує до неї суб'єктивність (знижує рівень домагань, обирає іншу діяльність тощо). Психологічний захист, навпаки, бере за основу недоторканість суб'єктивності (наприклад, заперечення інформації про необхідність змінити самооцінку, зміст потреб, свої бажання тощо) та викривлює образ реальності заради збереження емоційного благополуччя.

Однак, у міру наростання негативної інформації, критичних зауважень, невдач, що неминучі у разі порушенні процесу соціалізації, психологічний захист, що тимчасово дозволяв ілюзорно-позитивно сприймати об'єктивне неблагополуччя, стає все менш ефективним. У випадку неефективності дії системи психологічного захисту або її недостатньої сформованості, у виникненні загрози нервового зриву організм інстинктивно шукає виходу та знаходить його у зовнішньому середовищі.

Інстинктивно намагаючись врятуватись від нервового зриву та дезінтеграції психічних функцій, підліток вдається до застосування зовнішніх засобів психологічного захисту – зміни свого негативного психічного стану на позитивний штучним (хімічним) шляхом. Такими зовнішніми засобами захисту від психотравмуючої ситуації і є психотропні речовини. У випадку

відсутності соціального контролю та доступності алкоголю (наркотиків) актуалізована психологічна готовність до вживання психотропних речовин реалізується.

Якщо розвиток особистості піде шляхом «найменшого опору», то соціальна дезадаптація буде примножена суб'єктивними негативними переживаннями. Таке надмірне навантаження психіки підлітка не витримує і він шукає будь-яких засобів змінити негативні емоції на позитивні. Іншими словами, якщо виникає необхідність змінити свій психічний стан штучним шляхом, то на такому фоні навіть один випадок уживання психотропних речовин залишає дуже глибокий слід в емоційній пам'яті. Майже миттєво виробляється умовний зв'язок: якщо сталась (або навіть передбачається) якась неприємність чи просто психічна напруга, треба вдатись до уживання алкоголю або інших психотропних речовин.

Ураховуючи культурні традиції нашого суспільства, де алкоголь посідає майже головне місце в усіх подіях, що емоційно значущі для людини, немає чого дивуватись, що людина вже змалечку дізнається про те, як можна впливати на свій настрій. Так, уживання психотропних речовин стає одним з шляхів виходу з психотравмуючої ситуації.

Параметри актуалізації психологічної готовності до уживання психотропних речовин

Параметри актуалізації психологічної готовності до уживання психотропних речовин можна згрупувати так:

1) нездатність людини до продуктивного виходу з ситуації ускладненості задоволення актуальних життєво важливих соціальних потреб, яка виникла в результаті неправильного виховання та обумовлена певним сполученням особистісних властивостей;

2) несформованість або неефективність засобів психологічного захисту особистості;

3) наявність психотравмуючої ситуації, яка стимулює проявлення («ввімкнення») цієї психологічної готовності.

Інакше кажучи, є люди (а тим паче підлітки), відносно яких можна прогнозувати, що в разі наявності психотравмуючої ситуації вони або вживатимуть психотропні речовини, або захворіють на невроз, або позбавлять себе життя. Будь-який з цих шляхів, безумовно, є трагедією для підлітка, його батьків та близьких, і втратою для суспільства.

Експериментальні дослідження, що здійснені нами серед підлітків, які епізодично вживають наркотики, підтверджують наявність у них психічної

напруги та тенденції до ірраціональних форм захисної поведінки на тлі несформованості (або неефективності) механізмів психологічного захисту.

Психологічна готовність до вживання психотропних речовин, з одного боку, є системоутворюючим фактором виникнення алкоголізму та наркоманії, а з другого боку – дає можливість прогнозувати їх виникнення. Необхідно виявити саме ті риси особистості підлітків, які складають своєрідну психологічну готовність до вживання психотропних речовин. Якщо у дитини існує така готовність, то навіть випадковий збіг обставин дуже легко може спричинити до засвоєння стереотипу адиктивної поведінки. Більш того, існуючі форми і методи пропагування шкідливих наслідків уживання алкоголю та наркотиків (лекції, бесіди, кінофільми, телепередачі, публікації) не сприймаються неповнолітніми, які вже мають психологічну готовність до вживання психотропних речовин. Перепоною для найпереконливіших аргументів тут виступають механізми психологічного захисту, що входять до структури особистості цих підлітків, і наче «блокують» корисну інформацію.

Своєчасне виявлення у підлітка психологічної готовності до уживання психотропних речовин дає змогу здійснювати своєчасну профілактику відхилень у його поведінці. Як вже зазначалося, для підлітків, яким притаманна психологічна готовність до наркоманії та алкоголізму, недостатні загальні методи антинаркоманійної чи антиалкогольної пропаганди. Для них необхідна спеціальна система психолого-педагогічних впливів, спрямованих на корекцію структурних компонентів їх особистості.

Розкриття того, які особистісні якості підлітка, які їх особливості можуть надалі стати відправною ланкою виникнення такої схильності, були предметом нашого спеціального дослідження. Вивчалися 130 осіб підліткового віку, що були представлені у таких двох групах:

- 1) підлітки, що добре соціально адаптовані – група «норма» (76 осіб),
- 2) підлітки, які епізодично вживають психотропні речовини – група «ризик» (54 особи).

Необхідно підкреслити, що стосовно групи «ризик» йдеться не про наркоманів і алкоголіків, а саме про тих підлітків, хто тільки-но почав вживати алкоголь, наркотичні чи токсичні речовини, але ще не є хворим.

Результати показали, що здебільшого провідні мотиви підлітків, які вживають психотропні речовини, вражають беззмістовністю. Наприклад, 79% підлітків, розповідаючи про своє життя, свої уподобання відмічають як найулюбленіші пасивно-розважальні види діяльності. «Люблю сидіти та «балдіти» під музику», «Більш за все люблю лежати та ні про що не думати», «Більш за все люблю нічого не робити». Те ж саме підтверджують міркування цих підлітків відносно свого майбутнього. Більша частина з них

(69 %) на запитання про те, як вони уявляють своє майбутнє, до чого прагнуть, що намагаються досягти в своєму житті, здивовано зводять плечима і відповідають: «Не знаю», «Ніколи про це не думав», «А нащо мені про це думати, хіба від мене щось залежить?». Порівнюючи ці дані з міркуваннями соціально адаптованих підлітків, у яких переважають мотиви самоствердження, престижу, самовдосконалення, самореалізації, створюється враження, що підлітки, які схильні до алкоголізму та наркоманії, живуть наче уві сні, ніколи не замислюючись над тим, що і для чого вони роблять.

Соціально адаптованих підлітків спонукає до діяльності потреба досягнення успіху (вдячності, нагороди, похвали тощо). У підлітків, схильних до адиктивної поведінки, статистично достовірно визначається уникаюча мотивація. Потреба досягнення успіху у них загальмована (або не розвинена). Їх спонукає до дії протилежна потреба — уникнути покарання, поразки, негативних емоцій тощо.

Соціально адаптовані підлітки розглядають свою діяльність як джерело позитивних емоцій. Підлітки, які схильні до адиктивної поведінки, очікують від своєї діяльності тільки негативні переживання, прикромців і негараздів. Соціально адаптовані підлітки вважають необхідним передбачати результати своєї діяльності, аналізують наслідки своїх вчинків, беруть на себе відповідальність за них. Підлітки, схильні до адиктивної поведінки, не тільки не вважають за потрібне передбачати наслідки своїх дій, а взагалі не відчувають себе суб'єктом своєї діяльності. На їхню думку, все, що з ними відбувається, не залежить від їхньої волі і не є наслідком їх поведінки. Життя вони розуміють як нагромадження випадкових подій, які неможливо перебороти чи уникнути. Тому будь-які життєві плани, зусилля для їх досягнення, на їх думку, не мають сенсу. Отже, особливості мотиваційної сфери підлітків, схильних до наркотизації: беззмістовність, уникаюча мотивація, відсутність суб'єктності.

Яке значення мають вказані особливості мотиваційної сфери для з'ясування причин наркоманії та алкоголізму? Спробуємо пояснити. Нагадаємо, що рушійною силою життєдіяльності людини є потреби. Задоволення будь-яких потреб супроводжується позитивними емоціями. Дитина, яка не має відхилень у розвитку особистості, вже в підлітковому віці добре усвідомлює зв'язок між своїми діями, задоволенням своїх потреб та позитивними емоціями. Відчуваючи себе суб'єктом діяльності, підліток вчиться керувати обставинами, бо він впевнений, що від його дій значною мірою залежить: здобуде він позитивні емоції (задоволення, нагороду, схвалення, радість) чи ні.

Зовсім інше ми бачимо в наших обстежуваних. Вони не відчують себе суб'єктом своїх дій, їм бракує усвідомлення того, що вони спроможні керувати обставинами свого життя, здобути позитивні емоції завдяки виконанню власної, свідомо обраної, продуктивної діяльності. Але потреба в досягненні позитивних емоцій від цього не зникає. Підліток прагне відчувати стан задоволення, радості, але не бачить шляхів досягнення цього. Дізнавшись, що такий стан можливо викликати штучно, підліток, не вагаючись, починає уживати психотропні речовини.

Наступний параметр – низький рівень самоусвідомлення підлітками, схильними до наркоманії та алкоголізму, рис своєї особистості; практичну відсутність навичок самоаналізу і тим більше вміння описувати себе. Навіть просте завдання – відповісти на запитання: «Хто я?» – нелегко дається їм. Підлітки довго не погоджувались з тим, що вони повинні говорити про якість своєї особистості: «Хіба це можливо – говорити про себе? Нехай інші скажуть», «Я не знаю, який я, різний буваю залежно від настрою» – ось типові відповіді. Подібна реакція підлітків обумовлена, мабуть, не лише низьким рівнем самоусвідомлення, але й тим, що рефлексія в них зазвичай пов'язана з негативними емоційними станами. Адже зауваження педагогів і батьків типу: «Подумай, що ти накоїв!», «Подивись на себе, на кого ти схожий!», «Що з тебе буде, якщо ти зараз вже такий!» асоціюються з негативними переживаннями підлітка.

Самооцінка, рівень домагань та їх взаємодія у підлітків, які уживають наркотики, суттєво відрізняються як від показників підлітків «групи норма». Їх самосвідомість внутрішньо конфліктна: навіть за наявності високої мотивації досягнення, вони відмовляються від мети діяльності за найменших труднощів.

Наступна особливість самосвідомості підлітків, схильних до наркоманії та алкоголізму, полягає в суперечності самооцінки та рівні домагань. Незважаючи на невпевненість в своїх інтелектуальних здібностях, вони виявляють занадто високий рівень домагань. Це виявляється і в висловах учнів, і в динаміці вибору завдань (тобто їх складності) залежно від успіху чи невдачі.

Наведемо приклад поведінки підлітка на ім'я Сергій, схильного до адиктивної поведінки в експериментальній ситуації. Під час бесіди, що передувала експерименту, з підлітком був встановлений хороший контакт. На запитання про рівень кмітливості хлопчик упевнено відповів, що цей рівень нього середній. Починає розв'язання завдань з середнього ступеню складності спокійно та впевнено. Намагається розв'язати, випробовує різні варіанти. На зауваження експериментатора, що задачу він виконує

неправильно, починає з певним роздратуванням обстоювати своє рішення, уточнює умови задачі. Після двох подібних спроб переконати експериментатора в тому, що задача розв'язана правильно, Сергій одразу втрачає до неї інтерес, бере наступну, ще складнішу задачу.

У ході розв'язання задачі високого ступеня складності картина поведінки повторюється. Підліток нервує, неодноразово уточнює умови задачі, кожного разу вигукуючи: ««А, тоді зрозуміло!», «Ну, та це ж зовсім інша справа!» Після другого неуспіху все ж не втрачає самовладання, береться за розв'язання задачі ще вищого ступеня складності; розглянувши умови задачі, говорить: «А, та це ж легко!» Мовчки й напружено намагається розв'язати її, але марно. Тепер уже Сергій не відповідає на запитання і не реагує на зауваження психолога, вступити в контакт з ним більше не вдається. Невдача цілком позбавляє підлітка самовладання. Він метушливо хапається за задачу 1-го найменшого ступеня складності, потім, навіть не закінчивши складання візерунка (хоча час на це залишається), гарячково береться за наступну задачу і також кидає її на середині складання візерунка. Після невдачі в розв'язанні задачі 2-го ступеня складності Сергій, розкидавши по столу кубики, не прощаючись, усім своїм виглядом демонструючи, що ображений на експериментатора, вибігає з кімнати, сердитий та знервований.

Отже, найяскравішою ознакою схильності до адиктивної поведінки є відмова продовжувати діяльність у разі виникнення перешкод. Страх неуспіху, небажання навіть спробувати подолати труднощі є ознаками невпевненості в собі, яка поєднується зі завищеним рівнем домагань. Усе це призводить до алогічності, суперечливості вибору лінії поведінки підлітком у складній ситуації.

Наведені нами дані свідчать про те, що особистість підлітків, які уживають наркотики чи алкоголь, значно відрізняється за вказаними параметрами від особистості соціально адаптованих підлітків.

У силу того, що згадані особистісні особливості роблять неможливим продуктивне розв'язання життєвих проблем, вони можуть бути поштовхом для виникнення психологічної готовності до уживання психотропних речовин. Виявляючи ці особливості особистості, ми можемо визначити підлітків, схильних до алкоголізму та наркоманії.

Схильність до адиктивної поведінки

Схильність до адиктивної поведінки – це особистісне новоутворення, що детермінує готовність до уживання психотропних речовин. Особистісна схильність до адиктивної поведінки складається з таких компонентів:

- відсутність мотивації досягнення (перевага натомість уникаючої мотивації), аж до відмови вважати себе суб'єктом діяльності;
- несформованість функції прогнозу поведінки;
- низький рівень розвитку самоусвідомлення, відсутність навичок рефлексії;
- екстернальний локус контролю;
- низький рівень самоповаги, аж до неприйняття образу «Я», який, однак, може маскуватися захисною поведінкою, що демонструє завищену самооцінку;
- самозахисний тип реакції на фрустрацію, що виявляється у відмові від діяльності у разі зіткнення з найменшими труднощами;
- суперечність самооцінки та рівня домагань, що виявляється в алогічності та непослідовності діяльності, яка пов'язана з подоланням перешкод;
- тенденція до втечі від реальності в ситуації фрустрації.

Отже, психологічні фактори, що зумовлюють виникнення адиктивної поведінки проявляються у таких особистісних особливостях: низький рівень самоусвідомлення рис своєї особистості, практична відсутність навичок самоаналізу і тим більше вміння регулювати свої емоції. Це є серйозною перешкодою для соціальної адаптації. Внаслідок цього формується самозахисна реакція на фруструючу ситуацію. Це полягає в тому, що дії спрямовуються на штучну зміну свого емоційного стану замість власне вирішення проблеми. Виявляючи зазначені риси особистості, ми можемо визначити підлітків, схильних до алкоголізму та наркоманії.

Особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово, в процесі онтогенезу. Причиною її виникнення є несприятлива соціальна ситуація розвитку дитини. Своєчасна психологічна корекція цього особистісного новоутворення дозволяє уникнути формування психологічної готовності до вживання психотропних речовин.

Зважаючи на зазначені вище особливості підлітків «груп ризику» адиктивної поведінки, якщо вони розпочинають вживати психотропні речовини, uzалежнення відбувається дуже швидко. Початок у цих підлітків реабілітації, навпаки, можливе лише в дорослому віці. Це пояснюється низкою причин. По-перше, самі підлітки з адиктивною поведінкою ніколи не звертаються за допомогою, принаймні у першій стадії хвороби. Перешкоджає цьому симптом анозогнозії, й ті позитивні враження, що дає психотропна речовина.

По-друге, такий підліток, як правило, включений до певної молодіжної субкультури, де такий стиль поведінки є прийнятним. Уживання

психотропних речовин є невід'ємною складовою без змістовного марнування часу поверхневого спілкування людини, яка розважається.

По-третє, вплив родини не є фактором, який може бути ресурсним для одужання. Зрозуміло, що або сім'ї таких підлітків були дисфункційними, або батьки застосовували хибні типи виховання. Несприятлива соціальна ситуація розвитку і призвела до формування особистісної схильності до вживання психотропних речовин. Наш досвід показує, що такі підлітки, як правило, зростали в неповних сім'ях, тобто батько був відсутній, а мати виховувала дитину або за типом її гіпопротекції або потураючої гіперпротекції. Ці, начебто протилежні типи виховання призвели до аналогічного результату – деформації особистості й виникнення негативних особистісних новоутворень.

У тому разі, якщо сім'я була хоч і повною, але дисфункційною, батьки вирішували своїй подружні проблеми через конфлікти у взаєминах їм було не до дитини, вимоги їх до сина або доньки були суперечливими, непослідовними, а заохочення і санкції залежали від настрою батьків й часто виражали маніпулятивну поведінку, тобто використання дитини як засіб для досягнення своїх інтересів. Можливий варіант, коли дисфункційність сім'ї виявлялась не в конфліктах, а фактично відсутності спільності – роз'єднана сім'я. Йдеться про те, що справжньої близькості між членами сім'ї не було, кожен жив своїм життям і психологічно був відсторонений від життя сім'ї. Це характерно для тих родин, де батьки занадто захоплені бізнесом або іншими справами, а дитину долучають виховувати чужим стороннім людям – няням, гувернанткам. У цьому разі дитина також відчуває себе самотньою і непотрібною батькам. Слід зазначити, що в таких сім'ях батьки дуже довго не помічають, що підліток уживає психотропні речовини і звертаються за допомогою дуже пізно.

Третій варіант, коли відбувається виховання за типом гіпопротекції – це соціально неблагополучні сім'ї. Зрозуміло, що коли батьки ведуть аморальний спосіб життя, коли вони самі уживають психотропні речовини, а дитина занедбана, деформація її особистості неминуча, а у разі вживання нею психотропних речовин батьки не дуже переймаються цією проблемою.

Потураюча гіперпротекція також перешкоджає реабілітації підлітків з адиктивною поведінкою. Оскільки в разі цього типу виховання до дитини, навпаки, підвищена увага, здавалося батьки мають помічати зміни в її стані й «бити на сполох» за перших ознак вживання психотропних речовин. Проте, такого не відбувається. Спершу такі батьки тривалий час відмовляються повірити, що їх дитина може таке робити. Вони перебувають в стані шоку й механізми психологічного захисту перешкоджають

усвідомленню реальності. Надалі, здебільшого, такі батьки фактично потурають розвитку хвороби, оскільки бояться засмутити дитину, завдати їй болю тим, що позбавляють задоволення, примусять лікуватися, а отже робити те, що дитина не хоче. Крім того, вони побоюються соціальних наслідків викриття вживання дитиною психотропних речовин, наприклад того, що її можуть поставити на облік у наркодиспансер, це завадить отримати водійські права, а може й в подальшій професійній кар'єрі, що дізнаються друзі родичі, що це ганьба і негативна стигматизація.

Умови для реабілітації підлітків з адиктивною поведінкою

Усе зазначене вище зумовлює необхідність спеціальних умов для реабілітації підлітків з адиктивною поведінкою. Насамперед, потрібно працювати з батьками такого підлітка. Здебільшого окрім зазначених вище причин, їх неспроможності бути ресурсом у процесі реабілітації, є ще феномен співузалежнення, що взагалі унеможливорює навіть звернення батьків за допомогою. Сам підліток, як вже зазначалося вище, за допомогою не звертається.

Отже, на нашу думку, потрібен такий алгоритм дій. Якщо виявлено від третіх осіб (поліція, педагоги, соціальні служби), що підліток узалежнений від психотропних речовин, насамперед потрібно розпочати роботу з його батьками. Після того, як батьки усвідомлюють необхідність реабілітації своєї дитини, слід пояснити їм, що це можливо лише в умовах повної ізоляції від звичного оточення. Це зумовлено тим, що існуюча життєва ситуація підлітка перешкоджає процесу одужання і сам він не є вмотивованим клієнтом. Зрозуміло, що тут постають питання правового характеру, фактично йдеться про позбавлення волі, що наразі в Україні застосовується вкрай рідко, навіть проти злочинців. Проте, на нашу думку за заявою батьків, цілком можливо це регулювати в правовому полі.

Нажаль, в Україні поки немає спеціальних реабілітаційних закладів для підлітків з адиктивною поведінкою, де були б розроблені відповідні програми. Йдеться про те, щоб терапевтичне середовище відповідало віковим особливостям й потребам підлітків. Відомо, що ініціативність, прагнення до самостійності, бажання нових вражень, можливість реалізувати себе у продуктивній діяльності, творчості яскраво виявляється саме у підлітковому віці. Тобто, обмежитись в реабілітаційному центрі лише групою роботою (тренінгами) та індивідуальним психологічним консультантом було б замало.

Найкращим варіантом організації психотерапевтичного середовища в центрах соціальної реабілітації для підлітків буде терапевтична спільнота.

Можливість брати участь у прийнятті рішень щодо життя спільноти, навчання за шкільною програмою або професійне навчання, трудотерапія, творче заняття в гуртках, спортивних секціях, цікаві подорожі, екскурсії поза межами центру, навичка святкування й отримання задоволення без психотропних речовин – все це забезпечує повноцінний розвиток підлітка в новому соціально спрямованому напрямі, де зміна свого стану штучним шляхом не потрібна. Перебування в центрі соціальної реабілітації для підлітків має бути тривалим, приблизно 2-3 роки, принаймні до повноліття. Показниками соціальної реабілітації клієнтів таких центрів будуть здатність до самостійного життя, наявність професії, місця роботи, житла, соціально прийнятних інтересів та кола спілкування.

Список використаних джерел:

1. Битенський В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. Киев: «Здоровья», 1989. 216 с.
2. Максимова Н.Ю. Психологія адиктивної поведінки: навчальний посібник. Київ: «Київський університет», 2002. 308 с.
3. Adinoff B. et al. Impulsivity, neural deficits, and the addictions: the "oops" factor in relapse. *Journal of addictive diseases*. 2007. V.26. 1(01). P. 25-39. DOI: [10.1300/J069v26S01_04](https://doi.org/10.1300/J069v26S01_04)
4. Hall W., Carter A., Forlini C. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry*. 2015. V.2(1). P.105-110. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00126-6
5. Hogarth L. Addiction is driven by excessive goal-directed drug choice under negative affect: translational critique of habit and compulsion theory. *Neuropsychopharmacology*. 2020. V45 (5). P. 720-735. DOI: 10.1038/s41386-020-0600-8.

1.7. Соціальні фактори uzалежнення

Старков Д.Ю.

Абстракт

Розглянуто різні соціальні фактори хімічного uzалежнення. Для класифікації застосовано модель соціальних рівнів У. Бронфенбреннера, за якою виділяються мікросоціальний (сім'я), мезосоціальний (референтні групи – робота, друзі тощо), екзосоціальний (культуральне середовище), макросоціальний (країна), хроносоціальний (людство загалом) рівні. Показано, що для різних соціальних рівнів необхідно застосовувати різні моделі теоретичної концептуалізації їх впливу: для сім'ї – системний підхід, для впливу малих груп – модель соціального навчання та групового відторгнення, для культурального впливу – модель ритуалів. Описано також модель якості життя як основного параметру вимірювання ефективності одужання. Проблеми соціального впливу зведено до концепту ідентичності, в основі якої лежить гідність людини. Процес ресоціалізації визначено як відновлення власної гідності, на якому водночас базується процес відновлення різних рівнів ідентичності: сімейної, групової, культуральної, громадянської та універсально-людської.

Вступ: загальні міркування про механізми соціального впливу на зловживання психоактивними речовинами

Здебільшого фахівці впевнені, що проблема uzалежнення невідривно пов'язана з соціальним впливом. Дослідження впливу на uzалежнення соціального середовища проводяться навіть з тваринами, що розпочались з відомого експерименту «парк щурів», де щури в «здорових» соціальних умовах були значно менш схильні до зловживання, ніж щури в одиночних ящиках Скінера (*Alexander, 1978*). Іншою стороною такого зв'язку є необхідність соціального компоненту в процесі одужання клієнта. Такий компонент в одужанні часто називають ресоціалізацією, рідше – соціотерапією. Однак організація процесу ресоціалізації/соціотерапії потребує розуміння взаємозв'язку соціальних факторів з хімічним uzалежненням людини. Однак, на жаль, такої однозначної моделі зв'язку механізмів uzалежнення з соціальним впливом у нас поки немає.

Свого часу була досить популярною біо-психо-соціальна (БПС) модель Angel, яка описувала соціальний вплив на патогенез психічних розладів. Одним з напрямів, де БПС модель здобула найбільшої впливовості, був як раз напрям роботи з uzалежненням. Однак, останні десятиріччя біо-психо-соціальна модель здобула потужної критики, і вже не вважається провідною в галузі ментального здоров'я, як це було у 80-90-ті роки минулого сторіччя.

Коротко можна перерахувати такі тези критики БПС моделі (McLaren, 1998; Ghaemi, 2009; Pilgrim, 2015; Benning, 2015):

- нестача філософської узгодженості;
- нечутливість до суб'єктивного досвіду пацієнтів;
- сумнівність можливості застосування загальної теорії систем (на якій базується БПС модель) до психічних розладів;
- породження цією моделлю недисциплінованого еkleктизму, де не існує жодних гарантій проти неправомірного домінування чи недостатньої представленості будь-якої з трьох компонентів біо-, психо- чи соціального, через що мета та фокуси втручання визначаються лікарем (чи іншим практиком) на основі особистих переваг, а не на якійсь концепції (тобто БПС модель насправді не дає когерентної теорії або концепції вибору втручання, а легалізує суб'єктивістський підхід на межі з анархізмом).

Простіше кажучи, біо-психо-соціальна модель насправді не пропонує ніякої моделі зв'язку біологічного, психологічного та соціального, а тільки декларує цей зв'язок, що і так було зрозумілим трюїзмом задовго до робіт Angel. І дійсно, справжня біо-психологічна модель може бути запропонована тільки тоді, коли буде вирішена біо-психологічна проблема (тобто розуміння переходу з фізіологічного рівня на психологічний та навпаки), яка ще невизначено далека від свого розв'язання. Зрозуміло, що практики на рівні консультантів, соціальних фахівців та психологів і далі будуть використовувати термін «біо-психо-соціальна модель» в роботі з клієнтами, однак тільки в значенні простого постулювання впливу соціальної складової на адиктивну поведінку. Однак, водночас необхідно розуміти, що насправді ніякої справжньої моделі зв'язку біологічної, психологічної та соціальної складової в узалежненні у нас досі немає.

З іншого боку, ситуація з розумінням впливу соціальної складової на узалежнення може бути більш простою, якщо якраз відмовитись від біо-соціальної моделі узалежнення, та розглядати узалежнення моністично виключно через біологічну складову. За цих умов соціальний вплив буде відбуватися тільки на форму зловживання, через що буде далі впливати і на розвиток узалежнення, однак тільки опосередковано, а безпосереднього впливу не буде мати. Інакше кажучи, соціальний вплив провокує виключно ту або іншу форму зловживання психоактивною речовиною (ПАР), а сам розлад узалежнення розвивається за своїм біологічним (а не біо-соціальним) механізмом. Наприклад, хімічне узалежнення класично в біологічній парадигмі визначається як «первинна хвороба мозку» (хоча зараз і спостерігається тенденція відмови від такого категоричного визначення).

Термін «первинна» якраз і означає, що єдиним фактором розвитку узалежнення є виключно зловживання та його вплив на мозок. Це зловживання може бути викликаним різними причинами (психологічними та соціальними), але без самого зловживання узалежнення не розвивається. Аналогія може бути така – людина може застудитися тому, що роздягнутою вийшла на вулицю, і причиною застуди став саме холод. Людина могла вийти на вулицю з різних психологічних та соціальних причин, але без холоду застуди би не було. Але в цьому випадку нам немає ніякої потреби вводити біо-психо-соціальну модель застуди, а навпаки, легше розглядати ці компоненти абсолютно окремо. Лікар лікує саме застуду, але якщо людина постійно чомусь виходить на вулицю роздягнутою, то її можна відправити до психолога, але це буде абсолютно окрема робота – тобто психолог буде працювати з мотивами ходити роздягненим вулицею, а саму застуду лікувати як раз і не буде.

Іншим механізмом впливу соціальних факторів на узалежнення може бути вплив психосоціального стресу. Останні нейробіологічні дослідження показують, що механізми узалежнення невідривно пов'язані з системою стресу так, що стрес-системи можуть бути провідними в формуванні узалежнення. Тому механізм впливу на узалежнення через психосоціальний стрес може бути більш глибоким та складним, ніж проста пряма соціальна провокація зловживання. Однак ґрунтовні наукові дослідження на цю тему нам невідомі.

У цілому, стан наукового розуміння соціальних факторів впливу на адиктивну поведінку та на формування узалежнення взагалі є неоднозначним. Розуміння деяких сфер знаходиться на достатньо високому рівні (наприклад, взаємодія узалежнення з сім'єю), а розуміння деяких є майже нульовим та носить, скоріше, декларативно-популістський характер. Однак немає спільної теорії узагальнених механізмів соціального впливу на узалежену поведінку на різних рівнях.

Першим кроком, вважаємо за необхідне виділити ці різні рівні соціального впливу від сімейного до загально-суспільного. Бачимо, що тут корисним може бути підхід підсистем У. Бронфенбреннера. Так, користуючись цією моделлю можна виділяти такі соціальні підсистеми та рівні: мікросоціальний (сім'я), мезосоціальний (референтні групи – робота, друзі тощо), екзосоціальний (культуральне середовище), макросоціальний (країна), хроносоціальний (людство загалом). Ця схема може бути корисною, тому що на різних рівнях соціальної взаємодії нам необхідно використовувати зовсім різні моделі розуміння цієї взаємодії: так на мікросоціальному рівні може бути використано підхід системної теорії, на

мезосоціальному – підходи взаємодії індивіда та малої групи, на екзосоціальному – підходи соціалізації людини до певної культури і под.

Також вважаємо за необхідним розділити прямий та опосередкований соціальний вплив. Під прямим впливом будемо розуміти пряме нав'язування узалежненої поведінки особі соціумом (наприклад, зловживаючий колектив на роботі або співузалеженні стосунки у сім'ї). Під опосередкованим впливом будемо розуміти вплив соціальних проблем на психологічний стан, а подальше вживання як спробу самолікування. Найкраще такий опосередкований соціальний вплив описує модель *якості життя*. Так і будуть впорядковані пункти підрозділу – спочатку ми розглянемо опосередкований соціальний вплив (якість життя), далі послідовно рівні прямого соціального впливу – мікро-, мезо-, екзо-, макро- та хроносоціального.

Модель якості життя

Якість життя (ЯЖ) – це модель, яка визначається ВООЗ через сприйняття людиною своєї життєвої позиції в контексті культури та систем цінностей, в яких вона живе, і також стосовно своїх цілей. Якість життя є категорія як індивідуальної оцінки, так і групової, аж до країни (так ВООЗ пропонує певну методологію для оцінки якості життя країн – Quality of Life Index for Country – в 2021 році Україна за цим параметром зайняла 59-те місце з 83 країн).

В індивідуальному плані якість життя найчастіше визначається як сприйняття людиною своєї позиції в житті, зокрема фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища, у якому вона проживає, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту. Найчастіше ЯЖ вимірюється за такими шести параметрам:

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок;
- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, узалежнення від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значущість, професіоналізм;
- довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія;
- духовність і особисті переконання.

Концепція ЯЖ також посіла своє місце в загальній психіатрії. В якості діагностичного опитувальника найчастіше використовується шкала якості життя Mezzich в адаптації Н.О. Марути (Марута, 2004).

Модель зв'язку якості життя та хімічних адикцій дуже проста – зловживання ПАР є патологічною спробою самолікування у разі низької якості життя, разом з тим наслідком є ще більше зниження ЯЖ. Так утворюється зачароване коло розвитку uzалежнення.

Вивчення зв'язку uzалежнення з якістю життя на заході розпочалося в 90-х роках, а в 2010-х ЯЖ вже міцно зайняв місце серед основних інструментів якості одужання. Займалися вивченням параметру ЯЖ в структурі хімічних uzалежнення і українські дослідники. Основними висновками з досліджень зв'язку ЯЖ з хімічним uzалежненням є: ЯЖ у разі зловживанні ПАР знижується; знижується ЯЖ під час рецидиву; якість життя під час ремісії є одним з основних прогностичних параметрів рецидиву та знаходиться в зворотній кореляції з тягою до вживання; ЯЖ можна використовувати як один з основних параметрів оцінки якості одужання (Longabaugh, 1994; Бараненко, 2006; Feelemyer, 2014).

Головним внеском концепції якості життя в терапію адикцій можна вважати акцент на мішені підвищення ЯЖ (а не на підтриманні ремісії, як це було раніше). З одного боку, збільшення ЯЖ само собою веде до зниження ймовірності рецидиву. З іншого боку – збільшення ЯЖ є суб'єктивно значущою ціллю для самого адикту (в той час як ремісія – часто не є такою). Так ми можемо формулювати просту та вимірювальну мішень процесу ресоціалізації – цілю процесу ресоціалізації адикту є збільшення якості життя.

Як представника підходів, які найбільшою мірою орієнтуються на концепт ЯЖ, можна виділити підхід Підсилення підтримки суспільства (англ. The community reinforcement approach), який вважається ВООЗ одним з доказово-обґрунтованих методів роботи з адикціями. Практики цього підходу заохочують клієнтів поступово нарощувати ряд приємних видів діяльності, не пов'язаних з ПАР, таких як позитивні сімейні взаємодії, здорова соціальна діяльність або працевлаштування. Основними стратегіями є: розвиток соціальних навичок (таких як комунікативні, соціальні, робочі навички, навички вирішення проблем); заохочення клієнтів осмислювати кожен важливий для власного щастя аспект свого життя; робота з членами сім'ї та іншими членами оточення клієнта, щоб заохотити позитивнішу взаємодію; профілактика рецидиву (International, 2020).

Системно-сімейна теорія (мікросоціальний рівень)

Наукові дослідження показують однозначну кореляцію між ступенем наркоманії та сімейним станом. Marian Jedrzejczak наводить такі результати великого дослідження (559 учасників) зв'язку сім'ї з наркоманією. Основними сімейними факторами наркоманії є сімейна атмосфера, міцність родинних зв'язків, відчуття сімейного щастя, структура авторитету в сім'ї, алкоголізм батьків. У сім'ях, де панує тепло і любов, діти зовсім не вживають або рідко вживають наркотики. Хімічно uzалежнені походять із сімей, де панує злопам'ятність і ворожнеча. У наркозалежних родинні зв'язки слабші, ніж у тих, хто не вживає наркотики. У сім'ях, де був контакт з наркотиками, авторитет більшою мірою належав матері, ніж батькові (Jedrzejczak, 2005).

Тобто одним з основних напрямів ресоціалізації хімічноuzалежнених осіб є сімейна терапія та розвиток індивідуальних сімейних компетенцій. Також, слід зазначити, що орієнтовані на сім'ю підходи є одними з доказово-обґрунтованих психосоціальних інтервенції за думкою ВООЗ (International, 2020).

Теоретичні моделі зв'язку uzалежнення з сім'єю є найбільш розвиненими в рамках системної теорії. Більшість їх спирається на концепт *ідентифікованого пацієнту* – члена сім'ї, який через свої розлади виконує якісь загальні системні функції. Або кажучи простіше, хоча зловживання ПАР може бути не вигідним усім окремим членам як індивідам (включаючи самого зловживаючого), однак воно може бути вигідним сімейній системі в цілому. Розглянемо коротко основні концепти системно-сімейної теорії в розрізі формування uzалежнення.

Сімейний гомеостаз. Основним поняттям системної метафори є сімейний гомеостаз. Сімейний гомеостаз – це динамічний стан відносної стабільності, який підтримується гомеостатичними механізмами. Сім'ї прагнуть підтримувати або відновлювати свій статус-кво. У цій моделі симптоми (зокрема, uzалежнення) розглядається як своєрідний гомеостатичний механізм, який підтримує рівновагу сім'ї. Коли сімейній системі загрожує вихід зі стану рівноваги, або розпадання, в ній з'являється *симптоматичний член*, хвороба якого повертає сім'ю до рівноваги. Так, наприклад, батькам загрозувало розлучення, але вони несподівано дізнаються, що донька-підліток приймає амфетамін, і тоді вони об'єднуються для спасіння доньки та забувають про плани щодо розлучення. Наркоманія доньки, у цьому випадку, відіграла роль гомеостатичного механізму, що «врятувала» сім'ю від розпаду. Особливо важливу роль гомеостатичні механізми відіграють у процесі «одужання» людини з проблемами зловживання. Якщо ця проблема існувала в сім'ї достатньо довгий час, то

вочевидь, це було станом сімейної гомеостатичної рівноваги. Коли ж симптоматичний залежний член сім'ї намагається припинити своє вживання і повернутися до нормального життя, то це виводить сімейну систему зі стану рівноваги і система починає опиратися цьому. Гомеостатичний механізм є основною моделлю пояснення сильного опору сім'ї припиненню вживання його члена.

Кризи розвитку. Гомеостатичний механізм є не єдиним динамічним механізмом у сімейній системі, є також механізм розвитку (можемо назвати цей механізм алостазом). У здорових сім'ях механізм гомеостазу та механізм алостазу знаходяться у рівновазі. У дисфункціональних сім'ях переважає гомеостатичний механізм, і така сім'я стає ригідною. Так, здорова сім'я проходить своєрідні етапи розвитку. Наприклад, сім'я може проходити етапи народження дитини, її виховання, відпускання. Перехід з етапу на етап характеризується своєрідними кризами, долаючи які сім'я розвивається. Інша сім'я, за браком механізмів алостазу, може не подолати деякі кризи, і в ці моменти може виникнути узалежнення. Так, наприклад, доки дитина була маленькою, сім'я функціонувала нормально. Але коли вона подорослішала і прийшов час відпускати її, сім'я не може адаптуватися до нових обставин, і продовжує ставитися як до дитини. Унаслідок протесту молодий дорослий член сім'ї починає приймати наркотики. Такий стан влаштовує усіх – поки є наркоманія, сім'я може продовжувати ставитись до молодого людини як до маленької, а молода людина може не вступати в справжню дорослість і відокремлюватися від сім'ї, а підмінювати дорослість зловживанням. Кризи розвитку сім'ї можуть бути різні, а зловживання одного з родичів може бути як наслідком, так і засобом подолання цих криз. Найчастіше в сімейній терапії стикаємось з двома типами сімейних криз – кризи етапів розвитку стосунків в парі та кризи етапів дорослішання дитини.

Сімейні потреби. Модель стосується того, наскільки сім'я задовольняє або депривує індивідуальні потреби її членів. На практиці можна застосовувати різні моделі, наприклад, ту ж саму модель ієрархії потреб Маслоу. Іноді зручно звести потреби тільки до двох – потреби в близькості та потребу у свободі – та розглядати їх через діалектичний погляд боротьби та єдності.

Сімейні правила. Сімейна система – це поперед усе, система взаємодії. А взаємодія має відбуватися за певними правилами. Д. Джексон, один з піонерів сімейної психотерапії, висунув гіпотезу, що всі люди, за тривалої взаємодії розвивають шаблонні патерни взаємодії, які він назвав «поведінкова надмірність». Такі шаблонні патерни взаємодії можна інтерпретувати, як встановлення деяких правил взаємодії. І ці шаблони є

проявом цих правил. Д. Джексон описав три типи сімейних правил: 1) приховані норми; 2) свідомі цінності; 3) гомеостатичні механізми, які контролюють те, як дотримуються норми і цінності (метаправила). Сімейна дисфункція може бути наслідком відсутності правила про зміни правил. Дослідивши інтеракції в сімейній системі і виявивши правила її взаємодії, ми можемо знайти правила, які підтримують узалежену поведінку (найчастіше це приховані, неусвідомлені правила). Зробивши ці правила явними, та ввівши правила про зміни (метаправила), ми можемо так вплинути на залежну поведінку. У сім'ях з проблемами зловживання ми можемо зустріти такі сімейні правила: заборона на почуття (не висловлювати почуттів); «бути сильними» (кожен свої проблеми повинен долати сам, не звертаючись за допомогою до родини); авторитарності (безперечно підкорюватися голові сім'ї, є один «правильний» погляд); провини (замість виправлення можна просити пробачення, замість навчання «як потрібно» повинні наказувати «як непотрібно»); сімейних секретів (є сімейні секрети, які не повинні знати всі члени родини, родина повинна приховувати все негативне); «діти ніколи не подорослішають» (завжди ставитись до дітей як до маленьких). Наприклад, є мати та вже вельми дорослий син, що зловживає алкоголем. Провівши аналіз інтеракцій, можна виявити, що мати взаємодіє з ним як з маленькою дитиною. Тобто взаємодію тут обумовлює правило «син для матері назавжди повинен залишитися малюком». Алкоголізм сина водночас є прихованою формою протесту проти такого становища. Зробивши це правило явним, показавши, як воно впливає на зловживання алкоголем, можна змінити його, що послабить материнську підтримку алкоголізму.

Трансгенераційна передача. Створюючи нову родину, кожен член привносить до неї погляди зі своєї батьківської сім'ї. Чоловік і дружина мають початковий набір правил, як повинна функціонувати сім'я, і тільки пройшовши стадію боротьби сил ці дві системи правил трансформуються в нову одну систему. За цих обставин може бути два патологічних шляхи формування нової сімейної системи правил. За першого шляху кожен член не до кінця приймає правила, що привнесені іншим членом, і формується система суперечливих правил. Так, наприклад, може бути чоловік зі східної культури та дружина з західної. Дружина привнесла с собою правила про незалежність та рівноправність жінки, а чоловік правила про головуючу роль чоловіка. Пара не змогла інтегрувати ці дві системи поглядів в одну гармонічну, і жінка почала пиячити (що стало символом її незалежності), а чоловік став проявляти насильницьку поведінку (що стало патологічною спробою доведення, що він є головою родини). Перегляд початкових правил та їх здорова інтеграція може допомогти жінці припинити пияцтво а чоловіку

наси́льницьку поведінку. Іншим нездоровим шляхом інтеграції може бути формування нової «патологічно-гармонійної» системи правил, що була сформована з патологічних правил обох батьківських родин. Так чоловік і жінка можуть вийти з двох схожих родин, де батько ледарював та пиячив, а жінка заробляла на життя родини. Створивши нову родину, чоловік та жінка встановлюють нову систему за образом та подобою своїх батьківських. Трансгенераційні передачі можна розглядати і на більш глибокому рівні підсвідомих установок. Так один член родини може стати іншому замісною фігурою з його батьківської родини. Так, розповсюдженою є картина, коли жінка знаходить собі чоловіка пияку, який є замісною фігурою пияки батька, якого вона повинна «врятувати» від алкоголізму. Або, часто, матері виховують своїх дітей як замісних фігур когось зі своїх батьків. Іншою формою підсвідомих трансгенераційних передач є епісценарії, так звані «сімейні прокляття». Жінка, що росла у родині, де мати їй транслювала установку «ти виростеш невдахою та знайдеш собі чоловіка такого ж алкоголіка, як і твій батько», може згодом підсвідомо реалізувати цю установку з дитинства в своїй сім'ї.

Когнітивні спотворення. Девіз когнітивних терапевтів «людей турбують не самі проблеми, а їх ставлення до цих проблем» можна перенести і на сімейну терапію. У цьому ракурсі ми повинні концентрувати увагу не на аналізі сімейних проблем, а на ставленні сімейної системи до цих проблем. У когнітивній терапії виділяють певні когнітивні помилки, які спотворюють об'єктивний погляд на реальність, і тим самим, заважають адекватно взаємодіяти з цією реальністю. У сімейній системі можуть домінувати ти чи інші форми спотвореного сприйняття реальності, що призводить до дисфункції сім'ї.

Сімейні ресурси. Дисфункцію сім'ї можна також визначати через низький рівень сімейних ресурсів. Так сім'я, з проблемою узалежнення, може не вирішувати цю проблему не через її заперечення або незнання шляхів вирішення, а через відсутність психологічної енергії для початку якихось кроків, почуття безнадії та безвиході. Тоді, з цього погляду, сімейна терапія має займатися також пошуком джерел сімейних ресурсів для подолання проблеми. Прикладами ресурсної сімейної терапії є класична наративна терапія М. Уайта, терапія сфокусована на рішенні С. Шазера, когнітивна сімейна терапія для узалежнених CRAFT. Так, якщо на сімейну консультацію прийшла родина з проблемою узалежнення, в контексті ресурсної психотерапії терапевту необхідно давати цій родині велику кількість ресурсу, погладжувать, підтримки. Далі терапевт буде шукати позитивні сторони ситуації, взаємовідносин тощо, та концентрувати увагу родини на них.

Наступним кроком необхідно екстерналізувати проблему (не чоловік – алкоголік, а є загальний сімейний ворог – хвороба алкоголізму). Важливо знайти у минулому ситуації, коли узалежнення тимчасово та частково було подолано, та проаналізувати, які сімейні дії допомогли тоді. Далі проблему необхідно перевести в позитивні цілі (наприклад, не «кинути пити», а «жити задовільно без алкоголю та без бажання уживати»). Далі виробляється простий, а головне, здійснений план дій, та шукаються ресурси для його виконання. У такому вигляді ресурсна терапія зводиться до мотиваційної.

Диференціація. Проблема сімейної системи як наслідок недостатньої диференціації її членів розглядає школа М. Боуена. Основним поняттям його теорії є самодиференціація – здатність людини диференціювати себе від інших та свою думку від емоцій. Сім'я, в якій проявляється слабкий рівень диференціації її членів, може представляти собою не систему, а зливу групу, як називав її М. Боуен, «его-масу». Високий рівень недиференційованості в сім'ї з проблемами узалежнення можна побачити навіть просто за висловлюванням «МИ п'ємо», «НАС звільнили з роботи» тощо. Низький рівень диференційованості членів може призвести до двох типів відносин: симбіотичних та контрузалежнених. Узалежнення в родині з низькою диференціацією її членів може виникати за різних причин: як спроба подолати фрустрацію такою родиною потреби у свободі; як бунт та протистояння злитості з сім'єю; як спроба залишатися «недиференційованим», якщо родина вирішила таки провести спробу диференціації.

Сімейна структура. На основі сімейних правил та рівня диференційованості особистостей в сімейній системі створюється відповідна сімейна структура. У структурному підході С. Мінухіна структура сімейної системи розглядається через підсистеми (холони), межі, сплутаність та виплутаність, ієрархію. Першим кроком в розгляді структури сім'ї повинно бути виділення підсистем (як їх називав С. Мінухін – холонів). Найменшою підсистемою є індивід (індивідуальний холон). Наступним рівнем підсистем є подружній холон (чоловік та дружина), батьківський холон (коли чоловік та дружина стають батьками) та сиблінговий холон (діти), нуклеарна сім'я та холони предків (бабусі, дідусі та ін.), холон розширеної сім'ї. Далі, кожна підсистема від іншої повинна відокремлюватися межами. Здоровими межами з одного боку є достатньо прозорі та гнучкі, щоб допускати взаємодію, з іншого боку достатньо чіткі та сильні, щоб виконувати функцію відокремлення однієї підсистеми від іншої. Виходячи з цього можна виділити два типи порушення меж: порушення функції взаємодії (межі стають занадто жорсткими, що не допускає здорової взаємодії) та порушення функції

відокремлення (межі стають занадто слабкими та прозорими, що не дозволяє достатньо відокремити одну підсистему від іншої). На основі двох типів порушення меж, можна виділити два типи порушення взаємодії: сплутана взаємодія (межі занадто прозорі) та виплутана взаємодія (межі занадто жорсткі). Вважається, що межі всередині підсистеми повинні бути більш м'якими, ніж межі з іншими підсистемами. Так, у здоровому варіанті, межі між батьками повинні бути більш м'якими, ніж межі між межами між батьківським та сиблінговим холоном. Або відносини в нуклеарній родині повинні бути більш близькими, ніж відносини між холоном нукліарної сім'ї та холонами батьківських сімей. Наступним параметром сімейної структури можна виділити ієрархічність. Вважається, що ієрархія в сімейній системі повинна відбуватися від більш старшого холону до більш молодшого (так батьки повинні бути головнішими за дітей). Порушенням сімейної системи вважається створення коаліцій між членами різних холонів (один з батьків з дитиною створюють нову підсистему, або жінка створює підсистемою зі своєю матір'ю). Узалежнення може бути як причиною, так і наслідком порушення сімейної структури. Можна наводити безліч таких прикладів, коли алкоголізм батька є одночасно причиною та наслідком жорсткої межі між ним та жінкою (та виплутаних відносин), прозорої межі між матір'ю та дитиною (сплутаність відносин та створення коаліції), а прозорої межі та сплутаних відносин чоловіка зі своєю матір'ю (та створенням ще однієї коаліції).

Тріангуляція та трикутник Карпману. Іншим досягненням М. Боуена в сімейній терапії було відкриття ефекту тріангуляції. Він дослідив, що найменшою стійкою одиницею конфліктних відносин є тріада. Ефект тріангуляції у цьому випадку полягає у тому, що коли двоє людей нездатні вирішити проблеми між собою, один з них або обидва прагнуть до третьої сторони. Це може приймати різні форми – скарг, прохань про допомогу, зради тощо. Однак, хоча тріангуляція тимчасово стабілізує відносини, але вона і заморожує конфлікт. Тобто М. Боуен знайшов, що більшість проблем у сімейній системі є триангулярними, а не діадними. Наприклад, на сімейну терапію може прийти мати з проблемами поганих оцінок у школі свого сина. У процесі дослідження виявляється, що у жінки багато образ на свого чоловіка, які вона не висловлює йому (знаходження третьої сторони – тріангуляція). Натомість проходить зміщення образи на свого сина у вигляді надлишкового контролю. Тобто погані досягнення дитини у школі насправді є відображенням проблеми між його батьком та матір'ю. А надлишковий контроль матері з часом може вилитися у узалежнення сину. Подальший внесок у дослідження ефекту тріангуляції зробив С. Карпман. Він дослідив, що люди в цих триангулярних проблемних відносинах зазвичай не

знаходяться в статичних позиціях, а динамічно рухаються за трьома ролями – Переслідувача, Рятівника та Жертви. Наприклад, маємо родину з чоловіка, жінки та сину. Мати є контролюючим Переслідувачем, яка контролює сина Жертву, батько є Рятівником, до якого син Жертва прибігає з образами на матір (але, насправді, батько в такій позиції нічого не вирішує). Потім син починає приймати наркотики (як підсвідомий засіб покарати свою матір), стаючи в позицію Переслідувача. Батько стає Жертвою, образливо відсторонюючись від вирішення цієї проблеми, мати входить в роль Рятівника, рятує сина. Син може кинути наркотики, рятує родину (Рятівник), але вже батько стає Переслідувачем (постійно нагадуючи про наркоманію), а мати Жертвою. З часом мати переходить у звичну позицію Переслідувача, син – Жертви, батько – Рятівника. Тобто в цьому випадку наркотик є допоміжним засобом триангуляції, і без вирішення трикутного конфлікту від нього позбавитися не вдасться. На деякому етапі розвитку uzалежнення алкоголю/наркотик можуть персоніфікуватися і як жива істота займати одну зі сторін трикутника відносин (тобто грати не опосередковану, а безпосередню роль). Наприклад, чоловік-Жертва вдається до вживання алкоголю, сприймаючи алкоголь як Рятівника від Переслідувача-жінки. Потім він рятує (Рятівник) жінку-Жертву від Переслідувача-алкоголю, кидаючи пити. Потім чоловік стає Переслідувачем, агресивно звинувачуючи алкоголь, а жінка Рятівником, купуючи пляшку пива чоловіку після роботи. У цьому випадку алкоголь у відносинах між чоловіком та жінкою з'являється завдяки спробі вирішити конфлікт за допомогою триангуляції, але третьою стороною тут виступає не людина, а алкоголь.

Сімейні ролі. Іншим важливим параметром сімейної системи є сімейні ролі. Існують два типи взаємодії людей – ділова та особистісна. У діловій взаємодії в певній соціальній ситуації людині соціум приписує певну роль, відповідно до якої людина повинна себе поводити. Проява аутентичних думок, почуттів та поведінки, які не відповідають ролі, є виходом за рамки ділової взаємодії. У особистісній взаємодії відбувається відмова від ролей та люди виявляють аутентичні почуття, думки та поведінку (відбувається суб'єкт-суб'єктний діалог). Зрозуміло, що не буває чистої ділової та особистісної взаємодії, це є двома крайніми точками континууму. Однак нормальним є, коли взаємодія в соціумі є ближчою до ділової, а у родині ближчою до особистісної. Першим рівнем проблеми балансу ділової/особистісної взаємодії в сімейній системі є проблема з проявами автентичності членів. Тому, як альтернативний варіант, люди в родині переходять до ділової взаємодії – не є чоловіком та жінкою, а грають ролі чоловіка та жінки. Наслідком цього буде відчуватися брак близькості (який

людина може спробувати компенсувати за рахунок уживання алкоголю). Наступним рівнем проблеми рольової поведінки є відігравання не конвенціональних ролей чоловіка, жінки, дитини, а неадекватних ролей, яким людина навчилася в своїй батьківській родині. Так, замість гри конвенціональних ролей люблячих чоловіка та жінки, можуть відіграватися неадекватні ролі чоловіка тирана та жінки істерички. За цих умов, на відміну від проблем характеру, тут це можуть бути просто ролі, які граються у сім'ї, а за її межами ніяк не проявляються. Більш складною проблемою є приписування сімейною системою патологічних ролей членам родини для збереження рівноваги (теорія В. Сатір). Так в сімейній системі можуть з'являтися ролі цапа відбуйла, останньої надії, героя сім'ї, сімейного невдахи, заступника чоловіка, сурогатного батька тощо. Також однією з ролей, що грається для збереження сімейної системи, може бути роль алкоголіка/наркомана. На відміну від попереднього випадку, члени сім'ї тут грають ці ролі не тільки тому, що навчилися їм в своїх батьківських родин, а для збереження актуальної сім'ї. Тому часто членів родини важко вивести з цих ролей. Крім збереження сімейного гомеостазу, споживання алкоголю/наркотиків може «допомагати» залишатися в ролях, що вигідні родині (тобто грають ефект вторинної сімейної вигоди). Тобто участь рольового сімейного процесу в uzалежнені, як і в багатьох інших процесах, може бути на двох рівнях первинного та вторинного впливу: уживання знімає фрустрацію від відігравання дисфункціональних ролей та відсутності близькості або уживання допомагає грати вигідні родині ролі (вторинний вплив); вживання є прямим наслідком сімейної ролі алкоголік/наркоман (первинний вплив – тобто зловживання є частиною самої ролі). Різні автори виділяють різні ролі, зробимо спробу узагальнити їх: «рятівник» (знає що необхідно іншим та як їх рятувати, співузалежнена позиція); «цап-відбуйло» (завжди винний, сором сім'ї, позиція носія «тіні сім'ї»); блазень (всіх веселить, працює клоуном групи, трикстерна позиція); «золота дитина» (тільки бере і вимагає, але нічого не дає, егоїстична позиція); «герой» (найкращий або «надія» сім'ї, нарцисична позиція); «хлопчик на побігеньках» (виконує всі завдання, підлегла позиція); «втрачена дитина» (роль самотності, закритість від інших та уникнення взаємодії, позиція відчуженості); «помийне відро» (мішень для емоційного агресивного відреагування інших, позиція жертви); «вічна дитина» (дитяча поведінка, неприйняття відповідальності, інфантильна позиція); «хвора дитина» (завжди з проблемами фізичного, психологічного чи іншого плану, саморуйнівна позиція).

Комунікація. Структура сімейної системи є насамперед структурою комунікації. Тому змінення сімейної структури (правил, меж, коаліцій, ієрархії, ролей) є передусім зміною комунікаційної динаміки. Перші сімейні психотерапевти вважали комунікацією будь-яку взаємодію в родині (будь-яку поведінку або відсутність поведінки). За таким визначенням комунікації в родині взагалі не може не бути. Існують декілька рівнів комунікації: вербальний (текст, який людина говорить), невербальний (емоції, які людина вкладає в свою транзакцію). Також виділяють третій, символічний рівень метакомунікації (підтекст, символічне значення комунікації, яке може виражатися не тільки вербально, але й поведінкою). Найперше узалежнена поведінка у родині може бути напряду символічною комунікацією. Людина за допомогою уживання намагається сказати щось, що не може висловити вербально напряду (наприклад, пияцтво жінки може бути вираженням образи на чоловіка). У цьому випадку терапія полягає в дослідженні символічного змісту узалежненої поведінки, його усвідомлення і переведення в пряму комунікацію. Опосередковано вживання може бути спробою подолати фрустрацію, що виникає через проблемну комунікацію. Свого часу дослідники виділили такі проблемні види комунікації: негативні послання (комунікація, в яку вкладено прямі негативні емоційні стимули – знецінювання, звинувачення, ігнорування, агресії, образи тощо), суперечливі послання (на одну і ту ж поведінку в різні моменти часу даються протилежні послання), парадоксальні послання (комунікація, в якій людині дається послання вольової поведінки у сфері спонтанності, наприклад, «ти повинен любити мати»), пластикові послання (людина намагається приховати негативний психологічний рівень, інакше кажучи, прикидається), містифікація (з особою на психологічному рівні поводяться так, начебто вона є не тією, ким є – наприклад, з дорослим сином мати може поводитись так, як з маленькою дитиною), подвійний зв'язок (послання на соціальному та психологічному рівні прямо суперечать один одному – наприклад, мати може попросити дитину підійти та обійняти її, водночас бути емоційно холодною та відчуженою). Усі ці види проблемної комунікації мають опосередкований, вторинний вплив на узалежнення.

Поведінкове обумовлення. У поведінковому наближенні комунікація розглядається з погляду класичного чи оперантного обумовлення. Людина в сім'ї з більшою вірогідністю буде здійснювати ту поведінку, яку ця сім'я підкріплює, та відмовлятися від тієї поведінки, яку сім'я карає. Важливим є розділення побутового розуміння «покарання», та наукового розуміння «покарання» у біхевіоризмі. «Покаранням» у науковому розумінні є все те, що призводить до згасання певної поведінки (є два типи покарання: позбавлення

вигід та негативні наслідки), на відміну від «підкріплення», яке є тим, що призводить до закріплення поведінки (також є два типи, позитивні наслідки та позбавлення негативу). Розділення наукового розуміння «покарання» та побутового вкрай важливе, бо часто те, що здається «покаранням» у побутовому розумінні, насправді є «підкріпленням». Можна вивести формулу для сімейної системи: для негативної поведінки будь-яка увага (негативна чи позитивна) буде підкріпленням, покаранням буде лише позбавлення емоційної уваги. Водночас підкріпленням для позитивної поведінки буде лише позитивна увага. Іншим положенням біхевіоризму є те, що до позитивних стійких змін поведінки призводить лише «підкріплення», «покарання» має нестійкий тимчасовий результат. Простий приклад: мама кричить на дитину за погану відмітку, вважаючи, що вона «карає» негативну поведінку, а насправді вона її підкріплює, даючи негативну увагу. Покаранням в цьому плані може бути ігнорування дитини у разі поганих відміток. Але це буде давати нестійкі результати, набагато краще підкріплювати гарні відмітки, ніж карати за погані. Узагалі надлишок «покарань» (аверсивного контролю поведінки членів родини) є показником дисфункціональності сім'ї. Ці положення легко застосувати до сімей з проблемами uzалежнення. Члени родин таких сімей намагаються застосовувати так званий «аверсивний контроль» за споживанням родича (система контролю та покарань), що насправді є підкріплюючим стимулом для розвитку адиктивної поведінки. Тобто все те, за допомогою чого інші члени родини намагаються припинити uzалежену поведінку родича (скандали, конфлікти, звинувачення, контроль, покарання у побутовому розумінні тощо), є насправді підкріпленням узалеженої поведінки. Справжнім «покаранням» узалеженої поведінки є позбавлення уваги та делегування відповідальності за вирішення проблем зловживання своєму uzалеженому родичу (цей принцип застосовується у підході «відокремлення» або «жорсткої любові» Ал-анон). Також «покаранням» може буди адекватна конфронтація, де «інформують» без звинувачень про наслідки його поведінки, почуття та думки про неї близьких (підхід конфронтації В. Джонсона). Однак, навіть «справжнє покарання», у вигляді позбавлення уваги, відокремлення від проблем зловживання та конфронтації буде давати лише нестійкі результати. Для стійких результатів необхідне підкріплення «тверезої поведінки». Важливо знайти, що є справжнім підкріпленням тверезої поведінки для узалеженого члену родини (часто таким підкріпленням є така зміна поведінки родичів, яку вони не дуже бажають реалізовувати). У цьому плані видужання сімейної системи йде за принципом рівного обміну: узалежнений член припиняє своє зловживання (яке є підкріпленням для співузалеженої поведінки іншого члену),

співузалежнений член – свою співузалежену поведінку (яка в свою чергу є підкріпленням для узалежненої поведінки), та знаходять, які підкріплення вони можуть давати для позитивної поведінки один одному. Слід окремо підкреслити відмінності поведінкової сімейної терапії узалежнення від підходу «відокремлення» Ал-анон та «сімейної конфронтації» В. Джонсона. У підходах «відокремлення» та «конфронтації» робиться наголос виключно на «покаранні» узалежненої поведінки (різниця між ними у тому, що у підході «жорсткої любові» покаранням є саме відокремлення, у підході В. Джонсона до караючих стимулів додається адекватна конфронтації, що збільшує ефективність приблизно в два рази), що з погляду теорії біхевіоризму призводить лише до тимчасових результатів. У поведінковій сімейній терапії узалежнення, представником якої є підхід CRAFT (Meyers, 2011), наголос робиться на підкріпленні тверезої поведінки, що призводить до кращих та більш стійких результатів (автори CRAFT стверджують, що результати їх терапії в 6 разів кращі за підхід «відокремлення» та в 3 рази кращі за підхід «конфронтації» В. Джонсона).

Комунікативні навички. Важливим у комунікативній сімейній терапії узалежнення є корекція комунікації не в широкому розумінні (де комунікація розглядається як будь-яка взаємодія чи її відсутність на всіх рівнях), але й в її вузькому розумінні – комунікативних навичок. Можна констатувати, що в дисфункціональних сім'ях спостерігається дефіцит здорових комунікативних навичок та комунікація за егоцентричним принципом (сліпа пляма своїх вад з концентруванням на вадах іншого та відсутність висловлювання почуттів). Технічно егоцентричну комунікацію можна узагальнити у принципі «Ти-комунікація» за такими правилами: говорити про іншого (а не про себе); застосовувати займенники другого та третього відмінку (Ти, Ми) та відповідні дієслова; висловлювати абсолютні знання та накази (посилання у вигляді я точно знаю, як ти повинен себе поводити). Також до дисфункціональної комунікації можна віднести: відсутність висловлювань почуттів; відсутність уточнень (не перепитувати, якщо щось не зрозуміло); надзагальнення (завжди, нічого, ніколи тощо); незакінчені фрази або фрази, сенс яких повинні вгадати; дії замість фраз (показувати невдоволення, замість того, щоб висловити); розпливчасті формулювання, відсутність конкретики; суперечливі послання (наприклад, «візьми себе в руки»). У комунікативному тренінгу узалежнених сімей необхідно проводити навчання принципам «Я-комунікації»: висловлювання своєї думки («мені здається...», «я на твоєму місці...», «в мене є свій погляд...» тощо), замість знань та суджень («ти повинен...», «я знаю...»); висловлювання я-почуттів (я відчуваю з приводу ..., і я несу відповідальність за ці почуття), замість невисловлювання почуттів або

висловлювання ти-почуттів (ти змушуєш мене відчувати, і ти відповідальний за мої почуття); побажань до іншої людини і її поведінки, з визнанням його права не виконувати ці побажання (мені хотілося б від тебе...), замість наказів (ти повинен так думати, почувати і робити). Також необхідний тренінг інших здорових навичок комунікації: як казати «Так» та «Ні», техніка здорової критики «+, -, +», техніки висловлювання почуттів, засоби висловлювання побажань, техніки виходу з конфлікту тощо.

Емоції та погладжування. На початку становлення сімейної психотерапії емоційній складовій комунікації найбільшу увагу приділяла В. Сатір та школа емпіричної сімейної терапії. Як основну сімейну проблему послідовники В. Сатір та емпіричної психотерапії бачили у неаутентичному прояві почуттів (аналогічно з гуманістичним напрямом у індивідуальній психотерапії). Заборона на прояв аутентичних почуттів та емоційної спонтанності в сімейній системі призводить до пригнічення емоційності та відсутності відчуття близькості. У плані узалежнення це може призвести до зловживання, як засобу знайти у алкоголі/наркотику ті почуття, що відсутні в сімейній системі. Сімейна терапія в цьому напрямку акцентується на вивільненні та навчанні прояву аутентичних почуттів. Схоже, але трохи з іншого боку на участь емоцій у сімейній системі дивиться теорія транзакційного аналізу (ТА). У ТА виділяють емоційну складову спілкування, називаючи її погладжування. Погладжування розподіляються на безумовно позитивні, умово позитивні, умовно негативні, безумовно негативні, ігнорування, фальшиві погладжування. Здоровими є безумовно позитивні, умово позитивні, умовно негативні погладжування, шкідливими є безумовно негативні, ігнорування та фальшиві погладжування. Сімейна система, в якій переважають останні, є дисфункціональною і призводить до фрустрації особистості, яка в ній знаходиться (а зловживання може бути засобом подолати цю фрустрацію). Відсутність достатньої кількості погладжувальних може призвести до зловживання як до: 1.) засобу компенсувати недостатню кількість погладжувальних; 2.) викликати негативні погладжування як компенсацію голоду (вторинна вигода).

Сімейні психологічні ігри. Взаємодію членів дисфункціональної сім'ї у підсумку можна звести до обмеженої кількості негативних комунікативних патернів, що періодично повторюються. Деякі з цих негативних патернів можливо змінити на позитивну взаємодію за допомогою поведінкового тренінгу, зміни поглядів чи вираження аутентичних почуттів. Але деякі з цих патернів є досить стійкими до безпосереднього втручання, бо їх підтримують підсвідомі динамічні сили. Такі патерни взаємодії називають психологічними іграми (теорія транзакційного аналізу). Члени родини часто «грають» в

комплементарні ігри. Коли один член сім'ї «бажає» вийти з гри, інший підсилює свою гру, щоб втягнути назад першого в сімейну гру. Так, якщо розглядати узалежену та співузалежену поведінку як комплементарні психологічні ігри, то поширений ефект підсилення співузалеженої поведінки у спробі іншого члена припинити свою узалежену поведінку. Вихід з психологічних ігор неможливий без терапії підсвідомих динамічних сил, які ними керують.

Зловживання та референтні групи (мезосоціальний рівень)

З часів Аристотеля людину визначають як соціальну істоту. Однак, на відміну від Аристотеля, як головне соціальне середовище людини ми скоріше виділили би малі групи, а не весь народ, як це робив Аристотель. На користь цієї думки можуть говорити навіть деякі нейробіологічні дослідження, наприклад, число Данбара як нейробіологічна модель обмеження соціальних зв'язків, які може мати людина (від 100 до 250, в середньому 150). Тому одним з головних соціальних факторів впливу на вживання (а можливо і провідним, переважаючим навіть сімейний вплив), буде саме фактор референтних груп.

Сам механізм впливу референтних груп на зловживання, здається, описати достатньо просто. Як вже було зазначено трохи вище, людина є істота соціальна, і для того, щоб бути поза соціумом вона повинна бути «або твариною, або богом» (за Аристотелем). Бути належною до референтної групи є однією з головних потреб людини. А покарання відлученням від групи споконвіку були найтяжчим покаранням. У цьому випадку, якщо вживання певних ПАР буде головною умовою належності до групи, то, зрозуміло, це і буде провокувати вживання окремої людини. Цей механізм є максимально впливовим, бо, переінакшуючи Аристотеля, для того щоб людина могла належати до групи, де головною умовою належності є уживання ПАР, та не уживати за цих умов, вона повинна бути на рівні бога.

Однак, навіть якщо в групі вимоги вживання не настільки жорсткі та вона «дозволяє» належати до себе без категоричної умови уживання ПАР, однак в цій групі все одно зловживання є нормою, то буде працювати вже інший механізм впливу – через соціальне навчання (найчастіше в плані розгляду привласнення узалеженої поведінки розглядається модель А. Бандури). Людина буде несвідомо привласнювати найрозповсюджені моделі поведінки в групі, а в нашому випадку – це модель зловживання.

Багато дослідників підліткової наркоманії також вказують на провідний фактор референтних груп. Одні підлітки могли потрапити в адиктивну референтну групу з різних причин, однак вона почала впливати на їх

уживання через механізми соціального навчання та прямої загрози відлучення за відмови від уживання. Для деяких уживання стало засобом соціалізації. Так, підліток з дефіцитом навичок соціалізації та з внутрішніми психологічними проблемами належності може вибрати адиктивну референтну групи сама з причини простого ритуалу належності до цієї групи – необхідно просто разом уживати ПАР. Тому адиктивні групи часто приваблюють саме таких підлітків з проблемою соціальної взаємодії.

Культура та адикції (екзосоціальний рівень)

Культурально-суспільний рівень є набагато складнішою для наукового розгляду темою, ніж рівні сім'ї та референтних груп. Головною проблемою є те, що достатньо ускладненим є якесь експериментальне дослідження цієї теми, і ми можемо обмежитись лише загальними міркуваннями філософсько-психологічно-соціального характеру.

Культуру в сучасному широкому розумінні ми можемо визначати як загальне знакове поле, яке поділяє якась макрогрупа. Таке визначення культури діаметральне протилежне визначенню, яке йде з часів Цицерону (якій і ввів термін культура в розумінні ціннісної системи, яка культивує людину в високому філософському розумінні, якраз на протигагу загальній суспільній звичаєвості), та яке позначає культуру як систему набуту макрогрупою духовних цінностей. Однак в побутовій мові під словом культура все частіше мають на увазі саме загальний знаковий рівень макрогрупи, а не її високу духовно-ціннісну частину, яку діалектично протиставлено псевдоцінностям загальної маси. Головними характеристиками, що відрізняють одну культуру від іншої є мова (включаючи символи) та ритуали. Хоча мова є важливим компонентом культури, через що людина відчуває належність до того чи іншого культурального середовища, і формування нових культур йде насамперед саме через формування нової мови (приклад утворення сленгів у формуванні субкультур), однак мова не є визначальним фактором впливу саме на узалежнену поведінку. А прямий вплив має якраз система ритуалів, де саме уживання можна розглядати як такий культуральний ритуал.

Інакше кажучи, на екзосоціальному рівні ми розглядаємо належність людини до певної культури, та вплив цієї культури на уживання ПАР через систему культуральних ритуалів. Такий вплив може відбуватися двома шляхами. По-перше, в загальній соціальній культурі ритуал уживання може бути одним з провідних (як, наприклад, в нашій культурі ритуал уживання алкоголю). Якщо людина ідентифікує себе з належністю до цієї культури, вона повинна виконувати і відповідний ритуал – тобто уживати відповідну

ПАР. Іншим шляхом є неприйняття загальної культури з якихось причин, і тоді людина шукає свою субкультуру. Часто такою може стати субкультура, в якій основною системою ритуалів є якраз зловживання ПАР.

Докладно розглядає участь соціальних ритуалів в адиктивній поведінці Nakken. Він розглядає такі функції ритуалів (Nakken, 1996):

- зв'язок з суспільством (ритуал завжди зв'язує з якоюсь спільнотою, навіть якщо його проводять поодиночі);
- заглиблення у світоглядну позицію – метою будь-якого ритуалу є прийняття зобов'язання (по суті – віри) та занурення в певний світогляд;
- зв'язок з власною ціннісною сферою, соціальною ціннісною сферою, та зв'язок цих двох ціннісних сфер між собою – ритуали завжди є заявами про цінності;
- надання соціального напрямку та правил поведінки;
- зменшення напруження та стресу – завдяки ритуалу вирішується внутрішній конфлікт пов'язаний з вибором, тобто коли людина діє згідно з ритуалом, вона зробила вибір, що і знімає екзистенційну напругу.

Водночас у всіх uzалежнених розвивається певна форма жорсткої ритуальної дії. Адиктивні ритуали виконують всі ці ж функції, однак пов'язують людину з адиктивним суспільством, розвивають адиктивну світоглядну позицію (адиктивну життєву філософією) та адиктивні вірування, пов'язують з адиктивною системою цінностей, надають напрям соціального «розвитку» (розвитку у адиктивній культурі), зменшують екзистенційне напруження через адиктивний вибір. Та за таких обставин, через таку ритуальну дію розвиваючи адиктивну культуральну ідентичність, людина руйнує здорову культуральну ідентичність. Зважаючи на це, Nakken наполягає на обов'язковому напрямку в терапії uzалежнення – розвитку системи здорових ритуалів.

Розглядають також участь ритуалів та символів в адиктивній поведінці українські дослідники О. Фільц та К. Седих, однак беруть до уваги трохи інший контекст, ніж Nakken. Вони зосереджуються на так званих ритуалах переходу – обряди, що виконувалися у разі зміні місця, стану, соціального положення, статусу. Засновуючись на моделі ритуалу антрополога В. Тернера, К. Седих та О. Фільц, як передумову формування uzалежнення, розглядають втрату суспільством таких ритуалів переходу, через що їх замінюють патологічні форми – адиктивні ритуали переходу. Так, в пошуках нової ідентичності підліток шукає символічні фігури переходу, і ритуали в субкультурі uzалежнення виконують цю символічну функцію переходу – це і є своєрідна ініціація для підлітка. Водночас реабілітація (та інші види терапії адикцій, особливо підліткових), тоді повинна виконувати протилежну

функцію ритуалу зцілення, інакше кажучи, вже «здорового» ритуалу переходу (через таку призму можна, наприклад, розглядати програму «12 Кроків») (Фільц, 2019).

Зловживання і держава (макросоціальний рівень)

Чим вищий рівень розгляду впливу соціальних факторів на зловживання, тим гіршим у нас є його наукове розуміння. Так на макросоціальному рівні таке розуміння у нас є вже приблизно нульовим, і більшість наявних концептів є максимально декларативними і продиктованими, скоріше, поточною політичною ситуацією. Загалом, дуже важко зрозуміти вплив тих чи інших макросоціальних чинників на розвиток зловживання. Критично не вистачає відповідних досліджень – спиратися ми можемо, по суті, поки що на звіти ООН (World Drug Report). Хоча ці звіти дають нам достатньо повну картину зловживання різними речовинами у світі, однак важко виділити фактори, за якими зловживання в тих або інших країнах відрізняється.

Так на Рис. 1.7.1 та Рис. 1.7.2. показано рівні уживання амфетамінів та опіатів в різних регіонах світу, а на Рис. 1.7.3. – рівні уживання канабісу в різних країнах Європи. Можна побачити, що дуже важко виділити якісь закономірності. Так, наприклад, окрім очевидного фактору країни виробника (в Афганістані більш великий рівень уживання опію, а в Колумбії – кокаїну), виділити вплив інших факторів (економічних, культуральних, наркополітики, соціального стресу тощо) достатньо важко. Необхідні більш тонкі дослідження на рівні факторного аналізу (або інших аналогічних методів статистики) для виділення провідних макросоціальних факторів, однак такі дослідження нам, на жаль, наразі не відомі.

Достатньо зрозумілим є лише вплив наркополітики легалізації/заборони на зловживання певними ПАР. Для алкоголю такий вплив вивчено достатньо давно через зміни правил так званих алкогольних монополій в деяких країнах. Урядові монополії на продаж алкоголю були створені на муніципальному рівні в Швеції та інших скандинавських країнах і на півдні США в другій половині 19-го століття. Вони часто виявлялися дуже прибутковими, що допомогло їм вижити в багатьох штатах, провінціях і країнах в епоху приватизації в останні десятиліття. З погляду інтересів громадського здоров'я, алкогольні монополії зазвичай мають менше торгових точок і коротший час продажу, що накладає певні обмеження на доступність. У таких монополіях найчастіше дотримуються (на відміну від обмежень приватних продавців) умови щодо продажу та обмеження для покупців (наприклад, заборона продажу особам, які не досягли повноліття). Алкогольна монополія також займає позицію на

ринку, яка в приватних руках лобювала б послаблення правил, щоб можна було збільшити продажі. У системах ліцензування алкогольних напоїв, які діяли до останніх десятиліть у суспільствах, які мали сильну історію поміркованості алкоголю, кількість наданих ліцензій зазвичай була обмежена, так що ліцензіат мав перевагу ненасиченого ринку. В обмін на це привілейоване становище ліцензіат мав дотримуватися детальних правил, що обмежують умови продажу в інтересах громадського здоров'я та порядку. Дослідження приватизації алкогольних монополій виявили, що монополії впливають на зниження рівня продажів алкоголю та проблем, пов'язаних з алкоголем. Раніше в системах алкогольних монополій працювали достатньо значні правила рестрикції (у Канаді обмеження суми покупки; у Швеції існував індивідуальний місячний раціон алкогольних напоїв на винос; у Великобританії та Австралії години роботи таверн були обмежені), однак багато з цих обмежень було скасовано в другій половині 20-го століття під час послідовних хвиль дерегуляції, що призвело до значного зростання споживання алкоголю та проблем, пов'язаних з цим (Room, 2019: 522).

Зараз також можна робити попередні висновки за фактором наркополітики держави в сенсі легалізації канабісу. Так, у World Drug Report 2022 змогли зробити попередній аналіз впливу легалізації канабісу. Так, з великими застереженнями (щодо занадто короткого періоду для оцінки, ускладнення оцінки через специфічні характеристики ринку коноплі тощо), автори звіту прийшли до таких попередніх висновків:

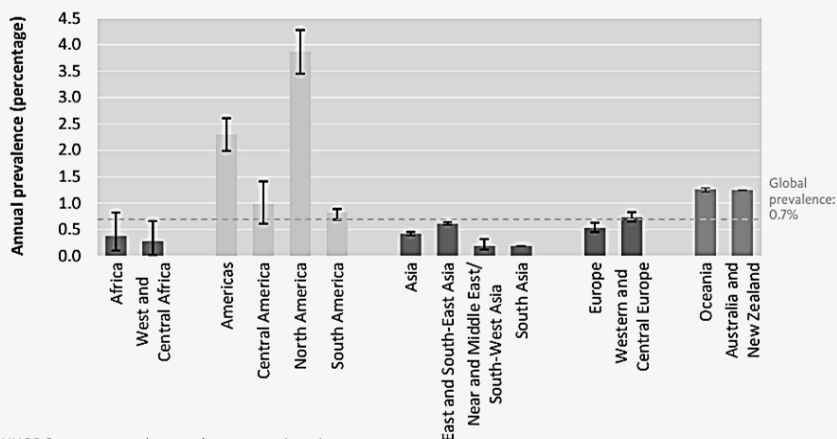
- легалізація канабісу призвела до збільшення його уживання серед дорослих, особливо молодих дорослих;
- зменшення гендерного розриву вживання канабісу серед молоді;
- наслідки для здоров'я: після легалізації канабісу відбувалося різке збільшення протягом років (з подальшою стабілізацією) кількості відвідувань відділень невідкладної допомоги та госпіталізацій, пов'язаних із уживанням канабісу;
- не виявлено впливу легалізації канабісу на рівень вживання підлітків;
- немає чітких змін у тенденціях рівня злочинності після легалізації.

Тобто, в давній суперечці між прихильниками політики легалізації та політики заборони, данні говорять на користь політики заборони. На користь цього тезису говорить і відомий Ісландський експеримент під керівництвом авторитетного фахівця з uzалежнення Мілкмена зі зменшення зловживання наркотиками серед молоді. У цьому випадку до успішного результату призвела наркополітика, в якій покладено більше заборонних мір, ніж ліберальних.

Щодо впливу економічного стану країни на зловживання, то хоча деякі виділяють економічні кризи як провідну роль, однак, важко виділити однозначну кореляцію між економічним станом країни та рівнем зловживання. Можливо, економічні фактори відіграють більш складну роль. Наприклад, можливо відіграє роль не стільки економічне становище країни, скільки рівень безробіття.

Щодо інших макросоціальних факторів, то можливо краще вводити загальне поняття макросоціального дистресу. Різні соціальні кризи, скоріше за все, збільшують рівень зловживання психоактивними речовинами. Уже є достатньо попередніх даних про вплив епідемії COVID-19 на рівень зловживання, і хоча ще немає якісних метаоглядів, але більшість статей вказує на однозначне збільшення уживання ПАР.

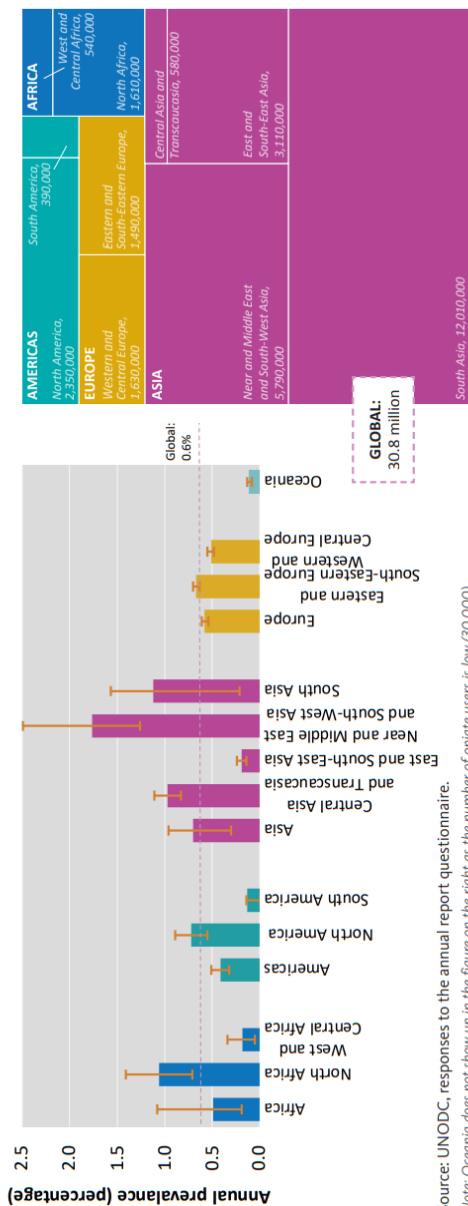
FIG. 33 Use of amphetamines, by region and subregion, 2020



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Рис. 1.7.1. Рівні уживання амфетамінів в різних регіонах світу (за World Drug Report 2022)

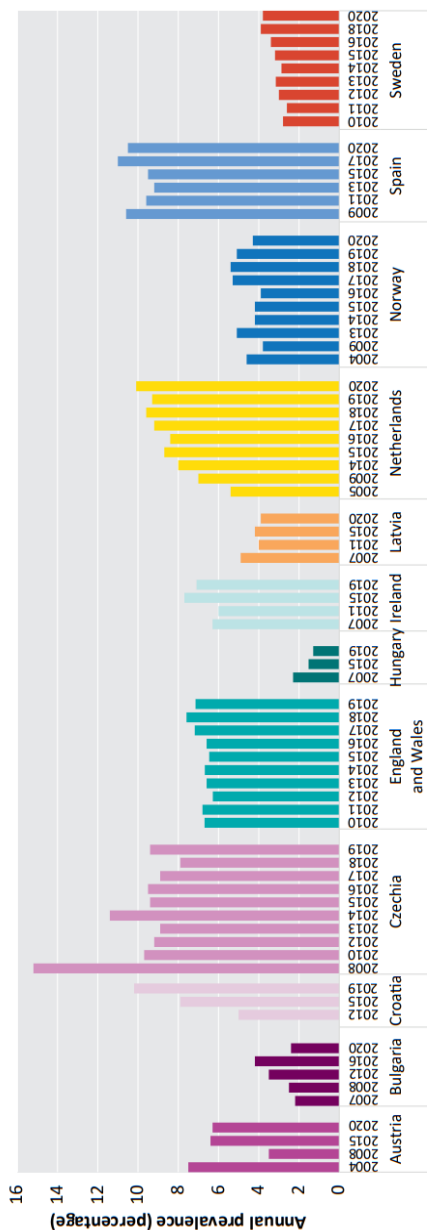
FIG. 60 Prevalence of opiate use and number of people who use opiates, by region and subregion, 2020



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.
Note: Oceania does not show up in the figure on the right as the number of opiate users is low (30,000).

Рис. 7.2. Рівні уживання опіатів у різних регіонах світу (за World Drug Report 2022)

FIG. 14 Trends in cannabis use among countries in Europe that reported recent data in 2020



Sources: UNODC, responses to the annual report questionnaire; and EMCDDA, "Statistical Bulletin 2020: prevalence and patterns of drug use in the general population".

Рис. 1.7.3. Рівні уживання канабісу в різних країнах Європи (за World Drug Report 2022)

Майже незгадуваним, але, на нашу думку ймовірно важливим параметром на цьому соціальному рівні, може бути параметр відчуття себе громадянином власної країни. Наприклад, зараз, під час воєнних в Україні через напад Російської Федерації (цей розділ пишеться на початку 2023 р.), можна спостерігати таку ситуацію, коли багато колишніх наркозалежних, які добровільно пішли захищати свою родину, залишилися тверезими. Що їм допомогло зберегти ремісію, не дивлячись на потужну та жакливу стресову ситуацію? Багато з них, з якими мав розмову сам автор підрозділу та зі звітів про аналогічні розмови колег, вказують якраз на народження потужного відчуття своєї громадянської ідентичності як на основний фактор, який допоміг їм залишитися тверезим. Тобто війна дала їм можливість відчути нові високі смисли, раніше закриті для них – буття громадянином своєї країни в високому сенсі цього слова та відповідальності за свою країну. Ця тема потребує подальшого дослідження, тут лише зазначимо, що, на нашу думку, розвиток громадянської ідентичності та відповідальності є одним з важливих напрямів ресоціалізації хімічноuzалежнених осіб, яким часто нехтують.

Духовний аспект uzалежнення (хроносоціальний рівень)

Останній рівень соціальності – зв'язок людини з людством як таким. Міркування з цього приводу є найбільш неоднозначними та спекулятивними. З одного боку, духовна модель uzалежнення була і досі є однією з найбільш популярних моделей. З іншого боку, цю модель найбільш складно якось науково обґрунтувати, та, радше, вона відкидається більшістю вчених, ніж приймається.

Достатньо складною ця тема є вже на рівні визначення – чим саме є духовність, яка поєднує людину з людством, як таким? Напевно, можна виділити три основні погляди на духовність: релігійний, філософський та психотерапевтичний.

Релігійний підхід. Тут визначення достатнє просте – людину робить духовною виключно Бог. Без зв'язку з Богом не може бути ніякої духовності. Якщо дивитися на процес одужання в цьому плані, то в центрі такого процесу стоїть відновлення зв'язку людини з Богом. Як би це не подобалося атеїстично та агностично налаштованим фахівцям, однак релігійні підходи роботи з uzалежненням показують достатньо високу ефективність. Так, найбільш відома з подібних методів програма «12 Кроків» (яку, чомусь, часто не вважають релігійною, хоча ядром цієї програми якраз і є відновлення зв'язку з Богом, хоча і наголошується, що розуміння Бога може бути у кожного своє) за результатами кокрейнівських метаоглядів виявляється взагалі

найбільш ефективним методом, перевищуючи за ефективністю КПТ (Kelly, 2020).

Філософський підхід. Тут духовність буде прямо визначатися через мораль. Людина є настільки духовною, наскільки є моральною. Причому з часів Канта мораль у філософії є універсальною категорією, а не суспільною. Тобто, мораль не є породженням культури, а вона є незалежною від суспільної організації і притаманна виду людини як такої. На цьому будується відомий категоричний моральний імператив Е. Канта: «дій лише за тією нормою, яку хочеш бачити універсальним імперативом — нормою для всіх людей і також для тебе». На жаль, представники філософського підходу в одужанні нам невідомі, хоча цей напрям виглядає дуже перспективним. З власної практики можна зазначити, що хімічно-узележенні особи (особливо підлітки) дуже охоче налаштовані на філософські розмови про принципи моралі, справедливості, блага тощо. Нам також відомий достатньо позитивний досвід, коли в реабілітаційному центрі було введено читання філософських стоїчних розмірковувань (Голідей, 2022).

Психотерапевтичний підхід. Є декілька психотерапевтичних підходів, які замаються питаннями духовності. По-перше, таким є аналітична психологія (або юнгіанський аналіз), де зв'язок з загальною людяністю є зв'язком з колективним несвідомим та центральним архетипом Самості. У цьому плані ПАР стають як би досвідом «псевдодуховності», патологічним засобом налагоджувачим розірваний зв'язок з власним архетипічним колективним несвідомим. Тобто наркоманія стає начебто патологічним сурогатом символічного релігійного досвіду, на що вказував ще сам К. Юнг, зазначаючи також нумінозність переживань під час сп'яніння (Зойя, 2013). З іншого боку до питань духовності підходить екзистенційна психотерапія, розглядаючи екзистенціали смислу, свободи, близькості, смерті, як це робили І. Ялом, В. Франкл та ін.

Висновок: ідентичність

На закінчення розгляду участі соціальної складової в проблемах узалежнення піднімаємо тему ідентичності. Є різні погляди на ідентичність, одним з яких є визначення ідентичності як соціального компоненту в особистості людини. На ідентичність можна дивитися як на Роль людини в цьому світі, або як на систему різних ролей. У цьому плані розгляд соціальних факторів нас неминуче приводить до питання ідентичності. Інакше кажучи, соціальні фактори насамперед впливають на людину через її ідентичність. Або людина взаємодіє з соціумом через свою ідентичність.

Якщо застосувати підхід соціальних рівнів за моделлю У. Бронфенбреннера, то дзеркально можна ввести різні рівні ідентичності людини: сімейну ідентичність, групову ідентичність, культуральну ідентичність, громадянську ідентичність, людську (духовну) ідентичність. Наступним тезисом є те, що неможливий процес соціотерапії через зміну виключно соціальних факторів – процес ресоціалізації/соціотерапії обов'язково повинен включати зміну ідентичності хімічно uzалеженого.

Тобто, процесом ресоціалізації є по суті відмова від адиктивної ідентичності та розвиток здорової соціальної ідентичності на всіх рівнях (сімейному, груповому, культуральному, громадянському, універсально-людському). Однак у цьому процесі людина повинна зіткнутися з важкою блокуючою емоцією – соромом.

Сором є головною емоцією, яка перешкоджає усім рівням становлення соціальної ідентичності в процесі одужання. Поттер-Ефрон розглядає сором як емоцію контакту з суспільством (на відміну від провини, що є емоцією контакту з конкретною людиною) (*Поттер-Ефрон, 2012*). У здоровому варіанті сором слугує функцією зв'язку людини з соціумом, однак за патологічних варіантів він навпаки, розриває цей зв'язок. Саме з таким соромом стикається uzалежений, який намагається повернутися до нормальної соціальної ідентичності. Часто, без соціального безумовного *прийняття* одужуючої uzалеженої людини подолання сорому є неможливим, особливо на перших етапах одужання, навіть за умови потужної індивідуальної психотерапії. Саме тому важливим стають для такої людини спільноти взаємодопомоги, де вона і отримує це прийняття. Однак часто можна спостерігати картину, коли процес ресоціалізації людини, на жаль, закінчується на рівні соціалізації до таких спільнот, де і продовжується її «справжнє» соціальне життя. Знову ж таки, подальшій соціалізації до загального суспільства, заважає саме сором. У цьому розрізі максимально дивною та необґрунтованою для нас виглядає думка Flanagan, що сором є для uzалежнених достатньо здоровою емоцією і дає потужну мотивацію для одужання (*Flanagan, 2019: 85*).

Протилежним до патологічного (невротичного, дисфункційного) сорому є гідність людини. Людина з високим відчуттям власної гідності не може відчувати патологічного сорому (хоча, зрозуміло, нормальний людський сором є для неї доступним). Виходячи з цих розмірковувань визначимо гідність як базу для ідентичності людини. І тоді процес відновлення ідентичності хімічно uzалеженої особи повинен бути невіддільно пов'язаний з відновленням відчуття власної гідності.

В основі процесу ресоціалізації хімічно uzалежнених осіб лежить відновлення власної гідності, на якому базується процес відновлення різних рівнів ідентичності: сімейної, групової, культуральної, громадянської та універсально-людської.

Список використаних джерел:

1. Benning T.B. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice*. 2015. V.6. P. 347-52. DOI: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S82937>
2. McLaren N. A critical review of the biopsychosocial model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1998. V.32(1). P. 86-92. DOI: <https://doi.org/10.3109/00048679809062712>
3. Pilgrim D. (2015) The Biopsychosocial model in health research: its strengths and limitations for critical realists. *Journal of Critical Realism*. V.14(2). P. 164-180. DOI: <https://doi.org/10.1179/1572513814Y.0000000007>
4. Ghaemi S.N. The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*. V. 195 (1). 2009. P. 3-4. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859>
5. Alexander B.K., Coombs R.B., & Hadaway P.F. The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*. 1978. V. 58(2). P. 175-179. DOI:10.1007/bf00426903
6. Nakken C. The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior. Minnesota: Hazelden Publishing, 1996. 144 p.
7. Фільц О.О., Седих К. В. Ритуал зцілення як технологія психологічної реабілітації осіб із хімічним uzалежненням. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Вип. 60. Харків, 2019. С. 231–247. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2019.60.13>
8. Старков Д. Ю. Роль соціального оточення у процесі становлення ремісії адикту. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2015. Том VII. Вип. 39. С. 369-378. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i39/37.pdf>
9. Longabaugh R., Mattson M.E., Connors G.J., & Cooney N.L. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*. 1994. V.12. P. 119–129
10. Бараненко О.В. Параметри якості життя в осіб з алкогольною залежністю після ліквідації синдрому відміни та на етапі становлення ремісії. *Український вісник психоневрології*. 2006. Т. 14, № 2 (47). С. 33-35.

- 11.** Feelemyer J.P., et al Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014. V.134. P. 251-258. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011.
- 12.** Flanagan O. Identity and addiction. *The routledge handbook of philosophy and science of addiction* / H. Pickard & S.H. Ahmed (Eds). London and New York: Routledge, 2019. P. 77-89.
- 13.** Поттер-Эфрон Р.Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика / Пер. с англ. Москва: ИОИ, 2012. 416 с.
- 14.** Room R. Drug legalization and public health: general issues, and the case of cannabis. *The routledge handbook of philosophy and science of addiction* / H. Pickard & S.H. Ahmed (Eds). London and New York: Routledge, 2019. P. 518-530.
- 15.** Критерий качества жизни в психиатрической практике: монография / Н.А. Марута и др. ; под общ. ред. Н.А. Маруты. Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. 240 с
- 16.** Jedrzejczak M. Family and environmental factors of drug addiction among young recruits. *Military Medicine*. 2005. V.170(8) P. 688-690. DOI:[10.7205/MILMED.170.8.688](https://doi.org/10.7205/MILMED.170.8.688)
- 17.** International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing / World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. 2020. 101 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>
- 18.** Kelly J.F., Humphreys K., & Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. V.11. Issue 3(3). DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
- 19.** Голідей Р. Стоїцизм на кожен день. 366 роздумів про мудрість, стійкість і мистецтво жити. Київ: Наш Формат, 2022. 472 с.
- 20.** Зойя Л. Наркомания. Патология или поиск инициации? / Под ред. Ю. Власовой. Москва: «Добросвет», «Книжный дом «Университет», 2013. 208 с.

1.8. Концепції співузалежнення

Старков Д.Ю.

Абстракт

Розглянуто історію розвитку розуміння феномену співузалежнення. Зроблено огляд спектру визначень та встановлено, що різні автори визначають співузалежнення через гіпертрофовану нормальну реакцію на проблеми близького, дисфункційний вид стосунків, тривожний невроз, компенсаторні стратегії підтримки самооцінки, особистісні розлади, вид узалежнення, незалежний психічний розлад, психотичний стан. Окрім цього ряд авторів критикують саме поняття співузалежнення як неіснуючого розладу. Проаналізовано зв'язок співузалежнення з узалежненням та показано механізм впливу співузалежненої поведінки на зловживання близького через тип взаємодії «Батько-Малюк». Запропоновано використовувати термін співузалежнена поведінка, як патерну контролю/рятивництва, порушення кордонів, ставлення до іншого як до маленького. Феноменологічно можна виділити чотири рівня важкості співузалежненої поведінки: нормативний (обумовлений природними переживаннями за близького), невротичний (обумовлений тривожним неврозом), межовий (обумовлений розладом особистості та/або психічною травмою), психотичний. Запропоновано ідеї щодо психотерапевтичних підходів у кожному випадку.

Історія «співузалежнення»

Історію «співузалежнення» можна однозначно розпочати з виходу книги «Анонімні Алкоголіки» у 1939 році. Хоча сам термін «співузалежнення» в цій книжці не застосовується, але восьмий розділ «До дружин» був написаний самими дружинами Анонімних Алкоголіків, і там дається чудовий феноменологічний опис стану, який пізніше буде названо співузалежнення (Анонімні, 2020: 82-83):

«Ми пройшли тернистий шлях, це безсумнівно. Тривалий час ми мали стосунки з ображеною гордістю, розчаруванням, жалем до самих себе, непорозумінням і страхом. ... Це доводило нас до сльозливої сентиментальності, до гірких образ. Дехто з нас впадав із однієї крайності в іншу, завжди сподіваючись, що одного дня наші кохані знову стануть собою.

Наша відданість та бажання, щоб наші чоловіки підняли свої голови і були як інші, породили безліч труднощів. Ми були безкорисливими та жертвували собою. Нам не раз доводилося говорити неправду, щоб захистити власну гордість і репутацію своїх чоловіків. Ми молилися, ми

благали, ми були терпеливими. Іноді ми вибухали злістю. Ми втікали. Ми впадали в істеріку. Нас охоплював жах. Ми шукали співчуття. Із помсти заводили любовні інтриги з іншими чоловіками.

Не раз наші домівки вечорами перетворювалися на поле битви. Вранці ми цілувалися і мирилися. Наші друзі радили покинути чоловіків і ми рішуче робили це, тільки щоб незабаром повернутися надіючись, завжди надіючись. Наші чоловіки щиро зарікалися, що вони кидають питу назавжди. Ми вірили їм тоді, коли ніхто інший не міг чи не хотів їм повірити. А потім, через кілька днів, тижнів, місяців – новий вибух.

Ми рідко приймали друзів у себе вдома, ніколи не знаючи, в якому стані і коли з'являться наші чоловіки. Ми рідко мали можливість спілкуватися з кимось. Ми почали жити майже відлюдно»

У 1951 році, через 16 років після заснування товариства Анонімні Алкоголіки, Ганною Б. та Лойс В. (дружиною засновника АА Біла В.) було засновано товариство, що об'єднувало дружин алкоголіків – Ал-Анон. До цього часу зустрічі сімей одужуючих алкоголіків вже були поширеною практикою, і заснування спільноти було скоріше формальним кроком. Термін «Ал-Анон» є простим дериватом від «Alcoholics Anonymous» у вигляді комбінації перших букв кожного слова. Головне, що Ал-Анон прийняв «12 Кроків» АА за основу своєї програми – тобто учасники цього руху вважали свій стан чимось подібним до хвороби алкоголізму. Однак сам термін «співузалежнення» ще не з'явився – у той час часто використовували терміни «параалкоголіки» або «коалкоголіки» (Shaef, 1996).

Сам термін «співузалежнення» з'являється, скоріше за все, вже у 1970-х роках у системі реабілітації хімічно узалежнених осіб за принципом Мінесота, і достатньо швидко набуває популярності. У цей час «співузалежнення» вважається аналогічною хворобою до алкоголізму, змінюється тільки сам агент узалежнення – замість алкоголю співузалежені узалежені від самого алкоголіка. Розвивається концепція «дзеркальності» алкоголізму та співузалежнення.

Термін «співузалежнення» почав широко популяризуватися в суспільстві після виходу праці М. Бітті у 1986 році «Codependent No More ...» (відома у перекладі під назвою «Рятувати чи рятуватися?...»), яку було продано в Америці у кількості більше ніж вісім мільйонів екземплярів. У цьому ж 1986 році М. Бітті формує альтернативну Ал-Анон 12-крокову організацію «Анонімні Співузалежені» (однак ця спільнота не підтримує жодних визначень або діагностичних критеріїв співузалежнення).

Першим професіоналом в галузі психічного здоров'я, який глибоко займався проблемою співузалежнення, можна вважати психіатра Timmen

Сермак. У 1986 році він пише наукову роботу, де наполягає на включенні розладу співузалежнення у DSM-III-R та пропонує відповідні діагностичні критерії (Сермак, 1986). Слід зазначити, що розлад співузалежнення все ж таки не було введено ні у DSM-III-R, ні в подальші DSM четвертого та п'ятого видання, та не включено ні в МКХ-10, ні в МКХ-11. Однак, не дивлячись на те, що офіційно співузалежнення не було визнано розладом, починаючи з робіт Сермак професійна спільнота звернула увагу на цей розлад і наукові дослідження «співузалежнення» почали поширюватися. Крім того, Сермак пише роботу «Діагностика та лікування співузалежнення: посібник для професіоналів» (пройшла два видання), яка на сьогодні вважається «класичною» у галузі наукового розуміння співузалежнення (Сермак, 1998).

Узагалі кінець 80-х та початок 90-х років минулого сторіччя можна вважати періодом розквіту популярності вивчення співузалежнення, у цей період видається найбільша кількість професійних та популярних праць на цю тему, публікуються наукові статті. Майже всі відомі концепти співузалежнення, якими зараз користуються, винайдено саме в цей період. Але потім інтерес до цієї теми починає поступово спадати.

У 2000-х роках вже майже немає якихось нових ідей в розумінні співузалежнення. Єдиною новітньою ідеєю, напевно, є те, що подружня пара фахівців Б. Уайнхолд та Д. Уайнхолд пропонують розширити модель співузалежнення, вводячи нове поняття контрузалежнення – стан повністю протилежний співузалежненню (Уайнхолд, 2020).

За весь час розвитку концепту співузалежнення цей термін популяризувався як у спільноті практиків-психологів, так і загалом у суспільстві, було видано величезну кількість напівфахових та популярних робіт на цю тему. Однак з іншого боку, професійною спільнотою існування самого психічного розладу «співузалежнення» не було визнано і такий розлад не введено ні в DSM, ні в МКХ. Одночасно в професійній спільноті існує потужна критика поняття «співузалежнення», його часто визначають як «неіснуючий діагноз» (Harper, 1990). Кількість же наукових статей, присвячених співузалежненню, вражає мала – так, за 2022 рік в науковій базі PubMed відображається не більше 10 статей присвячених цій темі (для порівняння, за запитом drug addiction база PubMed видає більше ніж 10000 наукових статей за 2022 рік). В українській же базі ми знайшли тільки одну дисертацію за всі роки за темою співузалежнення (Савчук, 2005).

Визначення «співузалежнення»:

Для подальшого розгляду феномену співузалежнення необхідно дати йому визначення. Тому зробимо невеличкий огляд існуючих визначень співузалежнення.

Відома сучасна фахівчиня з проблеми співузалежнення, професорка психології в університеті штату Каліфорнія, авторка популярного посібника допомоги у випадку співузалежнення S. Burn, визначає цей феномен як стан, що *«включає патерни відносин, які характеризуються незбалансованим наданням та отриманням, де інтимність і близькість стосунків будуються на триваючій кризі однієї особи та на порятунку та сприянні іншого»* (Burn, 2015).

У досить популярній книзі «Розуміння співузалежнення» J. Cruse (лікар MD, фахівець з адиктології) та S. Wegscheider-Cruse (консультант) співузалежнення визначається як *«специфічний стан, що характеризується заклопотаністю та крайнім uzалежненням – емоційним, соціальним, а іноді й фізичним – від іншої людини. Часто є «діагнозом», пов'язаним з поведінкою, думками чи станом людини, яка перебуває у дуже uzалежнених відносинах з кимось, кому потрібна додаткова турбота чи увага, наприклад, дійсним алкоголіком чи наркоманом»* (Cruse, 2012).

На сайті товариства взаємодопомоги людей з межовим розладом особистості дається таке визначення: *«Співузалежені відносини - це коли одна людина підтримує чи сприяє розвитку uzалежнення, поганому психічному здоров'ю, незрілості, безвідповідальності чи недооцінці іншої людини. Серед основних характеристик співузалежнення найпоширенішою є надмірна опора на схвалення та ідентичність інших людей»*.²

S. Anderson, професор Портлендського університету, визначає співузалежнення як *«модель хворобливого uzалежнення від компульсивної поведінки та схвалення з боку інших у спробі знайти безпеку, самооцінку та ідентичність»* (Anderson, 1994).

В Оксфордському словнику (видання 2010 р.) співузалежнення (codependency – англ.) визначається як *«надмірне емоційне або психологічне uzалежнення від партнера, як правило, який потребує підтримки через хворобу або uzалежнення»* (Stevenson, 2010).

В офіційних брошурах спільноти «Анонімні Співузалежені» для самостійного оцінювання власного співузалежнення пропонуються п'ять

² <https://bpdfamily.com/content/codependency-codependent-relationships>

груп патернів співузалежнення (заперечення, низької самооцінки, керування, уникнення) (CoDA, 2019):

«Патерни заперечення: 1) важко визначити, що вони відчують; 2) мінімізують, змінюють або заперечують те, що вони насправді відчують; 3) сприймають себе як абсолютно безкорисливих і відданих благу інших.

Патерни низької самооцінки: 1) важко приймати рішення; 2) суворо судять себе за те, що думають, говорять або роблять; 3) соромляться отримувати визнання, похвалу чи подарунки; 4) не можуть визначити або попросити те, що їм потрібно і чого вони хочуть; 5) цінують схвалення своїх думок, почуттів і поведінки іншими більше, ніж собою; 6.) не сприймають себе як привабливих або гідних людей.

Патерни поступливості: 1) компрометують свої цінності та цілісність, щоб уникнути відрази та гніву інших людей; 2) дуже чутливі до почуттів інших і беруть на себе такі ж почуття; 3) надзвичайно лояльні, надто довго перебувають у шкідливих ситуаціях; 4) надають більшого значення думкам і почуттям інших і бояться висловлювати різні погляди або почуття; 5) відкладають власні інтереси, щоб робити те, чого хочуть інші; 6) приймають секс як заміну любові.

Патерни керування 1) вірять, що люди не здатні подбати про себе; 2) спроби переконати інших, що думати, робити чи відчувати; 3) обурюються, коли інші відмовляються від їхньої допомоги або відмовляються від їхніх порад; 4) вільно пропонують поради та керівництва без прохань; 5) роблять щедрі подарунки та послуги тим, на кого вони хочуть вплинути; 6) використовують секс, щоб отримати схвалення та визнання; 7) повинні відчувати себе потрібними, щоб мати стосунки з іншими.

Патерни уникнення: 1) діють так, щоб спонукати інших відкидати, присоромлювати або виражати гнів на них; 2) суворо судять те, що інші думають, говорять або роблять; 3) уникають емоційної, фізичної або сексуальної близькості, щоб не відчувати себе вразливим; 4) дозволяють узалежненню від людей, місць і речей відвернути їх від досягнення близькості у стосунках; 5) використовують непряме або ухилиюче спілкування, щоб уникнути конфлікту чи конфронтації; 6) вважають, що прояв емоцій є ознакою слабкості».

Наведемо, також, визначення співузалежнення вже згаданого L. Timmen, яке він розроблював для включення у діагностичний посібник DSM. Timmen визначає співузалежнення як розлад, який повинен задовільняти таким критеріям (Cermak, 1986):

«1. Постійне вкладення самооцінки у здатність контролювати себе та інших перед серйозними несприятливими наслідками.

2. Прийняття відповідальності за задоволення потреб інших з виключенням визнання власних.

3. Занепокоєння та спотворення кордонів навколо близькості та розлуки.

4. Заплутаність у стосунках з людьми із розладами особистості чи імпульсивними розладами, хімічно uzалежненими чи іншими співузалежненими.

5. Три або більше з нижчих критеріїв:

5.1. Надмірна опора на заперечення

5.2. Стимування емоцій (з драматичними спалахами чи без)

5.3. Депресія

5.4. Надпильність

5.5. Компульсії

5.6. Тривога

5.7. Зловживання алкоголем чи наркотиками

5.8. Був (або є) жертвою періодичного фізичного чи сексуального насильства

5.9. Захворювання, пов'язані зі стресом

5.10. Залишався в основних відносинах із споживачем активних речовин протягом принаймні двох років, не звертаючись за сторонньою допомогою».

Наприкінці наведемо трохи анекдотичне визначення співузалежнення відомими російськими фахівцями: «Прояви співузалежнення у родичів слід повною мірою віднести до категорії реактивних психозів, ... синдромологічний зміст реактивного психозу можна інтерпретувати як затяжну атипову ендормну депресію з провідною тривожно-деперсоналізованою симптоматикою та паранояльними включеннями» (Чирко, 2005).

З іншого боку, багато фахівців взагалі не приймає існування співузалежнення як окремого феномену. Ще деякі фахівці відносять співузалежнення до крайнього прояву нормативної поведінки, обумовленої тривогою за стан хворого близького.

Якщо підсумувати ці та інші визначення співузалежнення, то ми можемо побачити достатньо інкогерентну картину. Загалом, співузалежнення різні фахівці визначають як:

– гіпертрофовану нормальну реакцію та нестачу інформації щодо поводження з uzалежненим родичом;

- дисфункційний вид стосунків;
- тривожний невроз;
- компенсаторні стратегії підтримки самооцінки;
- патологію особистості (найчастіше підводять під uzалежнений розлад особистості);
- вид uzалежнення;
- окремий психічний розлад;
- психотичний стан.

Наслідком такого широкого розуміння співузалежнення, окрім плутанини у діагностиці, є неможливість сформувати адекватну програму допомоги. Інакше кажучи, під визначення «співузалежнення» підпадає масив зовсім різних розладів, які потребують зовсім різних психотерапевтичних утручань. Так, люди з нестачею інформації потребують належного циклу тренінгово-інформаційних занять з поведінки із узалежненим родичом. Дисфункційні стосунки потребують розвитку навичок відносин та сімейної терапії. Люди з розладами особистості потребують курсу психотерапії особистості. Співузалежнена поведінка внаслідок тривожного неврозу потребує психокорекційної роботи, аналогічної до роботи з ПТСР. Нарешті, за психотичного стану, коли співузалеженні ідеї подібні до маячних, фармакотерапія буде провідним засобом.

Іншим висновком, який ми можемо зробити з короткого огляду визначень співузалежнення, є те, що терміном співузалежнення різні автори позначають різні, незв'язані один з одним розлади, а не описують з різних боків один і той же феномен. Скоріше за все, поки що ми можемо говорити про «симптом» (або синдром) співузалежнення, який присутній в різних групах психічних розладах, а не про самостійний незалежний розлад.

Взаємозв'язок співузалежнення та узалежнення

Навіть сам термін «спів-узалежнення» підштовхує нас шукати тісні зв'язки цього феномену з розладом хімічного узалежнення. Поширеним є погляд, що співузалежнення одного родича в родині підкріплює стан узалежнення іншої. Але механізм цього впливу є не зовсім зрозумілим.

Свого часу автором цієї роботи було запропоновано концепт діяльнісного підходу до розуміння взаємозв'язку співузалежнення та узалежнення (Старков, 2015). У цій роботі виходили вже з феноменологічного аналізу опису явища співузалежнення різними авторами. Як основну загальну рису взаємодії «співузалежнений-узалежнений» у різних описах можна виділити її як жорстко ієрархічної, де

один учасник домінує, знаходиться в психологічній позиції «зверху», а інший підкоряється, знаходиться в психологічній позиції «знизу». «У нормі» такий стиль відносин присутній у взаємодії батьків з малюком. З цього випливає гіпотеза, що співузалежнені відносини є наслідком становлення у дорослих відносинах провідної взаємодії (спільної діяльності) на кшталт «батько-малюк». Така гіпотеза пояснює психологічний механізм виникнення співузалежнених відносин як активації природних патернів взаємодії «батьки-малюки» в неналежній ситуації відносин «дорослий-дорослий». Представлення взаємодії «співузалежнених-узалежнених» за допомогою моделі сумісної діяльності «батьки-малюки» пояснює феноменологічну картину такої взаємодії і її основних характеристик, таких як: злитість і симбіотичність, зосередження уваги один на одному, надцінність відносин, розмитість меж «я-ти» та «мoje-твое», кататимну забарвленість, патерни опіки та контролю та ін. Усі ці риси є одними з проявів відносин між батьками та малюками до 3-х років (Табл.1. 8.1).

Таблиця 1.8.1.

Порівняння взаємодії «Батько-Малюк» та «Дорослий-Дорослий»

«Батько-Малюк»	«Дорослий-Дорослий»
Один бере відповідальність за життя іншого, нехтуючи водночас власними життєвими задачами	Кожен сам несе відповідальність за власне життя, водночас відбувається підтримка один одного.
Система контролю та турботи	Система поваги та довіри
Емоційна незрілість відносин	Емоційна зрілість стосунків
Змішані та розмиті межі	Чіткі особистісні та соціальні межі
Ієрархічні відносини	Відносини рівний-рівному
Домінування та підкорення чи бунт	Рівноправна співпраця
Мінливий характер відносин	Стабільний характер відносин
Локус уваги один на іншому	Локус уваги на собі
Спілкування рольове «вчитель-учень»	Спілкування особистісне, близькість
Надцінний характер відносин	Ціннісний характер відносин

Перехід до взаємодії за принципом «батько-малюк» з боку особи, що займає позицію співузалежнення, є, в принципі, в чомусь природним, бо присутність такого типу провідної діяльності у взаємовідносинах є нормальним для дорослого віку, але активується цей тип діяльності в

неналежній ситуації (не у реальній ситуації догляду за малюком, а у ситуації «дорослих» відносин). З іншого боку, у дорослої людини без психічних відхилень діяльність за типом «малюк» у взаємодії «батьки-діти» у нормі не може бути провідною. Тому, щоб прийняти взаємовідносини за типом «батько-малюк» з позиції малюка, дорослій людині необхідні штучні засоби регресу, яким є зловживання психоактивними речовинами. Так пояснюється головний механізм участі співуязвленої взаємодії у зловживанні.

Можна виділити два крайні шляхи ґенезу взаємодії за типом «співуязвлений-уязвлений» у парі. Першим шляхом є утворення уязвлення у одного з членів, що буде активувати «батьківську» діяльність у іншого, а з часом такі патерни взаємодії закріпляться як провідні. Іншим шляхом є первинна співуязвлена поведінка у одного з членів, що буде провокувати розвиток уязвлення у іншого.

Головною ідеєю запропонованого підходу є те, що співуязвлення можна розглядати тільки на рівні взаємодії, а не її психологічних причин. Інакше кажучи, неважливо, які психічні механізми лежать в основі «співуязвленої поведінки», бо провокує уязвлення у іншого саме «співуязвлена поведінка». У різних «співуязвлених» осіб в основі співуязвленої поведінки можуть лежати абсолютно різні психічні проблеми та розлади різного спектру важкості (від психотичних до загостреної норми). Однак на іншу людину вплив здійснюється саме через зовнішню форму співуязвленої поведінки.

Інакше кажучи, ми бачимо доречним відмовитись від терміну «співуязвлення», і використовувати термін «співуязвлена поведінка», визначення якої ми пропонуємо таке:

Співуязвлена поведінка – це патерн поведінки, в якому домінують стереотипи рятівництва/контролю, порушення особистісних та соціальних кордонів, ставлення до іншого як до маленького, безпорадного, безправного, безвільного.

Феноменологія співуязвленої поведінки

Запропоноване нами визначення конфронтує концепцію співуязвлення як розладу або хвороби у тому сенсі, що заперечує існування якогось єдиного механізму, що лежить в її основі. На відміну, наприклад, від адиктивної поведінки, де за всією різноманітністю її видів (від важкого хімічного уязвлення до поведінкових адикцій) ми можемо однозначно визначити єдині психічні і нейробіологічні механізми, то зовні схожа співуязвлена поведінка у різних осіб може бути наслідком зовсім різних психічних механізмів.

Однак, тоді перед нами постає питання феноменології та різноманіття видів співузалеженої поведінки. Зрозуміло, що схожість співузалеженої поведінки як наслідку різних розладів, є тільки зовнішньою та ілюзорною. Як аналогію можна провести схожість обсесивно-компульсивного синдрому в рамках шизофренії та обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) як самостійного розладу – не дивлячись на зовнішню схожість повторювальних ритуалів, за їх детального розгляду ми помітимо істотні відмінності.

Як основу класифікації типів співузалеженої поведінки, у слід за класичною схемою розділення важкості психічних розладів, пропонуємо виділити чотири рівня важкості і співузалеженої поведінки – загострена норма, невротичний рівень, межовий рівень (або неполіткоректною мовою старої психіатрії – психопатичний рівень/регістр, у значенні розладів, що значно спотворюють структуру особистості, впливаючи на її ціннісне ядро), та психотичний рівень. Далі, необхідно більш докладно дослідити різноманіття типів патерну співузалеженої поведінки на кожному з цих рівнів.

Умовно-нормативний рівень важкості співузалеженої поведінки

Життєві проблеми, хвороби або інші нещастя близького викликають як нормальну людяну реакцію у іншої людини переживання та автентичне бажання допомогти. Така реакція є наслідком здорової здатності людини до емпатії та співпереживання і нічого іншого про неї не говорять, окрім її людяності.

Ситуація, коли близький потрапляє в нещастя хімічного узалежнення, нічим принциповим не відрізняється від інших типів проблем, і викликає, у здоровому варіанті, таке ж переживання та бажання допомогти. Наслідком такої нормальної людяної реакції і буде співузалежена поведінка на рівні загостреної норми. Абсолютно такою за формою буде і поведінка піклування, наприклад, про близьку людину з інвалідністю та і в інших важких ситуаціях. Єдина різниця є в тому, що така «співузалежена поведінка» у випадках інших проблем йде на користь людині у біді та допомагає їй вийти з проблем (або підтримує її в переживанні цих проблемах), однак у випадку хімічного узалежнення така людина підтримка найчастіше підтримує, на жаль, саме патерни зловживання.

Психологічна допомога в цьому випадку полягає в емпатійному підтримуючому консультуванні з проясненням впливу поведінки рятування на зловживання близького. Найчастіше в цьому випадку необхідна допомога в прийнятті безсилля та в проходженні процесу горювання (як втрати тих відносин, які були, так і взагалі можливої фізичної втрати близького).

Невротичний рівень важкості співузалеженої поведінки

Механізм, що лежить в основі цього рівня важкості співузалежненої поведінки, зводиться по суті до механізмів тривожних неврозів. Тривога має тенденцію фіксуватися, зокрема і тривога за стан близького. Тобто, якщо близька людина почала періодично зловживати і це викликає тривожну реакції за її стан у іншого, то ця тривога згодом фіксується і стає вже незалежною від зловживання близького. Тобто співузалежнену поведінку за цих умов необхідно розглядати як ОКР-подібний розлад.

Психотерапевтична допомога за таких обставин буде, з одного боку, схожа на терапію будь-яких тривожних неврозів та ОКР, з іншого боку буде мати суттєві відмінності. Головною відмінністю буде те, що якщо найчастіше базовим страхом в тривожних неврозах є страх за себе, то у цьому випадку базовий страх є за життя іншого. Тому будь-яка інтервенція можливості зниження такого страху буде викликати почуття провини. Інакше кажучи, зниження тривожної симптоматики, що лежить в основі співузалежненої поведінки невротичного рівня, буде блокуватися почуттям провини, і це необхідно враховувати в психотерапевтичній роботі.

Межовий рівень важкості співузалежненої поведінки.

Виглядає так, що більшість випадків співузалежненої поведінки необхідно віднести до межової області між невротичним спектром розладів та психотичними розладами, тобто до межового рівня. З одного боку, в більшості випадків співузалежнена поведінка виявляється набагато більш вкоріненою в особистість людини та привносить набагато сильніші десоціалізуючі наслідки, ніж прості неврози (порівняти з «середньостатистичним» випадком співузалежненої поведінки за стилем, напевно, можна тільки комплексний ПТСТ). З іншого боку, хоча відверті психотичні випадки співузалежненої поведінки і трапляються, але не є хоч-якось переважаючими. Психотерапевти психоаналітичної парадигми віднесли би більшість випадків осіб зі співузалежненою поведінкою до межової структури особистості. З погляду психіатричної парадигми, в більшості випадків співузалежненої поведінки ми маємо справу з розладами особистості тієї чи іншої важкості, що лежать в її основі.

Далі, якщо брати за основу підхід розладів особистості, то необхідно виділяти ті розлади, що мають екстернальну спрямованість поведінки, яких по суті є більшість. Так, зі списку DSM-5, ми можемо виокремити такі розлади особистості, які в тій чи іншій мірі мають співузалежнену поведінку як свою іманентну характеристику: параноїдний, антисоціальний, межовий, гістрійний, нарцисичний, залежний, обсесивно-компульсивний. Не схильні до формування співузалежненої поведінки тільки шизоїдний, шизотиповий та унікаючий розлад особистості. Ще можна виділити депресивно-

мазохістичний розлад особистості (або депресивний та мазохістичний розлади особистості), що не увійшов до DSM-5 не дивлячись на тиск відомих фахівців (зокрема О. Кернберга), але є достатньо популярною діагностичною одиницею серед психотерапевтів та що також іманентно містить у собі патерн співузалежненої поведінки.

Тобто, типи співузалежненої поведінки межового рівня, можна класифікувати у відповідності з добре відомими поведінковими патернами відповідних розладів особистості: параноїдного, антисоціального, межового, гістріонного, нарцисичного, залежного, обсессивно-компульсивного, депресивно-мазохістичного. Спростити таку класифікацію можна поділивши розлади особистості тільки на дві групи – що мають у своїй основі нарцисичне ядро (з відповідним холодно-функціональним ставленням до іншого), та що мають у своїй основі депресивне ядро (з відповідно тривожно-невротичним ставленням до іншого). Інакше кажучи, можна виділити дві групи «співузалежнених»: умовно-теплі, з тривожно гіперемпатичним ставленням до іншого («любов, що придушує»), та умовно-холодні, з нарцисично-садистичним ставленням до іншого («жорстка влада»). Друга група має в основі більш важкі розлади особистості, та часто відноситься не до межового рівня прояву, а до психотичного.

Стосунки за співузалежненої поведінки межового рівня будуть характеризуватися механізмами розщеплення, головним чином, між любов'ю та ненавистю, та будуть мати садистично-мазохістичний характер. В один період «співузалежнений» буде повністю вкладатися в стосунки, жертвуючи собою та рятуючи близького від зловживання. Однак через деякий час (найчастіше, коли близький тимчасово кинув вживати), «співузалежнений» переключається на інший бік розщеплення, демонструючи переслідуючу поведінку, провокуючи водночас зрив близького. Такий характер відносин є принципово відмінним від співузалежненої поведінки невротичного рівня – в цьому випадку у разі припиненні вживання близького тривога за його тверезість з часом згасає та стосунки нормалізуються. У межовому випадку, навпаки, стосунки тільки погіршуються – «співузалежнений» пригадує усі образи, демонструє агресивну поведінку та нездатність йти на компроміси. Популярним є описувати такі зміни взаємодії у моделі трикутника Кармпа «Жертва-Переслідувач-Рятівник».

Таку поведінку «співузалежного» можна розглядати через модель психічної травми, де на одному боці розщеплення відбувається «ідентифікація з агресором», на іншому – «ідентифікація з жертвою». Така психічна травма могла виникнути через самі стосунками зі зловживаючою

людиною (наприклад, коли зловживаюча людина чинить за цих умов ще й фізичне або моральне насилля), або бути вже присутньою до цих стосунків (наприклад, коли ми спостерігаємо такий рівень співузалеженої поведінки у матерів до своїх дітей-підлітків). У будь-якому разі «зловживаючий близький» то сприймається як агресор, що активує психологічний захист від нього через злиття та тривожний контроль, то сам «співузалежний» стає таким агресором.

З одного боку «психотерапія співузалеженої поведінки» у випадку межового рівня буде зводитись до психотерапії того чи іншого розладу особистості. З іншого боку, така психотерапія буде нерозривно пов'язана з травмофокусованою психотерапією, спрямованою на роботу з психічною травмою. Або, якщо співузалежену поведінку невротичного рівня можна розглядати в рамках тривожного неврозу, то співузалежену поведінку межового рівня можна розглядати вже в рамках моделі комплексного ПТСР.

Психотичний рівень співузалеженої поведінки.

Цей рівень, де ідея контролю та рятування іншого має всі ознаки маячної ідеї, може спостерігатися у осіб з важкими розладами особистості або вже з ендогенними хворобами. Зрозуміло, що ця ситуація потребує фармакотерапевтичного супроводження, але й у цьому випадку шанси на зміну співузалеженої поведінки достатньо малі. Скоріше за все, єдиним виходом є фізичне розділення з узалеженою людиною.

Висновок:

Вивчення співузалеження є складною та спірною галуззю, починаючи навіть з питання взагалі існування цього феномену. Свого часу співузалеження намагалися звести до розладу, аналогічного адиктивному, та водночас популярним був концепт «дзеркальності» узалеження та співузалеження. Ми можемо розглянути можливість виникнення співузалеженої поведінки як реакції на адиктивну поведінку близького з етапами: гіпертрофована нормальна реакція → тривожний ОКР-подібний невроз → психічна травма → розлад особистості (подібний до посттравматичного). Зрозуміло, що тут ми розглядаємо деякий «ідеальний варіант» без врахування преморбиду співузалеженої поведінки, однак це необхідно саме для того, щоб виокремити принципові відмінності між співузалеженою та адиктивною поведінкою. Так в ядрі співузалеженої поведінки лежить нормативне емпатійне переживання за близького, водночас як в ядрі адиктивної поведінки лежить психопатологічний механізм. Тому співузалеження та узалеження необхідно розглядати скоріше як абсолютно протилежні розлади, ніж як подібні. Так, найчастіше

стиль психотерапії uzалежнення повинен буди директивним, рефлексивним, мобілізуючим, конфронтаційним, контрактним, тобто для таких клієнтів краще підходить когнітивно-поведінкова модель психотерапії. Разом з тим у випадку «ідеального» розвитку співзалежнення, який ми щойно розглянули, стиль психотерапії повинен бути м'яким, супроводжуючим, емпатійним, підтримуючим, гнучким та контейнуючим, та найчастіше для таких клієнтів підходить гуманістично-екзистенційна модель психотерапії з травмофокусованим акцентом. Через хибні уявлення про феномен співзалежнення, на жаль, ці клієнти часто є незбагненими і у роботі з ними застосовують механістично-директивний підхід, який тільки ще більше травмує їх та посилює проблему.

Список використаних джерел:

1. Анонімні Алкоголіки. Львів: AA World Service. 2020. 154 с.
2. Битти М. Спасать или спасаться? Как избавиться от желания постоянно опекать других и начать думать о себе? Москва: Эксмо, 2019. 352 с.
3. Психопатологические проявления созависимости в клинике наркомании: пособие для врачей / В.В. Чирко и др. Москва: ННЦ наркологии, 2005. 15 с.
4. Савчук О.М. Соціально-психологічна корекція стану співзалежних жінок, які зазнали насильства в сім'ї: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.05 / Національний університет «Києво-Могилянська Академія». Київ, 2005. 234 с.
5. Старков Д. Ю. Діяльнісний підхід до функціонування співзалежних відносин. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. Том XI. Вип. 12. С. 531-539.
6. Уайнхолд Д., Уайнхолд Б. Противозависимость: Бегство от близости. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2020. 387 с.
7. Am I Codependent? / Co-Dependents Anonymous. 2019. URL: <https://coda.org/wp-content/uploads/2020/04/Am-I-Co-Dependent-Bro-4002.pdf> (Last accessed: 17.12.2022).
8. Anderson S.C. A critical analysis of the concept of codependency. *Social work*. V. 39(6). 1994. P. 677–685.
9. Burn S.M. Unhealthy helping: A psychological guide to overcoming codependence, enabling, and dysfunctional helping. North Charleston, SC: Createspace Independent Publishing, 2015. 204 p.

- 10.** Cermak T.L. Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1986. V.18 (1). P. 15-20. DOI:10.1080/02791072.1986.10524475
- 11.** Cermak, Timmen L. Diagnosing and Treating Co-Dependence: A Guide for Professionals Who Work With Chemical Dependents, Their Spouses, and Children / Hazelden: 1998. – 132 p.
- 12.** Codependency and Codependent Relationships / Borderline Personality Disorder BPDFamily.com. URL: <https://bpdfamily.com/content/codependency-codependent-relationships> (Last accessed: 17.12.2022).
- 13.** Cruse J., Wegscheider-Cruse S. Understanding codependency, updated and expanded: the science behind it and how to break the cycle. Deerfield Beach, FL: Health Communications Inc., 2012. 192 p.
- 14.** Harper J., Capdevila C. Codependency: a critique. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1990. V.22(3). P. 285-92. DOI: 10.1080/02791072.1990.10472551
- 15.** New Oxford American Dictionary / Ed.: A. Stevenson & C.A. Lindberg. 3 ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2010. 2096 p. DOI: 10.1093/acref/9780195392883.001.0001
- 16.** Shaef A. Co-Dependence: Misunderstood-Mistreated. New York, NY: Harper & Row. 105 p.

1.9. Особливості uzалежнення від азартних ігор та його терапії

Старков Д.Ю.

Абстракт

Висвітлено сучасне наукове розуміння проблеми гемблінгу та його терапії. Зроблено огляд соціологічних досліджень та наведено думку, що розповсюдженість гемблінгу критично залежить від політики держави в цій сфері. Показано високу коморбідність гемблінгу з іншими психічними розладами. Проаналізовано особливості когнітивної сфери. Наведено данні щодо психотерапії гемблінгу та висновки про недостатню її доказову ефективність. Розглянуто когнітивно-поведінкові та психодинамічні моделі терапії гемблінгу та наведено додаткові методики роботи.

Вступ: загальні поняття про гемблінг

Найпоширенішою закордоном є така класифікація залучення до азартних ігор [2]:

- Соціальний (безпроблемний) гемблінг.
- Професійний гемблінг – гра є джерелом прибутку.
- Частий (регулярний) гемблінг – однозначно більше фокусування на грі, ніж в нормі, однак без втрати контролю.
- Проблемний гемблінг – втрата контролю над грою.
- Патологічний гемблінг – рівень розладу.

У DSM-5 розлад uzалежнення від азартних ігор (англ. gambling disorder) віднесено до розділу «Розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами та адиктивні розлади» (англ. Substance-Related and Addictive Disorders). Як основною ознакою розладу азартних ігор в DSM-5 виділяють стійку і повторювану дезадаптивну поведінку, яка порушує виконання обов'язків в особистій, сімейній та/або професійній сфері. Для постановки діагнозу розладу необхідно, щоб відбувалась постійна та/або повторювана проблематична поведінка в азартних іграх, що призводить до клінічно значущих порушень або дистресу, що демонструє чотири (або більше) критерії протягом 12 місяців з таких [9]:

1. Необхідність грати в азартні ігри зі збільшенням суми грошей, щоб досягти бажаного азарту.
2. Присутні неспокійний або дратівливість за спроби скоротити або припинити грати в азартні ігри.
3. Були неодноразові безуспішні спроби контролювати, скоротити або припинити азартні ігри.

4. Частий стан захопленості (англ. preoccupied) азартними іграми (наприклад, постійні думки про переживання досвіду минулих азартних ігор, спроби утримання або планування наступної гри, думки про заробляння грошей через азартні ігри).

5. Часта гра в азартні через відчуття дистресу (наприклад, безпорадності, вини, тривоги, пригнічення).

6. Після програшу часте повернення до гри на наступний день, щоб відігратися.

7. Брехня, щоб приховати ступінь причетності до азартних ігор.

8. Через азартні ігри були поставленні під загрозу чи втрачені значні стосунки, робота, можливість отримати освіту чи кар'єру.

9. Покладання на інших для забезпечення грошима, щоб полегшити відчайдушну фінансову ситуацію, спричинену азартними іграми.

Рівні важкості розладу: 4-5 критеріїв – слабкий рівень, 6-7 – середній, 8-9 – важкий.

У МКХ-11 гемблінг також входить до розділу «Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та адиктивної поведінки» (хоча в МКХ-10 проблеми азартних ігор відносили до розділу розладів звичок та потягів: F 63.0 – патологічна схильність до азартних ігор). Розлад внаслідок пристрасті до азартних ігор (патологічний гемблінг) у МКХ-11 характеризується поведінковим патерном постійної або періодично повторювальної пристрасті до азартних ігор, яка проявляється у: 1) порушенні контролю над участю в азартних іграх (наприклад: початок, частота, інтенсивність, тривалість, припинення, контекст); 2) підвищення пріоритетності участі в азартних іграх настільки, що пристрасть до них починає переважати над іншими життєвими інтересами та повсякденною діяльністю; 3) продовження чи ескалація участі в азартних іграх, незважаючи на виникнення негативних наслідків.

Для діагностики також часто використовується опитувальник South Oaks Gambling Screen, його модифіковану російськомовну версію можна знайти в посібнику з самодопомоги UCLA [10].

Правова регуляція

В Україні сфера азартних ігор регулюється Законом України «Про державне регулювання діяльності щодо організації та проведення азартних ігор» (від 14.07.2020 р.) [4]. Згідно Закону, органом державного регулювання у сфері організації та проведення азартних ігор є Комісія з регулювання азартних ігор та лотерей, на офіційному сайті якої публікується вся важлива

інформація щодо сфери азартних ігор в Україні³. Протоколів МОЗ України терапії розладу азартних ігор на час написання цієї роботи поки що не існує.

Соціологія гемблінгу

Black та Shaw у своєму огляді наводять данні трьох досліджень з розповсюдженості тих чи інших форм азартних ігор, яка складає від 86% до 90%. Переважна більшість цих людей проявляє виключно нормативну форму ігрової поведінки без негативних наслідків, і тільки у малої кількості з них розвивається різні форми проблемного гемблінгу [5].

Діагностичний класифікатор DSM-5 надає такі данні з поширеності розладів пов'язаних з азартними іграми: 0,2%-0,3% з проявами проблем тільки за останній рік, 0,4%-1,0% з проявами проблем протягом життя. Для жінок рівень поширеності ігрового розладу протягом життя становить близько 0,2%, а для чоловіків – близько 0,6% [9].

Black та Shaw наводять данні досліджень розповсюдженості проблемного гемблінгу в США, які коливаються в діапазоні 4%-7%, а самого ігрового розладу 0,42%-4%. Серед проблемних гравців чоловіків у два три рази більше ніж жінок, початок проблемного гемблінгу коливається від середини двадцятих до кінця тридцятих років життя [5].

Метааналіз Calado та співавторів розповсюдженості проблемного гемблінгу серед підлітків дає середні показники в діапазоні 0,2%-12,3 %. Найнижчим (0,2%) цей показник є у Норвегії (що автори пов'язують із впливом останніх змін у сфері азартних ігор, таких як видалення ігрових автоматів у 2007 році та відновлення нових ігрових автоматів з меншим потенціалом звикання восени 2008 року), а найбільшими у Іспанії – 5,6% (що автори пов'язують із існуванням різних типів ігрових автоматів, які були легко доступні в країні) та Хорватії – 12,3% (що автори пояснюють легким доступом до азартних ігор у Хорватії). Також цей огляд дає інші ніж DSM-5 данні з поширеності проблемного гемблінгу серед загальної вікової популяції: показники поширеності проблеми азартних ігор протягом всього життя коливалися від 1,6% до 5,6 %, а тільки за останній рік від 0,2% до 5,6%. Найнижчий рівень проблемних азартних ігор було виявлено в Бразилії та Данії (що автори огляду пов'язують із законодавством про азартні ігри та регулюванням доступу до азартних ігор у цих країнах), а найвищі у Албанії (що автори пов'язують із впливом особливостей проживання у східних та балканських країнах, де сервіси підтримання благополучного життя та здоров'я обмежені). Виходячи з цього метааналізу можна побачити однозначний, на що також вказують і автори цього огляду, вплив

³ <https://qc.gov.ua/>

законодавства щодо азартних ігор на поширеність проблемного гемблінгу [6].

Далі, незважаючи на відмінності у загальній поширеності проблемного гемблінгу, метааналізом відмічено, що деякі результати за іншим демографічним показником є сталими для різних країн. Так, проблеми з азартними іграми частіше зустрічаються серед підлітків: чоловічої статі; які належать до етнічної меншини; у кого батьки грали в азартні ігри; які не проживали з обома батьками. Підлітки частіше грали в азартні ігри в Інтернеті через їх доступність, зручність, анонімність, можливість грати без перевірки віку та батьківського контролю, що пояснює вразливість цієї вікової групи до саме цієї форми азартних ігор.

Також автори огляду наводять свої пояснення значно більшої поширеності проблем з азартними іграми серед молоді, ніж у дорослих. По-перше, підлітковий вік є перехідним періодом, який вже характеризується ризикованою поведінкою в цілому, а відтак більшість підлітків знижують свою ризиковану поведінку (включаючи азартні ігри), коли вони дорослішають. По-друге, нинішнє покоління молоді є першим, хто виростає в суспільстві, де азартні ігри є загальноприйнятими, широко доступними та широко пропагованими, що може сприяти залученню молоді до такої поведінки без ретельного вивчення її ризиків і небезпек.

Як найпопулярніші види азартних ігор серед молоді Calado та співавтори виділяють лотереї, скретч-картки, карткові ігри та ігрові автомати. Крім того, проблемні гравці брали участь у більшій кількості різноманітних азартних ігор, ніж неproblemні гравці. Найбільша кількість проблемних гравців грали в ігрові автомати, карткові ігри та ставки на спорт. До азартних ігор, які виявилися найбільш проблематичними, належать ті, що пов'язані з високою частотою подій та коротким інтервалом між ставкою та виплатою (наприклад, ігрові автомати), що підтверджує попередні дослідження, які визначили ігрові автомати як один з найбільш проблемних видів азартних ігор у всьому світі. Структурні характеристики ігрових автоматів, такі як висока частота подій, миттєвість винагород та короткий інтервал між ставкою та виплатою, можуть сприяти підтримці поведінки за допомогою оперантного обумовлення. Крім того, такі машини є дуже доступними в багатьох європейських країнах, оскільки вони знаходяться в більшості барів, ресторанів і розважальних майданчиків, і в них можна грати з відносно невеликими грошима.

Найчастішими мотивами, про які повідомляють підлітки-проблемні гравці, були азартні ігри з метою втечі та нездатність протистояти спокусі. Примітним аспектом було те, що азартні ігри з метою виграшу були

мотивацією менш згадуваною серед проблемних гравців-підлітків у порівнянні з неproblemними підлітками, що автори метааналізу розглядають як довід на користь теорії «ігрового розладу» як дезадаптивної стратегії подолання проблем та негативних почуттів. Як значущі провісники проблемних азартних ігор були досвід виграшу великої суми грошей на початку ігрової кар'єри підлітків та нижчий соціально-економічний статус.

Також Calado та співавторами виявлено чіткий зв'язок між азартною поведінкою та зловживанням психоактивними речовинами. Цей висновок свідчить про те, що азартні ігри підтримуються багатьма з тих самих процесів, які притаманні іншим uzалежненням, зокрема, біологічними. Однак, автори застерігають, що хоча існують деякі біологічні фактори problemного гемблінгу (наприклад, толерантність, синдром відміни та тяга), виключно біологічні фактори не можуть пояснити весь спектр проявів problemного гемблінгу (наприклад, різноманітність мотивації до азартних ігор та чому деякі азартні ігри викликають більше звикання, ніж інші) [6].

Інший метааналіз вивчав вплив пандемії COVID-19 на азартні ігри. Виявлено, що цей вплив є неоднозначним: спричиняючи зменшення поточних чи майбутніх проблем у одних, також сприяє зростанню проблемних азартних ігор в інших. Хоча загалом цей метааналіз показав зниження рівня участі в азартних іграх в період пандемії, але виявилася підгрупа осіб, які збільшили свою участь у азартних іграх, розпочавши або збільшивши участь в онлайн-іграх. Постійним провісником переходу до збільшення азартних ігор була більша серйозність проблеми з азартними іграми до початку пандемії: тобто, попередньо можна казати, що люди без «ігрового розладу» зменшили кількість гри, а люди з «ігровим розладом» навпаки, збільшили. Найбільш частими мотивами збільшення гри були фінансовий тиск і нудьга [15].

Коморбідність

В огляді за 2008 рік наводяться дані про високий рівень коморбідності ігрового розладу з іншими психічними розладами: автори називають цифру коморбідності з хоча б одним іншим розладом у 96,3%. Також автори огляду вказують на те, що більшість коморбідних розладів, окрім ПТСР, великих депресивних розладів та зловживання алкоголем, розпочалися раніше, ніж ігровий розлад. У 74,3% випадків з двома коморбідними розладами, хоча б один з цих розладів розпочався раніше, ніж problemна гра. Автори вказують на те, що деякі психічні розлади можуть бути факторами ризику problemного гемблінгу, тоді як інші можуть бути наслідками problemного гемблінгу [16].

PGRTC наводить дані двох досліджень з коморбідності. Одне дослідження надає такі показники коморбідності: великий депресивний розлад – 37%, тривожний розлад – 41%, зловживання алкоголем – 73%, вживання наркотиків – 38%, розлади особистості – 61%. Інше дослідження показує коморбідність зі зловживанням психоактивними речовинами – 57,5%, будь-яким типом афективного розладу – 37,9%, будь-яким типом тривожного розладу – 37,5% [14: 21].

Автори огляду за 2015 рік, виходячи з метааналізу 36 досліджень, роблять висновок, що загальна обтяженість проблемного гемблінгу коморбідністю становить 75,5%. Така коморбідність з конкретними поточними розладами наводяться як [8]:

- афективні розлади – 23,1%, з них великий депресивний розлад – 29,9%, дистимічний розлад – 6,7%, біполярний розлад – 8,8%;
- зловживання психоактивними речовинами – 22,2%, з них зловживання алкоголем – 21,2%, зловживання канабісом – 11,5%, зловживання іншими психоактивними речовинами – 7%;
- тривожні розлади – 17,6%, з них обсессивно-компульсивний розлад – 8,2%, панічний розлад – 13,7%, генералізований тривожний розлад – 14,4%, ПТСР – 12,3%, соціальна фобія – 14,9%;
- інші розлади осі I класифікатора DSM-IV: СДУГ – 9,3%, розлад адаптації – 9,2%, психотичний розлад – 4,7%, експлозивний розлад – 4,6%, клептоманія – 2,7%.

Black та Shaw у своєму огляді зазначають, що найбільшу коморбідність проблемний гемблінг має з афективними/тривожними розладами, зловживанням психоактивними речовинами, синдромом дефіциту уваги та гіперактивності, розладом контролю імпульсів та розладами особистості [5].

У нещодавньому дослідженні було виявлено прямі кореляції важкості ігрового розладу та симптомами синдрому дефіциту уваги та гіперактивності [22].

У дослідженні в групі осіб з розладами шизофренічного спектру зв'язку важкості «ризикованої ігрової поведінки» (англ. chasing behavior – частіша участь, підвищена наполегливість і підвищений грошовий ризик у спробі відшкодувати втрачені гроші, термін аналогічний втраті дозового контролю за uzалежнення від ПАР) з важкістю шизофренічних розладів не було виявлено, однак у цих пацієнтів виявлено кореляцію важкості ризикованої ігрової поведінки з рівнем зловживання ПАР [33].

Особливо необхідно зазначити великий рівень суїцидальності в цій категорії клієнтів, з чим погоджується більшість дослідників [19]. Бузик О. на основі огляду літератури наводить такі дані: від 13 до 40% патологічних

гравців роблять спроби самогубства, у 32-70% відмічаються суїцидальні думки [1:°42]. Це потребує особливої обережності та адаптації відповідних методів роботи за гемблерами.

У підсумку можна говорити, що проблемний гемблінг має високий рівень обтяженості супутніми коморбідними розладами, які можуть бути одними з головних факторів розвитку та підтримання uzалежнення від азартних ігор. Тому, скоріше за все, терапія гемблінгу в більшості випадків не може бути відділена від терапії відповідного коморбідного розладу.

Особливості когнітивної сфери гемблерів

Метаогляд за 2020 рік досліджень метакогнітивних функцій гемблерів вказує на зв'язок між патологічним гемблінгом та метакогнітивними дисфункціями, особливо в області прийняття рішень [28].

Adam S. Goodie, Erica E. Fortune та Jessica J. Shotwell, автори розділу «Когнітивні спотворення за умови розладу азартних ігор» [13] колективної монографії за 2017 р. Автори колективної монографії [11] вважають, що когнітивні спотворення є центральним фактором розвитку та підтримки розладів азартних ігор, та вони скоріше передують проблемам з азартними іграми, а не навпаки. Когнітивні спотворення, є настільки невід'ємною ознакою розладу азартних ігор, що через їх зміну визначається ефективність/неефективність терапії. Крім того, в деяких дослідженнях залежність показників одужання від відповідей на «Опитувальник переконань гемблерів» (табл. 1.9.1) була настільки очевидною, що виникає питання обов'язкової для будь-якої терапії гемблінгу мішені когнітивних спотворень.

Таблиці 1.9.1.

Опитувальник переконань гемблерів (англ. Gamblers' Beliefs Questionnaire – GBR) [31] (авторський переклад)

- Я думаю про гру, як про виклик.
- Мої навички та знання щодо гри допоможуть мені виграти гроші.
- Мої вибори або дії впливають на гру, на якій я роблю ставку.
- Якщо я граю та програю, я повинен продовжувати, тому що не хочу згяти удачу.
- Я повинен відстежувати попередні виграшні ставки, щоб зрозуміти, що варто робити в майбутньому.
- Коли я граю в азартні ігри, ситуації, в яких «майже програв» (англ. near misses – «пронесло»), або моменти, коли я майже виграв, нагадують мені, що якщо я продовжу грати, я виграю.
- Гра це більше, ніж просто вдача.

- Мої виграші в грі є доказами, що я маю навички та знання щодо гри.
- У мене є «щаслива» техніка, яку я можу використати в грі.
- У довгій грі («на дистанції», англ. in the long run) я виграю більше грошей, чим програю.
- Навіть якщо я буду програвати з моїм планом або стратегією гри, я все рівно повинен притримуватися цього плану або стратегії, і тоді вона зрештою спрацює.
- Є певні речі, які я роблю перед ставкою (наприклад, певну кількість постукувань, тримання щасливої монети, схрещування пальців і под.) які збільшують мої шанси на виграш.
- Якщо я програю гроші в грі, я повинен спробувати повернути їх через виграші.
- Ті, хто не грають багато в азартні ігри, не розуміють, що успіх в азартних іграх потребує самовідданості і готовності вкласти деяку кількість грошей.
- Коли я беру гроші на гру, це не має значення, тому що я виграю та заплачу їх назад.
- Я досить точний в передбаченні, коли трапиться виграш.
- Азартні ігри кращий спосіб для переживання азарту.
- Якщо я продовжу грати, я зрештою розплачуся та зароблю гроші.
- У мене більше навиків та знань щодо гри, ніж у більшості частини людей, що грають у азартні ігри.
- Коли я програю в азартні ігри, краще про це не розповідати близьким.
- Я повинен притримуватися тієї ж стратегії ставки (англ. keep the same bet), навіть якщо вона пізніше перестала працювати, тому що так я обов'язково виграю.

Авторами огляду виділяється три групи значущих факторів, за якими можна визначати ефективність терапії гемблінгу: стиль прийняття рішень, негативна емоційність та когнітивні спотворення.

Goodie та співавтори відмічають також, що хоча більшість когнітивних спотворень гемблерів стосується статистичних помилок, однак просте раціональне навчання та пояснення законів ймовірності не дає значних результатів, крім того наявність гембленгових когнітивних спотворень ніяким чином не залежить від математичних здібностей особистості. Звідси ми можемо зробити важливий висновок для терапії гемблінгу – хоча гембленгові когнітивні спотворення є однією з найважливіших мішеней

терапії, однак пряма раціональна робота (тобто когнітивна терапія) з ними малоефективна.

Goodie та співавтори описують такі когнітивні спотворення [13].

1. Ілюзія контролю: переконання, що можливо впливати на ті результати, які насправді залежать тільки від вірогідності).

2. Когнітивні спотворення, засновані на евристичній доступності (що можна передбачити виграш через певні зовнішні дані):

- ілюзорні кореляції (ідея, що існує зв'язок між подіями, які насправді не пов'язані між собою);

- упередження пам'яті (в пам'яті пов'язується якась заобов'язана поведінка або ритуал з виграшем);

- доступність чужих виграшів (чужа перемога доводить, що я можу перемогти).

3. Когнітивні спотворення, пов'язані з евристичною репрезентативністю (що можна передбачити виграш, виходячи з аналізу самої гри):

- ігрова помилка (англ. *gambler's fallacy*) (переконання, що майбутній результат можливо передбачити на основі попередніх даних – наприклад, якщо в минулому випав орел, то більше вірогідності, що випаде решка);

- надмірна самовпевненість (перебільшення своїх здібностей та навичок);

- тенденції підбору чисел (наприклад, у виборі лотерейних номерів, уникнення повторюваних чисел і надання переваги рядкам чисел, які не містять сусідніх цифр).

В опитувальнику «Шкала пов'язаних з гемблінгом когніцій» виділяються такі когнітивні спотворення: позитивні ігрові очікування, ілюзія контролю, контроль передбачення, переконання неможливості припинити гру, інтерпретативні упередження (табл. 1.9.2).

Таблиця 1.9.2.

Основні когнітивні спотворення, визначені через Шкалу пов'язаних з гемблінгом когніцій (англ. *The Gambling Related Cognition Scale - GRCS*) [26]

(авторський переклад)

Позитивні ігрові очікування (англ. *gambling expectancies*):

- Гра в азартні ігри робить мене щасливішим.
- Азартні ігри роблять речі кращими (англ. *makes things seem better*).

- Азартні ігри роблять моє майбутнє яскравішим.
 - Гра допомагає мені подолати напруження та стрес.
- Ілюзія контролю (англ. illusion of control):
- Молитва допомагає мені виграти.
 - Особливі цифри та кольори можуть підвищити мої шанси на виграш.
 - Я колекціоную особливі предмети, які допомагають збільшити мої шанси на виграш.
 - У мене є особливі ритуали та поведінка, які збільшують мої шанси на виграш.
- Контроль передбачення (англ. predictive control):
- Програші в грі пов'язані з наступною серією виграшів.
 - Серія програвів забезпечує мені досвід навчання, який допоможе мені згодом виграти.
 - Якщо я один раз виграв, я безумовно виграю знову.
 - Бувають моменти, коли я відчуваю удачу, і тому граю тільки в ці моменти.
 - У мене є деяка влада щодо передбачення моїх ігрових виграшів.
 - Якщо я буду змінювати мої номери (англ. my numbers), в мене буде менше шансів на виграш, ніж у разі зберігання тих самих номерів кожен раз.
- Неможливість припинити гру (англ. inability to stop gambling):
- Я не можу функціонувати без азартних ігор.
 - Важко зупинити гру, настільки я не контролюю себе.
 - Моє бажання грати таке непереборне.
 - Я недостатньо сильний, щоб припинити грати.
 - Я ніколи не зможу припинити грати.
- Інтерпретативні упередження (англ. interpretative bias):
- Зв'язок моїх виграшів з моїми навичками та здібностями вимушує мене продовжувати грати.
 - Відношення моїх програвів з невдачею та поганими обставинами вимушують мене продовжувати грати.
 - Відношення моїх програвів до ймовірності (англ. probability) змушує мене продовжувати грати.
 - Пам'ять про те, наскільки багато грошей я виграв минулий раз, змушує мене продовжувати грати.

Еніколов С.М., та Умняшкина Д.О., в своєму огляді також особливу увагу приділяють когнітивній сфері гемблерів, зокрема виділяється ілюзія

контролю: автори вважають, що приписування контролю за імовірнісними подіями – ключ до розуміння гемблінгу. Також виділяється магічне мислення та можливість порушення антиципаційного механізму. Одна з найсерйозніших помилок гравців — вважати ймовірну азартну гру засобом заробляння грошей: гравцеві притаманне переконання, що можна не працюючи, лише за наявності успіху отримати гроші [2].

У західній літературі існує велика кількість опитувальників, за допомогою яких можна встановити наявність тих чи інших когнітивних спотворень у гравця, але, на жаль, їх адаптованого перекладу жодного з них українською чи російською мовою нам не вдалося знайти. У цій роботі наведено авторські переклади двох таких опитувальників (табл. 1.9.1 та табл.1. 9.2).

Ефективність терапії

Бузик О.Ж., у своїй докторській дисертації наводить огляд деяких досліджень щодо фармакологічних та психотерапевтичних методів лікування ігрового uzалежнення без їх статистичного метааналізу (станом на 2008 р.). Так, він наводить дані окремих досліджень, що підтверджують ефективність деяких антидепресантів: кломіпрамід (трициклічний антидепресант, що використовується в лікуванні obsесивно-компульсивних розладів); антидепресанти СІОЗ (флуоксетин, циталопрам, пароксетин, кломіпрамін, серталін). Спірними є дослідження щодо ефективності флувоксаміну. Є міркування щодо доцільності використання нейрорепетитивів без апатизуючого ефекту, але які працюють в напрямку ідеаторних розладів та нормалізації спонукань (так як прагнення до гри проявляється насамперед у вигляді obsесивних думок про гру та порушеннях логіки та прогнозування на етапі прийняття рішення про гру). Є деякі дослідження щодо ефективності блокувальних опіїдних рецепторів (налтрексону), а також міркування щодо застосування антиконвульсантів (так як ігрове uzалежнення часто коморбідне біполярному розладу), та наводяться деякі дослідження щодо ефективності літію, вальпроату, карбамазепіну. У плані методів психотерапії Бузик О.Ж. наводить численний їх перелік, але з тих, які підкріплюються хоч якимись дослідженнями ефективності, такими є тільки когнітивно-поведінкова терапія та слабкі докази ефективності деяких форм психодинамічної терапії. Немає доказів щодо ефективності груп Анонімних Гравців [1: 73-82].

У часто цитованій серед зарубіжних публікацій науковій праці «Рекомендації щодо скринінгу, оцінки та лікування проблемного гемблінгу» (англ. Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling)

десятирічної давнини університету Monash (Мельбурн, Австралія) було зроблено спробу надати широку науково-обґрунтовану систему рекомендацій щодо терапії проблемного гемблінгу [14]. У цій роботі запропоновано чотири рівня рекомендацій: А (можна довіряти сукупності доказів для керівництва в практиці), Б (можна довіряти сукупності доказів для керівництва в практиці в більшості ситуацій), С (сукупність доказів надає певну підтримку рекомендації(ям), але слід бути обережними у застосуванні), Д (рекомендація на основі експертної думки за браком доказів). Слід зазначити, що рекомендації рівня А в науковій праці не присвоєно жодному методу терапії гемблінгу. Користуючись цією шкалою ранжування, автори наводять сім рекомендацій у роботі з проблемним гемблінгом:

- групова або індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія (Б);
- мотиваційне інтерв'ювання або терапія підсилення мотивації (Б);
- будь-які психологічні втручання (не тільки КПТ або МІ), засновані на уподобаннях клієнта, доступності послуги, наявності спеціаліста з відповідною кваліфікацією та підготовкою, індивідуально виробленої інтервенції виходячи з ситуації (в Рекомендаціях як можливі перераховуються терапія орієнтована на рішення, клієнт-центрована терапія, психодинамічні інтервенції, підтримуюче консультування або терапія, сімейна терапія, десенсибілізація рухами очей, фінансове консультування) кращі, чим відсутність допомоги (Б);
- також будь-які психологічні втручання кращі, ніж рекомендації зі самодопомогою (Б);
- вподобання групової роботи над індивідуальною (С);
- лікування антидепресантами (Б);
- лікування налтрексоном (С).

Констатується також, що за браком досліджень нічого не можна сказати про ефективність програм добровільного самовиключення (офіційна угода гравця на відмову від ігор, через яку його гру в офіційних ігрових зонах обмежено на правових засадах), про перевагу довгострокової чи короткострокової терапії, про перевагу амбулаторної чи стаціонарної допомоги, про перевагу цілей повного утримання чи цілей контролю над рівнем ігрової поведінки, про ефективність лікування тимостабілізаторами, антипсихотиками, ацетилцистеїном, про перевагу фармакотерапії, психотерапії чи комбінованого підходу [14].

Автори відносно нещодавньої наукової праці «Доказове лікування проблемного гемблінгу» (англ. Evidence-Based Treatments for Problem Gambling), обережно зазначають, що насправді доказова база

терапевтичних підходів вкрай недостатня і в їх роботі наведено підходи виключно з найнижчим рівнем доказовості. І хоча на сьогодні КПТ вважається найефективнішим засобом терапії проблемного гемблінгу, однак насправді цей метод у наукових дослідженнях отримав лише «обережну» рекомендацію щодо застосування в роботі з ігроманією [20: 5]. Автори вказують також на такі труднощі в науковому дослідженні ефективності терапії проблемного гемблінгу: менше 10% проблемних гравців звертаються за формальним лікуванням, а рівень відмови від лікування в тих, хто звернувся, становить близько 50% [20].

В одній із своїх останніх робіт, визнана провідна науковиця у світі з дослідження гемблінгу, професорка Nancу M. Petry (яка передчасно пішла від нас у 2018^{р.}) разом із співавторами проводить метааналіз 21 дослідження ефективності методів психотерапії гемблінгу, які включали в себе підходи когнітивної психотерапії, когнітивно-поведінкової психотерапії, мотиваційного інтерв'ювання, терапії через зворотний зв'язок (англ. feedback treatments) та їх комбінації. Усі терапевтичні інтервенції були короткостроковими та включали в себе формати від одноразового телефонного консультування або однієї очної зустрічі до двадцятисесійної серії психотерапевтичних сеансів. Жодного з цих досліджень не було проведено подвійним сліпим плацебо-контрольованим методом. Автори не виявили ефективного впливу на проблемний гемблінг жодного з цих підходів (англ.: no consistent, or persistent, changes in gambling are noted with any specific treatment). Для когнітивної терапії (три дослідження) від чверті до половини пацієнтів, яким запропонували її, не брали участь і не завершили її, тим не менш, видається, що когнітивна терапія має деякі короткострокові переваги порівняно з контролем списку очікування, але немає доступних даних, які б свідчили про довготривалу ефективність когнітивної терапії. Для когнітивно-поведінкової терапії (три дослідження) одне дослідження виявило деякі переваги для скорочення азартних ігор у коротко- та довгостроковій перспективі порівняно з контролем списку очікування, інше дослідження виявило короткострокові переваги КПТ зі фахівцем перед самостійною роботою зі зошитом самодопомоги, третє дослідження не виявило жодних відмінностей між індивідуальною чи груповою КП терапією порівняно з контролем списку очікування. Для мотиваційної інтервенції (два дослідження) одне дослідження виявило позитивні результати, інше – ні. Комбінований МІ+КПТ підхід (три дослідження) показали певні переваги підходу в усіх трьох дослідженнях, однак за цих умов були низькі показники завершення лікування. Зошити самодопомоги (сім досліджень) показали деякі короткострокові ефекти у зменшенні азартних ігор, одне з цих

досліджень виявило довгострокові ефекти, ще одне виявило довгострокові ефекти щодо одного з вимірювальних показників, чотири дослідження не виявило довгострокових ефектів. Короткі інтервенції (чотири дослідження) показали покращення за деякими показниками. Також необхідно окремо зазначити, що абсолютно всі з цих досліджень як критерій результату ефективності приймали зменшення рівня азартних ігор (виміряних за тими чи іншими показниками, отриманих через зворотний зв'язок від самого пацієнта), та жодне не використовувало як критерій повну відмову від азартних ігор [24].

Ginley та співавтори роблять огляд ефективності методів КПТ у роботі з проблемним гемблінгом, аналізуючи 19 досліджень (більшість з яких перетинаються з дослідженнями огляду Petry), жодне з яких не зроблено методом подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження. Автори огляду зазначаючи головну проблему низького рівня залучення та високого рівня переривання терапії (середній рівень 38%, але може досягати або навіть перевищувати 50%), все ж таки роблять висновок про ефективність КПТ підходу у роботі з гемблінгом (включаючи рекомендації зі самопомогі та методи MI) [12].

Medeiros та Grant роблять огляд окремих досліджень фармакотерапії проблемного гемблінгу та зазначають такі препарати, за якими є позитивні результати [21]:

- опіюїдні антагоністи: налтрексон – шість позитивних досліджень (з них п'ять подвійних сліпих плацебо-контрольованих), одне негативне (подвійне сліпе плацебо-контрольоване);

- глутаматергетики: ацетилцистеїн – одне позитивне клінічне дослідження; мемантин – одне позитивне відкрите клінічне дослідження; топірамат – одне позитивне дослідження комбінованої терапії разом з когнітивною реструктуризацією і одне негативне дослідження монотерапії; амантадин – одне позитивне дослідження лікування проблемного гемблінгу коморбідного з хворобою Паркінсона;

- антидепресанти: C133C – є докази можливості застосування для гемблерів із коморбідними тривожними розладами, є позитивні дані відкритих клінічних випробувань але без подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень щодо циталопраму та флуоксетину для недепресивних гемблерів; бупропіон – одне позитивне відкрите клінічне випробування та одне негативне подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження;

- тимостабілізатори: літій та вальпроат – одне одинарне сліпе дослідження показало покращення в ігровій поведінці, одне подвійне сліпе

дослідження показало більший в порівнянні з плацебо ефект на гемблерах з біполярною коморбідністю; карбамазепін – лише одне позитивне відкрите клінічне дослідження на малій виборці;

– стимулятори: модафініл– одне дослідження, показує покращення у гемблерів з високою імпульсивністю та погіршення у гемблерів з низькою імпульсивністю.

Щодо атипичних антипсихотиків показано негативні результати (два подвійні сліпі дослідження показали, що оланзапін не має переваги над плацебо). Автори огляду відмічають також вкрай невелику кількість клінічних досліджень фармакотерапії за проблемного гемблінгу та зазначають необхідність масштабних подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень. Автори роблять висновок, що через високі показники коморбідних розладів, фармакотерапія потребує вирішення потенційно складної взаємодії проблемного гемблінгу та цих інших розладів. Також зазначено, що є деякі дані синергічного впливу фармакотерапії на психотерапевтичні підходи, однак, які ліки можуть бути найефективнішими у застосуванні в поєднанні з психотерапією, залишається поки що невідомим. Також, незважаючи на деякі багатообіцяючі результати, фармакологічні втручання для лікування проблемного гемблінгу наразі використовуються не за призначенням (тобто жоден препарат офіційно не є схваленим), тому необхідно інформувати пацієнтів про характер лікування та детально обговорити ризики та переваги [21].

В огляді 2020 року констатуються помірні докази ефективності КПТ та ще більш слабкі докази ефективності фармакотерапії (є деякі докази ефективності опіоїдних антагоністів та тимостабілізаторів у випадку коморбідності з біполярними розладами) та інтервенцій самодопомоги. Також показана деяка ефективність MI у короткостроковому, але не у довгостроковому плані (однак MI у комбінації з КПТ може поліпшити деякі домени ігрової поведінки) [23].

В огляді 2021 року нефармакологічних методів терапії гемблінгу аналізується 22 дослідження [27]. Сім випробувань виявили ефективність КПТ у значному покращенні результатів. Три дослідження, що оцінювали когнітивну терапію, показали значне поліпшення симптомів азартних ігор. Одне дослідження показало покращення від експозиційної терапії. Комбіновані або окремі методи мотиваційного інтерв'ю та образної десенсибілізація дали значні результати в 4 дослідженнях. Чотири інші дослідження також продемонстрували ефективність для: парної терапії, терапії з картуванням вузлів, 12-крокової програми та індивідуального зворотного зв'язку. Жодне з цих досліджень не було проведено подвійним

сліпим плацебо-контрольованим методом та жодне з них не було орієнтовано на результат повного утримання від гри.

Існують окремі данні ефективності адаптованого психодинамічного підходу до психотерапії гемблінгу [1: 74; 7; 29]. Rosenthal у своєму огляді за 2008 рік психодинамічної літератури щодо лікування гемблінгу не виявив жодного рандомізованого контрольованого дослідження ефективності або результативності психодинамічного лікування. Проте ним було виявлено вісім досліджень із позитивними результатами, які описані як мультимодальна еклектика та в яких використовується психодинамічний підхід як одна з основних складових [30].

Зважаючи на вищевикладене, можна констатувати, що поки що жоден метод терапії гемблінгу не набув достатньої доказової ефективності. Більшість рекомендацій сходяться на короткострокових КПТ-орієнтованих методів з або без підсилення MI. І хоча КПТ підхід є одним з найбільш досліджених методів терапії гемблінгу, однак його однозначну ефективність наразі також не доведено. Порівняльні дослідження з контролем листу очікування дають «обережні» результати ефективності КПТ гемблінгу та немає жодного подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження. Також немає жодного дослідження, яке показувало би ефективність КПТ методу за критерієм повної відмови від азартної гри. Скоріше за все короткостроковий КПТ-орієнтований підхід, хоча і показує результати у зниженні ігрової поведінки протягом самої терапії та після її закінчення, але дає досить помірний ефект у довготривалому результаті для більшості проблемних гравців та під питанням його ефект щодо повної відмови від гри. За іншими методами психотерапії взагалі майже немає результатів досліджень (є деякі окремі результати з сімейної та психодинамічної терапії). Дослідження показують також, що значною проблемою є утримання проблемних гравців в терапії, що спонукає до пошуку особливих мотиваційних підходів та методів підвищення комплаєнтності. Різні види фармакотерапії хоча і дають деякі поліпшення психологічного стану гравців та зниження рівня ігрової поведінки, однак як монотерапія ігрової поведінки вони є недостатніми (хоча, з великою вірогідністю, можуть значно підсилити результати психотерапії).

У будь-якому разі є сенс у вдосконаленні або розробці нових методів КПТ та пошуку методів психотерапії гемблінгу в інших парадигмах (наприклад, у гуманістичній або психодинамічній). Можливо більш ефективним буде комбіновані варіанти психотерапії (гуманістична+КПТ або психодинамічна+КПТ) з додатковою фармакотерапією. Зважаючи на обтяженість проблемного гемблінгу коморбідними розладами доречно

думати про довготривалі формати терапії та комбіновану терапію гемблінгу з терапією (фармако- та/або психо-) супутнього розладу. Немає даних щодо використання формату інтенсивної амбулаторної або стаціонарної соціально-психологічної реабілітації, можливо цей напрямок роботи з проблемним гемблінгом може виявитися перспективним. Дослідження ефективності методів терапії необхідно проводити подвійним (або потрійним) сліпим плацебо-контрольованим методом, а не з контролем листу очікування, та дані повинні отримуватися не через самозвітність (виходячи з впливу ефекту адиктивної анозогнозії та рівня брехливості проблемних гравців такі результати є вкрай сумнівними), а через інші більш об'єктивні методи. Окремою великою проблемою, яка потребує вирішення, є низький рівень звернень гемблерів за допомогою, що ставить задачі розробки окремих соціальних програм залучання гравців до терапії, програм роботи з родичами та можливих інших підходів збільшення звернень за допомогою.

Когнітивно-поведінкові моделі терапії гемблінгу

Когнітивно-поведінковий підхід об'єднує в собі моделі, які націлено на доступні прямі зміни експліцитних психічних процесів (якими, по суті, є когнітивні процеси та поведінка). КПТ не займається несвідомим, як психодинамічна терапія, або цілісними екзистенційними переживаннями, як це є в гуманістично-екзистенційному підході. КПТ підхід відрізняє практичність, раціональність та об'єктивність, наукова-обґрунтованість, орієнтованість на зменшення конкретної симптоматики (результат терапії повинен бути об'єктивно вимірювальним), економічність в роботі та короткостроковість (найменшими зусиллями найшвидший результат).

Ми розглянемо тут модель, запропоновану одними з найбільш відомих дослідників гемблінгу взагалі та в КПТ парадигмі зокрема Ladouceur та Lachance [18]. Протокол роботи передбачає 12 сесій з попередньою діагностикою.

1. Претерапевтична діагностика.

Цілі: встановлення довірливого контакту, кількісна та якісна оцінка патернів гемблінгу, оцінка пов'язаних з гемблінгом інших змінних (фінанси, соціальне та сімейне життя, емоційний стан, суїцидальність і под.), оцінка сприйняття гравцем власної самоефективності в ризикованих ситуаціях та сприйняття контролю над азартними іграми, оцінка наявності інших коморбідних розладів та інших видів uzалежнення.

Інструменти: Діагностичне інтерв'ю щодо патологічного гемблінгу (яке включає в себе такі напрями опитування, як мотивація звернення, описання

гри, історія патернів гемблінгу, інформація щодо теперішнього стану проблеми з грою, наслідки гри, присутність суїцидальних тенденцій, теперішні умови життя, інші теперішні або минулі адикції, інші проблеми з ментальним здоров'ям, сили особистості та наявність ресурсів). Проблема сприйняття контролю, тяги до гри та частоти гри розбивається на п'ять запитань:

- Наскільки ви вважаєте, що ваша проблема азартних ігор вирішена або знаходиться під контролем (оцінюється за шкалою від 0 до 100%)?

- Якої інтенсивності ви відчували бажання грати в азартні ігри протягом останнього тижня (оцінюється за шкалою від 0 до 100%)?

- Скільки разів ви грали в азартні ігри за останній тиждень?

- Скільки часу (годин і хвилин) ви витратили на азартні ігри протягом минулого тижня?

- Скільки грошей ви поставили за останній тиждень?

Також пропонується провести методику оцінки самоефективності (англ. Self-Efficacy Questionnaire), яка полягає в бальній оцінці клієнтом власної впевненості щодо утримання від гри в різних ситуаціях (негативного настрою, конфлікту тощо).

Клієнту в кінці сесії пропонується вести щоденник самомоніторингу (з яким потім проводиться робота на всіх наступних сесіях), який полягає в щоденній відповіді на такі запитання

- Наскільки я вважаю, що моя проблема азартних ігор під контролем (бали 0-100%)?

- Яке моє бажання сьогодні грати (бали 0-100%)?

- Наскільки я вважаю себе здатним утримуватися від азартних ігор (бали 0-100%)?

- Я грав сьогодні?

- Скільки часу (годин і хвилин) я витратив на азартні ігри?

- Скільки грошей я витратив на азартні ігри, не враховуючи виграшів?

- Укажіть свій душевний стан та/або конкретні події дня.

Усі додаткові матеріали для роботи англійською мовою можна знайти на сайті Oxford Clinical Psychology⁴

2. Сесія 1: підсилення мотивації.

⁴ <https://www.oxfordclinicalpsych.com/>

Задачі: уточнення цілей, яких гравець хоче досягти під час лікування, і посилення внутрішньої мотивації до змін, водночас досліджуючи та розв'язуючи амбівалентність. Терапевту пропонується використовувати метод мотиваційного інтерв'ювання та застосовувати додаткові вправи (переваги та недоліки гри, що люблю та ненавиджу в грі, які причини для припинення гри сьогодні, місце гри в моєму житті сьогодні та після лікування).

3. Сесії 2-3: поведінкові інтервенції.

Задачі: допомогти клієнту зрозуміти ланцюжок подій, які призводять до надмірних азартних ігор, і важливість ситуацій високого ризику в цьому ланцюжку (функціональний поведінковий аналіз); підвищити обізнаність клієнта про ситуації високого ризику; допомогти клієнту визначити конкретні стратегії, які можна використовувати, щоб уникнути ситуацій високого ризику; навчити клієнта п'яти крокам до ефективного вирішення проблем.

4. Сесії 4-10: когнітивні інтервенції.

Задача: визначення дисфункціональних думок, які виникали у гравця до, під час і після недавньої сесії азартних ігор; навчання розпізнаванню внутрішнього діалогу щодо азартних ігор; навчання ABCDE схемі роботи з думками, навчання раціональному ставленню до гри (поняття випадковості, пастки азартних ігор, помилкові переконання про азартні ігри); розвиток навичок протистояння думкам, які спонукають до азартних ігор; допомога в розумінні власного права вирішувати, грати чи ні.

5. Сесії 11-12: профілактика рецидиву.

Задачі: навчання концепції зриву та рецидиву, його відстеженню та запобіганню.

6. Посттерапевтична діагностика.

Оцінка, отриманого під час лікування, через методики:

- Вимірювання кількісних та якісних звичок клієнта щодо азартних ігор та його сприйняття азартних ігор.
 - Вимірювання сприйняття клієнтом самоефективності під час ризикованих ситуацій, а також його або її сприйняття контролю над азартними іграми.
 - Оцінки впливу зміни азартних звичок на різні аспекти життя клієнта.
- Існують також інші протоколи КПТ гемблінгу, наприклад Namrata Raylu та Tian Po Oei пропонують таку 10-сесійну модель [25]:
- Сесія 1: діагностика.
 - Сесія 2: психоедукація та стратегії саморегулювання для стабілізації гемблінгу.

–Сесія 3: когнітивна реструктуризація I – ідентифікація помилкових думок про гру.

–Сесія 4: когнітивна реструктуризація II – зміна помилкових думок про гру.

–Сесія 5: когнітивна реструктуризація III – ідентифікація та зміна інших помилкових думок.

–Сесія 6: релаксація та образна експозиція.

–Сесія 7: тренінг навиків вирішення проблем та постановки цілей.

–Сесія 8: управління негативними емоціями.

–Сесія 9: профілактика рецидиву та підтримання терапевтичних набуток I – збалансований стиль життя.

–Сесія 10: профілактика рецидиву та підтримання терапевтичних набуток II – подолання ризикових ситуацій.

Розглянуті методики належать до класичного підходу КПТ. Також, на сьогодні, розроблено методики в методах когнітивно-поведінкової терапії, що належать до так званої третьої хвилі: діалектично-поведінкової терапії та терапії прийняття та відповідальності. Вони включають у себе набуток класичного КПТ з додатковими техніками *mindfulness*, розвитком діалектичного мислення (у діалектично-поведінковій терапії), психічної гнучкості (у терапії прийняття та відповідальності) [20].

Психодинамічні моделі терапії гемблінгу

Rosenthal виділяє сім факторів, які відрізняють психодинамічну терапію від інших видів психотерапії: 1) зосередженість на афекті та вираженні емоцій пацієнта; 2) дослідження спроб пацієнта уникати тем або займатися діяльністю, яка заважає прогресу терапії (уникнення, опір); 3) виявлення закономірностей у діях, думках, почуттях, переживаннях та стосунках пацієнта; 4) акцент на минулих стосунках; 5) орієнтація на міжособистісний досвід; 6) акцент на терапевтичних стосунках; 7) дослідження бажань, фантазій і мрій.

Ми розглянемо коротко дві більш-менш докладно описані моделі психодинамічної терапії гемблінгу: модель Loreen J. Rugleta Richard Rosenthal, в якій інтегровано класичну психодинамічну модель та модель адикцій (англ. *an integrated psychodynamic addictions based approach – IPABA*), яка застосовується в рамках програми вивчення гемблінгу Каліфорнійського університету Лос-Анджелесу (*UCLA Gambling Studies Program*⁵) [29], та модель короткої психодинамічної психотерапії як лікування проблемного гемблінгу (англ. *brief psychodynamic psychotherapy*

⁵ www.uclagamblingprogram.org/

as a treatment for problem gambling – BPPPG), запропоновану Tony Clarkson, Paul Thompson та Lynne Sampson, так яка застосовується в рамках австрійського сервісу допомоги гемблерам (Gamblers Help Southern⁶) [7].

У рамках моделі IPABA Rugle та Rosenthal [29] центральним є переконання, що азартні ігри є засобом уникнути, компенсувати або заперечити нестерпні афекти, які вкорінені в минулому або можуть бути вторинними стосовно якоїсь поточної проблеми. Зосередження уваги на почутті провини, сорому та безпорадності пацієнта є центральним у методі IPABA. Велику увагу Rugle та Rosenthal також приділяють дослідженню контрперенесення та «іграм сили» (англ. power games), які відбуваються між терапевтом та пацієнтом (наприклад, пацієнт продовжує грати в азартні ігри, тримаючи це в таємниці від терапевта та брешучи, що дає йому відчуття себе розумнішим за терапевта). Часто гра може бути ірраціональним засобом заперечити почуття провини. У той час як саме відчуття провини може бути захистом від почуття сорому та слабкості, безпорадності, паралічу, які пов'язані з соромом (винний відчуває, що він чи вона зробили щось погане; людина, яка живе в соромі, відчуває себе поганою). Тому важливою частиною терапії є процес самопрощення, який починається зі здатності поставити свою поведінку в минуле. Взяття відповідальності за вибір і подолання наслідків є центральним у розвитку самооцінки. Rugle та Rosenthal виділяють такі важливі напрями психодинамічної терапії гемблінгу:

- *Конфронтація.* щоб досягти і підтримувати абстиненцію, гемблерам потрібен терапевт, який іноді сповільнюватиме їх, ставитиме перед ними наслідки їхньої поведінки, звертатиме увагу на прогалини та невідповідності в їхній розповіді, передбачатиме проблеми та пропонуватиме кращі способи подолання. Однак вести конфронтацію необхідно не будучи надмірно критичним або жорстоким.

- *Інтерпретація мотивів гри.* Одна з найважливіших речей, яку терапевт може зробити для патологічного гравця, — це допомогти йому зрозуміти, що означає для нього азартні ігри, не тільки її негативні наслідки та значення, але й те, що він від цього отримує. Це має вирішальне значення для першого етапу терапії, де завдання полягає як у досягненні абстиненції, так і в тому, щоб допомогти пацієнту стати активним учасником власного лікування. Терапевт повинен повідомити, що утримання є важливим для доступу до подальшого лікування. Rugle та Rosenthal виділяють шість мотивів азартних ігор: 1) потреба вражаючого успіху (заснований на потребі

⁶ <https://gamblershelpsouthern.org.au/>

продемонструвати свою цінність і отримати схвалення інших); 2) бунтарство і гнів (багато гравців звертаються до азартних ігор, коли зляться на когось); 3) позбавлення залежності від інших (вони відчувають себе надмірно залежними від схвалення або підтвердження з боку інших, та шукають заміну діяльності та об'єктів, які вони можуть контролювати, та в грі відчувають себе вільними від необхідності отримувати схвалення і підкорятися примхам інших); 4) соціальне визнання та прийняття в середовищі гравців; 5) втеча від хворобливих або нестерпних афектів (наприклад, є дані, що у разі депресії в момент гри може спостерігатися збільшення енергії; також величезна зосередженість на грі припиняє усвідомлення зовнішніх проблем; діяльність із високим рівнем ризику також допомагає протистояти відчуттям порожнечі та смертності; у проблемах СДУГ гра має парадоксальний ефект – як і стимулятори, вона уповільнює і дозволяє зосередитися, окрім того, для гравця з СДУГ, який має недоліки в організації та плануванні, азартні ігри стають чітким принципом «виграш і програш», за яким можна організувати життя; азартні ігри також можуть бути використані для подовження або посилення маніакальної фази біполярного розладу, для підвищення всемогутності та відмови від вразливості, а також для заперечення або викорінення почуття безпорадності, сорому чи провини); 6) конкурентоспроможність.

– *Конфронтація захисту всемогутності.* Всемогутність є найбільш важливим концептом для розуміння проблеми азартних ігор. Автори виділяють три види всемогутності: всемогутність думок («я виграю тому, що я думаю, що виграю»); всемогутність дій – робити щось (наприклад, намагатися відігратися) краще, ніж не робити нічого (де відчувається болюча безпорадність); всемогутня провокація (ризик великої втрати та загравання з небезпекою так, щоб довести, що він сильний). Азартні ігри зміцнюють захист всемогутності: живлять уявлення про те, що можна передбачати майбутнє, підсилюють відчуття здатності контролювати неконтрольоване, дають відчуття можливості того, що є неможливим. На іншому полюсі всемогутності відчуття повної несвободи та безпорадності. Якщо терапевт зможе інтерпретувати захист всемогутності і допомогти гравцеві зіткнутися з цими «нестерпними» переживаннями та пережити їх, то азартні ігри втратять частину свого значення та цінності.

– *Дослідження афектів, що лежать в основі ризикованої гри (англ. chasing).* Для одних відчуття неможливості змиритися з програшем, у інших це відчуття образи («світ мені винен за попередні лиха»), це може бути відчуття екзистенційної тривоги (програні гроші мають важливе життєве

значення), часто це є почуття сорому та провини за програш перед близькими тощо.

- *Конфронтація заперечення*, як захисту від болючих почуттів.
- *Посилення активної участі пацієнта в процесі терапії*.

Патологічна потреба гравців у діях і рішеннях, орієнтованих на діяльність, використовується в лікуванні, допомагаючи їм стати активними учасниками власного одужання. Такими є створення плану тактичного та стратегічного плану дій, побудова життєвої перспективи. Також важливим є участь гравців в зборах Анонімних Гравців.

Ця програма розрахована на 4-6 місячну індивідуальну роботу з частотою одна-дві зустрічі на тиждень. Rosenthal, зазначаючи нестачу систематичних досліджень результатів IPABA, однак, засновуючись на попередніх даних, сподівається, що цей метод матиме більш стабільні довгострокові зміни в порівнянні з іншими підходами до психотерапії гемблінгу [30].

Програма BPPPG Clarkson, Thompson та Sampson [7] є чітко обмеженою в часі (12 сесій) та є чітко структурованою:

- Сесії 1-3: ідентифікація принаймні однієї ключової проблеми в житті клієнта (окрім самих азартних ігор) яка може мати вплив на гемблінг; складання історії життя клієнта; узгодження цілей; обговорення закінчення (клієнт може продовжити психотерапію, але для цього йому необхідно припинити гру і пройти 12 сеансів BPPPG).

- Сесії 4-9: робота над ідентифікованим патерном та як він проявляється в терапевтичних відносинах.

- Сесії 10-12: фаза закінчення – перегляд поставлених цілей та змін ідентифікованого патерну; фокус на переживаннях щодо закінчення.

Модель BPPPG є зосередженою на роботі з перенесенням. Можна сказати, що робота з перенесенням є основною технікою в цій моделі (на відміну від моделі IPABA, де на першому місці стоїть робота з захистами). Автори моделі спираються в розумінні перенесення та теорію прив'язаності та виділяють чотири основних активованих патернів прив'язаності та пов'язаних з ними захистів від загроз: 1) зв'язок прив'язаності за типом «партнерські стосунки» – захист від стосунків; 2) зв'язок прив'язаності за типом «батько-дитина» – захист від Іншого; 3) зв'язок прив'язаності за типом «перенесення до помічників» – загроза власному Селф; 4) зв'язок прив'язаності за типом «стійкої дитячої прив'язаності до батьків» – загроза втрати стосунків. Перенесення інтерпретується через модель психодинамічного трикутника: 1) відносини між клієнтом і терапевтом (теперішні в терапевтичних стосунках); 2) відносини між клієнтом і

значущими людьми в їхньому житті, включаючи відносини клієнта з азартними іграми (теперішнє поза терапевтичними стосунками); 3) відносини між клієнтом і ключовою особою з минулого. У роботі з перенесенням терапевт обов'язково спирається на власне контрперенесення.

Іншим важливим напрямом BPPPG (як і у моделі IPABA) є робота з захистами. Однією з ключових цілей BPPPG та психодинамічної терапії загалом є надання клієнту більшого доступу до причин, чому він грає, не зосереджуючись занадто на самих азартних іграх. Несвідомі засоби захисту дозволяють клієнту виправдовувати азартні ігри перед самим собою – у цьому сенсі гемблінг представляє процес, про який клієнт знає, але не може думати про нього.

У пілотному дослідженні BPPPG показав позитивні результати, як мінімум, не гірші за інші методи короткострокової терапії, та меншу кількість вибування з цієї програми, в порівнянні з іншими підходами. Однак автори методу зазначають невелику кількість вибірки для якогось остаточного висновку та наполягають на подальшому дослідженні ефективності методу [7].

Додаткові методи та техніки психотерапії гемблінгу

Мотиваційне інтерв'ювання та терапія підсилення мотивації

Мотиваційне інтерв'ювання (та заснована на цьому підході терапія підсилення мотивації) ґрунтується на дослідженні амбівалентності клієнта, використовуючи методи активного слухання, та на пошуку і активації мотивуючих висловлювань клієнта. У методі MI в процесі консультування розгортаються такі процеси:

1. Залучення – створення міцного терапевтичного альянсу, встановлення взаємодовірчих і шанобливих стосунків допомоги. Особи, які мають проблеми з азартними іграми, можуть відчувати сором і збентеження за свої дії, а також можуть відвідувати занепокоєння та напруження, можуть бути амбівалентними і невпевненими, чи хочуть вони продовжувати терапію. Тому дуже важливо допомагати їм брати участь у лікуванні шляхом створення партнерських відносин.

2. Фокусування – це процес, в якому клієнту допомагають шукати й підтримувати чітке відчуття напрямку терапії. Це означає допомагати клієнтам орієнтуватися в їхніх обставинах і багатьох проблемах, які вони приносять у терапію, щоб визначити фокус або напрямок, а також визначити конкретні досяжні цілі.

3. Спонування – процес, в якому розмова ведеться вже про зміни, припинення або зменшення гри. На цьому етапі амбівалентність є нормальним станом клієнта, та терапевт залучує спеціальні методи: відкриті запитання (про бажання, можливість, смисл та причини припинення гри), афірмації, віддзеркалення, підсумки.

4. Планування змін – складання конкретного плану.

Автори посібника «Мотиваційне інтерв'ювання в консультуванні проблемного гемблінгу» (англ. Motivational Interviewing in Problem Gambling Counselling) докладно описали застосування MI для клієнтів з проблеми азартних ігор [32].

Ізотерапія та робота з метафорами.

Автори посібника [32: 22-54] адаптують для роботи з проблемним гемблінгом запропонований Корп у праці «Metaphor Therapy: Using Client-generated Metaphors in Psychotherapy» протокол роботи із метафорами та зображеннями [17]:

1. Побудова зображення (метафори) клієнта. Консультант керує процесом, стежачи за клієнтом, коли клієнт створює малюнок (або іншу метафору, наприклад, розповідь).

2. Дослідження зображення (метафори). Консультант пропонує клієнту дослідити зображення/метафору, що сприяє зануренню в метафоричну уяву. Дослідження йде в двох видах модальності:

- Когнітивний: попросіть клієнта розповісти про обстановку та сцену зображення. Про що йдеться на зображенні – яка дія відбувається? Щочують, нюхають, торкаються тощо? Що призвело до цієї сцени – що буде далі?

- Почуття/емоції: заохочуйте клієнта досліджувати свої почуття стосовно зображення. Консультант керує дослідженням, але не вводить нові елементи в образ. Як це бути в цьому образі? Який твій досвід? Що ти відчуваєш?

3. Трансформація образу, що залучає мотивацію клієнта до змін. Консультант пропонує перетворення зображення (метафори): Якби ви могли будь-як змінити зображення, як би ви його змінили? Консультант може надати тут пропозиції, якщо клієнт не може внести будь-які зміни (клієнт має право відхилити або прийняти їх).

4. З'єднання метафоричних шаблонів та проблемного гемблінгу. Які паралелі ви бачите між своїм зображенням і проблемою азартних ігор? Як те, як ви змінили зображення, може стосуватися вашої поточної ситуації?

Створювати та працювати за цією схемою можна з метафорами, в принципі, будь-яких проблем. Автори посібника наводять приклади більш ніж 10 типів малюнків-метафор у роботі з гемблінгом, а також розробили засоби інтеграції малюнкової терапії з мотиваційним інтерв'юванням: поступово для кожного процесу МІ (залучення, фокусування, спонукання, планування) створюється малюнкова метафора, з якою йде робота паралельно з відповідним консультуванням в стилі мотиваційного інтерв'ювання.

Психодраматичний підхід до терапії гемблінгу

Основну психодраматичну техніку, яку пропонує Р. Крюгер для гемблерів є виявлення *особистісної ідеальної сцени задоволення потреби*. Він вважає, що несубстанціональні uzалежнення в якості замітника об'єкту тимчасового «затикають діри» в психічній самоорганізації людини – адиктивна поведінка дозволяє задовольнити якусь потребу в своєрідній самогіпнотичній грі в реальність. Після закінчення цієї «гри» самогіпноз завершується і людина ще більше відчуває дефіцит. Задачею терапевта є виявлення прихованої в узалежненій поведінці самоактуалізацію та приховану вигоду від неї. Для цього психодрамотерапевт просить клієнта в психодраматичній грі випрацювати його ідеальну сцену задоволення. Для цього Р. Крюгер пропонує такі кроки [3]:

1. Терапевт встановлює два стільці для «Нормативного Я» та «Адиктивного Я».
2. Терапевт в хронологічній послідовності крок за кроком разом з клієнтом з'ясовує зміст узалежнених думок, почуттів та вчинків, щоб так виявити його спосіб азартної гри.
3. Терапевт садить клієнта на стілець АЯ і питає його: «Що у вашій грі ви насправді шукаєте (який є справжній об'єкт вашого узалежнення)? Якщо трапиться те, що ви насправді шукаєте, то що це? І якщо б це трапилось, то що би ви відчули?».
4. За допомогою психодраматичної техніки дублювання терапевт разом з клієнтом досліджує, що клієнт відчував, думав та робив під час азартної гри, відтворюючи повну послідовність дій.
5. Терапевт, за допомогою психодраматичної техніки «діалог з двійником» веде пошук прихованої в його узалежненій поведінці незадоволеної потреби.
6. Терапевт пропонує клієнту припустити, що трапиться за умови повного задоволення цієї потреби, доводячи сцену до абсурду.

7. Для цієї потреби створюється описання через одне символічне речення, яке точно описує її.

8. Клієнт переходить на стілець з НЯ.

9. Ведеться пошук серед відомих людей або тварин схожа фігура, яка може в гіперболічній формі виразити думки, почуття та дії клієнта.

Експозиційна терапія та техніки десенсибілізації

Експозиційна терапія працює через поступове наближення до негативного стимулу в безпечному контексті. Існує декілька видів модальності експозиційної терапії:

- Експозиція *in vivo* – зіткнення зі стимулом у реальному житті (наприклад, терапевт йде разом з гравцем в ігровий клуб, де проводить техніки десенсибілізації).

- Уявна експозиція – десенсибілізації за допомогою уявних образів (наприклад, терапевт може використовувати техніку еріксонівського гіпнозу для уявного зіткнення клієнта зі стимулом).

- Експозиція у віртуальній реальності – використання комп'ютеру або комп'ютерної симуляції.

- Інтероцептивний вплив – викликання фізичних почуттів (наприклад, через вправи тілесної терапії викликаються тілесні відчуття азарту, з яким проводиться десенсибілізація).

- EMDR: як окремих вид експозиційної терапії можна виділити метод Десенсибілізації та переробки рухами очей (англ. Eye movement desensitization and reprocessing – EMDR), де в якості нейтрального стимулу, з яким зв'язується негативний умовний рефлекс, використовується рух очей.

Техніками десенсибілізації є техніки зниження тілесного та емоційного напруження у разі наближення до негативного стимулу. Класичними техніками десенсибілізації є тілесні та дихальні релаксації. Можуть використовуватися також техніки майндфулнес. У НЛП розроблено численну кількість технік десенсибілізації, заснованих на візуальних уявленнях.

Експозиційна терапія як мототерапія показує незначний ефект у лікуванні гемблінгу, але може підсилити вплив інших терапій як їх складова.

Майндфулнес

У цьому підході використовується різні види медитацій усвідомленості, які допомагають розділити метакогнітивний рівень та рівень автоматизованих психічних процесів, що формує приймаючу позицію та допомагає людині робити свідомі вибори. У терапії гемблінгу може використовуватися як техніка десенсибілізації, так і техніка зниження

напруження, у роботі з потягом до гри, для відновлення системи прийняття рішень.

Висновок

Патологічний гемблінг є гострою проблемою, можливо, через свою важкість, мало поступаючись проблемам хімічного uzалежнення. Однак, разом з тим рівень наукового розуміння та розробленості доказових терапевтичних методик проблемного гемблінгу, набагато відстають від аналогічного рівня хімічного uzалежнення. Водночас, як показує світова практика, вирішення проблеми гемблінгу повинна бути комплексною та багаторівневою, починаючи зі зміни державної політики, закінчуючи розробкою психотерапевтичних програм. Так, для урегулювання цієї проблеми, необхідний такий комплекс заходів: регулювання діяльності онлайн казино та букмекерських контор із залученням взаємодії з кіберполіцією та блокуванням доменів-дзеркал; розв'язання проблеми мікрозаймів; розвиток системи блокування можливості грати проблемним гравцям; розробка протоколів діагностики та терапії гемблінгу МОЗ; розвиток системи взаємодії наркологічної служби з КРАІЛ та можливості блокування гри в казино лікарями; розвиток системи реабілітаційних центрів профорієнтованих на терапію гемблінгу; розробка навчальних програм психотерапії гембленгу.

Список використаних джерел:

1. Бузик О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: дисс. ...докт. мед наук: 14.00.45; 14.00.18 / ФГУ ННЦ наркологии. Москва, 2008. 256 с.
2. Ениколопов С.Н., Умняшкина Д.А. Психологические проблемы влечения к азартным играм. *Вопросы психологии*. 2007. № 3. С. 82-98.
3. Про державне регулювання діяльності щодо організації та проведення азартних ігор: Закон України від 14.07.2020 р. № 768-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/768-20> (дата звернення: 17.03.2022)
4. Крюгер Р. Лечение психодрамой: теория и практика. Москва: «Класс», 2017. 736 с.
5. Black D. & Shaw M. The epidemiology of gambling disorder. *Gambling Disorder* / ed. A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M.N. Potenza. Cham, CH: Springer, 2019. Chapt. 4. P. 29-48. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5>

6. Calado F., Alexandre J. & Griffiths M.D. Prevalence of adolescent problem gambling: a systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*. 2017. V. 33(2). P. 397–424. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
7. Clarkson T., Thompson P. & Sampson C. Brief psychodynamic psychotherapy as a treatment for problem gambling (BPPPG): A clinician's guidebook. Melbourne, VIC: Gambler's Help, 2015. 32 p. URL: http://gamblershelpsouthern.org.au/wp-content/uploads/2016/09/BBCH_BPP_PGcounseling_Guidebook_s.pdf
8. Dowling A.N. et. al. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015. V. 49(6). P. 519-39. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867415575774>
9. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
10. Fong T.W. & Rosenthal R.J. Как избавиться от игровой зависимости: пособие по самопомощи / UCLA. Sacramento, CA: UCLA, 2010. 38 с. URL: http://www.uclagamblingprogram.org/treatment/wb/RU_WB.pdf
11. Gambling Disorder / Eds. A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M.N. Potenza. Cham, CH: Springer, 2019. 318 p. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5>
12. Ginley M.K., Rash C.J., & Petry N.M. Psychological interventions in gambling disorder. *Gambling Disorder* / ed. A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M.N. Potenza. Cham, CH: Springer, 2019. Chapt. 10. P. 181-194. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5>
13. Goodie A.S., Fortune E.E., & Shotwell J.J. Cognitive distortions in disordered gambling. *Gambling Disorder* / ed. A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M.N. Potenza. Cham, CH: Springer, 2019. Chapt. 5. P. 49-71. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5>
14. Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling / Problem Gambling Research and Treatment Centre (PGRTC). Clayton, VIC: Monash University. 2011. 126 p.
15. Hodgins D., & Stevens R. The impact of COVID-19 on gambling and gambling disorder: emerging data. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021. V. 34(4). P. 332–343. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000709>
16. Kessler R.C. et. al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*. 2008. V. 38(9). P. 1351–1360. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002900>
17. Koop R.R. Metaphor therapy: using client-generated metaphors in psychotherapy. London, New York, NY: Routledge, 1995. 188 p.

18. Ladouceur R., & Lachance S. Overcoming pathological gambling: therapist guide. Oxford, N.Y.: Oxford University Press. 2007. 128 p.
19. Livingstone C., & Rintoul A. Gambling-related suicidality: stigma, shame, and neglect. *The Lancet Public Health*. 2021. V.6(1). P. e4-e5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30257-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30257-7)
20. McIntosh C., & O'Neill K. Evidence-Based treatments for problem gambling. Cham, CH: Springer, 2017. 109 p. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-62485-3>
21. Medeiros G.C., & Grant J.E. Pharmacological interventions in gambling disorder. *Gambling Disorder* / ed. A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M.N. Potenza. Cham, CH: Springer, 2019. Chapt. 9. P. 171-180. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03060-5>
22. Mestre-Bach G. et. al. The role of ADHD symptomatology and emotion dysregulation in gambling disorder. *The Journal of Attention Disorders*. 2021. V. 25(9). P. 1230-1239. DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054719894378>
23. Nicola M. et. al. Pharmacological and psychosocial treatment of adults with gambling disorder: a meta-review. *The Journal of Addiction Medicine*. 2020. V. 14(4). P. e15-e23. DOI: <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000574>
24. Petry N.M., Ginley M.K., & Rash C.J. A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2017. V. 31(8). P. 951–961. DOI: <https://doi.org/10.1037/adb0000290>
25. Raylu N. & Oei T.P. A cognitive behavioral therapy programme for problem gambling. East Sussex, U.K.: Routledge, 2010. 258 p.
26. Raylu N. & Oei T.P. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*. 2004. V.°99°(6). P. 757-769. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x>
27. Ribeiro E.O., Afonso N.H., & Morgad R. Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*. 2021. 21: 105. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2>
28. Rogier G., et. al. Metacognition in gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*. 2020. V.°112°(3). Article 106600. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106600>
29. Rosenthal R.J. & Rugle L.J. A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: Part I. Achieving abstinence. *The Journal of Gambling Studies*. 1994. V.10(1) P. 21-42. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02109777>
30. Rosenthal R.J. Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2008. V. 30(1). P. 41-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1516-44462008005000004>

- 31.** Steenbergh T.A., Meyers A.W., May R.K., & Whelan J.P. Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2002. V. 16(2). P. 143-149. DOI: [10.1037/0893-164X.16.2.143](https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.2.143)
- 32.** Tumbaga L., Ryan L., & Macaw E. Motivational interviewing in problem gambling counseling. Application and opportunities: A clinician's guidebook. Melbourne, VIC: Gambler's Help, 2015. 62 p. URL: <http://www.mdproblemgambling.com/wp-content/uploads/2014/10/MI-Final-Print-Book-20160122-V1-00.compressed.pdf>
- 33.** Yakovenko I. Correlates of frequent gambling and gambling-related chasing behaviors in individuals with schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018 V. 7(2). P. 375–383. DOI: <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.31>

1.10. Хімічні uzалежнення в структурі ПТСР

Старков Д.Ю.

Анотація

Розглянуто основні питання терапії ПТСР коморбідного зі зловживанням психоактивними речовинами (ПАР). Наведено феноменологію ПТСР, особливості розвитку та діагностичні одиниці. Зроблено короткий огляд сучасних досліджень щодо психотерапії ПТСР, зокрема коморбідного зі зловживанням ПАР. Наведено авторські загальні рекомендації щодо роботи з ПТСР у випадку зловживання ПАР.

Вступ

Первісно, коли в літку 2021 року розпочиналася робота над посібником, розгляд роботи з ПТСР не планувався. Однак ситуація повномасштабних воєнних дій на території нашої держави через вторгнення РФ внесла свої корективи. Ми передбачаємо значне збільшення кількості проблем зловживання психоактивними речовинами (ПАР) на фоні посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Такі люди будуть потрапляти в центри реабілітації для хімічно узалежнених осіб, однак робота з випадками коморбідності узалежнення з ПТСР може кардинально візнитися зі звичайною роботою з хімічним узалежненням. Тому колективом дивізіону «Адиктологія» НПА України було вирішено додати відповідний підрозділ.

На такі прогнози нас наштовхують високий показник коморбідності ПТСР із хімічним узалежненням – серед осіб з діагнозом ПТСР у 35.8–46.0% присутні критерії розладів зловживання ПАР, причому зловживання має тенденцію розвиватися після появи ПТСР [10]. Для пояснення високої розповсюдженості зловживання ПАР серед страждаючих на ПТСР найчастіше використовують модель самолікування – в основі вживання лежить мотив полегшення від страждань, а не пошук кайфу, як це буває у «класичній» наркоманії [6]. Інші дослідники вказують на потужний взаємний зв'язок між зловживанням психоактивними речовинами (ПАР) та травматичним досвідом. Так, на рівні вже нейробіологічних механізмів відбувається підсилювальний цикл симптомів травми, відміни психоактивних речовин та їх уживання [4].

На жаль, терапія ПТСР коморбідного з хімічним узалежненням значно ускладнена. Bedard-Gilligan та колеги надають дані дослідження терапії ПТСР коморбідного зі зловживанням коноплі та/або алкоголю методом пролонгованої експозиції. Загалом ці пацієнти отримали покращення симптомів ПТСР під час терапії, але мали менший відсоток утримування в

терапії (тобто більший відсоток відмов від терапії), прихильності до терапії та гірший результат терапії в порівнянні з групою ПТСР без зловживання ПАР [5]. Останні метаогляди підтверджують висновки, що травмофокусовані підходи та інтегративна когнітивно-поведінкова терапія може допомогти в зниженні симптомів ПТСР коморбідного зі зловживанням ПАР у деяких осіб, але загалом результати терапії нижчі та вищий відсоток вибування з терапії, ніж у групи без зловживання [14].

На сьогодні існують огляди сумісного лікування ПТСР та розладу зловживання ПАР. Так Simpson та колеги на основі 27 рандомізованих досліджень (3247 загальна кількість учасників) дійшли висновку, що «не буває неправильних дверей у лікуванні ПТСР коморбідного зі зловживанням ПАР». Травмофокусована психотерапія ПТСР, нетравмофокусована психотерапія та менуалізована психотерапія розладів зловживання – усі три показали значні поліпшення як симптомів ПТСР, так і симптомів зловживання ПАР. Травмофокусована психотерапія дає кращі результати у зниженні симптомів ПТСР, ніж зловживання ПАР, а менуалізована психотерапія узалежнення дає однаково значні результати як у зниженні симптомів ПТСР, так і у зловживанні ПАР [15].

У цьому підрозділі ми розглянемо діагностичні критерії постстресових розладів, включаючи ПТСР, дамо короткий огляд методів травмофокусованої психотерапії, авторські спостереження та розмірковування щодо терапії ПТСР коморбідного із розладом зловживання ПАР.

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу

У МКХ-11 ПТСР (F43.1) визначається як уповільнена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (коротко- або довготривалу), яка має надзвичайно жакливий або катастрофічний характер та може викликати всеохоплюючий страх майже у будь-кого. Типовим для посттравматичного шоку є повторне переживання травми у наві'язливих спогадах (флешбеки), сні або нічні страхіття, які виникають на фоні відчуття оніміння та емоційної загальмованості, відсторонення від інших людей, несприйнятливості щодо оточуючих факторів, ангедонія, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай, присутній стан автономного надмірного збудження з надмірною настороженістю, посиленою реакцією здригання та безсонням. Як правило, описані вище ознаки та симптоми супроводжуються тривогою та депресією, також часто присутні думки про самогубство. Починається після травми з латентним періодом, який може варіюватися від декількох тижнів до місяців. Протікання може бути різним, але здебільшого

врешті-решт настає одужання. У деяких випадках такий стан може перейти у хронічну стадію та тривати багато років, з подальшим переходом до стійкої зміни особистості (F62.0). Критерії ПТСР за МКХ- [11]:

А. Хворий зазнав дії стресової події або ситуації (короткострокової або тривалої), виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.

Б. Хворий постійно наново переживає дію стресора, «що воскресає» у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або повтореннях снів, або відчуває дистрес, якщо опиниться в обставинах, що нагадують про подію або що асоціюються зі стресором.

С. Хворий уникає (або відчуває бажання unikати) обставин, що нагадують про перенесену подію або асоціюються зі стресором (причому така тенденція до події не спостерігалася).

Г. Наявна будь-яка ознака з таких: 1. Нездатність пригадати (повністю або частково) деякі важливі моменти, що відносяться до періоду дії стресового фактору. 2. Стійкі симптоми підвищеної психологічної чутливості і збудливості (що не спостерігалися до події), представлені двома симптомами з таких: а) утруднене засипання або підтримання сну; б) дратівливість або спалахи гніву; в) утруднена концентрація уваги; г) збільшення рівня неспання; д) посилений чотирьохолмний рефлекс (гіперлякливість).

Д. Прояви Б-Г з'являються не пізніше, ніж через шість місяців після стресової події (для деяких цілей може бути включено відстрочений ПТСР).

У чинному уніфікованому клінічному протоколі МОЗ щодо терапії ПТСР [2] зазначаються такі основні його базові симптоми:

- Повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка за нагадування про травмуючу подію.
- Уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших.
- Надмірне збудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Ці три вектори симптомів – інтрузії, констрикції та збудження – позначають як основні прояви ПТСР також більшість дослідників.

Для виникнення ПТСР обов'язковим фактором є наявність травматичного стресу – події на рівні впливу загрози власної смерті,

фактичної смерті близьких, серйозних поранень або сексуального насильства одним (або кількома) з таких способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
2. Бути особистим свідком подій, як це сталося з іншими.

3. Дізнатися, що травматична подія сталася з близьким членом сім'ї або близьким другом (у випадках фактичної смерті або загрози смерті близької людини, подія повинна бути насильницькою чи випадковою).

4. Неодноразовий або надзвичайний контакт з неприємними деталями травматичних подій (наприклад, служби першої допомоги, які збирають людські останки або поліцейські, що неодноразово стикалися з подробицями жорстокого поводження з дітьми). Однак до травматичного стресу не включається висвітлення через електронні медіа, телебачення, фільми чи зображення, якщо це висвітлення не пов'язане з роботою [8]. Часто ПТСР поділяють на гострий (симптоми зберігаються до трьох місяців) та хронічний (симптоми зберігаються більше трьох місяців). У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом [2].

Достатньо важко оцінити, у якого відсотка осіб, що пережили травматичний стрес, розвивається ПТСР, однак однозначно їх кількість набагато менша половини. Наприклад, для приблизної загальної оцінки можна спиратися на дані США, де розповсюдженість травматичних подій протягом життя оцінюється приблизно в 70%, а діагностика ПТСР – приблизно 6% [10]. Зрозуміло, що статистика розповсюдженості ПТСР вища в групах, що постійно безпосередньо зустрічаються з травматичними подіями – так є дані щодо ПТСР на рівні 11% у парамедиків, від 6,4% до 57% (за різними дослідженнями) у пожежників, від 5,8% до 19,6% у офіцерів поліції [4]. За розповсюдженістю ПТСР серед військових після бойових дій Міністерство у справах ветеранів США⁷ наводить такі дані: операції в Іраку та Афганістані 2001-2002 рр.: 15% за наступний рік та 29% в різних точках життя; операція в Іраку 1990-1991 рр.: 14% за наступний рік та 21% в різних точках життя; в'єтнамська війна: 5% за наступний рік та 10% в різних точках життя. Richardson з колегами оцінюють розповсюдженість ПТСР серед військових після бойових дій у межах 2-17% [13]. Усі ці данні важливі, так як у молодих фахівців існує тенденція обов'язково уявляти присутність психічної травми у людей, що пережили травматичні події, а за відсутності симптомів такої розцінювати це як дисимуляцію. Необхідно розуміти, що навіть за самих жакликих подій ПТСР все ж таки розвивається у меншості

⁷ <https://www.ptsd.va.gov/>

людей, що пережили їх. Тобто травматичний стрес є необхідною умовою для розвитку ПТСР, але зовсім не достатньою.

З іншого боку, є якась межа важкості подій, з якою нездатна впоратися психіка переважної більшості осіб. Так, дослідження людей, які вижили в нацистських концентраційних таборах, показують, що на протязі життя майже у всіх можна було продіагностувати ПТСР (у деяких з відстроченим початком навіть у роки), а у помітної частини цей розлад залишився невиліковним на все життя. Так Favaro з колегами в своєму дослідженні 2006 року повідомляють про повний поточний діагноз ПТСР у 20%, а частковий діагноз ПТСР у 48% людей що пережили концентраційні нацистські табори та дожили до наших днів [9].

Хоча для випадків дії тривалих постійних важких травматичних подій (на кшталт переживання постійних тортур в концентраційних таборах) фахівці запропонували новий діагноз – комплексний (або складний) ПТСР, який було введено в МКХ одинадцятого перегляду [11]. У МКХ-11 кПТСР визначається як розлад, який може розвинути після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру. Ці події найчастіше тривалі або повторювальні, яких важко або неможливо уникнути (наприклад: катування, рабство, кампанії геноциду, тривале домашнє насильство, неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві). Для діагностики кПТСР повинні виконуватися всі діагностичні вимоги щодо ПТСР, та додатково присутні серйозні та стійкі 1) проблеми в регуляції афекту; 2) переконання про себе як про принижених, переможених або нікчемних, що супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаної з травматичною подією; 3) труднощі у підтримці стосунків і у відчутті близькості з іншими. Дія повторювальних травм, особливо на ранніх стадіях розвитку, пов'язана з більшим ризиком розвитку комплексного посттравматичного стресового розладу, ніж посттравматичного стресового розладу. Не всі фахівці приймають діагноз кПТСР – головне заперечення цього діагнозу полягає в тому, що він не є ніякою новою діагностичною одиницею, а лише позначає певну високу тяжкість ПТСР з переважанням депресивно-констрикційної симптоматики. В американський діагностичний класифікатор DSM-5 діагноз комплексного ПТСР не було введено.

Як транзиторні розлади (тимчасові, тобто ті, що проходять або самі, або потім перетворюються в інший діагноз, але в будь-якому разі їх діагноз може бути лише тимчасовим), виділяються ще гостра реакція на стрес (ГРС) та гострий стресовий розлад (ГСР).

Гостра реакція на стрес є тимчасовою реакцією на сильний стрес, яка триває від декількох хвилин до, максимум, трьох діб. У МКХ-10 ГРС (F43.0)

визначається як транзиторний розлад, який розвивається у особи без будь-яких інших очевидних психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний та психічний стрес, та зникає, як правило, через декілька годин або днів. Вірогідність та гострота реакції на стрес залежить від індивідуальної вразливості та здатності адаптуватися. Симптоми являють собою типово змішану та змінну картину. Для початкового етапу характерним є «заціпеніння» з певним обмеженням свідомості та зниженням уваги, здатності усвідомити вплив та дезорієнтацію. Цей стан може супроводжуватися подальшим дистанціюванням від існуючої ситуації (до стадії дисоціативного ступору), або тривожним збудженням та надмірною активністю (втеча). Зазвичай, присутні автономні ознаки панічної тривоги (тахікардія, спітніння, почервоніння). Як правило, симптоми виникають через декілька хвилин після впливу стресового стимулу або ситуації, та зникають через два-три дні (часто через декілька годин). Може спостерігатися часткова або повна амнезія на епізод.

В американському діагностичному класифікаторі DSM-5 виділяють також гострий стресовий розлад (308.3). По суті діагностичні критерії ГСР нічим принциповим не відрізняються від ПТСР, окрім часу протікання – діагноз ГСР ставиться від трьох діб до місяця після травматичної події, а після місяця від травматичної події ставиться вже діагноз ПТСР [8].

Також у МКХ-10 виділяється розлад стійкої зміни особистості після катастрофи (F62.0). Цей діагноз може бути поставлений за наявності симптомів посттравматичних змін особистості протягом принаймні два роки після переживання катастрофічного стресу. Розлад характеризується ворожістю або підозрілістю до усього світу, соціальною ізоляцією, відчуттям спустошеності або безнадійності, хронічним відчуттям «балансування на межі», наче у стані постійного страху, та відчуженості.

Протікання ПТСР має складний хвилеподібний перебіг. У 50% випадків симптоми ПТСР проходять самостійно після появи протягом трьох місяців. У більшості інших випадків ПТСР достатньо добре піддається психотерапевтичному лікуванню. Однак також є часті випадки, коли ПТСР протікає протягом багатьох років після катастрофи з погіршенням симптомів і трансформується в хронічну зміну особистості. У таких випадках симптоматика ПТСР має тенденцію змінюватися з переважання симптомів вектору інтрузії (симптоми вторгнення з переважанням тривожного фону) на переважання симптомів вектору констрикції (симптоми уникнення з переважанням депресивного фону, дисоціативних симптомів, особистісних екзистенційних переживань «поганості» власного Я та відчуження). У

таблиці 1.10.1 наведено можливий спосіб поєднання різних діагностичних класифікаторів, що демонструє негативний перебіг ПТСР.

Таблиця 1.10.1.

**Можливий перебіг стану людини після травматичного стресу
(авторська компіляція діагнозів з класифікаторів МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5)**

Час після травматичної події(й)	Можливі діагнози з різних класифікаторів	МКХ-10	МКХ-11	DSM-5
До 3-х днів	<i>Гостра реакція на стрес</i>	ГРС (F43.0)	ГРС (QE84)	відсутній
Від 3-х днів до 1 місяця	<i>Гострий стресовий розлад</i>	відсутній, натомість через декілька тижнів можна ставити діагноз ПТСР (F43.1)	відсутній, натомість через декілька тижнів (іноді навіть через один тиждень) можна ставити діагноз ПТСР (6B40)	ГРС (308.3)
від 1 місяця до 3 місяців	<i>ПТСР (гострий)</i>	ПТСР (F43.1)	ПТСР (6B40)	ПТСР (309.81)
від 3 місяців до 6 місяців	<i>ПТСР (хронічний)</i>	ПТСР (F43.1)	ПТСР (6B40)	ПТСР (309.81)
від пізроку до 2х років	<i>Комплексний ПТСР</i>	відсутній, ставлять діагноз ПТСР (F43.1)	кПТСР (6B41)	відсутній, ставлять діагноз ПТСР (309.81)
від 2 років	<i>Посттравматичні зміни особистості</i>	стійка зміна особистості після катастрофи (F62.0)	відсутній, ставлять діагноз кПТСР (6B41)	відсутній, ставлять діагноз ПТСР (309.81)

* ПТСР може розвиватися як за схемою: *травматична подія=>гостра реакція на стрес=>гострий стресовий розлад=> ПТСР*, так і за схемою: *травматична подія=>латентний період (від декількох тижнів до декількох місяців, але можливі випадки навіть років) => ПТСР*

** кПТСР може розвиватися як відразу після жорсткого травматичного періоду, так і бути наслідком послідовного розвитку «звичайного» ПТСР

*** здебільшого ПТСР проходить самостійно (так через 3 місяці у 50% людей симптоми ПТСР зникають навіть без лікування), тут показана схема вкрай негативного варіанту розвитку розладу

Терапія ПТСР

Хоча раніше вважалося, що ПТСР повинен лікуватися більшою мірою фармакологічно (особливо важкі випадки), однак з 2010-х років з накопиченням емпіричних даних наукова спільнота дійшла висновку, що терапією вибору для ПТСР є травмофокусована психотерапія.

Посібник Департаменту у справах ветеранів і Міністерства оборони за 2017 рік наводить такі загальні рекомендації щодо терапії ПТСР, засновані на емпіричних дослідженнях [17]:

1. Надавати перевагу індивідуальній менуалізованій травмофокусованій психотерапії перед фармакотерапією та іншими немедикаментозним втручанням.

2. Коли травмофокусована психотерапія недоступна, надавати клієнту нетравмофокусовану психотерапію або фармакотерапію – це є доказово краще, ніж відсутність втручання.

3. Серед травмофокусованої психотерапії рекомендуються ті підходи, які містять обов'язкові компоненти експозиції та когнітивної реструктуризації, такі як пролонгована експозиція (англ. Prolonged Exposure - PE), когнітивно-процесуальна терапія (англ. Cognitive Processing Therapy - CPT), десенсибілізація та переробка рухами очей (англ. Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR), специфічна когнітивно-поведінкова психотерапія ПТСР (англ. specific cognitive behavioral therapies for PTSD), коротка еклектична психотерапія (англ. Brief Eclectic Psychotherapy - BEP), наративна експозиційна терапія (англ. Narrative Exposure Therapy – NET), письмово-нاراتивна експозиція (англ. written narrative exposure).

4. Серед індивідуальної менуалізованої нетравмофокусованої психотерапії для ПТСР пропонуються: тренінг щеплення від стресу (англ. Stress Inoculation Training – SIT), центрована на теперішньому терапія (англ. Present-Centered Therapy – PCT), інтерперсональна психотерапія (англ. Interpersonal Psychotherapy – IPT)

5. Немає достатніх доказів «за» або «проти» рекомендації психотерапії, яка не вказана в попередніх рекомендаціях щодо ПТСР, наприклад: діалектична поведінкова терапія (англ. Dialectical Behavior Therapy – DBT), навчання навичкам регуляції афекту та міжособистісної регуляції (англ. Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation – STAIR), терапія прийняття та відповідальності (англ. Acceptance and Commitment Therapy – ACT), пошук безпеки (англ. Seeking Safety), підтримуюче консультування.

6. Немає достатніх доказів рекомендації використання окремих компонентів протоколу менуалізованої психотерапії замість або в доповнення повного протоколу.

7. Віддається перевага наданню менуалізованої групової терапії ПТСР перед відсутністю допомоги. Немає достатніх доказів для виділення переваги того чи іншого виду групової терапії.

8. Недостатньо доказів «за» або «проти» травмофокусованої та нетравмофокусованої терапії пар для ПТСР.

У рекомендаціях Американської психологічної асоціації (2017 р.) виділяється чотири методи травмофокусованої психотерапії у першій лінійці вибору психотерапії ПТСР: когнітивно-поведінкова терапія, когнітивно-процесуальна терапія, когнітивна терапія, пролонгована експозиційна терапія. Також умовні рекомендації Американська психологічна асоціація дає ще для таких методів: коротка еклектична психотерапія, терапія десенсибілізації та переробки рухами очей, наративна експозиційна терапія [7].

Хоча різні методи травмофокусованої психотерапії можуть включати в себе різні методики роботи, однак дві з них є обов'язковими для роботи з ПТСР: це є методики експозиції та когнітивної реструктуризації.

Техніка експозиції та профілактики унікаючої поведінки заснована на моделі класичного обумовлювання. Вона полягає в поступовому зворотному почерговому згасанню оперантного та класичного обумовлювання через послідовне циклічне наближення до умовного тривожного стимулу. Існують декілька видів експозицій:

- Експозиція *in vivo* – зіткнення зі стимулом в реальному житті.
- Уявна (імагінативна) експозиція – викликання уявних образів. Уявна експозиція може бути спрямована на «тут і зараз», або на «там і тоді».
- Експозиція у віртуальній реальності – використання комп'ютерної симуляції.
- Письмова експозиція – письмове описання травматичної події (написання розповіді відбувається декілька разів з обговоренням кожного разу написаного за психотерапевтом).
- Інтероцептивний вплив – викликання фізичних почуттів паніки та подолання її (наприклад, через гіпервентиляцію легень викликається стан панічної атаки, потім людину вчать її долати).
- Десенсибілізація: також за експозиції можуть додатково використовуватися техніки десенсибілізації – зниження тривожної реакції тілесними техніками (найчастіше, пригальмованим диханням чи прогресивною м'язовою релаксацією).

– EMDR. Як окремий вид експозиції часто виділяють метод десенсибілізації та переробки рухами очей (хоча представники цього методу часто незгодні з такою трактовкою механізму дії їх методу, висуваючи інші теорії на кшталт білатеральної стимуляції мозку).

У роботі з ПТСР спочатку використовують експозицію *in vivo* (як домашнє завдання) для зіткнення з тривожними стимулами у повсякденному житті. Потім використовують імагінальну експозицію для обробки спогадів про саму ситуацію травми [3].

Доведено, що техніки експозиції з подальшою когнітивною обробкою (наприклад, пролонгована експозиція) ефективніші, ніж без такої. Найбільш розповсюджені методики, які використовують техніку експозиції як центральну, є пролонгована експозиція, переробка та десенсибілізація рухами очей, письмова експозиція, наративна експозиція, EMDR. Усі вони емпірично доведено ефективні у роботі з ПТСР.

Когнітивна реструктуризація є другою обов'язковою методикою для травмофокусованої психотерапії. Часто травматична подія вимушує людину робити негативні дисфункціональні надто узагальненні та ригідні висновки про себе («Я винний», «Я безсилий», «Я поганий», «Я безпорадний», «Я недостатній», «Я непотрібний», «Я не спроможний контролювати ситуацію», «Я слабкий», «Я вразливий», «Я в пастці», «Я ні на що не здатний», «Я неуспішний», «Я нікчемний», «Я невдаха», «Мене зневажають») та про світ («Світ небезпечний», «Світ поганий», «Світ несправедливий», «Світ бездушний», «Світ жорстокий», «Життя не має сенсу», «Світ не такий, як треба», «Світ злий»). Задачею когнітивної реструктуризації є пошук цих травматичних переконань та інших когнітивних помилок, дослідження їх формування та впливу на життя, оскарження їх та формулювання більш адекватного погляду.

Як техніки реструктуризації в когнітивній терапії використовують такі:

- явне формулювання негативного переконання – часто таке переконання знаходиться в імпліцитному згорнутому вигляді (часто, навіть у вигляді скоріше відчуттів, ніж думок), розгорнене явне формулювання допомагає, як мінімум, ослабити таке переконання та почати мати з ним раціональну справу;
- дослідження історії формування дисфункціонального переконання (розуміння, як негативне переконання сформувалося, часто допомагає позбутися нього);
- раціональний аналіз – пошук логічних помилок у переконання (найчастіше такими є надузгальнення, дихотомія, помилка обґрунтування

- тобто відсутність верифікації (адекватного зважування доказів за), фальсифікації (ігнорування доказів проти) та паралогічні висновки з них);
- прийняття дисфункціональної думки за умовний рефлекс (звичку так думати) та постійне оскарження її в повсякденному житті, з метою згасання цього рефлексу (можна робити це письмово, використовуючи для цього відому схему ABCDE А. Еліса);
- формулювання функціонального альтернативного переконання, більш гнучкого та адекватного (в діалектично-поведінковій терапії як допомога пропонують сформулювати повністю протилежне висловлювання, а потім знайти середнє: наприклад, «світ повністю небезпечний» – «світ повністю безпечний» – «світ у деяких ділянках небезпечний, в деяких безпечний, в більшості – десь посередині»);
- у терапії прийняття та відповідальності пропонують сформулювати ціннісне переконання, за яким ви вважаєте морально правильно жити, та вчитися чинити, користуючись ним на рівні вільного вибору та волі, не зважаючи на присутність негативного переконання;
- mindfulness: усвідомлене спостереження за своїм негативним переконанням та психічними станами, яке воно викликає, з позиції прийняття та неупередженого дослідження;
- експресивні техніки: діалог з негативним переконанням на двох стільцях, метафоричне уявлення негативного переконання (на малюнку або в уяві), листування з негативним переконанням і под.

Техніка когнітивної реструктуризації має таке ж високе емпіричне обґрунтування, як і техніка експозиції. Методиками, де техніка когнітивної реструктуризації використовується як основна, є когнітивно-процесуальна терапія та когнітивна терапія ПТСР. Когнітивна-процесуальна терапія та когнітивна терапія ПТСР мають такі ж показники ефективності, як і пролонгована експозиція. За умови суміщення цих методик їх ефективність не збільшується – по суті пролонгована експозиція вже використовує когнітивну обробку (просто акцент у цій методиці робиться саме на експозиції), а в когнітивно-процесуальній терапії використовуються техніки експозиції (просто акцент робиться саме на когнітивній реструктуризації), так що суміщення двох методик нічого нового в технічному плані не привносить.

Norcross та Wampold наполягають на третій обов'язковій (окрім експозиції та когнітивної реструктуризації) складовій травмотерапії – побудові стосунків. Наводячи дані численних досліджень, вони показують, що компонент стосунків в терапії ПТСР набагато важливіший за інші технічні психокорекційні маніпуляції та послідовно критикують рекомендації терапії

ПТСР Американської психологічної асоціації (за 2017 р.) за його медикалістський технічно-орієнтований підхід [12].

Тож у терапії ПТСР насамперед необхідно застосовувати стосунково-орієнтовані моделі. Однією найвідомішою з таких є гуманістично-орієнтована модель Д. Герман, що складається з трьох етапів [1]:

1. Побудова глибоких довірливих стосунків та створення «екзистенційної» безпеки повинно передувати роботі з травмою.

2. Етап проживання горя: робота з самою психічною травмою є, передусім, процесом оплакування.

3. Етап відновлення зв'язків зі світом, що і є по суті ціллю травмофокусованої психотерапії.

Розмірковування щодо терапії ПТСР коморбідного зі зловживанням ПАР

Нижче наведемо власні розмірковування щодо терапії ПТСР у випадках зловживання ПАР, засновані на досвіді роботи.

Розрізнення первинного та вторинного uzалежнення. Виходячи з власного психотерапевтичного досвіду, критично важливо розрізнити чи є зловживання психоактивними речовинами наслідками набутого ПТСР (вторинне uzалежнення), чи uzалежнення вже було розвинуто до травми (первинне uzалежнення). На наш погляд, терапія в цих двох випадках буде кардинально відрізнятися. У першому випадку основний акцент повинен робитися на травмотерапії з можливими додатковими інтервенціями щодо зловживання ПАР. У другому випадку необхідне суміщення програми психотерапії uzалежнення з травмотерапією, та ці два напрями роботи можна розглядати як незалежні, аж до роботи з різними фахівцями поз кожного напрямку.

Розрізнення «нешодавнього» (тривожно-інтрузійного ПТСР) та «застарілого» (депресивно-кострикийного) ПТСР. Іншою мовою, необхідне розрізнення простого ПТСР та комплексного ПТСР з можливими посттравматичними змінами особистості. Зараз таке розрізнення найбільш очевидно для двох груп військових: комбатанти, що прийняли участь в бойових діях починаючи з 2022 року та саме зараз зазнали психологічної травми; комбатанти, що воювали з 2014 року та зазнали психологічної травми в ті часи, однак, на жаль, не отримали належної терапії. Для першої групи виправдувано застосування більш технічно-орієнтованих короткострокових методів травмофокусованої терапії, для другої групи – необхідна пролонгована гуманістично-орієнтована травмофокусована терапія з переважним акцентом на стосунки.

Особлива увага на побудові стосунків та робочого альянсу. За даними досліджень група осіб з ПТСР обтяженим зловживанням ПАР відрізняється не лише меншим ефектом від терапії, а й значно більшим відсотком переривання терапії. Тому засоби побудови робочого альянсу та мотиваційна робота особливо важливі з цією групою клієнтів.

Інформаційна робота щодо шкідливості вживання ПАР при ПТСР. Для клієнтів необхідне роз'яснення, як вживання ПАР заради полегшення симптомів ПТСР, насправді посилює ці симптоми. Можна використовувати будь-які науково обґрунтовані матеріали, зокрема теорію взаємної індукції ПТСР та uzалежнення через дію на одну й ту ж систему стресу.

Бажане припинення вживання ПАР на час терапії та деякий посттерапевтичний період. Хоча є дані щодо успішної терапії ПТСР під час вживання ПАР, та яка має ефект зниження цього самого вживання, однак, ми би все ж рекомендували первинну ціль припинення вживання на час терапії навіть за відсутності uzалежнення. Також бажане утримання від вживання і деякий посттерапевтичний період, як мінімум три місяця.

Зв'язування симптомів ПТСР та тяги до вживання ПАР. Необхідно досліджувати, як стани ПТСР можуть викликати тягу до ПАР як терапевтичного засобу щодо цих станів (або підсилювати первину гедоністичну тягу до ПАР), та надавати клієнту альтернативні стратегії подолання цих станів без вживання. Стани ПТСР, які викликають тягу до вживання, повинні мати пріоритет в роботі перед іншими симптомами.

Висновок

Головною задачею фахівця у роботі з ПТСР обтяженого зловживанням ПАР є розуміння первинності або вторинності цього зловживання. Якщо маємо випадок сформованого хімічного uzалежнення до набуття психічної травми, то необхідна стандартна програма терапії uzалежнення з обов'язковою додатковою програмою травмотерапії. У центрі реабілітації це виглядає як стандартна програма реабілітації з додатковими індивідуальними консультаціями з травмотерапевтом. Оскільки у теперішні часи передбачається значне збільшення випадків uzалежнення коморбідного за ПТСР, то реабілітаційним центрам необхідно мати в своєму штатному складі травмотерапевта або залучати стороннього до роботи в центрі.

У випадку вторинного зловживання щодо ПТСР найчастіше необхідна не стільки реабілітація, а саме травмофокусована психотерапія, за необхідністю посилена консультуванням з приводу зловживання. Хоча і є деяка ймовірність результативної психотерапії ПТСР і без припинення

зловживання, однак наполегливою рекомендацією є все ж утримання від вживання алкоголю на час терапія та на деякий посттерапевтичний період.

Список використаних джерел:

1. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Вид-во Старого Лева, 2021. 424 с.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. посттравматичний стресовий розлад» / Міністерство охорони здоров'я України. 2016. 57 с. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/>
3. Фoa Э., Хембри Э., Оласов-Ротбаум Б., Раух Ш. Пролонгированная экспозиция в терапии ПТСР: переработка травматического опыта: руководство для терапевтов / Пер. с англ. Исмаил Т.В. Санкт-Петербург: «Диалектика», 2020. 240 с.
4. Alshahrani K.M., Johnson J., Prudenzi A., & O'Connor D.B. The effectiveness of psychological interventions for reducing PTSD and psychological distress in first responders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022. V.17(8). Article: e0272732. DOI: 10.1371/journal.pone.0272732.
5. Bedard-Gilligan M., Garcia N., Zoellner L.A., & Feeny N.C. Alcohol, cannabis, and other drug use: Engagement and outcome in PTSD treatment. *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2018. V. 32(3). P. 277-288. DOI: 10.1037/adb0000355
6. Brady K.T., Killeen T.K., Brewerton T., & Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychiatry*. 2000 V.61(7). P. 22-32. URL: <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/3403/>
7. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD / American Psychological Association, 2017. 139 p. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
8. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) / American Psychiatric Association. 2013. 970 p.
9. Favaro A., Tenconi E., Colombo G., & Santonastaso P. Full and partial post-traumatic stress disorder among World War II prisoners of war. *Psychopathology*. 2006. V.°39(4). P. 187-191. DOI: 10.1159/000093522

- 10.** Korte K., & et al. Epidemiology of trauma and PTSD in adults. *Handbook of PTSD: science and practice* / Eds. M.J. Friedman, P.P. Schnurr, T.M. Keane. New York – London: The Guilford Press, 2021. P. 61-75.
- 11.** Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. *International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information*. Chapter 06. URL: <http://id.who.int/icd/entity/334423054>
- 12.** Norcross J.C., & Wampold B.E. Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy Theory Research Practice Training* (APA). 2019. V.56(3). P. 391-399. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000228>
- 13.** Richardson L.K., Frueh B.C., Acierno R Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010. V.°44°(1). P. 4-19. DOI: 10.3109/00048670903393597
- 14.** Roberts N.P, Lotzin A, & Schäfer I. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. V.°13(1). Article: 2041831. DOI: [10.1080/20008198.2022.2041831](https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831)
- 15.** Simmons S., & Suárez L. Substance Abuse and Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2016. V. 25(4). P. 723-34. DOI: 10.1016/j.chc.2016.05.006
- 16.** Simpson T.L., Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021. V.°84. Article: 102490. DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102490
- 17.** VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder / VA/DoD Department of Veterans Affairs & Department of Defense. Washington, VA: VA/DoD Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2017. 200 p.

1.11. Трансформації практик людських насолод у цифровому просторі

Жидко М.Є.

Абстракт

Підрозділ присвячено аналізу практик людських насолод у цифровому просторі. Показано, що сьогодні йде боротьба між різними способами маніпуляції станами людської свідомості, пов'язаними із насолодами. Конкуренція йде за декількома векторами: перший – за лінією ослаблення здатності людини входити в особливі стани свідомості на користь змінених станів свідомості, що конструюються алгоритмами штучного інтелекту; другий – між людським у людині (принципово непізнаваним, що створює Таємницю та можливість здивування) та складними реконструкціями людського несвідомого, що виконуються з маркетинговими цілями алгоритмами штучного інтелекту на основі баз даних тих цифрових слідів, які ми залишаємо.

Сьогодні ми є безпосередніми свідками і, кожний тією чи іншою мірою, учасниками трансформацій, які відбуваються останні тридцять років із практиками людських насолод. Кожен із нас має свій погляд на масштабність змін, але мало хто не погоджується з тим, що вони мають глобальний і радикальний характер. Об'єктивно і порівняно (наприклад із трансформаціями революцій «шістдесятих» років минулого століття) їх можна буде оцінити через декілька десятиліть. Але намагаючись зараз бачити картину цілком та системно, можна припустити, що це пов'язано з низкою кризових процесів, які почалися в різні часи, мають різну природу, динаміку і не завжди очевидний зв'язок між собою, але які можна умовно об'єднати і узагальнити розумінням їх як чергового великого переселення народів. На цей раз у цифровий простір⁸.

Розглянемо ці процеси більш детально.

Ще в 1965 році футурологом Елвіном Тоффлером був описаний *футурошок* – шок від зіткнення психіки окремої людини та суспільної свідомості з різноманітними технологіями, стрімкий розвиток яких випереджає здатність психічно та психологічно адаптуватись до них. У своїй найбільш відомій однойменній книзі він писав: «Ми бачимо навколо себе разючі ознаки порушень роботи психіки, викликаних частковим затемненням

⁸ Або, як це називає почесний Президент Української Спілки Психотерапевтів пан Олександр Фільц інформаційної колонізації.

свідомості: збільшення вживання наркотиків, зростання містицизму, періодичні спалахи вандалізму та неспровокованого насильства, політику нігілізму і ностальгії за тиранічними режимами, хворобливу байдужість мільйонів людей – все це можна зрозуміти краще, якщо виявити зв'язок цих явищ із шоком майбутнього. Ці форми соціального абсурду прекрасно відображають погіршення здатності індивіда до прийняття рішень, викликане напруженим впливом навколишнього середовища». Головна ідея Е. Тоффлера полягала в тому, що водночас ми переживаємо революцію молодості, сексуальну революцію, расову революцію, колоніальну революцію, економічну революцію і дуже швидку технологічну революцію, що, сукупно, створюють такий інформаційний стрес, який змінює нашу біологічну і соціальну природу на глибинних рівнях⁹. «Шок майбутнього – це реакція на надзбудження. Вона виникає, коли індивід змушений керувати своєю межею адаптації. Шок майбутнього вражає психіку. Коли тіло руйнується під напруженим впливом навколишнього середовища, перевантажений «розум» не здатний приймати адекватні рішення. У разі безладних стрибках механізмів змін ми можемо підірвати здоров'я, внаслідок чого зменшиться ступінь адаптації й втратити здатність раціонально реагувати ці зміни». Неминуче це впливає на сферу людської насолоди. «... ми також станемо свідками розвитку особливої індустрії, продукцією якої будуть не товари та навіть не звичайне обслуговування, а запрограмовані відчуття. Ця індустрія відчуттів може виявитися одним із стовпів суперіндустріалізму, а насправді – основою економіки епохи, що йде слідом за ерою обслуговування». Сучасні шоу-бізнес та мас-медіа, маркетингові концепції «управління очікуваннями» та «враженнями», дизайн «користувацького досвіду», зростання «економіки уваги» тощо – всі ці елементи масової культури пов'язані зі змінами, привнесеними технологіями до традиційних практик насолоди. Основним продуктом та

⁹ Щоб краще уявити інформаційне навантаження, яке відчуває сучасна людина і до якого просто не встигає адаптуватися, згадаємо з історії: шлях від першого примату до Людини Розумної зайняв кілька десятків мільйонів років, від першої Людини розумної до людини, яка стала усвідомлено говорити – 150 тисяч років, до людини, яка пише і читає – 30 тисяч років, а людині, що програмує, – трохи понад дві тисячі років. Шлях від програмуючої людини до штучного інтелекту становить лише кілька десятиліть. У лютому 2020 р., на Давоському економічному форумі, один із членів Міжнародної експертної ради М.°Шваб у своїй доповіді «Четверта індустріальна революція» повідомив плани Світового уряду, відповідно до яких уже в 2025 р. 10% людей носитимуть одяг, підключений до мережі Інтернет; 90% людей матимуть можливість необмеженого та безкоштовного зберігання даних; трильйон датчиків, підключених до Інтернету; 10% очок для читання підключено до мережі Інтернет; 80% людей із цифровою присутністю в мережі.

водночас ресурсом цих практик (та суперіндустрії, побудованої на них) є видовище. Видовище, шоу, уявлення, постановка стають основою життєдіяльності будь-якої організації, а оскільки конкуренція велика часу на кожного залишається все менше.

Розвиваючи марксистський концепт надбудови французький філософ Жан Бодріяр для опису феноменології трансформації людської насолоди використав поняття *гіперреальності* – штучної реальності, що характеризується заміною реального знаками реальності, а також нездатністю свідомості відрізнити реальність від фантазії. Згідно його думки складовими частинками гіперреальності є *симулякри* і вони є її продуктами. Гіперреальність впливає на справжню, фізичну реальність руйнівним чином і прагне стати її заміною. Так, якщо говорити про практики насолоди, то сьогоднішній потік найрізноманітнішої (зокрема фейкової) інформації про насолоду знищує реальність самої насолоди (кількісно та якісно), немов обволікаючи її шляхом створення величезної кількості симулякрів, які й формують гіперреальність насолоди (що відмінно показано у творах багатьох сучасних письменників, наприклад, Чака Палагнюка чи Віктора Пелєвіна).

На соціально-економічному рівні різкий стрибок технологій і активне розширення інформаційного поля призвело до переходу від так званого SPOD-світу до VUCA-світу. Обидва є аббревіатурою англійських слів, які спочатку військові використали для опису психологічного стану населення країн після закінчення «холодної війни». SPOD – це steady (стіийкий), predictable (передбачуваний), ordinary (простий), definite (певний). VUCA – volatility (нестабільний, мінливий), uncertainty (невизначений), complexity (складний); ambiguity (неясний, неоднозначний). Тобто практики насолоди стали також неясними, складними, такими, що постійно змінюються, пов'язаними з потребою швидко і адекватно переробляти величезні обсяги інформації. В іншій парадигмі, формується новий тип соціуму – транзитивний. За Т.Д. Марцинківською транзитивне суспільство характеризується такими феноменами: 1) кардинальними соціальними трансформаціями; 2) глобалізацією, яка веде до розширення простору, зокрема і простору міжособистісних контактів; 3) посиленням соціальної невизначеності, пов'язаної, насамперед, з постійними трансформаціями цінностей, норм, ідеалів у сучасному, мінливому світі; 4) збільшенням тривалості часового періоду процесу соціалізації, активізацією ресоціалізації та плинної соціалізації; 5) розширенням інформаційного простору і посиленням його ролі (частково він замінює міжпоколінні зв'язки).

Усе це відбувається на фоні низки демографічних процесів, найперше *другого демографічного переходу*. Це поняття у 1986 році запровадили Р.°Лестег та Д. ван де Каа для аналізу падіння народжуваності в європейських країнах нижче за рівень заміщення поколінь. Основні зміни практик насолоди, пов'язані з ними, стосуються сім'ї, відносин і сексуальності: 1) збільшується середня тривалість життя; 2) у центрі сімейного життя виявляються не інтереси дитини, а інтереси батьків («зсув від ери дитини-короля з дітьми до ери королівської подружньої пари з дитиною»); 3) попередження випадкового запліднення поступається місцем навмисному зачаттю як елементу самореалізації батьків; 4) на місце єдиної стандартної форми сім'ї та домогосподарства приходять їх плюралістичні форми. Початок другого демографічного переходу датується серединою шістдесятих років і сьогодні список змін можна істотно розширити і деталізувати.

Крім того, велике переселення народів частково відбувається і в географічній реальності. Метафорично його можна описати як рух перенаселеного бідного Півдня на багату Північ. За останні 25 років міграційні потоки з Близького Сходу, Африки, Центральної та Передньої Азії, Латинської Америки суттєво змінили структуру населення Європи, Північної Америки, Австралії, Нової Зеландії та багатьох країн пострадянського простору. Це змінює звичну карту культурних практик насолоди: десь вони химерно комбінуються між собою, десь переплавляються в щось якісно нове, а десь, за законами еволюції, витісняють одна одну. До того ж, ми маємо *«злякисний демографічний пріоритет молоді»* за висловом професора Гуннара Хайнзона, автора досить специфічного бестселера «Сини та світове панування: роль терору у піднесенні та падінні націй». Він безпосередньо пов'язує зростання насильства та конфліктності з порогом, коли на кожні 100 чоловіків у віці 40-44 року припадає понад 80 хлопчиків до 4 років. Наприклад у Німеччині це співвідношення дорівнює 100 до 50, в Афганістані – 100 до 403, Іраку – 100 до 351, Сомалі – 100 до 364, Сирії – 100 до 253. На думку Г. Хайнзона, Німеччина, Великобританія, як і Бельгія готови до задачі молоді із мусульманських країн. У своїй доповіді 2017 року про демографічну загрозу альянсу НАТО професор констатував, що масове насильство неминуче відбувається в тих суспільствах, де юнаки 15-29 років становлять понад 30% загального населення. Усе, в ім'я чого вершиться це насильство, – релігія, нація, сексуальна орієнтація, ідеологічне вчення – по суті несуттєве.

Відповідно практики насолоди набувають рис «злякисної молодіжності», що часто інтерпретується психологами як інфантильність

або *лімінальність*¹⁰. Причому якщо раніше діти в процесі соціалізації намагалися ідентифікуватися з дорослими, бути схожими на батьків або особи, які їх замінюють, сьогодні ми маємо протилежний процес: дорослі багато в чому наслідують дітей, і навіть коригуючи зміст поняття «зрілість». Цілком можливо, що ми сьогодні мали б набагато більше конфліктної напруги якби не цифровий простір, який прийнято демонізувати і звинувачувати у всіх смертних гріхах, однак який у багатьох моментах виконує функцію клапана, що випускає пар.

Ситуація ще більше ускладнюється тим, що за словами не менш культової інтелектуальної фігури сучасного світу – ізраїльського історика та футуролога Юваля Ноя Харарі – зараз активно формується і «до 2050 року сформується новий клас людей – даремний клас. До нього увійдуть не просто безробітні люди, а люди в принципі не здатні влаштуватися на доступну роботу».

На його думку розвиток цифрових технологій призведе до накопичення капіталу і дозволить виплачувати громадянам безумовний основний дохід. Проблемою майбутнього стане не відсутність грошей, а відсутність зайнятості та почуття задоволеності (зокрема – насолоди). Ю.Н. Харарі переконаний, що у випадку, коли у людей немає діла і немає конкретних цілей, вони почнуть втрачати психічне здоров'я. Якщо спробувати

¹⁰ У монографії «Людина сучасна, тобто лімінальна» [Фусу Л.І. Людина сучасна, тобто лімінальна. Соціально-філософський аналіз лімінальності в сучасному соціумі: монографія. Ногінськ: АНАЛІТИКА РОДИС, 2018. 190 с.] Л.І.°Фусу пише: «Однією з прикмет суміжного, лімінального стану підлітка є поєднання в поведінці вчорашньої дитини дитячих і дорослих поведінкових патернів. Нестача ритуалу ініціації, зростаюча тривалість підліткового періоду в сучасному світі (пов'язана з протяжністю курсу освіти) ведуть до того, що людина «зависає» у прикордонному, невиразному стані, внаслідок чого між молодшими та старшими членами суспільства, між поколіннями, зростає важкопереборний психологічний бар'єр. Сьогодні у суспільстві існує низка ритуалів, які маркують соціальний перехід від дитинства до дорослого стану: урочисте вручення паспорта, атестата зрілості тощо.

Однак ці ритуали мають суто демонстративний та декларативний характер; їм не передують організована діяльність із становлення особистості, характеру, вирощування соціальної ідентичності. По суті, держава та сім'я організують регулярно лише діяльність із шкільного навчання, а решта сфер становлення особистості зростають, так чи інакше, хаотично. Це важливий фактор у комплексі проблем підліткового віку.

Відсутність організованої, регулярної ініціації – одна з причин того, що в суспільстві називається інфантилізмом. Прагнення зберегти колишні соціальні маски та функції, уникнути психологічних переломів, а також зростаюча тривалість освітнього циклу та переосмислення моделі сім'ї ведуть до появи кідалтів: людей, які «застрягли» в стані та інтересах юності, не переходять у дорослий стан і, ймовірно, не потребують цього переходу. Вони застряють у стані лімінальності, неспроможні продовжити історію: умовно кажучи, перемогти ворога, померти, переродитися. Одним із перших прикладів соціального типу кідалта сьогодні називають Обломов».

конкретизувати на нашій професійній мови, то з нашого погляду це перш за все про втрату сенсу.

Найбільш ефективною мірою профілактики психічних захворювань (але, за іронією, не цифрового uzалежнення) можуть стати комп'ютерні ігри. Ще одна цитата з Ю.Н. Харарі: «Зайві з погляду економіки люди зможуть проводити все більше часу в тривимірних віртуальних світах, в яких вони знайдуть більше емоцій, ніж в реальному світі». Спираючись на те, що люди тисячоліттями шукали сенс життя в віртуальних образах, Ю.Н. Харарі порівнює з іграми релігію і споживання. Обидва ці конструкта також вимагають від людини дотримання правил і ритуалів в обмін на певні блага і переходи на нові рівні. Як ми можемо бачити вже сьогодні багато хто відмовляється від роботи на користь відеоігор. Згідно з дослідженням американських економістів, 22% американських чоловіків без вищої освіти не працювали жодного дня за 12 місяців 2019 року. За даними Американського бюро статистики праці, за останні 15 років кількість вільного часу у низькокваліфікованих робітників збільшилася на 4 години на тиждень, і 3 години з цього додаткового часу витрачається на відеоігри.

Ю.Н. Харарі передбачає, що до 2050 року люди будуть досліджувати нові сенсові сценарії – або в форматі відеоігор, або в форматі нових релігій та ідеологій. За його прогнозами, до 2100 року людина розумна перестане існувати як вид, так як людство саме себе модифікує за допомогою штучного інтелекту (ШІ) і біотехнологій, і перетвориться на якийсь інший антропологічний тип. Це в цілому співпадає з прогнозами восьмиконтурної моделі еволюції свідомості Тімоті Лірі, згідно з якою в інформаційному середовищі людство пройде фазу тілесного усвідомлення, фазу усвідомлення мозку, фазу усвідомлення ДНК та фазу квантового усвідомлення.

Дослідники, що займаються вивченням змін людської психіки під впливом цифрових технологій кажуть про вже існуючі суттєві відмінності між генераціями «цифрових аборигенів», «цифронароджених» ¹¹ (або

¹¹ У 2001 р. письменник і популяризатор технологій навчання та освіти Марк Пренскі, у статті Digital Natives, Digital Immigrants запропонував термін «цифрові аборигени». Термін був придуманий за аналогією з англійським словом native, яке означає «корінний житель», «уродженець» (часто зневажливо). Отже, цифровий абориген людина – це корінний житель цифрового суспільства, або Цифрового віку, століття цифрових технологій. Крім цього, Пренскі називав цифровими аборигенами студентів-абітурієнтів 2000-х. За його думкою вони живуть в оточенні комп'ютерів, відеоігор, плеєрів, відеокамер, мобільних телефонів та Мережі; «внаслідок наявності такого щільного цифрового „довкілля“ та постійної взаємодії з нею, мислення сьогоднішніх студентів та процедури обробки інформації принципово відрізняються від способів мислення та інформаційних процесів їх попередників». Усі інші покоління, що

«дофамінового покоління» за характеристикою А. Лембеке) та «цифрових мігрантів»¹² та констатують виникнення нового антропологічного типу людини – *Homo confusus* (Т. Чернігівська), Людина розслаблена (Г. Почепцов) або *Homo Deus* (Ю.Н. Харарі).

Г.°Смолла та Г.°Ворган у книзі «Мозок онлайн. Людина в епоху Інтернету» пишуть: «Цифрова революція, яка відбувається на наших очах, змушує мозок еволюціонувати прямо зараз, причому в небаченому колісї темпї. Цифрова техніка не тільки впливає на наш спосіб думки, але й змушує нас відчувати інші почуття, інакше поводитися, словом, мозку доводиться працювати інакше. Нехай ми й не розуміємо ці зміни у пристрої наших

з'явилися на світ і вирости до кінця ХХ ст., М. Пренскї запропонував назвати «цифровими імїгрантами». Дане поняття стосується не тільки абсолютно неадаптованих до нових технологій людей, але й тих, хто старанно намагається вникнути в те, що відбувається, і навіть досягає в цьому успіху. Відповідно до теорії Пренскї, у «імїгрантів», хоч би як вони намагалися, залишається щось на кшталт «акценту» – своєрідні «відлуння минулого», спроби поєднувати новітні можливості з колишніми (наприклад, коли людина телефоном підтверджує отримання електронного листа чи замість того, щоб редагувати текст на комп'ютері, роздруковує його та редагує від руки). Ознаками цифрових аборигенів є: 1) звичка швидко отримувати інформацію, прагнення до багатозадачності та інтерактивності; 2) нові методи пошуку даних: постійне сканування інформаційного поля для пошуку змін; 3) перевага візуального ряду тексту, руху у випадковому напрямку – руху в прямому; 4) роль обміну сигналами у комунікації: «взаємодія, яка не насичена інформацією, проте підтримує соціальний зв'язок та емоційний контакт»; 5) нова стратегія споживання – просьюмінг – перевага продуктів, у створенні яких можна взяти участь; 6) «вибіркова» концентрація уваги – виключно з метою вловити найголовніше, виділити суть; 7) контактність, відсутність ментальних обмежень, прагнення до саморозвитку та самовдосконалення. Їх цінності складають: самостійність та незалежність, хороша освіта, право на недоторканність приватного життя та свободу слова, неможливість расової дискримінації, емоційна підтримка з боку батьків, громадянська відповідальність. У травні 2007 р. два американські підприємці Джош Спір і Аарон Дігнан на презентації в Google's Zeitgeist використали поняття цифронароджені (born digital).

¹² Ми навмисно залишаємо за лапками дуже популярну зараз теорію поколінь, що зародилася на початку 90-х років ХХ столїття, коли у 1991 р. економіст, фахівець у галузі демографії, Н. Хоув та історик і драматург В. Штраус одночасно та незалежно, досліджуючи соціальний феномен «конфлікту поколінь» в американській культурі, дійшли висновку, що конфлікти поколінь обумовлені не різницею у віці, а різницею цінностей (оскільки цінності, притаманні кожному поколінню залишаються незмінними незалежно від віку). Вони визначили періоди, під час яких більшість людей є носіями схожих цінностей, які сформовані впливом політичних, економічних, соціальних та технологічних чинників. Згідно них умовно виділяють втрачене покоління (1883-1900), велике покоління або покоління солдатів (1901-1927), мовчазне покоління або щасливці (1928-1945), бебі-бумери (1946-1964), покоління Х (1965-1980), міленіали або покоління Y (1981-1996), зумери або покоління Z (1997-2012) та покоління Альфа (2012-середина 2020-х). Необхідно відмітити, що для українського суспільства ця загальна періодизація має свою специфіку, яка обумовлена унікальними історичними психологічними травмами (репресії, Голодомор, Холокост, національно-визвольна боротьба з тоталітарним радянським режимом тощо).

нейронних мереж, від частого повторення будь-який досвід залишає відчутний слід у мозку. Для еволюції такого роду достатньо одного покоління. Ймовірно, ми свідки одного з найнесподіваніших, але водночас найзначніших переломів в історії людства. Мабуть, з того самого моменту, коли первісна людина здогадався полегшити собі життя за допомогою знарядь праці, мозок людини не переживав таких швидких і радикальних змін. У минулому столітті у нашому житті з'явився телевізор, і тепер мозок звичайної людини щодня отримує свою дозу ТВ-впливу. Вчені нещодавно з'ясували, що середній американець витрачає на перегляд телевізора чи відео 6 годин на добу більше, ніж на всі види активного відпочинку разом узяті. Але в нинішньому світі цифри, що перемогла, Інтернет витісняє телевізор з позиції головного стимулятора мозку. Високошвидкісний Інтернет проведено у сім із десяти американських будинків. Коли нам хочеться розважитись чи посперечатися про політику, ми заглядаємо в Інтернет. Розвиваючись та пристосовуючись до нових технологій, мозок втрачає базові соціальні навички. Нам все важче зчитувати чужу міміку під час бесіди або вгадувати емоцію щодо ледь помітного жесту. Кожна година, проведена за комп'ютером, на півгодини скорочує час традиційного спілкування віч-на-віч. З послабленням мозкових механізмів, керуючих контактами коїться з іншими людьми, наша соціальна поведінка погіршується, і ми починаємо помилково тлумачити і навіть не вловлюємо зовсім «негучні» невербальні повідомлення. Щоб повною мірою оцінити наслідки безперервного згасання наших соціальних навичок (десоціалізації), уявіть якийсь міжнародний саміт років за десять. У такому місці неправильно зрозумілі гримаси або жести можуть обернутися військовим конфліктом. Технологічна революція змінює як манеру спілкування, так і канали впливу інших людей. Вона провокує політичні та соціальні зміни. Тепер простіше просто дізнатися, що відбувається в особистому житті наших колег, сусідів, знаменитостей та політиків. Безіменний винахідник опиняється в центрі уваги, тільки-но новина про його відкриття розповзеться Інтернетом. Варто незграбному вчинку публічної фігури потрапити в об'єктив вбудованої камери мобільного телефону – і за лічені хвилини цей запис б'є рекорди відвідуваності на YouTube. Соціальні мережі на кшталт Facebook зі своїми сотнями мільйонів користувачів на очах перетворюються на гігантів рекламного ринку цифрової ери, на тлі яких традиційні рекламні майданчики на кшталт газет та журналів виглядають несерйозно. Чим ми молодші, тим частіше стикаємося з цифровими технологіями і тим сприйнятливіший до них наш мозок. Сьогоднішні п'ятнадцяти- та двадцятирічні, яких називають «цифровими від народження», просто не застали світу без комп'ютерів,

цілодобових теленовин, Інтернету та мобільних телефонів. Музика, відео, SMS та вбудована камера супроводжують їх усюди. Для багатьох із «цифрових» навіть похід до бібліотеки – екзотика, а ідея заглянути у паперову енциклопедію – тим паче. Вони використовують Google, Yahoo та інші онлайн-пошуковики. Нейронні мережі в мозку влаштовані по-різному у «цифрових від народження» та «цифрових іммігрантів» – людей, які застали комп'ютерну революцію вже дорослими, проте їхній мозок сформувався тоді, коли нормою вважалося спілкування віч-на-віч. Усі технології їхнього дитинства, які дозволяли спілкуватися та розважатися, – це радіо, телефон та телевізор. Через те, що на мозок «цифрових від народження» так рано обрушується вся міць цифрових технологій, на наших очах виростає «мозковий розрив», прірва між мисленням батьків та дітей. Ще недавно це називали конфліктом поколінь: цінності та звички дітей (взяти хоча б музичні уподобання) завжди не збігалися з цінностями батьків. Тепер розрив набув нових масштабів – і можна говорити про виникнення двох різних культур. У молодшого покоління мозок зазнає «цифрової перепрошивки» з пелюшок. Зазвичай за це доводиться розплачуватися тими нейронними механізмами, які відповідають за спілкування віч-на-віч. А старше покоління виявляється віч-на-віч зі світом, де мозок змушений пристосовуватися до високих технологій, щоб його власник не залишився далеко позаду – у політичному, соціальному та економічному сенсі. Молоді створили власні, цифрові, соціальні мережі та винайшли полегшену мову для SMS-листування. Дослідження говорять, що молоді дорослі читають заради розваги менше книг, ніж будь-яке з колишніх поколінь».

Дійсно, з усіх поколінь ми ще найменше (через зрозумілі причини) можемо сказати щось про покоління цифронароджених. Досвід спостереження за переживаннями ізоляції під час пандемії свідчить, що від обмежень психологічно більшою мірою страждали та страждають цифрові іммігранти, які максимально прив'язані до фізичного світу (особливо якщо не сформована психологічна культура зустрічі із собою). На нашу думку під час коронакризи межа між поколіннями проходила не за знанням і здатністю володіти гаджетами, а з того, наскільки цифровий світ є тим Всесвітом, де можна побудувати паралельні катастрофічній земній реальності власні світи. Для цифронароджених цифровий простір залишився гіпермаркетом (за визначенням М. Вельбека), але вони зрозуміли, що не завжди можуть отримати все, що хочуть і коли хочуть. Карантин став корисним досвідом відкладення насолод, перенесення фрустрації.

На все це своєрідною вишнею на торті лягатиме ще один феномен, пов'язаний зі сформульованим у 1999 році одним із сучасних пророків

цифрового світу Р. Курцвейлом законом зворотної віддачі (розвиток технологій відбувається експоненційно), згідно з яким швидше за все в період 2030-2045 рр. відбудеться момент сингулярності, який прогнозувалося багатьма фахівцями – історична точка розвитку цивілізації, після якої технічний прогрес стане настільки швидким і складним, що виявиться недоступним людському розумінню. Уже сьогодні можна спостерігати досить радикальні зміни в психічному функціонуванні людини (специфічні порушення когнітивних процесів, емоцій, механізмів саморегуляції, ціннісно-смислової сфери особистості, взаємовідносин), пов'язані з експоненційним розвитком технологій, які деякими фахівцями поєднується загальним поняттям *digital dementia*¹³ та інформаційна пседодебілікуватість. Манфред Шпитцер дуже влучно підкреслює: «цифрове слабоумство – це не просто забудькуватість. Цифрове слабоумство – це коли люди не замислюються над тим, що роблять». Сучасний французький філософ Бернар Стіглер так пише про це: «Сьогоднішні процеси технізації, посилення людини за допомогою нових пристроїв, таких, як смартфони, ноутбуки або будь-які інші «протези», – це продовження процесів, які почалися три мільйони років тому. У цьому сенсі тут дійсно немає нічого нового. Новизна є, по-перше, в прискоренні цих процесів. По-друге, за допомогою цього прискорення відбувається те, що зараз називають розривом. Розрив означає, що соціальні інститути, відносини між людьми і знання більше не встигають за логікою еволюції технологій. У результаті технології розвиваються за відсутності необхідного знання про них і критичної здатності вирішувати, робити вибір. Наприклад, нам усім доводиться адаптуватися до смартфонів. У моїх дітей є смартфони, як і у всіх дітей в їхній школі. І в певному сенсі смартфони обходять мене в вихованні моїх дітей – через маркетинг, відеоігри, соціальні мережі тощо. Відбувається «коротке замикання» суспільства, зокрема, у відносинах між поколіннями і в процесі передачі знань, який заміщується алгоритмами. Водночас алгоритми працюють з можливостями. Вони усереднюють поведінку і стимулюють реактивні «стадні» дії. І рівно це нас робить дурними – не тільки, скажімо, Дональда Трампа, а й мене самого. Ми всі перебуваємо в ситуації, коли ми змушені підлаштовуватися під поведінку громадськості в медіа. І це стає дуже небезпечним».

¹³ За запитом "digital dementia" на момент написання розділу Google видавав більш 10 мільйонів посилань англійською мовою (на запит "digital dementia research" - близько 5 мільйонів), на "цифрове недоумство" - трохи більше 40 тисяч посилань російською. Українські фахівці цю проблему, на наш погляд, поки що усвідомили недостатньо (одна з причин - ми пізніше приєдналися до цифрового світу).

Ці трансформації обумовлюють виникнення нових психологічних проблем та необхідність розвитку нової психології, яка дозволила би розуміти та опрацьовувати наслідки цифрового світу та психологічні механізми наслідки представників генерацій, що народились у цифровому світі.

У 2014 році сингапурські психіатри звернулися до ВООЗ (Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я) з проханням дати можливість офіційно ставити діагноз «Цифрове uzалежнення»¹⁴. 18 червня 2018 року було опубліковано один з проєктів наступної Міжнародної Класифікації Хвороб (МКХ-11), яка набуде чинності з 2022 року, в якій цифрове uzалежнення отримає статусу офіційного захворювання (у Китаї – з 2008 року).

Але тут ми цілком ймовірно можемо зіткнутися з проблематикою, що була притаманна виникненню Інтернет-uzалежнення. У 1995 році нью-йоркський психіатр доктор Іван Голдберг опублікував щирий, але сатиричний пост на психіатричному онлайн-форумі PsyCom.net (зараз більше не доступна) про фіктивний розлад під назвою «розлад інтернет-залежності» (IAD) та його «діагностичні критерії» (у відповідності до жорстких діагностичних критеріїв uzалежнення від психоактивних речовин нещодавно випущеного 4-го видання Посібника з діагностики та статистики (DSM-IV) Американської психіатричної асоціації (APA)). Він сам не вірив, що може бути справжнє «uzалежнення» від Інтернету (скоріше надмірне чи патологічне використання), але форум одразу наповнився людьми, які розповідали про те, що «залишилися в мережі» та шукали допомоги для свого стану. У той же рік студентка Кімберлі Янг, яка вивчала клінічну психологію, також прийшла до концепту «звикання до Інтернету» як патологічного стану. Вона так пише про це: «Інтернет-uzалежнення почалося як улюблений домашній прєкт в однокімнатній квартирі молодшої дослідниці в Рочестері, штат Нью-Йорк. Я була тою молодого дослідницею. Це було в 1995 році, і чоловік мого друга, здавалося, був uzалежненим від чатів AOL, проводячи 40, 50 і 60 годин онлайн в той час, коли підключення до Інтернету все ще коштувало 2,95 доларів США на годину. Вони не тільки зазнали фінансового тягаря, але й їхній шлюб закінчився розлученням, коли він зустрів жінок в онлайн-чатах». Її перший звіт про випадок, що було опубліковано у 1996 році був процитований 755 разів; її перша дослідницька стаття під назвою «Інтернет-uzалежнення: Поява нового клінічного розладу»

¹⁴ Це зрозуміло, тому що за деякими експертними оцінками середній рівень цифрової залежності у світі оцінюється в межах 15-35%, лідирують Сингапур та Гонконг.

була опублікована в 1998 році і на момент 15 грудня 2015 р. процитована 3144 рази.

У тому ж 1995 році інший клінічний психолог Марк Гріффітс із Університету Ноттінгем Трент (Великобританія), який протягом кількох років цікавився дослідженнями азартних ігор і використанням людьми різних машин або технологій, опублікував статтю під назвою «Технологічне uzалежнення». У 1996 році він опублікував інформацію про інтернетuzалежнення, яке концептуалізував як підмножину більш широкого терміну технологічне uzалежнення.

У 1996 році позаштатний письменник Майкл Орейлі (який сам, що цікаво, заявив, що «він може бути в зоні ризику розвитку IAD») у журналі Canadian Medical Association Journal видає статтю «Інтернет-uzалежнення: новий розлад проникає в медичний лексикон», де згадує дослідження Янг про інтернет-uzалежнення, яке на той час ще неопубліковане. Цей короткий звіт стає першою статтею, що включається в PubMed на цю тему. На сьогодні є ряд опублікованих описів і навіть кілька систематичних оглядів майже кожного аспекту інтернет-залежності, включаючи її концепцію та історичну перспективу, діагностичні критерії, епідеміологію, психосоціальні та нейропсихологічні аспекти, нейробіологічні механізми, фармакологічну і нефармакологічну терапію тощо.

Слід зазначити, що термін «інтернет-uzалежнення» має багато конкурентів; деякі з важливих – патологічне використання Інтернету, проблемне використання Інтернету (PIU), компульсивне використання Інтернету, розлад використання Інтернету (BMC) та патологічне використання електронних засобів масової інформації серед інших. Патологічне використання Інтернету або PIU є популярним терміном у наші дні, але далі ми будемо дотримуватися оригінального терміну, оскільки він все ще дуже популярний у соціальних мережах, а також у медичних/психологічних наукових дослідженнях.

У 5-му виданні DSM (DSM-5), опублікованому в травні 2013 року, хоча довгоочікувана й розрекламована категорія «поведінкового uzалежнення» дійсно була збережена в її переформульованій категорії «Розлади, пов'язані з наркотичними речовинами та uzалежненням», єдиною діагностичною категорією, яка зберігалася під поведінковим uzалежненням, був ігровий розлад (який був дещо зміненою версією попередніх патологічних азартних ігор, які перемістилися з розладів контролю імпульсів у DSM-IV – в DSM-5 більше немає широкої категорії розладів імпульсного контролю – до розладів uzалежнення в DSM-5). Незважаючи на очікування uzалежнення від Інтернету не знайшло місця серед поведінкового uzалежнення. Особливий

підтип інтернет-узалежнення – розлад інтернет-ігор – був розглянутий у DSM-5, але лише як умовний («умова для подальшого вивчення»), який «потребує подальших досліджень, перш ніж вони можуть бути виявлені». Це узалежнення розглядається як формальний розлад у розділі III під назвою «Нові заходи та моделі».

У статті Робочої групи ВООЗ з класифікації обсесивно-компульсивних і пов'язаних з ними розладів (що зв'язано з МКХ-11), розглядаючи цю галузь як «ключову суперечку», було зроблено висновок, що «виходячи з обмежених поточних даних, здається передчасним включати її в МКХ-11». У бета-проекті всього МКХ-11 (де психічні та поведінкові розлади заковані як 07) дотримуються попередньої моделі окремих груп для «розладів, спричинених уживанням психоактивних речовин» (яка не має жодної згадки про будь-які поведінкові узалежнення, а лише розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин), і «розлади контролю імпульсів», які продовжують містити патологічні азартні ігри, але також додають «компульсивний розлад сексуальної поведінки».

Чому виникають сумніви у визнанні інтернет-узалежнення (або ширше – цифрового узалежнення) як розладів? К. Dalal та D. Basu пропонують ієрархічний перелік питань, на які потрібно відповісти, щоб зрозуміти проблему. Кожне наступне питання будується на основі свого попередника, припускаючи що на ієрархічне питання на один крок вище було отримано ствердну відповідь.

Перше – *краще уявляти інтернет-узалежнення як «розлад» чи як континуум нормальної поведінки?* Використання Інтернету є важливою частиною повсякденного життя значної частини людей у всьому світі і постійно зростає – можливо, ми «узалежнені» від Інтернету приблизно так само, як ми узалежнені від багатьох основних речей у житті? Хоча це питання вже активно обговорюється, просту відповідь на нього можна запозичити з Робочої групи МКХ-11: «Там, де існує континуум між нормальною та патологічною поведінкою, пов'язані порушення можуть стати ключовим фактором, що визначає, чи є поведінка безладною чи ні. Додатковим важливим фактором з погляду громадського здоров'я є те, чи доступні ефективні методи лікування». Як багато задокументовано в літературі за останні 25 років, надмірне, неконтрольоване та негнучке використання Інтернету справді може призвести до серйозних функціональних порушень у деяких осіб. Багато з них відповідали би визначенню психічного та поведінкового розладу, яке схвалено в бета-проекті МКХ-11: «Психічні та поведінкові розлади — це розпізнавані та клінічно значущі поведінкові або психологічні синдроми, які пов'язані з

дистресом або втручанням у особистісні функції». Але як і в багатьох інших психічних розладах, буде велика «сіра зона». З погляду громадського здоров'я це важливе питання через його політичні наслідки.

Друге важливе питання – *якщо припустити, що деякі випадки такої надмірної, неконтрольованої та негнучкої поведінки в Інтернеті справді є психічним і поведінковим розладом, чи є ця модель поведінки розладом звикання?* Це питання пов'язане з трьома напрямками критики концепту Інтернет-узележнення: 1) як може виникнути узележнення від чогось, що не так відчутно, як наркотики? 2) чому це не краще пояснити просто як прояв інших основних розладів (таких як депресія, тривога чи соціофобія)? 3) чому це не краще сприймати як, скажімо, розлад контролю імпульсів (як це робиться для патологічних азартних ігор або нової категорії компульсивного розладу сексуальної поведінки) або obsесивно-компульсивного розладу?

Розглянемо цю критику та можливі варіанти відповіді на неї.

Щодо першого напрямку треба пам'ятати, що епістемологічно «узележнення» від психоактивних речовин була пізнішим розвитком в історії. Латинський корінь слова «addiction» (addicere) просто означав «засуджувати, призначати, конфіскувати або – що важливо – поневолити». Отже, «узележнений» означатиме просто «засуджений, приречений або поневолений»¹⁵. Об'єктом цього перехідного дієслова теоретично може бути будь-що, від наркотиків до гри в покер. З нейробіологічного погляду саме навчання мозку або пам'ять про корисний досвід є основою позитивного підкріплення на основі дофамінергії, яке визначає ранні стадії узележнення, а не якийсь конкретний стимул (кокаїн чи соціальні мережі в Інтернеті). Цей ранній механізм, продовжений деякий час, відкриває шлях до залучення недофамінергічних механізмів проти винагороди з відстроченим початком, що забезпечує негативне підкріплення для певної поведінки, що увічніює цю

¹⁵ Лінгвістично «addictus» – це юридичний термін, яким називають людину підлеглого, засудженого: «addicere liberum corpus in servitutem» означає «присуджувати вільну людину до рабства за борги», так «аддиктус» – той, хто пов'язаний боргами». Кредитор, згідно з римським правом, міг тримати боржника в ланцюгах і навіть продати його в рабство. Тобто «адикція» розглядалася насамперед як взаємозв'язок боржника та кредитора. Друге значення addictus – відданий, захоплений, постійний, присвячений. Поняття «addiction» принаймні до XIX ст. використовувалося скоріше у другому, позитивному сенсі та абсолютно не асоціювалося з психоактивними речовинами. Так Св. Апостол Павло в 1-му посланні до Коринтян 16:15 писав: «Прошу вас, браття, ви знаєте сімейство Стефанове, ... вони присвятили себе на служіння святим» (англ. *addicted themselves to the ministry of the saints*) Біблія Короля Якова, переклад, виконаний у 1611 р.). Їхня «аддиктивність» у служінні іншим ставиться як приклад проблемним і роз'єднаним християнським віруючим із міста Корінфа. З середини XVII ст. поняття «адикція» набуває додаткових саморефлексивних конотацій відданості своїй звичці або схильності.

поведінку компульсивним чином. Нарешті, на поведінковому рівні узалежнення (на відміну від хімічного або субстантного узалежнення) завжди стосується основної поведінки. Навіть у випадку з речовинами узалежнення характеризує патологічний патерн «вживання» речовини (зверніть увагу: вживання відноситься до певної поведінки). Наприклад, візьмемо визначення алкогольного узалежнення в проєкті бета-версії МКХ-11: «Алкогольне узалежнення – це порушення регулювання вживання алкоголю, що виникає внаслідок багаторазового або тривалого вживання алкоголю. Характерними ознаками є сильне бажання вживати алкоголь, погана здатність контролювати його вживання та надання все більшого пріоритету вживанню алкоголю над іншими видами діяльності. Часто люди розвивають толерантність і відчують симптоми відміни, коли зменшують або припиняють, або вживають алкоголь для запобігання або полегшення симптомів відміни. Уживання алкоголю все більше стає центральним центром життя людини і відносить інші інтереси, діяльність та обов'язки на периферію. Продовження вживання алкоголю, незважаючи на несприятливі наслідки, є загальною ознакою». Якщо спробувати замінити слово «алкоголь» на «Інтернет» у цьому визначенні ми отримаємо досить валідне визначення.

Другий напрямок критики пов'язаний з тим, що існує задокументована коморбідність між передбачуваним поведінковим узалежненням (включаючи узалежнення від Інтернету) та іншими психічними розладами (зокрема депресивними, тривожними та біполярними розладами). Однак це справедливо для багатьох психічних розладів і, безумовно, справедливо для розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин загалом. Той факт, що алкогольне узалежнення сильно супроводжується депресією, не робить першу тотожною з останньою. Якщо взагалі така модель підтверджує схожість цих розладів поведінки з розладами узалежнення. Звичайно, інтернет-узележнення не повинно діагностуватися, якщо така поведінка міститься виключно в межах біполярного, депресивного або тривожного епізоду і спонтанно зникає після усунення таких станів.

Третій напрям критики стосується психологічної природи цих поведінкових розладів. Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, також час від часу концептуалізуються як розлади контролю імпульсів, розлади нав'язливого спектру, розлади компульсивного спектру або їх комбінації. Імпульсивність у прийнятті рішень і поведінці, повторюваність, схожа на нав'язливість, і компульсивність за багаторазового вживання речовин – все це важливі компоненти процесу

узалежнення, але узалежнення як цілісне утворення має характеристики за кожним із цих окремих явищ.

K. Dalal та D. Basu вважають, що PIU після певного порогу тяжкості та функціональних порушень можна концептуалізувати як розлад узалежнення, але пропонують змінити назву стану на «Розлад використання Інтернету (ВМС)». З їх погляду цій термін зберігає три основні характеристики: по-перше, це розлад; по-друге, це стосується конкретної основної поведінки використання Інтернету як засобу масової інформації (незалежно від цілей); і по-третє, Інтернет – цільовий «об'єкт» (у метафоричному сенсі, не як речовина, а як засіб) використання.

Третє питання – *якщо PIU справді найкраще концептуалізувати як розлад узалежнення (тобто ВМС), то від чого узалежнена людина?* Від Інтернету як засобу масової інформації, будь-якої з багатьох дій із використанням програм Інтернету (наприклад, азартні онлайн-ігри, мережеві ігри, соціальні мережі, спілкування, перегляд певного контенту, наприклад, пошук порнографії, покупки тощо) або від певного технологічного гаджета, який пов'язаний з Інтернетом (наприклад, смартфон, планшет, ноутбук)? Зараз багато авторів стверджують, що існують дві різні форми ВМС: одна специфічна (де адиктивна поведінка переважно зосереджена на конкретному застосуванні Інтернету) та інша узагальнена (де такого фокусу немає). Деякі дослідники навіть теоретизують про різні психологічні та нейробіологічні шляхи цих двох підтипів.

Тобто головною проблемою є патологічне використання Інтернету, а не те, з якою конкретно метою він використовується. Звичайні користувачі використовують Інтернет для набагато більш різноманітних цілей, тоді як патологічні користувачі, як правило, зводять свою увагу на конкретних видах діяльності (ігри, азартні ігри, секс, чат, покупки тощо), виключаючи інші. Лише невелика кількість людей із ВМС не мають переважаючого фокусу; проте навіть у них, здавалося б, безцільний перегляд Інтернету сам собою є діяльністю, яка, однак, «марна» в ціннісному сенсі.

Так, концепція ВМС усуває питання про те, чи є людина узалежнена від Інтернету як джерела задоволення інших потреб чи узалежнена від Інтернету як засобу масової інформації (або від гаджета, який містить цей носій), доки використання Інтернету є об'єктом адиктивної поведінки. Цей погляд припускає, що існує одна ВМС із різними підтипами або специфікаторами на основі конкретних застосувань або навіть з відсутністю будь-якого конкретного застосування.

Четверте питання – *як діагностувати такий стан?* Існує безліч інструментів для скринінгу та діагностики, але, на жаль, ці інструменти часто

дають дуже різні оцінки інтернет-узалечнення або PIU, коливаючись від <1% до 27%. Звичайно, принцип формування та характер вибірки також відіграють значну роль у поясненні таких широких інтервалів. Однак у поєднанні з гетерогенними інструментами такі цифри підривають довіру.

У цих змінах практики насолоди мають свої стратегії виживання. Перша – адаптація своїх традиційних форм до цифрових обставин (так виникає Darknet¹⁶). Періодично, частіше за все зі ЗМІ, ми дізнаємося про гучні скандали, пов'язані з цим. Наприклад історія інтернет-магазину Silk Road («Шовковий шлях»), де бажаючі могли замовити на сайті героїн, кокаїн, ЛСД, а також підроблені документи. Оплата здійснювалася за допомогою біткоїнів (одного з видів криптовалюти). Творець сайту Росс Ульбріхт отримував щодня мільйони доларів прибутку, мав славу кіберанархіста і запевняв, що створив сайт у вигляді експерименту, і незабаром нібито передав його іншим людям. Однак у 2015 році його засудили до двох довічних термінів, а також 20, 15 і 5 років ув'язнення за окремими епізодами¹⁷. Ще одна історія: у січні 2021 року в Німеччині закрили найбільший у світі торговий майданчик даркнета – DarkMarket. Тут були зареєстровані понад 500 тис. осіб, які продавали та купували психоактивні речовини, фальшиві гроші, вкрадені кредитні та сім-карти. Усього вони здійснили понад 320 тис. угод на суму €140 млн. Власник DarkMarket, 34-річний мешканець Австралії, затриманий, а понад 20 тис. серверів в Молдові та Україні конфісковано.

¹⁶ Всесвітню павутину умовно можна розділити на три шари:

поверхневий, або видимий інтернет (з англ. Surface Web) – та частина глобальної мережі, яка індексується пошуковими системами, наприклад Google. Пошукові сайти використовують спеціальні програми, які переходять за посиланнями (які ведуть на інші сторінки або сайти) та індексують (сканують і обробляють) вміст цих веб-сторінок. І роблять це до нескінченності, поки не дійдуть до «глухих веб-сторінок» (на яких немає посилань, які вели б куди-небудь ще);

глибокий інтернет, або «невидима мережа» (з англ. Deep Web): у глибокій павутині знаходяться веб-сторінки, не пов'язані з іншими гіперпосиланнями, а також сайти, доступ до яких відкритий тільки для зареєстрованих користувачів, та інтернет-сторінки, доступні тільки за паролем. Серед поширених застосувань глибокого інтернету є такі, як онлайн-листування, інтернет-банкінг, а також платні послуги на кшталт «відео на вимогу», доступ до яких здійснюється через так звану «платну стіну» (Paywall) тощо;

даркнет, «темний інтернет» (з англ. Darknet) – повністю анонімна, нерегульована і нікому не підконтрольна частина інтернету, не доступна для звичайних користувачів. Доступ до нього можна отримати тільки за допомогою спеціальних програм (найвідоміший – Tor Browser. Менш відомі – I2P та Freenet). За даними Tor Metrics, Україна перебуває на 5 місці (4,9%) у світі за кількістю щоденних користувачів даркнету. До першої трійки входять США (19,3%), Росія (11,5%) і Німеччина (10%).

¹⁷ У 2020 р. історія Ульбріхта була екранізована у фільмі «Шовковий шлях».

Друга стратегія – створення принципово нового продукту, заснованого на стимуляції відповідних біохімічних процесів у головному мозку за рахунок цифрових технологій¹⁸. Так у 2006 року з'явилися *цифрові* або *аудіонаркотики* – програма I-Doser, що дозволяє прослуховувати аудіофайли зі звуками, що нібито викликають ейфорійний стан, подібний до ефекту від вживання справжніх психоактивних речовин. Водночас вони зберігалися в drg-файлах закритого формату (назва програми стала номінальною для будь-яких типів звукових файлів такого типу), які дозволяли лише певну кількість прослуховувань (доз). Після цього програма модифікувала drg-файли так, що подальше прослуховування ставало неможливим. На 2009 рік (коли у російськомовному сегменті Інтернету стався сплеск пошукових запитів, пов'язаних з аудіонаркотиками) існувало більше ста типів звукових файлів з назвами або конотуючими з традиційними наркотиками («марихуана», «ЛСД» та ін.), або такими, що обіцяли ще більшу абстрактну насолоду (наприклад, «рука Бога», «жага життя»). Внутрішній формат програми або drg-файлів незабаром був розкритий, а їх зміст переконвертований у поширені формати звукових файлів, які могли відтворюватися будь-яким аудіопрогравачем. Після цього з'явилися «піратські» сайти, які пропонували купити «звукові наркотики» у вигляді файлів звичайних форматів (wav, mp3 тощо), або розповсюджували їх взагалі безкоштовно.

Психофізіологічною основою аудіонаркотиків стали бінауральні стереохвилі – пульсуючі звуки у цифровому форматі, що складаються з певного набору частот. Стверджувалось, що прослуховування цих звукових файлів впливає на мозок за рахунок резонансу з частотам «мозкових хвиль», які утворюються при прослуховуванні за допомогою стереонавушників спеціально підібраних різних звукових сигналів для лівого та правого вуха слухача. Внаслідок цього здійснюється певний вплив на психічний стан. Більшість людей чує в айдозерах лише шум та пульсуючі звуки. Деякі після певного часу прослуховування відзначають різні відчуття у голові (біль, шум, помутніння) чи тілі¹⁹.

¹⁸Сьогодні найбільш обговорюваними є мікровинагорода дофаміном – нейромедіатором, який виділяється в головному мозку під час певних дій у соціальних мережах (наприклад, коли контент користувача отримує лайки)

¹⁹Розповсюджувачі «цифрових наркотиків» стверджують, що вони є нешкідливими, проте В. Якунін зазначає, що ефект впливу звукових хвиль може бути згубним. Дослідження прямої шкоди, пов'язаної з прослуховуванням «цифрових наркотиків», відсутні, проте наголошується, що їх використання свідчить про готовність людини до здійснення потенційно небезпечних експериментів над своєю свідомістю і може передувати вживанню реальних наркотиків.

Нейрохірург Ніколас Теодор зазначає, що реальних свідчень того, що «айдозери» дійсно можуть впливати, не існує. На думку доктора медичних наук, професора Валерія Якуніна, навіть якщо вплив акустичних хвиль і здатний призводити до виникнення змінених станів свідомості, «отримати постійно діючий ефект і точно описати, яким саме він буде, неможливо, це дуже сильно залежить від індивідуальних особливостей людини»; він вважає, що масово одержати такий ефект неможливо, і що якийсь реальний вплив «цифрових наркотиків» може бути лише у поодиноких випадках, а інших випадках має місце ефект плацебо (особливо у особистостей істероїдного типу).

Створення цифрових насолод ми можемо спостерігати навіть у такій інтимнішій сфері, як кохання та сексуальність, які сьогодні вже розглядаються як цифросексуальність. Вперше поняття цифросексуальність (digisexuals) було запропоновано у 2016 році у статті директора центру прикладної та професійної етики університету Манітоби у Вінніпег (Канада) доцента Ніла Макаптура у Journal of Sexual and Relationship Therapy. Досліджуючи близькі наслідки впровадження імерсійних технологій (тобто таких, що забезпечують ефект повної присутності у віртуальному середовищі) він вклав у це поняття нову сексуальну ідентичність, пов'язану з використанням для сексуальної взаємодії (як між людьми, так і між людиною та різними продуктами ШІ, наприклад, секс-андроїдами) цифрових технологій. У ЗМІ пострадянського інформаційного простору було широко поширено його цитату, згідно з якою «можна впевнено сказати, що настала епоха тривимірного віртуального сексу. У міру розвитку цих технологій їх використання зростатиме і багато людей ідентифікують себе як «діджисексуалів» – людей, у яких головна сексуальна ідентичність сприймається через використання технологій ... Багато людей розуміють, що їх досвід з цією технологією стане невід'ємною частиною їх сексуальної ідентичності, а деякі віддадуть перевагу її безпосередній сексуальній взаємодії з людьми».

На наш погляд поняття цифросексуальності є ширшим, ніж один із видів сексуальної ідентичності (або орієнтації) і більш адекватно його визначати через поняття етосу; йдучи від філософських інтерпретацій аристотелівського терміну дамо йому робоче психологічне визначення як групові системи оцінки, цілеспрямовання, патернів переживання і поведінки.

Доцентка Університету Вісконсін-Стаут (США) Марки Твіст виділила дві хвилі цифросексуальності, що відображають динаміку формування цього етосу. «Перша хвиля віддає перевагу сексу за допомогою технологій, але з

участю живих людей: онлайн-порнографію, секстинг тощо. Я б сказала, що друга хвиля цифросексуалів вибиратиме імерсійні сексуальні зустрічі, партнерів на кшталт секс-ботів та секс у віртуальній реальності».

Відомий британський футуролог І. Пірсон упевнений, що вже протягом найближчого десятиліття більшість населення розвинених країн розпочне процес заміни «живих» сексуальних партнерів на штучних. За його прогнозами до 2030 року майже кожен зрілий житель Землі матиме той чи інший досвід цифрового сексу, а до 2035 року «Розумні» цифросексуальні «іграшки» облаштуяться в більшості будинків. Основними мотиваторами таких змін стануть комфорт та задоволення: завдяки більш функціональному, ніж людський мозок, ШІ секс-андроїди зможуть запропонувати споживачеві «особу, яку можна налаштовувати, з тим емоційним багажем, який він хоче», а тому секс із цифросексуальним роботом «стане простіше, безпечніше, частіше та набагато приємніше». У 2017 році британський телеканал BBC Three створив документальний фільм *The Virtual Reality Virgin*, де були продемонстровані прототип такого андроїда. Метт Макмаллен, фірма якого працює над створенням цифросексуальних продуктів, так описує переваги: «Клієнт зможе створити з ляльки таку особистість, яку тільки забажає якщо захоче, щоб вона була розумною, – вона буде, не захоче – не буде, якщо захоче щоб вона була сором'язливою, – лялька буде соромитися». Модель під назвою *Android Love Doll* знає 50 сексуальних позицій, а лялька *Harmony* від *Abyss Creations* синхронізується з програмою, яка навчається у спілкуванні з користувачем. Протягом наступних десяти років фірма сподівається випустити на ринок ходячу версію своєї ляльки. Поки що природним обмежувачем розповсюдження цифросексуальних продуктів є досить висока ціна: на сьогодні моделі, що рухаються і говорять, за нашими даними коштують близько 20 000 доларів, але згодом технологія неминуче стане дешевшою. Так, наприклад, вже зараз приблизно за 10 000 доларів можна придбати робота *Frigid Farrah*, яка дозволяє чоловікам імітувати згвалтування. Журнал *BMJ Sexual & Reproductive Health* оприлюднив британське дослідження, згідно з яким 40% чоловіків готові придбати секс-робота протягом найближчих п'яти років, а 49% чоловіків готові вступити у відносини з «гіперреалістичною» секс-лялькою.

Професор нейробіології Університету Джона Хопкінса Девід Лінден вважає, що «багатьом потай подобається ідея якось звільнитися від того, що для досягнення найвищої точки сексуального збудження потрібна інша людина. Але їм не варто тішитись: останнє слово еротичної техніки все ще виглядає дуже непоказно. [...] Секс-робот майбутнього цілком може бути

реалізований у вигляді щільного костюма із вбудованими в нього блакитними світлодіодами, зверненими усередину. [...] Замість того, щоб задіяти органи почуттів природним шляхом, як це робив би секс-робот, нейронна віртуальна реальність симулюватиме цей досвід шляхом штучної активації нервових клітин». Оскільки порноіндустрія знаходиться в авангарді сучасного бізнесу (що пов'язано з великими та швидкими доходами) відома японська фірма вже створила відповідний «симулятор сексу», який складається з шолома віртуальної реальності Oculus Rift, спеціального костюма, що облягає, який стимулює необхідні зони і частини тіла, а також штучних жіночих грудей зі зворотним зв'язком та механічного мастурбатора від компанії Tenga. Загальна ціна – приблизно 400 доларів.

Динаміка цифросексуальності неминуче впливає на трансформації шлюбно-сімейних відносин. Істотно змінився інтимний простір: знайомства відбуваються у спеціалізованих програмних додатках, подружні пари тепер поділяють ліжку з різними гаджетами. Поступово з маргінального явища цифросексуальність перетворюється на один із трендових елементів масової культури: у популярній науково-фантастичній книзі (яку досить швидко було екранізовано) «Вона» розповідається як самотня людина закохується в ШІ, у той час як «Blade Runner 2049» розповідає про схожі цифрові відносини між головним героєм і ШІ. У менш популярному фільмі «Ларс і справжня дівчина» демонструється, як людина закохана у секс-ляльку. Ряд хітових серіалів так чи інакше стосується тематики цифросексуальності – «Чорне дзеркало», «Світ Дикого Заходу», «Видозмінений вуглець», «Кохання, смерть та роботи» та ін.

Одним із найвідоміших та досліджених клінічних феноменів цифросексуальності є зниження традиційної (надалі, говорячи про неї, ми будемо використовувати характеристику біосоціопсихологічної) сексуальної активності чоловіків. Так, за результатами опитування Національного центру вивчення громадської думки при університеті Чикаго (NORC) виявлено, що в США все менше молодих людей займаються сексом. Під час загального соціологічного дослідження, яке проводять з 1972 року, опитування кілька тисяч осіб виявило таке: 23% дорослих не мали сексу в попередньому році (за останні 10 років ця цифра подвоїлася) чоловіків серед них «набагато більше, ніж очікувалося». Дослідження показало, що частка чоловіків віком до 30 років, які заявили, що не мали сексу минулого року, з 2008 року зросла втричі – до 28% (що значно перевищує показник зростання серед жінок тієї ж вікової групи – 8%). Дані, отримані з особистих інтерв'ю, також показали, що більше половини дорослих у США віком від 18 до 34 років (51%) не мають постійного партнера (у 2004 р. таких було 33%).

Однак С. Форрест (Інститут здоров'я та суспільства при Університеті Ньюкасла) розповів BBC Three, що, хоча аналіз США є надійним і спирається на великий набір даних, це не обов'язково вказує на подібну тенденцію серед жителів Туманного Альбіону. «Не впевнений, що можна говорити про подібну тенденцію у Великій Британії. Принаймні, про це свідчать дані Національного дослідження сексуальних відносин та способу життя (NATSAL), яке проводять кожні десять років. Однак у 2020 ми отримаємо результати чергового дослідження, тому нам цікаво, знайде досвід США своє відображення у майбутньому нашої країни». Навіть уже сьогодні існує географія цифросексуальності. У зв'язку з тим, що Україна порівняно недавно приєдналася до глобального цифрового світу, вітчизняні наукові дослідження digital dementia практично відсутні; досліджень цифросексуальності (за винятком юридичного, релігійного та кінематографічного аспектів) немає. Тим часом психотерапевтична практика показує, що попри лібералізацію ставлення до нетипових сексуальних практик та зростання різних можливостей сексуальних контактів в Україні спостерігається аналогічне зниження сексуальної активності.

Одним із головних «кілерів» чоловічої сексуальності, пов'язаних з практиками насолоди у цифросексуальності, на думку Філіпа Зімбардо, є онлайн порнографія, точніше uzалеження від цифрового порнографічного контенту. Це глобальна індустрія загальною вартістю близько 100 млрд. доларів, її частка на загальносвітовому ринку становить приблизно 10%, а користувачі США витрачають на т.зв., «Полуничку» понад 3000 доларів на секунду. За таких обставин порнографія за допомогою цифрових технологій проникла у повсякденне життя настільки, що якщо у 2008 році лише 1% користувачів запускали відео категорії «18+» з мобільних пристроїв, то зараз таких вже 75%. Ще у 2006 році лише 34% дивилися порно онлайн; більшість воліли DVD та журнали. Сьогодні життя городянина в розвинених країнах важко уявити без доступу до порносайтів.

На сьогоднішній день порно займає понад 30% Інтернет-трафіку. Майже 50% молодих чоловіків уперше побачили порнографію до 13 років, майже всі дивляться його хоча б раз на рік, а 12% тих, хто дивиться регулярно, ніколи не мастурбували без порно. 26% американських підлітків від 13 до 17 років шукають порнографію раз на тиждень та частіше. Висока доступність Інтернету робить неминуchoю «сексуально-орієнтовану» активність на роботі, і чим більше часу витрачається на порносайти, тим нижча продуктивність праці. Про це свідчить дослідження 2006 року, у якому взяли участь понад 3400 добровольців. З'ясувалося, що 41% тих, кому

оголошували догану за використання робочого комп'ютера не у службових справах, дивилися на роботі порнографію.

Порноузалежнення все ще не внесено до МКХ -11. Проблема, з одного боку, полягає в тому, що неможливо зібрати необхідні для статистики науково релевантні дані через анонімність і легкий доступ до порнографії. З іншого боку, мало хто з користувачів порно називає себе узалежненим. Саме репрезентативне дослідження з вибіркою 20 000 осіб показало, що лише 1,2% жінок та 4,4% чоловіків вважають себе узалежненими від порнографії. Деякі дослідники вважають, що в майбутньому порноузалежнення може бути включено до класу гіперсексуальних розладів, а предикторами зловживання порно стануть такі ознаки: чоловічий гендер, молодість, релігійність, часте використання інтернету, негативні емоції, схильність до сексуальної нудьги та пошуку новизни.

Крім того, необхідно враховувати, що еротика та порнографія традиційно є маргінальними соціально-психологічними феноменами. С. Коен пише: «Іноді суспільства схильні до періодів моральної паніки. Яка обставина, явище, особа чи група осіб починають вважатися загрозливими для загальносоціальних цінностей та інтересів; засоби масової інформації зображують їх стилізовано та стереотипно; моральні барикади заповнюють видавці, єпископи, політики та інші правовірні люди; офіційно визнані експерти оголошують діагнози та рекомендації; виробляються або частіше застосовуються спеціальні засоби боротьби; після цього явище зникає, пригнічується чи погіршується... Іноді паніка проходить чи забувається, але іноді вона має серйозні та довгострокові наслідки і може викликати зміни у правовій та соціальній політиці чи навіть у тому, як суспільства розглядають себе». Для виникнення чергової хвилі моральної паніки потрібні три умови: 1) наявність ситуації соціальної кризи; 2) наявність соціальної групи або організації, готової та здатної спровокувати громадське обурення та направити його за потрібною адресою; 3) наявність стигматизованих груп чи явищ, які легко зробити цапом-відбувайлом.

На наш погляд, сьогодні в транзиторному пандемічному суспільстві «цивілізації контенту» створено всі ці умови, що ще більше стимулює зрушення сексуальності чоловіків у цифровий простір.

Наведемо деяку статистику щодо України за даними, які надає один із найбільших (перевірити всі 4800000 відео доведеться витратити майже 1 млн годин, або 115 років) та популярних (щодня його відвідують майже 92 млн осіб, що дорівнює сумарному населенню Польщі, Австралії та Канади)

порносайтів у світі Pornhub²⁰. У 2018 році Україна піднялася на 11 місце та посіла 16 місце, увійшовши до топ-20 країн, чий трафік займає до 80% щоденного трафіку Pornhub. У 2019 році вона утримала цю рейтингову позицію. На 21 місце піднялася у 2018 році Україна та за часом перебування на сайті, увійшовши до топ-5. З нагоди цієї події сайт додав плашку із розширеним аналізом запитів українських користувачів. У 2019 році Україна зрушила на 14 місце (загальний час перебування знизився на 30 секунд), але залишається в рейтингу серед країн-лідерів. На нашу думку ці рейтингові коливання можуть виступати своєрідним індикатором соціально-психологічної напруги та активності українського онлайн суспільства: чим менше суспільне життя дає приводів для персональної зацікавленості, тим більше он-лайн співтовариство повертається до порно як форми громадянського опору (за типом байдужості), доступного структурування часу (Є. Берном) та універсального засобу вирішення між- та внутрішньоособистісних конфліктів.

41% українських глядачів «полунички» – молоді люди від 25 до 34 років, 22% глядачів – молодь до 24 років, 9% глядачів – люди віком від 55 до 64 років. Незважаючи на твердження щодо патріархальності українського суспільства на рівні статистичної тенденції сучасні жінки за параметром інтересу до порно та користування порнографічними інтернет-ресурсами з кожним роком неухильно наближаються до чоловіків.

Найчастіше в пошукових запитаннях фігурують слова «anime», «sex», «bdsm», «orgasm», «russian», а найпопулярніші категорій складають «Hentai», «Milf», «Anal», «Cartoon «Mature». Аналізуючи ці дані можна дійти висновку, що крім параагресивних сексуальних практик (бдсм, анальний секс, сексуальна зрада у присутності сімейного партнера тощо) до структури сексуальних інтересів чоловіків входять образи та сюжети, пов'язані з жінками зрілого віку (метафорично – амбівалентними матусями) та мультиплікаційним зображенням життя (milf, mature, cartoon, anime тощо). На наш погляд це пов'язано з пострадянськими феноменами «інфляції чоловічого» та загальної девальвації зрілості, а також досить тривалого, зумовленого історичними обставинами («негативною селекцією» чоловіків) домінування жінок у вихованні, навчанні та сімейному житті.

Узалежнення від онлайн порно може бути прямим чи непрямим джерелом таких психологічних і сексологічних проблем.

²⁰ Потрібно розуміти, що Pornhub – це не просто порносайт, а ціла маркетингова компанія, яка веде досить активну легальну рекламну кампанію, на яку закладає величезні бюджети.

Незахищений секс. Більшість традиційного та онлайн порно – це незахищений статевий акт. За даними дослідження 2014 року з сотні відеороликів, розміщених на популярних порносайтах, презервативи використовувалися лише у 2% матеріалів. Цей «стандарт» професії може сформувати у глядачів із низькою сексуальною культурою (особливо молодого віку) невірне уявлення про те, що подібна практика – варіант норми. У 2018 році американські дослідники підтвердили, що такий взаємозв'язок справді існує. Опитування показало, що ті, хто часто дивиться порно і вважає важливим джерелом інформації про секс, рідше використовують засоби контрацепції.

Агресія та насильство. У 2010 році дослідники з Університету Арканзасу вивчили зміст 50 найпопулярніших у мережі порнофільмів та проаналізували 304 сцени. У 88% випадків демонструвалося фізичне насильство, у 49% – вербальна агресія. У середньому у кожній сцені подібні дії повторювалися 12 разів – «нейтральними» у цьому сенсі можна назвати менше 10% епізодів. В абсолютній більшості відеороликів агресія виявлялася щодо жінок, які реагували на неї, зображуючи задоволення. Але слід зазначити, що валідних наукових досліджень, які однозначно підтверджують, що порнографія провокує насильство, немає. Іншими словами, якщо людина любить дивитися таке відео, це ще не означає, що вона і сама під час сексу поводитиметься так само. Однак автори деяких робіт звертають увагу на те, що «жорстке» порно може викликати агресію у тих, хто схильний до неї спочатку. Головна шкода такої «полунички» в тому, що вона несе загрозу гендерних стереотипів. У більшості порнографічних матеріалів чоловіки зображуються владними, а жінки – слухняними. Регулярний перегляд такого контенту часто призводить до того, що деперсоналізація та беззаперечне підпорядкування починають здаватися нормою. Агресивна порнографія «легітимізує» приниження і насильство і може перешкодити побудові гармонійних відносин, як би переконуючи людину, що біль висловлювати не можна, його потрібно перетерпіти. Дослідники з Університету Каліфорнії відзначають, що ті, хто звик дивитися порно (навіть неагресивно), частіше роблять некоректні висловлювання та заяви, які провокують сексуальну агресію стосовно жінок.

Нереалістичні стандарти сексуальності. Головні герої порноконтенту рідко виглядають як звичайні люди. У результаті користувач або комплексує з приводу свого зовнішнього вигляду, або розчаровується у партнері, який виглядає далеко не ідеальним. Дослідники з Університету Оклахоми зазначають, що одружені американці, які дивилися порно у період з 2006 по

2012 рр. розлучалися з дружинами вдвічі частіше, ніж ті, хто такої звички не мав.

Психологічно деструктивні стереотипи поведінки під час сексу. Наприклад, жінкам після перегляду порно здається, що під час сексу обов'язково голосно кричати, а чоловікам – що дівчатам подобається грубість і лихослів'я. У результаті люди намагаються поводитися «як належить» і чекають на протиприродні дії з боку партнера. Усе це призводить до невпевненості у собі та розчарування. Взаємодія між партнерами в порно вкрай примітивна: як правило, статевому акту передують коротка і умовна прелюдія, осмислених розмов майже немає. Справжній секс звичайних людей – це насамперед комунікація. І крім повідомлення, вона включає багато інших дій: флірт, ласку, розмови, а іноді і відмови. У порно ніхто не обговорює межі комфорту партнера; те, що на екрані здається цікавою сексуальною акробатикою, насправді може бути дуже незручним для обох, а то й травмонебезпечним. Майже у кожній сцені учасники процесу відчувають оргазм, тоді як насправді його наявність чи відсутність які завжди визначає якість сексу.

Ерекційна дисфункція. Деякі чоловіки, які дивляться порно надто часто, скаржаться на ерекційну дисфункцію та пов'язують цю проблему зі своїм захопленням. Взаємозв'язок між непомірним переглядом фільмів для дорослих та ерекційною дисфункцією відзначають і деякі дослідники. Наприклад, за словами голови італійського товариства андрологів та сексуальної медицини Карла Фореста, 70% молодих чоловіків, які зверталися до фахівців його клініки із цією проблемою, говорили про своє захоплення порнографією. У 2013 році у виданні *Journal of Sexual Medicine* була опублікована статистика, згідно якої 26% пацієнтів, які мають подібні порушення, молодше 40 років. Схожі дані наводяться у науковій статті 2014 року, де йдеться про ерекційну дисфункцію у призовників Швейцарії: на неї поскаржилася третина опитаних чоловіків віком від 18 до 25 років. Але незважаючи на численні дослідження та статистику, стверджувати, що проблеми з ерекцією – прямий наслідок захоплення порно, некоректно. Це питання досі недостатньо добре вивчене. Деякі психологи і сексологи відзначають, що сексуальні розлади у сучасних молодих чоловіків можуть виникати з низки причин. Наприклад, через стреси, депресії або вживання алкоголю та інших психоактивних речовин. Оцінити вплив порнографії на здоров'я, виділивши його з усього комплексу шкідливих впливів дуже складно, але дослідники продовжують працювати в цьому напрямі.

Психологічна деструкція, яку важче всього дослідити та оцінити, це використання порносайтами базових алгоритмів ШІ. Удосконалюючи

способи утримати відвідувача на цифровій платформі все довше, вони набувають конкурентної переваги. Відзначивши переваги, алгоритм, що самонавчається, підбирає контент так, щоб максимально підвищити інтерес і збільшити час, який відвідувач проводить на сайті – а це природно посилює жорсткість пропонованих відео ²¹. Британський фонд «Реворд», акредитований при Кембриджському університеті, провів дослідження впливу алгоритмів ШІ на користувачів порносайтів. Згідно з цими даними, алгоритми поступово відводять до все більш екстремального матеріалу, часто зі сценами насильства та дитячою порнографією – це помітно щодо зміни смаків користувачів з часом. Збільшується потреба у дедалі сильніших стимулах, більш ризикованому матеріалі, і водночас знижується здатність утримуватися від вживання подібного контенту, зазначають дослідники. Інший, не менш небезпечний тренд – це технології так званих *deepfake* та *deepnude* – створення штучного сексуального контенту відео з використанням підставних осіб та тіл. Діпфейк з'явився нещодавно – у 2014 році, коли майбутній співробітник «Гугла» Іен Гудфеллоу створив GAN – систему нейронних мереж, що взаємонавчаються, та зараз активно застосовуються в різних областях і доступні у відкритому доступі «Гугл» – саме вони породили *deepfake*. Спочатку передбачалося, що ці технології допоможуть поліції та уряду у боротьбі з підробками документів та грошей, але, як це вже не раз бувало в історії людства, першим застосуванням дипфейку стало порно. У 2017 році анонімний користувач вперше реалізував технологію на сайті Reddit, накладаючи обличчя відомих актрис на тіла з порновідео. Далі дипфейк поширився як лісова пожежа. Якщо в 2017 році для реалізації таких завдань потрібно вміння писати код, а за результатом було видно, що це фейк, то в 2021 достатньо завантажити одну фотографію і натиснути пару клавіш, щоб зробити відео, яке важко відрізнити від реального. На 2020 рік налічується близько 50 тисяч порновідео з технологією *deepfake*. У серпні 2021 року з'явився новий сайт, що дозволяє накласти будь-яку особу на цілу бібліотеку порновідео протягом секунд, він встиг залучити 6,7 мільйона відвідувачів менш ніж за місяць. За словами Ребеки Делфіно, професора юриспруденції Університету Лос-Анджелеса, на цей момент 96% всього контенту, виробленого за допомогою технологій дипфейка, є порнографією, виробленою без згоди людини, яка опинилась на відео, і 90% жертв цієї

²¹ Збираються ключові теми і швидко знімають майже без підготовки, на чистій імпровізації акторів. Особливо це помітно на прикладі тематики фейкового інцесту, яка вже понад три роки панує у світовій порноіндустрії: сюжети про зведених братів, прийомних дочок, мачух та двоюрідних братів тощо.

технології – жінки. Якщо на початку епідемії дипфейками основними жертвами були відомі особи та актриси, то згодом зростаюча доступність технологій дозволила використовувати її для переслідування, приниження та харассменту будь-яких жінок. Розслідування дипфейк-ботів у мережі Телеграм показало, що 70% усіх жінок, образи яких були використані на відео, були непублічними особами.

Поки що ж сотні молодих людей по всьому світу об'єднуються для самостійної боротьби з цифровим порноузележненням, наприклад, програміст Олександр Родсдін створив один із найпопулярніших сайтів, присвячених цій темі – nofar.com²².

Більш глобальним заходом є запропоноване Камероном Сепакхом, психологом з Силіконової долини, що працює переважно з технічними керівниками та виконавчими директорами, «дофамінове голодування», сенс

²² У зв'язку з цим необхідно пригадати No Nut November (NNN) – щорічний челендж, учасники якого увесь листопад відмовляються, як мінімум, від мастурбації, як максимум від перегляду порно (та й взагалі всього, від чого можна збудитися) та будь-якої сексуальної активності. Не можна точно сказати, скільки людей насправді дотримуються правил NNN (для багатьох це швидше жарт), але щороку тисячі користувачів соціальних мереж повертаються до ідеї помірності заради мемів та почуття об'єднаної спільноти. Історично перші заклики почалися ще в 2011 р., коли користувач [bicboi69696969](https://www.reddit.com/user/bicboi69696969) розповів про термін на сайті сленгового словника Urban Dictionary. Через шість років про No Nut November згадали і перетворили на інтернет-традицію, яка триває досі. У 2017 р. тисячі людей оголосили про приєднання до руху, що нагадало іншу традицію інтернету No Shave November (або «Небритьбр»), за правилами якої люди не голяться протягом місяця. Користувачі Reddit вигадали жартівливу легенду про те, що після цілого місяця без мастурбації герої досягають просвітлення та надздібностей. Довгий час NNN залишався популярним, але все ж такі досить локальним жартом користувачів Реддіта і Твіттера. Але все змінилося в 2020 р., коли челендж перебрався в ТікТок і став частиною мейнстрім-культури. У результаті понад 700 мільйонів переглядів за хештегом #NoNutNovember, тисячі роликів від користувачів з різних країн, а дані Google Trends показують значно більший інтерес до челенджу та його правил порівняно з попередніми роками. За хештегом можна знайти різні типи роликів: в основному це мему або скетчі на тему того, як хлопці намагаються протриматися без мастурбації цілий місяць. Є й відео від дівчат, які навмисно «провокують» учасників NNN на поразку.

В рунеті NNN має свій символ – Енакін Скайуокер, герой «Зоряних війн». Хлопчик, наділений величезною силою, стає падаваном-джедаєм, представником «світлої» сторони сили. Але потім він закохується в королеву Падмі Амідалу і, намагаючись врятувати її від смерті, переходить на темну сторону сили. Зміну в особистості Скайуокера можна простежити за допомогою квітів – з «доброго» синього на «злий» червоний. Згодом Енакін стає Дартом Вейдером. Учасники NNN також діляться на два табори. Ті, хто успішно продовжує помірність, ставлять собі на аватарку «доброго» Енакіна. А ті, хто провалив випробування, змінюють картинку на представника вже темної сторони. Це призвело до ситуації, де в ТікТок за участю дівчат частину коментарів пишуть люди з однаковими аватарками: одні закликають триматися, інші визнають власну слабкість.

якого полягає у тимчасовій відмові від діяльності, яка перетворилась в uzалежненням (за його критеріями від неї важко відмовитися і вона погіршує якість життя). До такої діяльності він відносить: 1) емоційне переїдання – надмірне споживання солоної, солодкої або штучно насиченої смаком їжі, а також поєднання жиру та вуглеводів²³; 2) Інтернет, uzалежненням від ігор, серіалів та соціальних мереж, адже «пріоритет компаній, що створюють ці продукти – рівень залученості користувачів, а не їх гарне самопочуття»²⁴; 3) шопінг/Азартні ігри; 4) перегляд порнографії; 5) пошук гострих відчуттів (наприклад – перегляд трилерів або жахів); 6) вживання психоактивних речовин (зокрема – алкоголь, нікотин, кофеїн); 7) графік дотримання режиму активності-відпочинку). Необхідно відмітити, що після того, як за перший день у публічному доступі публікацію переглянули 100 тисяч разів, практика дуже швидко набрала риси абсурду. Через те К. Сепак доповнив статтю застереженнями про те, як робити не потрібно: 1) уникати одразу усіх стимуляторів; 2) зменшувати кількість дофаміну (практика покликана боротися з uzалеженою поведінкою, а не з нейромедіатором, як таким); 3) не розмовляти ні з ким і не розважатися; 4) не працювати та медитувати. Вільний від роботи час він радить витратити на спорт, приготування їжі, спілкування, творчість, відпочинок. К. Сепак підкреслює, що у випадку якщо людині щодня не вдається вписати роботу і розваги у 12-15 годин денного часу скоріш за все він нерозумно розподіляє свою енергію та час²⁵.

²³ На його думку, утриматися від уживання психоактивних речовин легше, ніж від переїдання штучно обробленої їжі, тому що їжа – це наша нагальна потреба і так чи інакше ми вимушені її вживати.

²⁴ К. Сепак радить повністю відкладати цифрові пристрої хоча б на 4 години на день аби дати мозку відпочити від неконтрольованого потоку інформації та постійного відволікання. Він також пропонує відмовитися від фонового прослуховування музики, якщо без неї людина не владна займатися рутинними справами або працювати.

²⁵ Як зазначає The Telegraph поки досліджень, які порівнюють вплив на рівень дофаміну технологій і розваг з ліками, недостатньо. Тому важко точно оцінити, наскільки ефективно дофамінове голодування. Так, автор дослідження з контролю стимулів Ерік Трейкілл заявляє, що ідея Сепак ближче до планування дня, ніж до регулювання мозкових процесів. «Доктор Сепак пропонує стратегію, яка узгоджується з дослідженнями в області самоконтролю. «Вимикання пристроїв в певний час і використання сервісів, що обмежують час роботи додатків – стратегія самоконтролю.»»

Викладач неврології в університеті Сент-Андруса (Шотландія) Ерік Боуман вважає, що Сепак правий, кажучи про зміни в дофамінових рецепторах за постійної стимуляції мозку; але для серйозного впливу на людину будуть потрібні сильні зміни в нейромедіаторах, які зазвичай викликають або психоактивні речовини, або неврологічні розлади. Наскільки вплив сучасного «технологічного» життя зближується з наркотиками, Боуман відповісти не може: для цього потрібно вивчити здоров'я людини до і після «дофамінового голодування».

Але поведінкова економіка, на наш погляд, досить ефективно може обходити такі дофамінові обмеження за рахунок *nudge theory* – теорії підштовхування, головний акцент в якій робиться на ті аспекти процесу прийняття рішення, які спонукають людей змінювати свою поведінку певним чином, не вносячи жодних обмежень у можливості вибору.

Чи залишається щось спільне між традиційними та новими, цифровими практиками насолоди? Наша відповідь – віртуальна природа, пов'язана зі структурою та механізмами функціонуванням людської свідомості.

Відповідно до цього погляду, що інфантильні, що дорослі практики переживання насолоди первинно виникають як певні стани свідомості, які можуть бути названі віртуальними. Відповідно до віртуалістики це коректно тому, що «ідея віртуальності зачіпає глибинні пласти людського буття» і тому, що його засновник, Носов вказує: «в античній та середньовічній філософії категорія віртуальності була однією з центральних». У цей час категорія віртуальності повертається в сучасну науку і виходить за межі виключно філософії. Віртуальні стани свідомості, як та інші віртуальні створення, мають такі специфічні ознаки: 1) актуальність – вони є актуальними, лише «тут і зараз»; 2) автономність – усередині реальності, створеної ВСС, тече свій час, з погляду якого у зовнішній реальності часу немає; 3) інтерактивність – об'єкти, породжені ВСС можуть взаємодіяти з об'єктами інших станів свідомості, що їх породили; 4) породження – ВСС породжені активністю інших станів свідомості та існують, поки ця активність триває.

Необхідно відзначити, що незважаючи на давні традиції вивчення свідомості, вона дотепер не втратила своєї актуальності як предмет наукового дослідження. За словами відомого радянського філософа Мераба Мамардашвілі, однією з особливостей сучасного етапу побудови теорії свідомості є те, що «ще 100-200 років тому свідомість було предметом занять виключно гуманітарних дисциплін, і найперше філософії. Сьогодні ситуація інша. Багато природних наук – фізіологія, нейропсихологія, психоендокринологія, кібернетика і навіть фізика – також займаються вивченням свідомості та знаходять у ній деякі закономірності і регулярності». На думку нобелівського лауреата Роберта Сперрі в міру того, як змінюється науковий світогляд, змінюється і погляд на загадку свідомості. Крім того, «свідомість ... стає полем для активних досліджень через величезний інтерес, який люди проявляють до різних галузей психології в її широкому розумінні». Однак зростаючий інтерес до проблематики свідомості поки не привів до аналогічної дослідницької результативності.

Надзвичайна складність свідомості, як предмета психологічного аналізу, обумовлює і те, що, як зазначає Лев Куликов в передмові до хрестоматії «Психологія свідомості», тема свідомості невиправдано коротко і зі значними прогалинами (а іноді – і суперечностями) представлена в більшості підручників з психології. Р. Орнстейн пов'язує такий стан речей ще і з домінуванням об'єктивістської методології в психології.

Нагадаю, що із загальної психології відомо, що свідомість – це «вищий рівень психічного відображення і саморегуляції, притаманний тільки людині як суспільно-історичної істоті. Емпірично свідомість виступає як сукупність чуттєвих і розумових образів, що безперервно змінюються та безпосередньо постають перед суб'єктом у його» внутрішньому досвіді «і передбачають його практичну діяльність». У структуру свідомості, що виділяють А.В. Петровський та М.Г. Ярошевський входять: 1) найважливіші пізнавальні процеси (відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення і уява); 2) здатність розрізняти суб'єкт і об'єкт (самосвідомість і свідомість навколишнього світу); 3) здатність забезпечити цілеспрямовану діяльність (вольову, цілеспрямовану, що критично оцінюється); 4) ставлення до реальної дійсності, її переживання. Свідомість характеризується такими властивостями як активність, інтенціональність, здатність до рефлексії, мотиваційно-ціннісний характер, а також різними рівнями ясності (усвідомленості). Різне походження, вираженість структурних елементів і властивостей свідомості, а також їх комбінація дозволяють розуміти свідомість не як єдиний стан (потік), а як деяка сукупність безліч станів (тобто безліч потоків, що відбуваються одночасно). На це ще вказував у кінці XIX ст. Вільям Джемс, який писав про те, що «наша нормальна свідомість являє собою лише один певний тип свідомості, тоді як навколо нього, відокремлені найтоншою з завіс, лежать потенційні форми свідомості, абсолютно від неї відмінні». Подальші дослідження у галузі трансперсональної психології (А. Маслоу, Дж. Мішлагф, С. Гроф тощо) показали, що стан свідомості, який ми ідентифікуємо як єдине (найчастіше його позначають як звичайне) подібно, за міткою метафорою Алана Уотса, «невеликому острову, що оточений величезним океаном непередбачуваної і незвіданої свідомості, хвилі якої безперервно б'ють об бар'єрний риф звичного нам усвідомлення, поки одного разу зовсім несподівано не пробивають крізь нього і не заливають наш острів знанням широкої, переважно недослідженою, але надзвичайно реальною сфери свідомості нового світу». Теоретично та методологічно проблема полягає в тому, що «у сьогочасній європейській психологічній традиції немає загальноприйнятої класифікації станів свідомості. Визначення станів свідомості надзвичайно

розмиті і не дозволяють виділити якісної різниці між ними. Це спостерігається не тільки в континуумі «незвичайних» станів звичайної (нормальної) свідомості, але і в таких дуальних її складових, якими є здоровий і патологічний стан свідомості».

Коли в шістдесяті роки ХХ ст. в європейській та американській психології виникла чергова хвиля інтересу до феноменології та топології свідомості, основний фокус уваги дослідників було сконцентровано навколо нетипових, альтернативних станів свідомості (АСС), які отримали генералізовану назву *altered states of consciousness* – змінені стани свідомості. Було встановлено, що ці стани виникають при впливі на людину, що перебуває в звичайному стані свідомості, різних чинників: стресових та/або афектогенних ситуацій; сенсорної депривації або тривалої ізоляції; інтоксикації (психоактивні речовини, галюцинації на фоні високої температури тощо); гіпервентиляції легень або, навпаки, тривалої затримки дихання; гострих невротичних і психотичних захворюваннях; когнітивно-конфліктних ситуацій, які вибивають свідомість суб'єкта зі звичних форм категоризації (наприклад, незвичайна поведінка наставника в духовних практиках буддизму або суфізму, застосування коанів, безглуздих дій тощо), парадоксальних інструкцій, що мають смисл для суб'єкта лише в гіпнозі, медитації тощо. Ч. Тарт у 1972 році визначав змінений стан свідомості як якісну перебудову в індивідуальному патерні психічного функціонування. Ф.Д. Гудман у 1983 році визначав цей стан як психічний стан, викликаний тим чи іншим фізіологічним, психологічним або фармакологічним агентом, що суб'єктивно описується індивідом у термінах внутрішнього досвіду і при об'єктивному спостереженні за ним характеризується як відхилення від певної норми функціонування психіки.

Усі існуючи в сучасній психології моделі свідомості, що описують феноменологію АСС, можна умовно поділити на дискретні, континуальні і дискретно-континуальні.

Найбільш відомою *дискретною моделлю* є модель Чарлза Тарта, яку він створив на підставі дослідження динаміки зміни свідомості при зануренні індивіда в гіпнотичний сон. Ґрунтуючись на уявленні про свідомість як про складно організовану, системну конструкцію, він розвиває концепцію перериваних або дискретних станів свідомості. Під ними він розумів нову стосовно базисного дискретного стану (наприклад, звичайній активності) систему, що має властиві лише їй характеристики, свою добре впорядковану, цілісну сукупність психологічних функцій, які забезпечують її стабільність і стійкість навіть за значних змін окремих підсистем або певної зміни зовнішніх умов. Перехід від дискретного стану свідомості до

дискретного зміненого стану, який Ч. Тарт назвав процесом наведення дискретного зміненого стану свідомості, відбувається стрибкоподібно, з повним розривом специфічних взаємозв'язків психічних підсистем і їх подальшою розбудовою в нову, стабільну структуру свідомості. Аналогічно відбувається перехід до наступного (наприклад, до глибшого) дискретного зміненого стану. Усі дискретні стани свідомості являють собою якісно різні динамічні структури, що безперервно змінюються лише всередині самих себе. Він звертав увагу на те, що перехід від звичайного неспання до гіпнотичного стану відбувається за типом «квантового стрибка». Основні підсистеми за таких умов різко перебудовуються і організовуються в нову, стабільну системну конструкцію, яка характеризується, на відміну від колишньої, відносно пасивністю більшості структур свідомості, слабким функціонуванням низки найважливіших психічних процесів.

Представник *континуального підходу* К. Мартіндейл дотримувався протилежного погляду, ґрунтуючись на припущенні про те, що в міру поступової регресії свідомості, яка відбувається за впливу абсолютно різних чинників, основні психологічні показники змінюються плавно, без стрибків, стани свідомості безперервно переходять один в інший. Так, наприклад, за сенсорної депривації, прийомі психоделіків, гіпнотичному впливі або поступовому засипанні індивід, занурюючись у все більш глибокі стани, плавно проходить не різні, а ідентичні стани свідомості. Водночас індукування АСС за дії таких різних процесів відбувається практично за одним і тим же механізмом – поступової регресії від звичайного, базового стану свідомості до змінених станів, що характеризується активізацією більш архаїчних структур свідомості. На підтвердження свого підходу К. Мартіндейл посилався на психоаналітичну тезу про те, що при поглибленні психічного захворювання відбувається регресія від звичайного, «вторинного» способу мислення до пралогічного, «первинного». Тому він пропонував одновимірну вісь «вторинний процес – первинний процес», що є основним виміром, уздовж якого змінюється не тільки мислення, а й всі інші аспекти свідомості. Так як вісь одновимірна, то різні стани свідомості відрізняються тільки одним значущим параметром – становищем на осі регресії, а різні чинники, що призводять до одного і того ж стану свідомості, прирівнюються один до одного. Верхня точка такого одновимірного вимірювання відповідає звичайному, вихідному стану свідомості, а все решта точки прямої – всіляким станам свідомості, які безперервно переходять один в інший. Нижче верхньої точки за віссю регресії розташовуються стани, що виникають за сенсорної депривації або монотонії, далі розташовуються неврози, ще нижче – рівень, який

досягається у разі застосування медичних препаратів або слабких психоделіків, нижче – стани, індуковані застосуванням різних технік трансперсональної психології, ще нижче – сні, за ними – глибокі гіпнотичні стани, далі – психози і стани свідомості, що викликаються дією сильних психоделічних препаратів типу ЛСД. У міру поступового поглиблення стану від звичайного до граничного індивід тією чи іншою мірою може проходити всі стани свідомості. На його думку, наприклад, за допомогою медитативної практики може бути досягнутий будь-який стан свідомості, що характеризується своєю точкою на осі регресії. Крім того, К. Мартіндейл активно посилався на дослідження функціональної асиметрії мозку, вважаючи, що зміни стану свідомості можуть бути наслідком зміни ступеня асиметрії мозку і показують, що будь-яке відхилення асиметрії від норми призводить до регресії мислення і мови до більш древніх структур.

Представник *дискретно-континуальної підходу* А. Дітріх (спирався на роботи В. Вундта, який вважав, що в міру віддалення від центру до периферії окремі психічні стани поступово втрачають властивість свідомості) схематично описує психіку у вигляді кола, в центрі якого звичайна свідомість, на колі – несвідоме, а всередині кола – перехідні структури свідомості, що якісно розрізняються (різні радіуси), але порівнювані одна з одною (належать одному концентричному кільцю, тобто рівновіддалені від центру). А. Дітріх описує звичайну свідомість як вихідний, найвиразніший стан, що існує за якісно відмінних початкових умов (наприклад, стан норми і стан патології).

Так само, кожний зі звичайних станів свідомості є центром свого власного кола, всередині якого розташовуються змінні стани свідомості, що виражаються в градаціях, ступені вираженості вихідного базового стану. А. Дітріх показує, що, хоча звичайні стани свідомості бувають різні, набори змінних, що характеризують змінні стани свідомості різних кіл, часто лінійно корелюють один з одним і, отже, змінні стани, що розрізняються за інтенсивністю, глибиною, засобами викликання, належністю до того чи іншого початкового звичайного стану свідомості, мають велику ступінь суміжності один з одним.

Так, відповідно до моделі А. Дітріха, стани свідомості перервні, тому що ними керують різні закономірності й одночасно більшою мірою суміжні, що встановлюється їх кореляцією між собою. У зв'язку з цим автор на підставі даних емпіричних досліджень впливу психофармакології щодо хворих на шизофренію і здорових людей (змінні стани патології виявляють значну суміжність зі змінними станами норми) пропонує новий погляд на

психопатологію: у кіл патології і здоров'я центри різні, а периферія стикається.

У радянській та пострадянській психології АСС розглядалися в рамках психосемантичного підходу, крізь зміни форм категоризації свідомості суб'єкта, трансформації його семантичних просторів. У результаті досліджень впливу емоцій на процеси категоризації у побудові семантичних просторів в АСС (Кучеренко, Петренко, Россохин, 1998) були виділені такі динамічні характеристики:

1) змінюються форми категоризації суб'єкта, що супроводжуються переходом від соціально-нормованих культурою форм категоризації до інших «крапок збірки» (нестандартних засобів упорядкування внутрішнього досвіду і переживань); цей процес включає перехід від переважної опори на вербально-логічні, понятійні структури, до відбиття в формі наочно-чуттєвих (до-вербальних) образів;

2) змінюється емоційне забарвлення об'єкту, що відбивається в свідомості внутрішнього досвіду (наприклад, виникають інтенсивні емоційні переживання новизни, незвичайності, ірреальності, які супроводжують перехід до нових форм категоризації);

3) змінюються процеси самоусвідомлення, рефлексії, які проявляються в тому, що деякі елементи феноменології АСС переживаються суб'єктом не як продукти власної психічної активності, а як щось об'єктивне і незалежне від нього, наприклад, інтерпретація внутрішнього досвіду як трансцендентне одкровення;

4) змінюється сприйняття часу, послідовності подій, що відбуваються у внутрішній реальності, часткова або повна їх амнезія, обумовлена труднощами, а іноді і неможливістю перекладу внутрішнього досвіду, отриманого в АСС, на мову соціально-нормованих форм категоризації (наприклад складність відтворення послідовності подій сновидіння в бадьорому стані).

Вивчення та моделювання феноменології альтернативних станів свідомості дозволяє переосмислити проблему свідомості, розширити межі її традиційного розуміння. У рамках трансперсональної психології запропоновано низку класифікацій і моделей особистості, що ґрунтуються саме на них (спектр свідомості К. Уилбера; картографія С. Грофа; модель холоруху (holomovement) Д. Бома; модель особистості Р. Уолша і Ф. Воган тощо).

На підставі проведеного теоретичного аналізу, а також досвіду роботи з АСС у власній психотерапевтичній практиці нами було розроблено топологічну модель свідомості, методологічною основою якої виступила

низка ідей, що було висловлено у філософських роботах М.К. Мамардашвілі (свідомість як якийсь зв'язок або співвіднесеність людини з іншою реальністю поверх або через голову навколишньої реальності; сутність феномену свідомості є свобода; будь-яке вивчення свідомості є фактично дослідження меж, що створюються взаємодією дослідника з свідомістю; свідомість є феномен, що виходить за анатомічні межі людського тіла, а її стани знаходяться в різних відносинах між собою). З нашого погляду будь-яка топологія свідомості повинна будуватися за такими дихотомічними підставами: незвичайність–звичність, спонтанність–закономірність, унікальність – розчинення, цілісність – фрагментарність, фіксованість – динамічність, довільність–мимовільність, спрямованість–хаотичність, узгодженість–дисгармонійність, дефіцитарність–буттєвість. Запропонована нами топологічна модель свідомості включає в себе кілька кластерів станів свідомості (див. рис. 1.11.1).

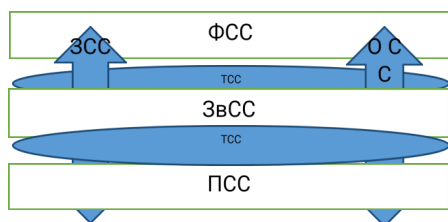


Рис. 1.11.1. Топологічна модель свідомості

У найнижчий кластер входять *патологічні стани свідомості* (ПСС), пов'язані з порушенням функціонування однієї з властивостей або свідомості в цілому, зумовленими різними неврологічними або психіатричними розладами: травмами мозку, ураженням хімічними або біологічними отруйними речовинами, інфекціями, порушеннями мозкового кровообігу або злоякісними процесами в центральній нервовій системі (сопор, ступор, кома і под.). Найчастіше в ці патологічні стани людина входить закономірно, у результаті травми або захворювання, вони носять фрагментарний, фіксований, хаотичний і дисгармонійний характер, людина безсильна самостійно впоратися з ними і вони призводять до погіршення фізичного і психічного здоров'я (аж до виникнення дефектів функціонування).

Середній кластер – *звичайні стани свідомості* (ЗвСС). Вони обумовлені певною мірою генетикою, імпринтами, навчанням, а також

історичним і етно-культурним контекстом і успадкованими звичками (сценаріями) сприйняття. У сучасних працях з квантової психології та трансперсональної психотерапії їх іноді називають *reality tunnel* (тунель реальності; першим цей термін вжив Т. Лірі, однак пізніше це поняття було розкрито більш детально Р.А. Вілсоном в авторській концепції свідомості як тунелю реальності, що виникла як синтез нейрологічної теорії Т. Лірі з ідеями сучасної квантової фізики, соціобіології, а також психопрактик буддизму)²⁶. Ці автоматизми соціальної взаємодії і психічного функціонування виконують важливу функцію економії фізичної і психічної енергії. Їх межі можуть коливатися в певному діапазоні (наприклад, у рамках різних психотехнік, спрямованих на розширення усвідомлення), але не перетинають межі ПСС та ФСС. У рамках цього кластеру для станів, пов'язаних з флуктуаціями буденної свідомості, що порушують її звичність, ми ввели окрему назву – *трансові стани свідомості* (ТСС). Вони можуть викликатися довільно (наприклад, під час фантазування), так і спонтанно, при «застряванні» уваги на об'єктах інтроспекції або якостях сприйняття зовнішніх предметів (наприклад, при естетичному задоволенні або спілкуванні з природою). На відміну від інших похідних уяви в цих станах індивід сприймає і переживає образи не як породження власного розуму, а як об'єктивну реальність. Їх знак визначається існуючим в культурі уявленням про спектр ЗвСС, який відповідно класифікується як «норма» і розвиненістю культури «прикордонних» або «альтернативних» станів свідомості (наприклад, уявних ігор, масового навіювання, невротичних страхів, психосоматичних фіксацій тощо).

Найвищий кластер – *феноменальні (або пікові, потокові) стани свідомості* (ФСС) – складають стани свідомості, в яких відкриваються недоступні в ПСС і ЗвСС ресурси: екстремальні звуження або розширення,

²⁶ Концептуальні аналоги тунелю реальності можна знайти і в інших роботах. Так, в етології існує поняття *umwelt* (нім. um «навколо, близько» і welt – «світ») – навколишній світ або те, як він сприймається. Більшість тварин через нього сприймає реальність, їх місця існування, яка дозволяє здебільшого особин цього виду жити досить довго для продовження роду. Соціолог Т. Парсонс використовував поняття «тлумачення», щоб позначити процес сприйняття реальності свідомістю. Згідно з його теорією розуміти світ нас вчать ті, хто вже є частиною спільної реальності; суспільство – це система, що складається з підсистем, яким відповідають певні негласні правила. Дослідження Н.Р. Хадсона показали, що мозок неусвідомлено «фільтрує» інформацію, яку ми отримуємо в результаті наших відчуттів. На це впливає багато чинників, зокрема біологічні особливості, культура (виховання і мова), життєвий досвід, переваги, система цінностей, патології, психологічний стан тощо. Психолог Ч.Тарт у своїй роботі «Пробудження» (1968) використовував термін *consensus trans* (стан консенсусу) щоб описати, як кожен з нас з самого народження стає частиною «стану» суспільства, в яке потрапляє.

емпатичний резонанс, інтелектуальний інсайт, містичний екстаз, творче натхнення тощо²⁷. Це досі самий маловивчений у психології кластер, що характеризуються переживаннями максимальної повноти, цілісності, гармонійності, спрямованості та буттєвості. Як показано в роботах У. Джемса, К.Г. Юнга, Р. Асаджолі, С. Грофа, М. Чікцентміхайя в моменти екзистенціальних і духовних криз особистості серед фахівців з медичної та психологічної допомоги є схильність їх плутати з ПСС.

Між цими основними великими кластерами існують перехідні стани (віртуальні або потенційні стани свідомості – ПотСС), які пов'язані з методами та засобами їх досягнення і які можна також об'єднати у дві великі групи та образно назвати віртуальними «ліфтами», за допомогою яких людина може спонтанно або цілеспрямовано здійснювати рух між кластерами. Перший ліфт – *змінені стани свідомості* (ЗмСС), які викликаються штучною стимуляцією свідомості за допомогою впливу зовнішнього світу (психоактивні речовини, різноманітні гіпнотичні впливи, ритуальні технології, фізичні гіпернавантаження, сексуальні оргії, деякі технології сучасних розваг тощо). Напрямок руху, як його контроль дуже мало залежать від особистості (зате залежать від речовини, групи, іншої людини або ритуалу) та визначаються параметрами спрямованості, фіксованості і узгодженості. Вони не призводять до значного погіршення стану (хоча, в разі вживання психоактивних речовин цей ефект може проявлятися через тривалий відрізок часу) і можуть навіть носити терапевтичний характер, однак залишають людину в пасивній позиції. Однією з небезпек ЗмСС є формування описаного Б.С. Братусем психологічного механізму зсуву «мотиву на мету» – самі способи зміни свідомості стають самодостатньою метою.

Інша група (ліфт) – *особливі стани свідомості* (ОСС). До неї входять стани, пов'язані з цілеспрямованими самостійними, які вимагають вольового зусилля, спробами самої людини змінити стан функціонування власної свідомості (біологічний зворотній зв'язок, аутогенне тренування, активна уява та терапевтична візуалізація, молитва, медитація, самонавіювання,

²⁷ М. Чікцентміхай вважає, що люди найбільш щасливі, якщо перебувають в особливому стані потоку (англ. *flow* від лат. *influx*) – повного єднання уваги та мотивації з діяльністю і ситуацією. Стан потоку можна вважати оптимальним станом внутрішньої мотивації, за якої людина повністю включена в те, що робить. Це відчуття (яке за описанням нагадує стан Дзен характеризується свободою, радістю, почуттям повного задоволення і майстерності, коли деякі потреби (у тому числі і базові), зазвичай ігноруються. Людина забуває про час, голод, своєї соціальної ролі тощо. Щоб досягти стану потоку, необхідно знайти рівновагу між складністю завдання і навиком суб'єкта. Якщо завдання надто легке або занадто важке, поточковий стан не може бути досягнутий.

творчість тощо). Основна відмінність полягає в тому, що входження в ОСС відбувається в результаті сформованої у людини попередньою підготовкою психологічної готовності, що дозволяє тією чи іншою мірою розуміти і контролювати, що відбувається з ним, процеси і їх зміст.

Межі між різними кластерами станів свідомості, так само як і між станами в рамках одного кластера, мають різну проникність для різних «ліфтів». У взаємодії людини з цифровим світом можливо виникнення станів свідомості з кожного кластеру та «ліфту». Але, з нашого досвіду, найбільш поширеним є використання ЗМСС, коли цифрові технології підміняють традиційні зовнішні засоби та агенти зміни свідомості та формують принципово нові. Враховуючи, як бізнес спільно зі ШІ намагається проникнути у сферу ОСС (вже зараз власники смартфонів можуть безкоштовно завантажити з великих он-лайн магазинів мобільних додатків досить велику кількість різноманітних програм, що за допомогою алгоритмів аналізу даних користувача допомагають швидко та оптимально освоїти психопрактики, пов'язані з ОСС) можна прогнозувати різке звуження цієї групи, насамперед за параметрами самостійності та вольового зусилля. Цілком можливо, що на тлі загальної діджиталізації саме сфера ОСС залишиться тим невеликим втіленням людського в людині і основним вектором гуманізації. Можливо, саме це мав на увазі Тімоті Лірі в «Історії майбутнього», коли, після аналізу еволюції свідомості людини, стверджував, що наступний рівень свободи, якій належить освоїти людству після біологічного, територіального, технологічного і культурного рівнів, це рівень нейрофізичної свободи (вміння розширювати, прискорювати і контролювати свої мозок і нервову систему)

Отже, підводячи підсумок аналізу трансформацій практик людських насолод в цифровому просторі можна говорити, що сьогодні триває нетрадиційна боротьба між легальними та нелегальними практиками (наприклад, он-лайн іграми, алкоголем та психоактивними речовинами) і не між традиційними та новими цінностями, а між різними способами маніпуляції станами людської свідомості, пов'язаними із насолодами. Конкуренція йде за декількома векторами: перший – за лінією ослаблення здатності людини входити в особливі стани свідомості на користь змінених станів свідомості, що конструюються алгоритмами штучного інтелекту; другий – між людським у людині (принципово непізнаваним, що створює Таємницю та можливість здивування) та складними реконструкціями людського несвідомого, що виконуються з маркетинговими цілями алгоритмами штучного інтелекту на основі баз даних тих цифрових слідів, які ми залишаємо.

РОЗДІЛ 2.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

2.1. Парадигми, принципи організації та моделі програм соціально-психологічної реабілітації адикцій в українських реаліях

Старков Д.Ю., Жидко М.Є

Абстракт. Розкривається зміст поняття реабілітація. Описуються три базові парадигми реабілітації – одужання, утримання та зниження ризиків. Розглядаються основні принципи побудови реабілітаційного процесу uzалежнених клієнтів.

Термін «**реабілітація**» (від лат. *rehabilitatio* – відновлення) прийшов у психологію та соціальну роботу з медицини, куди свого часу він попав з юриспруденції²⁸. Зараз під ним частіше за все розуміється комплекс медичних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених або повністю втрачених у результаті хвороби (або травми) нормальних психічних і фізіологічних функцій (потреб) людського організму, його працездатності. У психології та соціальній роботі його доповнюють ще своїм, спеціальним, змістом. Виділяють такі види та визначення реабілітації в соціальній сфері:

– *соціальна реабілітація* – це сукупність заходів, спрямованих на захист соціальних прав громадян, що включає в себе, з одного боку, процес

²⁸ Етимологічно воно сходить до дієслова *habeo* (лат.) – мати, тримати, вважати (наприклад, вважати кого-небудь будь-ким). Звідси прикметник *habilis* (лат.) – той, хто має здатність, право (на що-небудь); іменник *habilitas* (лат.) – володіння здатністю, володіння правом (на що-небудь); поняття *habilitatio* (лат.) – наділення здатністю, правом або володіння здатністю, правом. Приставка *re* надає слову додаткове значення – відновлення, повернення.

Як офіційний термін реабілітація з XVII ст., використовувався французькими юристами для позначення юридичного рішення, яке усував наслідки вироку, що позбавив засудженого майнових чи інших прав.

Між тим, як медична практика, реабілітація була добре відома та входила важливою складовою в більшість давніх медичних систем (Єгипет, Греція, Рим, Китай, Індія тощо). З XVIII ст., медична реабілітація в Європі почала об'єднуватися з елементами психологічної підтримки пацієнтів. У XIX ст., центр відновлювальної терапії переміщається до США. Перше визначення поняття «реабілітація» в сучасному сенсі дав в 1903 р., Ф. Намисто в книзі «Система загальної опіки над бідними». Подальший розвиток воно отримало в зв'язку з допомогою постраждалим від світових війн. У 1917 році в США була вперше організована Асоціація з відновлювальної терапії.

передачі індивіду соціального досвіду, включення його в систему суспільних відносин, з іншого боку, процес особистісних змін;

- *соціально-медична реабілітація* – це відновлення або формування у людини нових навичок повноцінного життя і допомога з організації побуту і ведення домашнього господарства, що включає в себе відновну і реконструктивну терапію;

- *соціально-психологічна реабілітація* – це відновлення психічного і психологічного здоров'я суб'єкта, оптимізації внутрішньогрупових зв'язків і відносин, виявлення потенційних можливостей особистості і організації психологічної корекції, підтримки і допомоги;

- *соціально-педагогічна реабілітація* – це організація і здійснення педагогічної допомоги при різних порушеннях здатності людини до отримання освіти, певна робота зі створенню адекватних умов, форм і методів навчання, а також, відповідних методик і програм;

- *професійна і трудова реабілітація* – формування нових або відновлення втрачені людиною трудових і професійних навичок і згодом його працевлаштування;

- *соціально-середовищна реабілітація* – відновлення у людини почуття соціальної значущості всередині нового для неї соціального середовища.

Крім того, популярним також є термін «**абілітація**» – в широкому сенсі слова, підготовка до якого-небудь роду діяльності. Отже, реабілітація – це відновлення втрачених можливостей і здібностей, а абілітація – розвиток потенційних можливостей і здібностей (термін абілітація найчастіше застосовується у роботі з неповнолітніми адиктами). Близьким за значенням до соціальної реабілітації є термін «**ресоціалізація**» (повторна соціалізація, підготовка до повернення індивіда у звичну культуру, середовище, відновлення соціальних зв'язків шляхом зміни в установках, цілях, нормах і цінностях його життя) – наприклад, у державній програмі під егідою міністерства молоді та спорту України (до якого тоді належали соціальні служби) в системі стаціонарних центрів для наркозалежної молоді «Твоя Перемога» вони носили назву саме центрів ресоціалізації. Терміни реабілітація та ресоціалізація також часто застосовуються не як синоніми, а як назви етапів, наприклад, етап медичної терапії та вторинної профілактики (детоксикація), етап стаціонарної соціально-психологічної допомоги та третинної профілактики (реабілітація), етап амбулаторної соціально-психологічної допомоги та реадптації (ресоціалізація).

Реабілітація здійснюється шляхом реалізації тих чи інших програм. *Реабілітаційні програми* можуть бути як *стаціонарної* форми, так і *амбулаторної*. На заході популярні амбулаторні реабілітаційні програми, які

не прив'язано до однієї організації і є комплексом послуг (робота з психологом, психологічні групи та тренінги, тренінги з відновлення/набуття професійних навичок, медичні терапевтичні послуги, групи взаємодопомоги, консультації профільних спеціалістів тощо), що надається різними суб'єктами соціальних, психологічних та медичних послуг, а керує цим процесом фахівець із соціальної роботи, який здійснює соціальний супровід (наприклад, система, відома у нас під назвою голландська модель). В Україні більш розвинуті стаціонарні програми на базі спеціалізованих реабілітаційних центрів.

Розглядаючи зміст та наповненість більшості відомих нам програм соціально-психологічної реабілітації можна стверджувати про відсутність однозначності. Існує велика кількість програм та технологій, різних за змістом та орієнтацією, в яких можна умовно виділити три основні напрями: *психотерапевтичний, духовно-релігійний, ресоціалізаційний*. Однак, на сьогодні реабілітаційних центрів, які б представляли лише одну з трьох орієнтацій, майже не існує і ми маємо зазвичай якусь їх комбінацію. Нам важко погодитись з класифікацією моделей реабілітації, де виділяються такі реабілітаційні програми: 1) мінесотська модель, 2) організації для надання допомоги сім'ям, 3) терапевтичні спільноти, 4) професійна реабілітація, 5) конфесійна реабілітація, 6) терапія середовищем [10], оскільки, на нашу думку, тут змішано фактори класифікації за формою, змістом, ціллю, суб'єктом та об'єктом надання послуг.

Інший – парадигмальний – підхід до класифікації наповнення реабілітаційних програм у своїй монографії, присвяченій реабілітації адиктів, пропонує Graham [16]. Вона виділяє три основні парадигми реабілітації: одужання (англ. *The recovery paradigm*), утримання (англ. *The desistance paradigm*), ризиків (англ. *The risk paradigm*).

Парадигму одужання Graham визначає як «макротеоретичну лінзу», яка може бути використаною для розуміння різних теорій, моделей, підходів та досвіду, оскільки не існує універсальної теоретичного розуміння щодо того чим є одужання від адикції. Сама концепція «одужання» народилася з критики парадигми медичної терапії, де зловживання наркотиками та алкоголем розглядається як патологічне з нозологічного погляду, а медичне лікування розглядається як єдина альтернатива. У протилежність до медичної парадигми, парадигма «одужання» орієнтується на процеси самовизначення, оздоровлення та розвитку людини, орієнтується на модель здоров'я, а не хвороби (тут також можна згадати, що слово *recovery* в англійській мові не несе в собі нозологічно-патологічних конотацій, і перекладатися може ще як «відновлення», «повернення», «полагодження»,

«переродження», та навіть коли перекладається як «одужання», то акцент тут стоїть на відновленні стану здоров'я, а не на боротьбу з хворобою). І це є найслабшим місцем цієї парадигми через складність визначення терміну «здоров'я» (особливо в контексті uzалежнення) та досягнення консенсусу щодо наукового значення цього терміну (єдине що однозначно зрозуміло, що це не просто утримання від зловживання). Leafe припускає, що суперечка щодо вживання терміну *recovery* також пов'язана з тим, що цей термін раніше використовувався тільки у зв'язку з 12-кроковими програмами, однак на сьогодні використання цього терміну набагато ширше [17].

У 2010 році одна з провідних організацій США в галузі адикцій – Управління служб з питань наркоманій та психічного здоров'я (англ. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA*) визначило «одужання» через «процес змін, завдяки якому люди покращують здоров'я та самопочуття, живуть самокерованим життям і прагнуть досягти свого повного потенціалу» та виділило чотири головні напрями одужання – здоров'я, місце проживання, життєві активності, соціальне оточення [19]. У літературі одужання також описується як нелінійний процес постійного зростання, «шляхом отримання інформації» (англ. *Where by the path way is informed by*) про персональні унікальні сильні сторони, уподобання, потреби, досвід та культурне походження. Інакше кажучи, основним параметром у парадигмі одужання є особистісний/духовний розвиток. Виходячи з цього визначення зрозуміло, що одужання є сутнісно особистим, унікальним і, отже, воно не може бути «надано», стандартизовано або тиражовано в контексті обслуговування, так само як інші не можуть змусити людину «одужувати». Це зауваження є вкрай важливим, бо з нього випливає, що в парадигмі одужання не може бути моделі примусової реабілітації.

Узагалі модель реабілітації, що побудована на моделі одужання, спирається на такі практичні принципи:

- 1) заохочує самовизначення та самоуправління здоров'ям та добробутом;
- 2) передбачає індивідуальну, персоналізовану та орієнтовану на розвиток сильних сторін турботу, яка є чутливою до унікальних сильних сторін, обставин, потреб та вподобань людей;
- 3) підтримує людей у визначенні їх цілей, бажань та прагнень;
- 4) передбачає цілісний підхід, який стосується цілого ряду факторів, що впливають на добробут людей, таких як житло, освіта, зайнятість, сімейні та соціальні відносини;

5) підтримує соціальне включення людей та участь громади.

SAMHSA пропонує 11 принципів одужання [10]:

- 1) надія (*англ. Hope*),
- 2) персональна орієнтація (*англ. Person-Driven*),
- 3) багатопляховість (*англ. Many Pathways*),
- 4) цілісність (*англ. Holistic*),
- 5) взаємопідтримка (*англ. Peer Support*),
- 6) відносини (*англ. Relational*),
- 7) культура (*англ. Culture*),
- 8) роботу з травмою (*англ. Addresses Trauma*),
- 9) ресурси (*англ. Strengths*)
- 10) відповідальність (як персональна, так і соціального оточення - *англ. Responsibility*),
- 11) повага (*англ. Respect*).

Друга парадигма реабілітації адиктів – *парадигма утримання* (*The desistance paradigm*), що розуміється як припинення зловживання та утримання від ПАР та злочинів, пов'язаних з ПАР. Тобто в цій парадигмі більш прагматично та просто дивляться на проблему терапії адикції, ніж у парадигмі одужання, та зводять її лише безпосередньо до чинників припинення зловживання (розглядаючи ці чинники з погляду позитивної психології, а не кризь патопсихологічну призму). У цьому є свій сенс, бо так не має небезпеки гіпергенералізувати процес терапії адикції на процес «терапії всього» та всеохоплюючого розвитку, яка присутня у моделі одужання.

Крім того, модель утримання обходить іншу пастку моделі одужання – так як важко дати загальне визначення особистісному розвитку (який є визначальним параметром у парадигмі одужання), то ми повинні користуватися його специфічним визначенням та декларувати якусь програму цього особистісного або духовного розвитку, яку буде використовувати реабілітаційний центр, наприклад, «12 Кроків» або «7 навиків». З одного боку, наявність такої програми може бути як раз перевагою парадигми одужання перед досить ціннісно-дифузною парадигмою утримання, однак у разі нетворчого та шаблонного її використання вона, навпаки, може набувати рис деструктивної ідеології, а сам центр реабілітації – риси деструктивного духовного (або психологічного) об'єднання (секти). У парадигмі утримання ж наявність якоїсь «програми одужання» виключено взагалі, вона є по суті виключно індивідуально-орієнтованою (що з іншого боку, є одночасно і її недоліком у порівнянні з моделлю одужання).

У парадигмі утримання науковці намагаються зрозуміти специфічні чинники припинення зловживання наркотиків та просоціальних змін. Аналізуючи відповідну літературу, Graham виділяє такі фактори: вік та зрілість (англ. *Age and maturity*), ролі та відповідальність (англ. *Roles and responsibility*), наратив і ідентичність (англ. *Narrative and identity*), добробут та особиста безпека (англ. *Welfare and personal security*), персональні ресурси та спроможність (англ. *Human capital and capacity*), соціальні ресурси та взаємність (англ. *Social capital and reciprocity*), мотивація та відповідальність (англ. *Motivation and responsivity*), надія та можливості (англ. *Hope and possibility*), взаємна компенсація та вдячність (англ. *Paying back and generativity*), можливості та мобільність (англ. *Opportunity and mobility*), культура та етнічність (англ. *Culture and ethnicity*), релігія та духовність (англ. *Religion and spirituality*), відпочинок та творчість (англ. *Recreation and creativity*).

Парадигму утримання втілено в моделі реабілітації *покращення життя* (англ. *The Good Lives Model – GLM*). У цій моделі, основним параметром, на який спрямовано інтервенцію, є якість життя. Ward та Fortune виділяють одинадцять факторів якісного життя [20]:

- життя (включаючи здорове життя та фізичне функціонування);
- знання (наскільки добре поінформована людина відчуває важливі для неї речі);
- досконалість у грі (хобі та розважальні заняття);
- досконалість у роботі (включаючи досвід майстерності);
- досконалість у суб'єктності (тобто самостійність, влада та самокерованість);
- внутрішній спокій (тобто свобода від емоційних потрясінь і стресів);
- спорідненість (включаючи інтимні, романтичні та сімейні стосунки);
- спільнота (зв'язок із ширшими соціальними групами);
- духовність (у широкому значенні пошуку сенсу та мети в житті);
- задоволення (добре самопочуття тут і зараз);
- творчість (вираження себе за допомогою альтернативних форм).

Третьою парадигмою за Graham є *парадигма ризиків* (англ. *The risk paradigm*), яка в західних країнах на сьогодні стала домінуючою в осмисленні процесів реабілітації [16]. У центрі парадигми ризику стоїть два питання «Що?»: 1) що спричиняє чи сприяє наркозлочинності та зловживанню наркотиками? 2) що сприяє зниженню ризику повторного порушення і рецидиву та факторів ризику, пов'язаних із цим? У цій парадигмі втручання та реакції спрямовані відповідно ризикам, тобто ресурси і професійна увага, а також втручання мають тенденцію йти слідом за ризиком.

У парадигмі ризиків побудовано модель реабілітації «ризик-потреба-відповідальність» (англ. *Risk-Need-Responsivity – RNR*), принципи якої було сформульовано у 1994 році Andrews & Bonta в книзі «Психологія злочинної поведінки» [15]]. Як це впливає з назви модель RNR орієнтується на використання трьох принципів у корекційній реабілітації: ризику, потреби та відповідальності. Принцип ризику посилюється на припущення, що поведінка з правопорушниками повинно бути організоване відповідно до рівня ризику, який вони становлять для суспільства – чим вищий рівень ризику, тим більшим повинно бути дозування та інтенсивність виправного лікування. Принцип потреби стосується припущення, що найбільш ефективним підходом до поведінки з правопорушниками є орієнтація на динамічні фактори ризику, які складають «центральної вісімки»: 1) кримінальна історія, 2) антисоціальний тип особистості, 3) прокримінальне ставлення, 4) соціальна підтримка злочину, 5) зловживання наркотичними речовинами, 6) сімейні стосунки, 7) школа/робота, 8) просоціальна рекреаційна діяльність. Принцип відповідальності покладається на те, що інтервенції мають відповідати характеристикам, демографії та обставинам особи.

Слід особливо зазначити, що домінування RNR моделі (де, по суті увага приділяється не самому зловживанню, а кримінальній активності, що пов'язана з наркотиками) можливо в західній парадигмі лише за умови значної декриміналізації та легалізації вживання наркотиків (та вже це робить цю модель слабко пристосованою для сучасних українських умов). Тобто RNR модель не є моделлю роботи з адиктами, а є моделлю роботи з деліквентами, і складається враження, що автори цієї моделі взагалі забули про такий феномен, як втрата контролю над вживанням наркотиків внаслідок об'єктивно існуючого фізіологічного uzалежнення. З іншого боку, RNR модель подає нам приклад зовсім іншого рівня роботи з деліквентною поведінкою, її елементи та принципи (враховуючи високий рівень деліквентності серед адиктів) необхідно застосовувати і у розробці моделі реабілітації, орієнтованої на наше соціокультуральне середовище.

Якщо переходити до загальних принципів організації реабілітації, то необхідно, по-перше, навести рекомендації однієї з провідних організацій США з дослідження uzалежнення – Національного інституту адиктивних розладів (англ. *National Institute on Drug Abuse – NIDA*) [18]:

1. Не існує лікування, яке б підходило всім пацієнтам.
2. Доступ до лікування повинен бути легким.
3. Ефективне лікування приділяє увагу різним потребам, а не тільки проблемам, пов'язаним з вживанням наркотиків.

4. План лікування повинен постійно проходити оцінку і змінюватися, щоб забезпечити мінливі потреби клієнта.

5. Щоб лікування було ефективним, вкрай необхідно продовжувати його протягом досить тривалого часу.

6. Психологічне консультування (індивідуальне та/або в групі) та інші види поведінкової терапії вкрай важливі.

7. Медикаментозне лікування є важливим елементом лікування багатьох клієнтів, особливо в поєднанні з поведінковою терапією.

8. Люди з психічними розладами повинні отримувати комплексне лікування.

9. Детоксикація – це всього лише перший етап лікування uzалежнення та сам собою має незначний вплив на тривале невживання наркотиків.

10. Щоб лікування було ефективним, воно не обов'язково має бути добровільним (примітка: мається на увазі американська модель примусового лікування – тобто альтернативне покарання, де у випадку злочину, пов'язаного зі зловживанням ПАР, дається вибір тюремного покарання або пройти реабілітацію).

11. Можливе вживання наркотиків під час лікування має безперервно відслідковуватися.

12. Програми лікування повинні надавати оцінку щодо ВІЛ/СНІДу та інших інфекційних захворювань, а також консультування з допомоги зміни поведінки, яка наражає їх або інших людей на ризик інфікування.

13. Одування від наркотичного uzалежнення є тривалим процесом і часто необхідно провести кілька курсів лікування.

С.О. Вешнева та Р.В. Бісалив виділяють такі принципи реабілітації: 1) добровільність участі хворого в лікувально-реабілітаційному процесі; 2) доступність і відкритість реабілітаційних установ; 3) довірливість і партнерство; 4) єдність соціально-психологічних і медико-біологічних методів цільового впливу; 5) різноманіття та індивідуалізація форм (моделей) реабілітаційних заходів. Крім того, ними виділяються такі основні умови та вимоги проведення реабілітаційного процесу: 1) відмова хворого від уживання ПАР; 2) особиста відповідальність за успішну реалізацію реабілітаційного процесу; 3) опора на позитивні, особистісно значущі для пацієнта соціальні цінності; 4) забезпечення правової та організаційної регламентації реабілітації; 5) створення в реабілітаційній установі єдиної «бригади» («команди») фахівців [3].

Т.М. Дудко поділяє систему основних принципів реабілітації в наркології на три групи: 1) об'єктні (особистісні, властиві виключно хворому) – згода, відповідальність, відмова від уживання ПАР, аксіологічність,

морально-когнітивні принципи; 2) об'єктно-суб'єктні – довіра, партнерство, підготовка консультантів, відкритість, легітимність; 3) суб'єктні (виконавці лікувально-реабілітаційного процесу, матеріальна база, програми) – мультидисциплінарність, єдність (комплексність) медико-психолого-соціальних методів роботи, спадкоємність етапів, довгостроковість, антипатерналізм, інтегрованість [6].

У «Клінічних рекомендаціях з медичної реабілітації хворих наркологічного профілю» наводять такі принципи реабілітації: 1) принцип партнерства (залучення пацієнта до активної співпраці); 2) принцип мультидисциплінарності (різнобічності зусиль, спрямованість їх на різні сфери функціонування пацієнтів: психологічну, професійну, сімейну, громадську, сферу дозвілля); 3) принцип дотримання єдності (комплексності) біологічних і психосоціальних методів впливу; 4) принцип етапності надання послуг (заходів) з дотриманням певної послідовності в застосуванні різних елементів реабілітаційного процесу. Крім того, наводяться умови ефективності реабілітації: 1) наявність особистісного реабілітаційного потенціалу, який стимулює хворого до участі в реабілітаційному процесі; 2) особиста відповідальність пацієнта за успішну реалізацію реабілітаційного процесу; 3) опора на позитивні, особистісно значущі для пацієнта соціальні цінності; 4) забезпечення правової та організаційної регламентації реабілітаційного процесу; 5) створення в реабілітаційному відділенні (центрі) єдиної «бригади» (команди) фахівців: лікар – психолог – фахівець із соціальної роботи – соціальний працівник; 6) залучення до процесу реабілітації колишніх (одужуючих) пацієнтів, які пройшли реабілітаційну програму [7]. Якщо порівняти з західним підходом, то Graham наводить такі принципи: 1) мінімізація шкоди; 2) підхід «здоров'я населення» (англ. *population health approach* – підхід, який має на меті покращити здоров'я всього населення та зменшити нерівність у здоров'ї серед груп населення); 3) континуум типів послуг; 4) участь споживачів ПАР; 5) самовизначення споживачів ПАР; 6) доказова практика та політика; 7) партнерство та співпраця; 8) принцип кроскультуральності (примітка: у самій Graham, яка підсумовувала досвід роботи у Тасманії, восьмий принцип звучить як визнання аборигенів).

Можна побачити одну з основних відмінностей між підходами пострадянського сектора (включаючи Україну) та західного: у пострадянського сектора головна мета – це повне припинення вживання, у західному – зменшення шкоди (де повне припинення вживання може бути окремим випадком). Тобто парадигма реабілітації та взагалі система роботи з адиктивними розладами (зокрема, наркологічна служба) на

пострадянському просторі націлена лише на індивідів з невідомою втратою контролю над споживанням алкоголю та інших ПАР (тобто людей з алкоголізмом та наркоманією в прямому біологічному сенсі цієї нозологічної одиниці), та майже не орієнтована на людей з проблемами зловживання ПАР з інших причин. Наслідком є, наприклад, типова ситуація, коли підліток з проблемами вживання ПАР внаслідок перехідного віку, потрапляє в реабілітаційний центр (який націлено на роботу з тяжкими наркоманіями), та після реабілітації він здобуває травмованості на рівні ПТСР та його подальший адиктивний шлях після такого «лікування» тільки фіксується. Однак, оскільки нас насамперед цікавить вивчення медико-соціальної та соціально-психологічної реабілітаційної роботи саме з нозологічними наркоманіями, крім того, саме в нашому соціокультуральному середовищі, надалі, будемо зосереджуватися саме в цій галузі, концентруючись на досвіді реабілітації на пострадянському просторі.

Як основні задачі реабілітації в «Клінічних рекомендаціях з медичної реабілітації хворих наркологічного профілю» виділяються [7]: 1) формування у пацієнта свідомої провокації та стійкої мотивації (установки) на відмову від ПАР і участь в реабілітаційному процесі; 2) проведення лікувальних заходів, спрямованих на терапію психічних розладів і розладів поведінки внаслідок уживання ПАР та на попередження рецидивів захворювання; 3) терапія наявних соматичних і неврологічних розладів і захворювань; 4) корекція структури особистості пацієнта і забезпечення умов для позитивного особистісного розвитку; 5) підвищення рівня соціального функціонування пацієнта (з підключенням ресурсів сім'ї, суспільства); 6) досягнення реальної соціальної зайнятості: навчання, робота. Загалом знаходяться в консенсусі за цілями та задачами реабілітації інші автори.

Складнішою є ситуація з виділенням мішеней роботи. Найчастіше для реабілітації застосовується система з 5 груп мішеней 1) клінічні психотерапевтичні мішені (психотерапевтичні мішені нозологічної специфіки); 2) мішені, специфічні для індивідуально-психологічних та особистісних особливостей пацієнта; 3) мішені, специфічні для психотерапевтичного процесу; 4.) психотерапевтичні мішені, специфічні для клінічної ситуації; 5) мішені, специфічні для психотерапевтичного методу [8]. С. Кулаков зазначає, що в реабілітації наркоузалежних найменш розробленими є мішені 2-й, 4-й і 5-ї груп, що в основному пов'язано з поширеністю межевої особистісної організації в адиктив.

Автори «Клінічних рекомендацій з медичної реабілітації хворих наркологічного профілю» конкретизують мішені психотерапевтичного

впливу для пацієнтів з uzалежненням від ПАР до таких: патологічний потяг до вживання ПАР; порушення нозогнозії; особистісні дисфункції; спотворене уявлення про лікування; спотворенні комунікаційні установки; порушення самооцінки; слабкі рефлексивні здібності; порушення здібності встановлення глибокого контакту (в рамках терапевтичного альянсу), зокрема здібності до отримання емоційної підтримки від фахівця; інтрапсихічні конфлікти, що супроводжуються інтенсивними, але погано усвідомлюваними емоціями; песимістичні установки та фактор «вивченого безсилля», що руйнують та спотворюють образ майбутнього; типові порушення об'єктних відносин.

Більшість авторів схиляються до необхідності *етапності реабілітаційного процесу*. Наприклад, Т.М. Дудко виділяє предреабілітаційний період (з основними завданнями діагностики, детоксикації, мотивації), саме реабілітаційний період, який поділяється на три етапи: адаптаційний, інтеграційний та стабілізаційний, після якого йде постреабілітаційний амбулаторний період з підтримуючою та корекційною психотерапією [5].

Неоднозначною та заплутаною є ситуація з наповненням самого реабілітаційного процесу, яке може бути досить різноманітним. З одного боку, ми маємо велику кількість (медичних, консультаційних та психотерапевтичних, соціально-педагогічних, духовно-орієнтованих) реабілітаційних технологій, багато з яких довели свою ефективність. З іншого боку, ми не маємо ні як інтеграційної базової теоретичної методології, що поєднає всі ці технології, ні як докладно розробленої методики рекомендацій тих чи інших технологій тим чи іншим групам клієнтів. Тому вся сукупність цих технологій не є якимось системним теоретико-методологічним утворенням, а скоріше дифузною сукупністю та, як наслідок, наповнення кожної окремої реабілітаційної програми є еkleктичним феноменом, який організовується лише професійним рівнем її авторів, інтуїцією та можливостями (наявністю тих чи інших психологів, що володіють тими чи іншими технологіями роботи з адиктами).

Graham виділяє такі *групи технологій*, що можуть застосовуватись у соціально-психологічній реабілітації: групу когнітивно-поведінкових та психокорекційних технологій, психоедукацію та соціальне навчання, мотиваційні та орієнтовані на зміни, артерapiю та орієнтовані на творчість, орієнтовані на відносини технології. Наприклад, такий перелік реабілітаційних технологій надають «Клінічні рекомендації з медичної реабілітації хворих наркологічного профілю» (окрім медичних): психологічна адаптація, терапія середовищем, психологічне консультування,

індивідуальне психологічне консультування, групове психологічне консультування, сімейне психологічне консультування, психологічна корекція, індивідуальна психологічна корекція, соціально-реабілітаційна робота, групова психологічна корекція, психотерапія та додатково працетерапія, арт-терапія, аутогенне тренування, когнітивно-поведінкова терапія, гіпнотерапія, НЛП.

Приблизно таку ж картину досить несистемного перерахування різних технологій (де часто плутаються види, напрями, методи, методики та рівні роботи), ми маємо і у інших західних, російських та українських авторів. Виходить така картина, коли ті чи інші автори в сукупності перераховують психодинамічний, когнітивно-біхевіоральний, гуманістичний, системний, екзистенційний, сімейний та інші напрями роботи; психодраму, гаштальт-терапію, НЛП, транзакційний аналіз, холотропну терапію, логотерапію, «12 кроків», крейвінг-терапію, арт-терапію тощо як методи роботи; групову, індивідуальну, сімейну та терапію середовищем як форми роботи і таке інше. Така ситуація, як вже зазначалося, є прямим наслідком відсутності розробленої метатеоретичної методології змісту реабілітаційного процесу, що спричиняє сумбурне-еклектичне його наповнення. З іншого боку, така картина показує, що більшість фахівців сходиться в тому, що ми не можемо виділити якийсь один метод, форму або методику психотерапії, яка найбільш підходила би для роботи з uzалежненими, а навпаки, необхідна інтеграція різних методів.

У «Міжнародних стандартах лікування розладів, пов'язаних зі вживанням наркотичних речовин», рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO) та Управлінням Організації об'єднаних націй з наркотиків і злочинності (UNODC), перелічені такі науково-обґрунтовані психосоціальні втручання: когнітивно-поведінкова терапія, ситуаційний вплив (підхід через надання позитивного винагородження за зміну поведінки), принцип посилення підтримки спільноти, мотиваційне інтерв'ювання та мотиваційно-стимулююча терапія, орієнтовані на сім'ю терапевтичні підходи, групи взаємодопомоги [9]. У «Державному стандарті соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із uzалежненням від наркотичних засобів чи психотропних речовин» (на який повинні спиратися в своїй роботі центри соціально-психологічної реабілітації) серед форм і методів роботи першої лінії виділяються такі психотерапевтичні та психокорекційні методи: когнітивно-біхевіоральна терапія, поведінкова терапія, мотиваційна терапія, сімейна та системна терапія, ситуаційний підхід, психодинамічна психотерапія [12].

На відміну від стаціонарних реабілітаційних центрів, в амбулаторній

реабілітації адикт не має повної ізоляції від суспільства, що знімає проблеми «процесу повернення» в соціум та синдрому «госпіталізму», а також має перевагу апробації вивчених в процесі реабілітації нових патернів у реальному житті (а не у штучному підтримуючому середовищі стаціонарного центру). Тому більшість фахівців, за умови спроможності підтримувати тверезість адиктом в амбулаторних умовах, вважають амбулаторні форми реабілітації кращими за стаціонарні. Крім того, амбулаторна реабілітація значно дешевша за стаціонарну реабілітацію. Загалом загальні принципи роботи амбулаторної реабілітації мало чим відрізняються від стаціонарної. На жаль, в Україні майже відсутня практика амбулаторної реабілітації.

Майже відсутні роботи з динаміки психологічно-особистісних характеристик адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації. С.О. Вешнева зазначає про підвищення рівня реабілітаційного потенціалу для клієнтів, що успішно проходять реабілітаційних процес [2]. Л.Ф. Щербина робить висновки [14], що протягом психологічної реабілітації смислові структури осіб, uzалежнених від ПАР, суттєво змінюються, знижується рівень дисоціації мотиваційно-смислової сфери (відбувається процес її зміни на асоціативну, який призводить до виникнення нової функції контролю); підвищується рівень її ієрархічності; з'являються нові смислові утворення, а саме особистісна свобода, самовираження, емоційна зрілість, відповідальність; мотиваційно-смилова структура стає більш зрілою.

С.І. Гусєєв виділяє три етапи динаміки психопатологічних розладів у період ремісії залежно від наркотиків, які вживають засуджені. Перший етап – гострих абстинентних розладів (абстинентний синдром). Другий етап – постабстинентних розладів (постабстинентного стан). На цьому етапі у клініці переважає психопатоподібна симптоматика зі швидким виснаженням афективних спалахів і переважанням астеничної та іпохондричної симптоматики. Афективна лабільність і погіршення настрою, як правило, рівня субдепресії без оформлення в клініку класичної депресії. Тривалість перебігу до 1 місяця. Третій етап – період ремісії наркотичного uzалежнення (тривалість 1-3 роки з хвилеподібним перебігом). Провідними синдромами у віддаленому періоді ремісії є астеноіпохондрична симптоматика з млявістю, апатією і періодичним загостренням патологічного потягу до наркотиків. Автор відмічає також низький рівень усвідомлення хвороби протягом усіх етапів перебігу ремісії аж до анозогнозії і формальної критики [4].

Один з авторів цього підрозділу Д.Ю. Старков у своєму дослідженні показує, що у процесі проходження соціально-психологічної реабілітації та в постреабілітаційному періоді (до 2 років тверезості) можна виділити декілька ключових точок (3 місяці, півроку та 1 рік тверезості) змін динаміки

різних величин із часом ремісії, на основі чого виділяються відповідні етапи становлення ремісії в процесі реабілітації та постреабілітаційний період [13].

Етап ремісії до 3 місяців тверезості характеризується високою вмотивованістю на абсолютну відмову від уживання ПАР, розвиваються надія та віра в можливість повноцінного тверезого життя без ПАР, посилюється бажання повністю та кардинально змінити своє життя. Проте на цьому етапі в адиктиві максимально пригнічені когнітивне функціонування й усвідомлення реальності. Ядром мотиваційного конфлікту тверезисть/вживання є амбівалентність між вкрай бажаним станом ейфорії від уживання та бажаною майбутньою повноцінною тверезістю, а основною причиною зривів на цьому етапі є ситуативний автоматизований ейфорійний потяг. Загалом на цьому етапі досліджувані центри показують гарну й ефективну роботу.

На етапі ремісії в 3-6 місяців тверезості починають поступово зникати віра у власні можливості досягнення повноцінного тверезого життя та розвиватися стан адиктивної депресії й ангедонії. До структури мотиваційного конфлікту додається стратегічне зниження суб'єктності бачення майбутньої тверезості (через що у клієнтів спадає мотивація до психотерапевтичної роботи), з'являється ситуативно-обумовлена свідомо мотивація розпочати вживання. Починає розвиватися дисфорійний потяг. На цьому етапі свою нездатність показує «класична» схема реабілітації, яка не може впоратися з розвитком конфлікту свідомої амбівалентності.

На етапі ремісії півроку-рік тверезості свідомий конфлікт «залишатися тверезим – розпочати вживання» досягає свого стабільного кризового максимуму та переходить із ситуативного в стратегічний. Виразно зменшується ейфорійний потяг і зростає дисфорійний. Залишається високим ступінь адиктивної депресії й ангедонії.

На етапі ремісії 1-2 роки тверезості відбувається поступове наростання розщеплення усвідомлених (де зростає мотивація залишатися тверезим) і неусвідомлених (де мотивація залишатися тверезим спадає) мотиваційних процесів, тобто рецидив після року ремісії обумовлений неусвідомленими механізмами. Мотиваційний конфлікт описується формулою «не хочу залишатися тверезим, але повинен – хочу вживати, але не можна», причому частина мотивації про початок вживання є витісненою. Адиктивна депресія переходить в екзистенційну, тобто період після одного року тверезості характеризується розвитком важкої екзистенційної кризи, посиленням системи внутрішніх конфліктів, дисоціацією свідомих і несвідомих процесів. Це вказує на крайню необхідність постреабілітаційної глибинної психотерапевтичної роботи в гуманістичній чи психодинамічній парадигмі.

Досить добре вивченими є психологічно-особистісні прогностичні параметри успішного становлення ремісії (які можна гіпотетично інтерпретувати і як можливі динамічні параметри успішної реабілітації): рівень реабілітаційного потенціалу, параметр якості життя, рівень патологічного потягу до вживання, рівень тривожних і депресивних показників життя, рівень внутрішньоособистісного конфлікту й адаптаційних здібностей, ставлення до хвороби, ставлення до здоров'я, ціннісні орієнтації, рівень соціальних навичок, рівень усвідомленості життя.

З головних проблем системи соціально-психологічної та медико-соціальної реабілітації вслід за Л.М. Благовим зі співавторами [1] можна виділити залучення до реабілітації адиктивних осіб, далеких від медицини та професійної психотерапії (особливо масове залучення параспеціалістів з числа самих наркоузалежнених, які часто страждають серйозним порушеннями адаптації та нерідко вираженою психіатричною патологією, і не проходять необхідного навчання для роботи з клієнтами) та освоєння «ринку» реабілітаційних послуг всілякими комерційними структурами, які охоче «експлуатують хворобу». Такі «зусилля» дилетантів лише створюють ілюзію плідної діяльності, а насправді є небезпечними (у кращому випадку – просто інтактними), та часто призводить до ефекту хронізації та клінічної занедбаності.

Гостроту проблеми мотивування адиктів до реабілітаційного процесу відображає проблема масового незаконного примушення до проходження реабілітації та незаконного утримання клієнтів. У своєму дослідженні А. Осипян наводить дані про те, що більше 30% з тих, хто проходив реабілітацію, знаходився в ній завдяки протизаконному примушенню [11]. Крім того, у такій системі приватної реабілітації спостерігаються масові порушення прав людини. За останні п'ять років ми були свідками неодноразових кримінальних справ проти приватних реабілітаційних центрів. Така ситуація складається не в останню чергу через відсутність розроблених національних стандартів реабілітації та науково обґрунтованої інтегративної метатеоретичної моделі реабілітаційного процесу.

Список використаних джерел:

1. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Найденова И.Н., Власова И.Б. О проблемах реабилитации больных с опиоидной зависимостью. *Наркология*, 2004. № 4.С.38-41.
2. Вешнева С.А. Динамика клинических, личностных и социальных проявлений больных опийной наркоманией в процессе реабилитации: дис.

- ... канд. мед наук: 14.01.27; 14.01.06 / ФГУ «Национальный научный центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Москва, 2010, 135 с.
3. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Современные модели реабилитации наркозависимых. *Наркология*. 2008. Т.7, N 1 (73). С.55-61.
4. Гусев С.И. Клинико-патодинамические, социально-психологические закономерности формирования ремиссий и реабилитация больных наркоманиями в условиях пенитенциарной изоляции: дис. ...доктор мед. наук: 14.01.27 / НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.Томск, 2010. 349 с.
5. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: дис. ... докт. мед. наук. 14.00.45; 14.00.18 / Национальный научный центр наркологии. Москва, 2003. 253 с.
6. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции). *Вопросы наркологии*. 2006. №1. с. 31-41
7. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (МКБ-10 F10-F19) / Агibalова Т.В., и др. Москва: Ассоциация наркологов России, 2015. 126 с.
8. Кулаков С. Руководство по реабилитации аддиктов. 4-е изд., допол. Ridero, 2020. 468 с.
9. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний / Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности, 2020 г. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331635/9789240017856-rus.pdf>
10. Национальные клинические рекомендации по медицинской реабилитации / Агibalова Т.В., и др. Москва: Ассоциация наркологов России, 2014. 62 с.
11. Осипян А. Моніторинг реабілітаційних центрів і опитування людей, що проходять реабілітацію від накррозалежності. Київ: ДУ «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю МОЗ України», 2019. 24 с.
12. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин: Наказ Міністерства соціальної політики від 01.10.2020 р. № 677. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text> (Дата звернення 21.04.2022)
13. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308с.

- 14.** Щербина Л.Ф. Динаміка смислових структур осіб, залежних від психоактивних речовин, в процесі психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / КНУ імені Тараса Шевченка Київ, 2004. 210 с.
- 15.** Andrews, D., & Bonta, J. The Psychology of Criminal Conduct. 5-th ed. New Jersey: LexisNexis; New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., 2010. 699 p.
- 16.** Graham H. Rehabilitation work: supporting desistance and recovery. NewYork, London: Routledge, Taylor & Francis Ltd., 2016. 244 p. (Series: International Series on Desistance and Rehabilitation)
- 17.** Leafe K. Practice note: building recovery, reducing crime. *Practice: The New Zealand corrections journal*. 2015. V.3(1). P. 30–32.
- 18.** NIDA Principles of drug addiction treatment: A research-basedguide. 3-nd edition. U.S. Department of Health and Human Services. NIDA, 2012. 44 p. URL https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf
- 19.** SAMHSA' Working Definition of Recovery. 10 Guiding Principles of Recovery. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2012. URL: <https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf>
- 20.** Ward T., & Fortune C. The good lives model: aligning risk reduction with promoting offenders' personal goals. *European Journal of Probation*. 2013. V. 5°(2). P. 29-46

2.2. Етичні питання в процесі стаціонарної реабілітації хімічних адиктів

Седих С.М.

Абстракт. Підрозділ присвячено етичним питанням роботи спеціалістів в центрах реабілітації uzалежнених осіб. Розглядаються основні етичні принципи через призму роботи з uzалежненими клієнтами. Пропонується схема аналізу етичних проблем.

Робота фахівців реабілітаційного центру (далі РЦ) таїть у собі чимало підводного каміння, зокрема морально-етичного характеру. Робота ця передбачає граничну відвертість і чесність із боку як клієнта (що здається очевидним), та й кожного робітника, хоча слід підкреслити, що ступінь відповідальності в них буде зовсім різною. Клієнт відповідає (або вчиться відповідати) за самого себе, за свої вчинки та наслідки, які можуть спричинити його рішення для близьких йому людей. Співробітник же зобов'язаний, залишаючись живою людиною, водночас постійно тримати в полі своєї уваги всю комунікацію з клієнтом, спостерігаючи її як би з боку і оцінюючи як з професійної, так і з етичної позиції. Однак виконання цієї умови, на жаль, не завжди бездоганно. Бувають випадки грубих помилок з боку фахівця, які можуть спричинити небажані, а часом навіть небезпечні для клієнта наслідки, і не завжди є наслідком професійної некомпетентності. Часто вони лежать у сфері іншої галузі знання – етики, яка для багатьох співробітників досі є абстрактною, умоглядною і далекою від реального життя наукою. Тим часом саме етика покликана «олюднити» найбільш радикальні та сумнівні методи впливу на людську психіку, оскільки вона стоїть на варті інтересів кожної людини, її гідності, і водночас не дозволяє цим інтересам шкодити іншим людям.

Трохи визначень та історична довідка.

Етика (лат. *ethica* < дав.-гр. *ἠθική*, утворене від *ἦθος* – «звичай») – наука, що вивчає мораль. Філософська дисципліна, яка вивчає мораль, суспільні норми поведінки, звичаї.

Термін також часто вживається як визначення норм поведінки, сукупності моральних правил певної суспільної чи професійної групи.

Мораль (лат. *moralitas*) – система неофіційних уявлень, норм та оцінок, що регулюють поведінку людей у суспільстві, практична реалізація положень якої забезпечується громадським схваленням чи осудом.

Професійна етика як система цінностей, які визначаються приналежністю людини до конкретного виду діяльності, виникає в культурах Стародавнього світу в умовах сформованого поділу праці, коли знання,

вміння і навички, функції та права шаманів, вождів, згодом – жерців, цілителів, носять сакральний характер і передаються обраним, найбільш гідним, кого навчають, відбирають, вибирають і кому довіряють те, що не може бути відомо випадковим непосвяченим людям. На основі уявлень про милість тотемних покровителів (пізніше богів та інших вищих сил) складалися вимоги до діяльності, результат якої не завжди залежав від людини. Це стосувалося і орача, котрий сподівається на погоду, і мисливця, який намагається перехитрити звіра, і цілителя, чиї зусилля і знання застосовуються до конкретної людини, до його організму, життя якого покрите таємницею.

Тому, особливо в умовах до письменої культури, спеціальна діяльність, від результату якої залежала доля і саме життя людей, не тільки передавалася практично шляхом наслідування, але і насамперед зазнавала сакралізації. Це і жрецтво, і заступництво богів, і вплетення історії ремесл в тканину міфів і священних книг. Ореол таємниці покривав діяльність жерців, що приносять жертви богам. Жерці (наприклад, браміні в Стародавній Індії) належали до особливого розряду – знавців і хоронителів різних, зокрема медичних знань і технологій, записаних в Аюрведі (близько IX ст. до н.е.), саме і тільки вони могли лікувати, не маючи вдачі брати за це плату, поки з їхнього середовища не утворилася каста медиків-практиків – каста ведія. Надалі браміні вже тільки викладали лікарське мистецтво і іменували себе гуру.²⁹

В Аюрведі, зокрема, зазначалося: «Лікар ... повинен бути здоровий, охайний, скромний, терплячий ... Мова його має бути тиха, приємна і обнадійлива. Він повинен мати жалісливе серце, суворо правдивим характером, спокійний темперамент, відрізнятися помірністю і цнотливістю, постійним прагненням робити добро».³⁰

Клятва Гіппократа

«Я засвідчую під присягою перед лікарями, Аполлоном, Асклепієм, Гігієєю та Панацеєю, беручи у свідки всіх богів та богинь, і відповідно до моїх здібностей та мого розуміння даю таку клятву:

- Режим своїм хворим приписувати задля їх блага, відповідно до моїх знань і мого розуміння, утримуючись від завдання їм будь-якої шкоди;
- До якого дому я б не прийшов – я зайду в нього лише задля блага хворого, будучи далеким від розпусних намірів і спокус, особливо – від любовних утіх із жінками й чоловіками, будь вони вільними чи рабами;

²⁹ http://www.letopis.info/themes/medicine/medicina_clrevney_indii.html

³⁰ <http://sohmet.ru/books/item/f00/s00/z0000017/>

- Про що б я не дізнався під час виконання своїх професійних дій або окрім них, що б не побачив і не почув про дії людського життя, які не слід будь-коли розголошувати, я змовчу, вважаючи це таємницею;
- Якщо я непохитно виконуватиму все, що засвідчив під присягою, нехай мені буде дано щастя в житті і в лікарській майстерності і слава у всіх людей на всі часи, але коли я зверну із праведної дороги або оскверню дану клятву, нехай моя доля стане для мене протилежною».

Дослідники припускають, що ідеї клятви Гіппократа, можливо, були підхоплені з давньоіндійської лікарської практики з високорозвиненою етичною складовою, оскільки «в стародавній Індії існувала проповідь, яку вчитель мистецтва лікування вимовляв перед своїми учнями на урочистій церемонії, присвяченій закінченню навчання. Вона наведена в трактаті «Чарака-самхита»: «Ви повинні всією душею прагнути до зцілення хворого. Ви не повинні зраджувати своїх хворих навіть ціною власного життя... Ви не повинні пиячити, не повинні творити зло чи мати злих товаришів... Ви повинні бути розважливі і завжди прагнути удосконалювати свої знання. Коли ви йдете в будинок хворого, ви повинні направити свої слова, думки, розум і почуття ні до чого іншого, крім як до свого хворого і його лікуванню... Ні про що з того, що відбувається в будинку хворої людини, не слід говорити нікому, хто, користуючись отриманими знаннями, міг би зашкодити хворому»³¹

«Чарака-самхита» – фундаментальний трактат з аюрведи (традиційної індійської медицини) була створена ще в VIII ст. до н.е., а Гіппократ працював у IV-III ст. до н. е. Тут для нас важливо те, що ці настанови вказували на відносини «лікар-хворий». Але більшість сучасних психічнохворих не визнавалися хворими до XIX ст. н.е., а хімічні uzалежнення були визнані хворобами тільки у XX столітті.

Треба пам'ятати, що позитивні зміни супроводжувалися, зокрема і порушенням елементарних норм моралі. Найбільш кричущі факти покладаються на розвиток так званої «євгеніки». У 1933 Гітлер вводить нацистський акт, санкціонуючий стерилізацію хворих, які страждають спадковими захворюваннями, зокрема душевнохворих. Протягом шести років було проведено 375 000 насильницької стерилізації, понад 300 000 у людей, визнаних психічно неповноцінним. Водночас не за наказом, а за згодою Гітлера, за пропозиціями, «з подачі» психіатрів (зокрема, всесвітньо відомого доктора Ернста Рудіна, професора психіатрії Мюнхенського університету) широко застосовувалася «активна евтаназія». 275 000

³¹ <http://lcchcbnik.inlo/488/21.htm>

душевнхворих пацієнтів були вбиті протягом 1939-1945 рр. (за протоколами Нюрнберзького процесу) в газових камерах, спалені в печах, заморені голодом.

З метою запобігання подібному у майбутньому Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року була прийнята **Загальна декларація прав людини**. Спираючись на неї, були створені багато окремих етичних кодексів різних професійних об'єднань. За кордоном професійні етичні кодекси діють уже багато років, вони публікувалися безліччю організацій, які працюють із психологами-консультантами, наприклад, Американською асоціацією консультування, Асоціацією фахівців із групової роботи, Американською асоціацією шлюбного та сімейного консультування, Американською психологічною асоціацією.

07.10.2020 був затверджений ЕТИЧНИЙ КОДЕКС КОНСУЛЬТАНТА З ХІМІЧНОГО УЗАЛЕЖНЕННЯ, який було рекомендовано дивізіоном «Адиктологія» Національної психологічної асоціації України до обов'язкового дотримання в реабілітаційних, наркологічних центрах та інших аналогічних установах (див. Додаток 1).

У роботі РЦ нерідкі ситуації, коли стикаються різні інтереси та цінності, і дуже важливо вміти вирішувати подібні проблеми, не завдаючи шкоди ні клієнту, ні будь-кому іншому, а якщо стався конфлікт, вийти з нього максимально коректно. Для того щоб допомогти фахівцям розібратися в моральних колізіях, що найчастіше зустрічаються, з одного боку, і захистити клієнта від можливих зловживань – з іншого, розробляються різні етичні кодекси. Головна мета розробки та прийняття єдиних етичних стандартів – сприяти вирішенню проблеми професійної некомпетентності, встановлення основних прав та обов'язків, що впливають із особливостей професійної діяльності співробітників. Кодекс повинен бути професіоналу орієнтиром у плануванні та побудові роботи з клієнтом, зокрема у вирішенні проблемних та конфліктних ситуацій, що виникають у процесі професійної діяльності. Кодекс покликаний захистити клієнтів та суспільство загалом від небажаних наслідків безконтрольного та некваліфікованого використання психологічних знань та водночас захистити діяльність РЦ від дискредитації. Хоча із необхідністю етичних кодексів на словах погоджуються практично всі, насправді ставлення до них неоднозначне.

Безсумнівно, кожен різновид психологічної роботи дуже цікавий і таїть у собі свої загадки й проблеми, зокрема етичного характеру. У підрозділі увага приділяється здебільшого етичним проблемам усіх членів професійної команди реабілітаційного центру для uzалежнених клієнтів. Зупинимось на деяких загальних етичних принципах і правилах.

Принцип благополуччя клієнта.

1. У своїх професійних діях співробітник орієнтується на благополуччя та враховує права всіх суб'єктів центру. У випадках, коли його обов'язки суперечать етичним нормам, фахівець вирішує ці конфлікти, керуючись принципом «не нашкодь».

2. Співробітник у ході професійної діяльності не повинен допускати дискримінації (обмеження конституційних прав і свобод особистості) щодо соціального статусу, віку, статі, національності, віросповідання, інтелекту та будь-яких інших відмінностей.

3. У професійній діяльності пріоритетними оголошуються права та інтереси клієнта як основного суб'єкта реабілітаційного процесу.

4. Фахівець дотримується доброзичливого та безоцінного ставлення до клієнта. Співробітник – жива людина, і не може не реагувати емоційно на інших людей, зокрема і клієнтів. Тож ставитися безоцінно до останніх дуже важко. Небезпека полягає в тому, що, складаючи свою думку про клієнта, даючи йому оцінку, ми наперед налаштовуємо себе на певний тип реакції з його боку, інтерпретуємо його поведінку, висловлювання через призму власної думки, завдяки чому спотворюється інформація. Надмірне захоплення діагнозами – ще один професійний недолік деяких фахівців, які поступово перестають бачити перед собою живих людей, а враховують лише їхні патології, неврози, «комплекси» тощо.

Принцип конфіденційності

Конфіденційність – це засіб забезпечення клієнта необхідною безпекою та приватністю, а також захист його автономії, тому будь-яке обмеження конфіденційності знижує ефективність консультування.

Угода про конфіденційність може бути переглянута та змінена лише в результаті обговорення між консультантом та клієнтом.

Здавалося б, саме цей принцип має бути наріжним каменем у роботі, однак він часто не дотримується співробітниками повною мірою. Нерідко відбувається розголошення інформації навіть не за злим наміром, а просто за легковажним бажанням поділитися з колегами, розповісти про цікавий або кумедний випадок своїм друзям чи родичам, нехай і не називаючи імен... Точно кажучи, співробітники центру не мають права розголошувати таку інформацію будь-кому, а тим більше обговорювати це з непрофесіоналами, щоб не підривати авторитет не лише свій як фахівців, а й репутацію РЦ загалом, бо недбалість у цій галузі загрожує складними та неприємними конфліктами.

Однак необхідно враховувати також ймовірність виникнення виняткових обставин, які можуть вимагати порушення принципу

конфіденційності. Окрім спеціальних і особливих взаємин «професіонал-клієнт», ми також знаходимося у певних взаєминах з суспільством в цілому, і крім етичних зобов'язань, які змушують нас зберігати конфіденційність, ми несемо також і юридичну відповідальність, яка зобов'язує нас порушувати ці умови в силу дії ще сильнішого імперативу про захист людського життя. Для цього мають бути юридичні чи етичні підстави. Ми вважаємо, що це можливо лише у випадках, коли професіонал упевнений, що існує загроза заподіяння шкоди клієнту чи іншим людям. Проте, навіть у разі наявності цієї загрози (смертельна та/або заразна хвороба клієнта, його агресивні наміри стосовно кого-небудь, суїцидальні наміри тощо) співробітнику рекомендовано ставити клієнта до відома, перш ніж розголошувати ті або інші відомості про нього, за винятком тих випадків, коли є підстави вважати, що клієнт більше не бажає або не здатний відповідати за свої вчинки.

Принцип відповідальності.

Професійна відповідальність співробітника РЦ полягає перш за все в усвідомленні меж своєї компетентності та в постійному розвитку і навчанні. Для цього передбачені обов'язкова супервізія (особливо для консультантів, психологів та психотерапевтів) і система різних семінарів, курсів для підвищення кваліфікації. Це актуально і для тих, хто практикує давно і має чималий досвід: постійно виникають нові способи і методи навіть в рамках окремого реабілітаційного підходу. Співробітники повинні визнавати необхідність продовжувати своє навчання, щоб бути в курсі нової професійної та наукової інформації, що з'являється, у тій галузі, в якій вони працюють. Вони повинні робити кроки, щоб підтримувати використовувані навички в робочому стані, бути відкритими до нових технік і використовувати їх у роботі з різними та/або особливими категоріями клієнтів.

Варто додатково зупинитись на об'єктивних обмеженнях компетентності фахівця. Ці обмеження можуть мати як суто професійний характер (недолік знань, навичок тощо), так і особистісний (наявність у консультанта будь-яких фізичних, психічних чи емоційних проблем). Фахівець повинен чуйно вловлювати ті ситуації, коли наявність у нього власних проблем може зашкодити клієнтам. У таких випадках професіонали повинні намагатися отримати допомогу для їх вирішення і, якщо необхідно, обмежити, призупинити або взагалі відмовитися від виконання професійних обов'язків. Так, співробітник несе повну відповідальність перед клієнтами, колегами та суспільством загалом за наявність у нього відповідної професійної підготовки та зобов'язаний усвідомлювати межі та обмеження своєї компетенції. Однак на додаток до всього вищесказаного треба зазначити, що фахівець повинен також розуміти межі своєї відповідальності,

оскільки він не може повністю відповідати за своїх клієнтів, замінюючи їм батьків, друзів, коханих, Бога і, зрештою, самих себе. Надмірна відповідальність, гіперопіка позбавляють клієнта впевненості у своїх силах та можливості особистісного зростання. Перекладання відповідальності за свої життєві рішення на іншу людину дуже привабливе для клієнта, і співробітник РЦ – якраз вельми підходяща для цього постать, проте через деякий час «рятівник» може перетворитися на «обвинуваченого» за першої ж кризи. Завдання ж співробітника значно складніше – поступово сформувати почуття та готовність до відповідальності у клієнтів, що проходять реабілітацію.

Отже, професіонал відповідає за процес організації такої допомоги, але не за зміст прийнятих рішень – це право та відповідальність належить клієнту як суб'єкту самовизначення. Завдання РЦ – навчання клієнта відповідальності. Це, мабуть, складна частина роботи, бо опір може виходити не тільки від клієнта, який не бажає змінюватися, а й – часто неусвідомлено – від самого фахівця. Одна з причин – небажання розлучатися з образом мудрого, доброго, всезнаючого друга, яким він постає в очах клієнта. Відданість, повага і безмірна довіра клієнта не може не радувати і не підживлювати самоповагу, і тому зрозуміло небажання розлучатися з таким ставленням, а це неминуче, коли клієнт «дорослішає», перестає ловити кожне слово консультанта і починає йому суперечити. Незважаючи на емоції, важливо пам'ятати про те, що на певному етапі продовжувати патерналістські відносини означає пригальмувати одужання. Отже, надихаюче ставлення тотальної довіри до мудрішого і старшого згодом має змінитися спокійнішим і незалежнішим ставленням двох дорослих людей та подальшим емоційним охолодженням. Клієнт повинен піти з реабілітаційного центру, звільнившись від потреби постійної підтримки з боку професіоналів, і лише в такому разі його роботу можна вважати виконаною.

Узалежнення клієнта від співробітника РЦ

Цілком прибрати узалежнення у взаєминах клієнта і фахівця неможливо, а багато психотерапевтичних шкіл (зокрема, роджеріанська, центрована на клієнті, або тілесна терапія) припускають досить велику ступінь емоційної близькості з клієнтом у процесі терапевтичної роботи. Інтенсифікація цих емоційних відносин може активізувати різного роду еротичні фантазії обох. Незважаючи на те, що у всіх наявних кодексах встановлюється найсуворіша заборона не лише на сексуальні стосунки, а й на особисті та дружні – з клієнтами, навіть колишніми, деякі співробітники порушують цю заборону.

В Американському етичному кодексі вказано, що фахівці не повинні вступати в будь-які сексуальні відносини зі своїми клієнтами і не повинні займатися консультуванням осіб, з якими є сексуальні відносини. Також співробітникам заборонено вступати у сексуальні стосунки зі своїми колишніми клієнтами менш ніж через два роки після завершення терапевтичних стосунків. Професіонали, які вступають у такі відносини через два роки після завершення терапевтичних відносин, повинні мати відповідні докази того, що в основі сексуальних відносин не лежить експлуатація.

Виконання співробітниками цього принципу ускладнюється тим, що клієнти, особливо якщо вони протилежної статі, нерідко дуже прагнуть зближення з співробітником; у психотерапії використовується поняття «еротизований трансфер», що означає таке порушуюче душевну рівновагу явище, як завзяте бажання клієнта проникнути у приватне життя консультанта. Пам'ятаючи, що клієнти і так приходять в РЦ з емоційними травмами, фахівець може, просто з страху заподіяти клієнту біль, допустити розмивання кордонів між собою та клієнтом, що негативно позначається на якості його роботи. Однак підтримувати такий рівень професіоналу часом буває дуже непросто. Крім професійних знань, обов'язкових для співробітника, відіграє роль сама його особистість, його власні ціннісні установки, моральні принципи та ідеали, а також наявність у нього прагнення бути постійно «на рівні». Головний обов'язок всіх співробітників РЦ полягає у повазі до гідності клієнтів, підтримці їхнього благополуччя, вони повинні уникати формування та підтримки uzалежнених відносин у роботі. Якщо людина звертається за допомогою, вона вже uzалежнена. Причому часто uzалежнення клієнта перетворюється на взаємоузалежнення. Клієнт приходить на реабілітацію не з порожніми руками. Він приносить із собою свої засоби маніпуляції, способи мобілізації та використання свого оточення, щоб люди робили за нього його роботу. І не потрібно дурити себе, думаючи, що його способи маніпуляції не розумні. Якщо фахівець завзято заперечує існування uzалежнених відносин, він ускладнює становище самого uzалежнення, сприяючи посиленню та поглибленню останньої у клієнта. Подолати проблему uzалежнених стосунків цілком неможливо, як неможливо знищити властиву всім нам потребу в коханні, теплі, емпатії, емоційній підтримці, що походять від інших людей. Однак треба розрізняти «хороше» узалежнення, яке допомагає, сприяє підтримці самооцінки на належному рівні, і погане, яке проявляється у потребі в комусь, хто позбавить нас необхідності мати справу з реальністю, перекладанню відповідальності за власне життя на іншого. Важливо так

побудувати взаємини з клієнтом, дотримуючись необхідного балансу між близькістю та кордонами, між uzалежненням та відчуженістю, щоб задоволення та радість, яку клієнт навчається відчувати від свого життя, були вільними та зрештою не залежали від професіонала. На завершення можна сказати, що тема кодифікування діяльності співробітника РЦ виявляється ще складнішою, ніж представлялася спочатку. Навіть очевидні питання за пильнішого розгляду знаходять додаткові нюанси і підводні камені, і вирішення їх аж ніяк не однозначне. Складність полягає також і в тому, що ситуації, які потребують втручання етики, є найскладнішими та найболючішими не тільки для клієнта, але й для професіонала. Однак, якщо виходити з безлічі міркувань, необхідність третьої, невиключеної позиції, нехай навіть дещо абстрактнішої, ніж професіонала-психолога, здається все ж таки цілком доречною. Питання ж, як поєднувати глибоке розуміння процесів, що відбуваються в реабілітаційному центрі, та якісну невиключену зовнішню етичну експертизу, так і залишається відкритим, так само, як завжди залишатимуться відкритими багато питань, що виникають в унікальних ситуаціях, що не увійшли до того чи іншого професійного кодексу.

Співробітники РЦ – це сукупність різних фахівців. Тут можуть бути присутні лікарі, психотерапевти, психологи, робітники кухні, консультанти, фітнес-тренери та ін. Необхідною умовою успішної роботи центру є те, що всі співробітники повністю поділяють і розуміють сутність реабілітаційної програми, яка реалізується в центрі. Якщо ця умова виконана, загальні збори співробітників центру достатньо ефективно можуть виконувати функцію внутрішньої експертизи у випадках конфліктних ситуацій етичного характеру. Єдність терапевтичних поглядів може стати запорукою того, що команда зможе вирішити етичні проблеми ставлячи пріоритетом благо клієнта.

Згідно з одним із досліджень, переважна більшість психологів поводить відповідно до своїх етичних переконань (Pope, Tabachnick, Keith-Spiegel, 1987). Крайні форми неетичної поведінки зустрічаються рідко. Наприклад, лише 1,9% психологів (до 7,7% згідно з іншими джерелами) вступали в сексуальний контакт зі своїми клієнтами, хоча 87,5% психологів зрідка або іноді відчували сексуальний потяг до своїх клієнтів. До рідкісних явищ відноситься також практика позичати гроші у клієнта (1,8%), продавати клієнту той чи інший товар (7,9%), починати з ним спільний бізнес (1,7%),

проводити терапію у стані алкогольного сп'яніння (5,9%) та роздягатися у присутності клієнта (1,3%).³²

Дев'ять кроків, які пропонується пройти один за одним у аналізі та вирішенні етичної проблеми:

1. **Визначте, що проблема стосується галузі етики.** У спробі зрозуміти, чи належить проблема до галузі етики, можуть допомогти визначення та аналіз загальних етичних принципів, що стосуються цієї ситуації. Такі принципи, як повага автономії, незаподіяння шкоди, справедливості та творення блага, найчастіше згадуються різними авторами як такі, що прямо відносяться до оцінки етичних проблем.

2. **Проконсультуйтеся з наявними документами та посібниками,** які можуть бути застосовані до цієї ситуації та містити в собі механізми для її вирішення. Необхідну інформацію можна знайти в етичному кодексі. Якщо ситуація описана в документі та наведені рішення, які вважаються неетичними, то завдання психолога спрощується та лінія поведінки прояснюється.

Інформація від усіх залучених до ситуації осіб має бути отримана на початку процесу. У цьому процесі мають бути оцінені та захищені права на конфіденційність.

3. **Розгляньте наскільки можливо всі ситуації, які можуть впливати на ваше рішення.** Найбільш поширена причина прийняття неефективних етичних рішень – нездатність об'єктивно розглянути ситуацію через наявні забобони, звичного ставлення до ситуації чи особистих потреб консультанта, що спотворюють сприйняття проблеми. Тому на цьому етапі консультанту важливо проаналізувати власні установки та потреби, які можуть впливати на його об'єктивність. Може допомогти консультація з колегою, якому консультант довіряє.

4. **Знайдіть колегу, якому ви можете довіряти, та проконсультуйтеся з ним.** Оскільки процес прийняття етичних рішень – дуже складна процедура, де виключена можливість суб'єктивності, величезну користь консультанту може принести зворотний зв'язок від інших фахівців. Модель пропонує вибрати колегу, який відомий своєю прихильністю до професії, чутливий до етичних питань і незалежний у професійному та/або особистому плані від консультанта, який ініціює дане обговорення. Це може бути особистий супервізор.

³² Pope K.S., Tabachnick B.G., & Keith-Spiegel P. Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*. 1987. V.42(11). P. 993.

5. Оцініть права, відповідальність та вразливість усіх залучених сторін. Досить часто трапляється, що причиною дефектного рішення стає недостатнє усвідомлення права однієї зі сторін на конфіденційність та зворотний зв'язок.

6. Знайдіть кілька альтернативних рішень. На цьому етапі не потрібно фокусуватися на тому, наскільки етичною є кожна з можливостей. Цілком припустимо, якщо альтернативи включають такі рішення, які за подальшого розгляду можуть виявитися марними, надто ризикованими, занадто дорогими або просто не підходящими. Нульове рішення (нічого не робити) також має бути включено до альтернатив.

7. Розгляньте всі можливі наслідки кожного із рішень. Наслідки можуть включати: економічні, психологічні та соціальні витрати; короткострокові, реальні та довгострокові ефекти; час і зусилля, необхідних для здійснення кожного з рішень, включаючи будь-які наявні обмеження; різні фактори ризику, такі як порушення прав індивіда; будь-які позитивні наслідки. Важливо також задокументувати цей етап, що може виявитися корисним, якщо ваше рішення викличе сумніви інших.

8. Зробіть вибір. Якщо всі попередні етапи були пройдені усвідомлено та сумлінно, то до моменту вирішального вибору фахівець повинен мати повний обсяг інформації. Найкраще рішення часто є очевидним.

9. Здійсніть рішення. Передбачається: розробити серію конкретних кроків, подолати моменти, що відволікають, подолати несподівані труднощі, пересилити втому та фрустрацію.

2.3. Інтегративна особистісно-орієнтована розвиваюча модель як основа системи реабілітації

Старков Д.Ю.

Абстракт. Надається огляд авторської Інтегративної особистісно-орієнтованої розвиваючої (IOOP) моделі реабілітації та психотерапії uzалежнених клієнтів. Головною ідеєю IOOP моделі є те, що на кожному етапі роботи з узалежненими клієнтами повинна застосовуватися окрема парадигма розгляду узалежнення. Розглядаються такі етапи роботи в цій моделі з відповідними психологічними парадигмами погляду на узалежнення: 1) стабілізаційний (системна парадигма); 2) психокорекційний (когнітивно-поведінкова парадигма); 3) реінтеграційний (гуманістична парадигма); 4) глибинний (психодинамічна парадигма); 5) екзистенційний.

Вступ

Представлена Інтегративна особистісно-орієнтована розвиваюча модель терапії адикцій (далі IOOP) – це авторський підхід, головним заданням якого є послідовне відновлення рівня функціонування особистості адикта, тобто проведення його зворотним до адиктивного регресу шляхом від субпсихотичного до вищих рівнів функціонування [1, 2, 3]. Отже, в IOOP моделі на різних етапах ремісії застосовуються різні психологічні парадигми концептуалізації стану клієнта та відповідні різні психотерапевтичні парадигми роботи з ним. У періоді зловживання ПАР особистість адикта пропонується розглядати через призму нейроцентричної парадигми. На першому етапі становлення ремісії (для алкогольного узалежнення до 3 місяців) пропонується застосовувати модель енактивізму, на другому (до 1 року) – когнітивно-поведінкову, на третьому (до 2-3 років) – гуманістичну. Четвертий етап (глибинний) використовує психодинамічну парадигму та опрацьовує дитячу історію. Далі в IOOP моделі пропонується п'ятий етап, що базується на парадигмі екзистенційної філософії, де відбуваються практичне осмислення головних філософських питань життя («Хто Я?», «Де Я?», «Навіщо Я?») і розвиток відносин із собою, іншими людьми, світом на усвідомленій осмисленій основі. Отже, IOOP модель без нульового мотиваційного має такі етапи: 1) стабілізаційний (системна парадигма); 2) психокорекційний (когнітивно-поведінкова парадигма); 3) реінтеграційний (гуманістична парадигма); 4) глибинний (психодинамічна парадигма); 5) екзистенційний.

Перший етап – стабілізаційний.

Провідний нейробіологічний синдром – постабстинентний синдром (ПАС), що проявляється в порушеннях мислення за формою, що нагадує сп'яніння, емоційному сплюсненні та лабільності гіпоманіакальних і дисфорійних емоційних проявів, неврологічних порушеннях уваги, пам'яті, координації, астеничному стані. Узагалі загострення ПАС нагадує напівп'яний/напівпохмільний стан. У сфері мислення також, окрім паралогічності та хаотичності мислення (схожого на «п'яне»), проявляється його конкретність (у деяких випадках аж до повної нездатності застосовувати абстрактне мислення до будь-яких особистісних відносин) з відповідними досить вираженими симптомами докладності, ригідності, резонерства, шаблонності (лозунговості) мислення. Режим металізації – психічної еквівалентності. Осмислення відносин з психоактивними речовинами (ПАР) схоже на стадію шоку в стадіях проживання втрат Е. Кюблер-Рос: за формального визнання проблем з уживанням ці клієнти не можуть аутентично «включитися» в емоційне проживання цих проблем, що породжує таке ж формальне, несерйозне ставлення. Загалом клієнтів на цьому етапі пропонується розглядати як тих, які знаходяться на субпсихотичному рівні функціонування, та застосовувати відповідні рекомендації (підтримуюча робота, відкритість терапевта, соціалізація та психоедукація).

Для алкогольного uzалежнення тривалість цього етапу становить 3 місяці (що зумовлено тривалістю перебігу гострої фази ПАС). Проте для інших видів хімічного uzалежнення може спостерігатися інша тривалість першого етапу. Тривалість субпсихотичного стану для споживачів «дизайнерських» стимуляторних наркотиків (також відомих як «солі») може бути більше трьох місяців, у деяких випадках – до півроку (часто це обумовлено не стільки ПАС, скільки повільним затяжним психоорганічним психоїдним станом). Крім того, ця група клієнтів обтяжена коморбідними процесуальними захворюваннями, можливо, рекомендації першого етапу IOOP моделі до них необхідно застосовувати впродовж досить тривалого періоду. Менш виражений за гостротою та тривалістю ПАС спостерігається в споживачів «класичних» стимуляторів (амфетамін, МДМА, кокаїн). Найменш виражений ПАС відмічається в споживачів опіумних наркотиків, крім того, в цих клієнтів він більшою мірою виражається в маніфестації сомато-вегетативних симптомів (маніфестує стан, аналогічний до «ломки»), ніж у порушеннях мислення (як це відбувається в алкоузалежнених), і за такої умови мало впливає на регрес особистості. Отже, рекомендована тривалість першого етапу терапії в IOOP моделі для алкоузалежнених

клієнтів становить 3 місяці, «сольових» споживачів може тривати до 6 місяців і більше, споживачів «класичних» стимуляторів – до 1-2. Для споживачів опіоїдів цей етап може бути скорочений до 1 місяця. Проте в гетерогенній групі стаціонарного реабілітаційного центру для того, щоб не порушувати груповий процес, краще не робити значної різниці в часі проходження першого етапу для споживачів різних наркотиків і зробити його приблизно рівним 2-4 місяцям для всіх категорій клієнтів (з можливістю індивідуальної корекції).

Як вже зазначалося, клієнти на цьому етапі розглядаються як ті, що функціонують на субпсихотичному рівні. В ідеаторній сфері в індивіда домінує аутичне (в розумінні Ж. Піаже) та конкретне мислення з такими характеристиками: «відрив» мислення від соціальної реальності; відсутність абстрактних когнітивних операцій і побудова асоціативних комплексів за вторинними ознаками (синкретизм), підкорення мисленнєвих процесів афектам. Важливо підкреслити, що такі особи можуть бути здатними до абстрактного мислення в якійсь окремій галузі, яку відірвано від реальності стосунків з іншими (наприклад, бути гарним математиком), проте в категорії соціальної реальності (наприклад, ті ж самі близькі стосунки) вони абстрактно мислити нездатні. Звідси випливає, що такі індивіди будуть знаходитися в режимі менталізації психічної еквівалентності, тобто сприймати свої думки не як репрезентацію реальності, а як власне реальність. Одним з наслідків буде «відрив» знаку від об'єкту мислення (тобто мова для такої людини набуває власного онтологічного статусу). Індивід на субпсихотичному рівні функціонування не здатний будувати соціальний образ Іншого, він живе у своїх проєкціях на Іншого, або, узагальнюючи, у своєму світі мрій, а соціальна реальність відіграє лише роль екрана для розгортання цієї мрієподібної діяльності. Можна надати іншу метафору – ми маємо індивіда з дорослим раціональним інтелектом (якщо виключене зниження за олігофренічним типом), але з соціальним інтелектом на рівні 3-річної дитини. У психодинамічному розумінні в такої людини відсутні тест соціальної реальності та Его, що спостерігає. З підкорення мисленнєвих процесів афектам і відсутності абстрактного соціального мислення впливають важливі характеристики мотиваційної сфери: 1) підкорення мотивації принципам задоволення; 2) відсутність цінностей як таких і смисложиттєвих орієнтирів. Замість соціальних цінностей у такої людини будуть присутні констеляції «табу», побудовані на функції страху соціального покарання, або соціальні шаблони, що не будуть мати характеристики внутрішнього его-синтоного «необхідного» (цінності функціонують за принципом зовнішнього «не можна/необхідно»). Така

«ціннісна» система буде регулювати діяльність через афект примітивної провини (провини, що має в основі афект страху) і, як наслідок, сприйматися персикаторною, тому дамо їм визначення «персикаторних цінностей» («цінності – це те, що мене переслідує»). Тому й відносини з «цінностями» будуть відповідні «шизоїдно-параноїдним» – підкорення, агресивний напад, параноїдна втеча. «Інший» буде сприйматися не як ціннісний об'єкт «сам собою», а як функція задоволення потреб або джерело небезпеки, водночас інтеграція цих двох функцій буде недоступною (як наслідок, спостерігаємо хаотичні зміни у відносинах від симбіотичної прив'язаності до параноїдного характеру відносин). Сукупність потреб не буде набувати ієрархічної структури (через відсутність ієрархізації свідомості) та буде набувати системної самоорганізації за законами нерівноважних систем (саме тому для її опису можливий системний підхід, зокрема модель енактивізму). Самі потреби будуть усвідомлюватися через афективну складову та не будуть мати стійкого усвідомленого й осмисленого образу, а соціальні «цінності» будуть мати «шаблонні» образи, не насичені емоційною складовою. Часову перспективу буде редуковано до «тут і зараз» (тобто будемо спостерігати відсутність автобіографічного часу), часове сприйняття – циклічне. Прийняття рішень відбувається спонтанно, в якому не простежуються раціональні причинно-наслідкові зв'язки (як у точці біфуркації нерівноважної системи). Відчуття суб'єктності буде відсутнім.

В IOOP моделі на першому етапі терапії узалежнення для концептуалізації клієнтів пропонується застосовувати системний підхід, зокрема модель енактивізму. У цій концепції пропонується розглядати психіку клієнта як нестійку підсистему (з'єднану циклічними зворотними зв'язками зі зовнішньою метасистемою), що знаходиться в точці біфуркації. Цей погляд дає важливе розуміння, що пошук будь-яких каузальних зв'язків і робота з ними можуть бути марними (у точці біфуркації вибір спонтанний, його неможливо передбачити та визначити), тому працювати потрібно не стільки з причинами симптомів і допомогою клієнту в їх усвідомленні (як це робиться в класичних моделях психотерапії), скільки з загальною стабілізацією системи та спрямуванням її розвитку в необхідному напрямі.

Рекомендації до психотерапії на цьому етапі такі. Головна мета – стабілізація стану клієнта та фасилітація розвиваючих сил особистості. Терапевту (психологу, консультанту) важливо бути фігурою «наставника», яка відображає якості директивності, підтримки, ресурсності, відкритості. Для клієнта важливі підтримуючі ресурсні симбіотичні відносини (в яких він зможе примітивно ідеалізувати свого «наставника-терапевта»). Пропонуються такі обмеження в роботі: протипоказані техніки регресу,

занурення в почуття, розщеплення на субособистості, емпатичні саморозкриття терапевта (але можна застосовувати стабілізуючі саморозкриття: «я вірю, що ти зможеш досягнути...!» тощо), катарсичні техніки, конфронтація захистів особистості, робота з об'єктивними відносинами, контрперенесенням, максимально обмежені експресивні техніки (рекомендується застосовувати тільки для роботи з потягом до вживання), обмежена робота з границями (зазвичай необхідне їх директивне позначення без глибокого обговорення з клієнтом), метафорою. Рекомендується застосовувати техніки конфронтації узалежнення (узалеженого мислення, робота з потягом тощо), ресурсні та стабілізаційні техніки, психоедукацію та дидактичні директиви, директивні техніки встановлення границь. Водночас фахівець повинен виконати такі завдання: встановлення контакту, чітких контрактів і границь, навіювання надії, зменшення тривоги та психологічного напруження, наповнення ресурсами, робота з потягом, психоедукація та навчання основам самоаналізу.

Практика показує, що найпродуктивнішою формою роботи з хімічно узалежненими особами, є групова. Вона може проводитися у вигляді дискусійних терапевтичних груп, поведінкових і соціально-психологічних тренінгів, мотиваційно-інформаційних групових занять та інших форм групової терапії.

У літературі описуються різні чинники, що мають терапевтичний вплив на клієнтів під час групової роботи, з яких для роботи з узалежненими клієнтами можна виділити катарсис, універсальність переживань, участь в інтерперсональних стосунках, навіювання надії, імітаційну поведінку, отримання достовірної інформації, розвиток здорової соціалізованої техніки. Водночас позитивний вплив деяких чинників у груповій роботі з «не хімічно узалежненими» ставиться нами під сумнів. Одним з таких чинників є групова згуртованість. Згідно з нашими спостереженнями, на початкових стадіях одужання група узалежнених клієнтів має тенденцію до об'єднання через «адиктивні» або інші «патологічні» частини особистості, що призводить до групового саботажу процесу одужання. Тому не має сенсу проводити посилену роботу над об'єднанням групи, а в деяких випадках навіть варто робити інтервенції на зменшення групової згуртованості. Наступний чинник, з впливом якого треба бути обережним, – це прояв клієнтами альтруїзму. Для узалежнених осіб характерний розвиток співузалежнених патернів поведінки, одним з яких є патологічне зневажання власними проблемами заради вирішення чужих. Тому важливими у видужанні узалежнених осіб є розвиток навичок взяття відповідальності за своє одужання та прояв «здорового егоїзму». Часто серед терапевтичних чинників групової роботи

згадують аналіз коригувального впливу батьківської сім'ї. Ми вважаємо, що час для роботи з проблемами дитинства та корекції впливу батьківської сім'ї прийде не раніше, ніж через декілька років одужання. Передчасне звернення до цієї теми може призвести до негативних результатів. Також слід бути уважним у груповій роботі з чинником зворотного зв'язку. Люди, які страждають від uzалежнення, мають тенденцію давати досить деструктивний зворотний зв'язок як за формою, так і за змістом. Тому терапевтові слід обмежувати деструктивний зворотний зв'язок, заохочувати конструктивний, проводити інтервенції щодо навчання конструктивним формам зворотного зв'язку, давати власний зворотний зв'язок (який у деяких випадках може протистояти думці всієї групи).

Основні завдання, що відносяться до питань групової динаміки, які терапевтові необхідно вирішити на першому етапі реабілітації: робота з особистісною тривогою учасників групи, пов'язаною з початком реабілітаційного процесу; первинна діагностика; формування стилю роботи та стосунків з кожним окремим реабілітантом і всією групою загалом; подолання скептицизму та ворожості до процесу реабілітації; допомога реабілітантам в усвідомленні своїх бар'єрів у спілкуванні та їх конструктивному опрацюванні; демонстрація конструктивних способів спілкування та вирішення міжособистісних конфліктів; робота з агресивністю (найкращим способом є прийняття агресивного удару на себе з подальшою демонстрацією конструктивного виходу з конфлікту).

Враховуючи це, можна зробити висновок про необхідність активної та директивної позиції терапевта в груповій роботі на початкових стадіях одужання клієнтів. Окрім активно-директивної позиції, керівникові групи слід брати на себе роль головного експерта у вирішенні питань, бути зразком для наслідування та фасилітувати групову роботу.

На цьому етапі рекомендуються такі методи роботи.

Психотерапія повинна бути насиченою стабілізаційними техніками, насамперед тілесними, зокрема уповільненого дихання, прогресивної м'язової релаксації, аутогенного тренування.

Іншим напрямом роботи є аналіз усього стилю життя та його зміна «тут і зараз». Насамперед обов'язковими є письмове планування й аналіз дня. Для аналізу стилю життя можна використовувати адаптовану формулу HABITS з методу Мюрей, наповнюючи її змістом системоутворюючих функцій (відмова від уживання потребує перебудови всієї системи звичок, тобто всього стилю життя, а не просто розриву асоціативних зв'язків). Hungry (голодний) – правило здорового фізичного способу життя, здорове харчування, регулярна зарядка й інші фізичні вправи, релаксації,

нормальний режим сну, за необхідності обстеження в лікаря тощо. Angry (злий) – правило здорового психологічного способу життя. У цьому правилі рекомендується перебудувати життя так, щоб не тільки уникати негативних, а й отримувати «позитивні» емоції – радість, умиротворення, безтурботність, гармонію тощо. Потрібно подумати, які заняття та де можуть давати цей позитивний емоційний фон. Bored (нудьгуючий) – правило активного та цікавого способу життя. Якщо незалежна людина може собі дозволити жити пасивно та нудно, то для uzалежненої це вкрай небезпечно. Потрібно думати над своїми хобі, інтересами, діяльністю, що приносить вам усвідомленість і задоволеність. Якщо є така можливість, рекомендується шукати таку роботу, яка цікава. Isolated (ізолюваний) – правило приєднання до груп і спілкування. Узалежнення часто називають хворобою самотності й ізоляції. Стиль життя повинен бути перебудований так, щоб виключити цей фактор. У цьому можуть добре допомогти групи взаємодопомоги (наприклад, АА/АН). Крім того, до свого графіку життя необхідно включати зустрічі з друзями (зрозуміло, тверезими), спілкування за інтересами, відвідування громадських заходів тощо. Tired (втомлений) – правило правильного режиму роботи/відпочинку. Один з найбільш поширених чинників зриву – перевантаження на роботі. Їй потрібно приділяти рівно стільки часу та зусиль, скільки ви можете собі безпечно дозволити (вважається, що 40 робочих годин на тиждень – це максимальна робоче навантаження, яке може собі дозволити здорова людина). Для uzалежненої людини ця кількість зазвичай менша, але підбирати оптимальну кількість робочих годин кожен повинен індивідуально. Нормальна погодинна ритмічність роботи-відпочинку – 45 хв. роботи/15 хв відпочинку. Після роботи слід виділити собі спеціальні 30-45 хв. для активного відпочинку від роботи – зміни активності (для розумового працівника це можуть бути активні фізичні навантаження, спортзал тощо; фізичного – релаксуючі заняття – прогулянка, ванна або сауна, масаж, йога тощо). Але потрібно пам'ятати: відпочинок від роботи – це спеціальна діяльність зі зняття напруги після роботи. Лежання на дивані, телевізор, комп'ютер – відпочинком не є. Stressed (стресований) – правило гармонійного способу життя, що виключає стреси та напруженість. Потрібно пам'ятати, що найвища напруженість буває в найбільш близьких відносинах, саме за їх гармонійністю насамперед необхідно стежити. У більшості випадків від відносин, що викликають напругу, доводиться на час віддалятися. Необхідно ввести правило щоденних занять з релаксації (не менше 30 хв. на день).

Важливим напрямом є психоедукаційна робота. Вона проводиться як через інформаційні заняття, так і через написання спеціальних письмових завдань, що складаються з короткої теоретичної та практичної частин. У цих завданнях розкриті головні необхідні знання про uzалежнення та потрібні рекомендації. Приклад завдань із центру «Сенс» наведений у додатку С.

Для розвитку самоусвідомлення використовується щоденник самоаналізу. Спочатку для клієнтів вводяться два рівні реагування на події. Автоматичний рівень: автоматичні думки (АД), автоматичні емоції (АЕ), автоматичні бажання (АБ), автоматичні поведінкові операції (АП) (рівень автоматичних поведінкових операцій відповідає на питання «як?», а не «що?»: наприклад, поведінка «мовчу» – це усвідомлений рівень, автоматичний рівень «як мовчу?» – злісно, пригнічено, злякано тощо). Програми цих автоматів виробляються, починаючи з раннього дитинства протягом усього життя, та зберігаються в підсвідомому рівні психіки. Реакція на ситуацію відбувається за формулою П (подія)→АМ→АЕ→АБ→АП→Р (результат – психічний стан) (тобто розширена формула когнітивної психології $S \rightarrow K \rightarrow R$). Усвідомлений рівень: Людина обмірковує ситуацію, керуючись розумом, свідомістю; усвідомлює свої почуття до цієї ситуації та приймає або змінює їх; ставить усвідомлені цілі, до яких хотіла б прийти наприкінці ситуації; здійснює усвідомлені спрямовані дії. За усвідомлену реакцію в людини відповідає психологічний рівень Свідомості. Перший етап ведення щоденника самоаналізу – усвідомлення своїх автоматичних реакцій на ситуацію, обміркування їх і «перепрограмування» (свідомий пошук нових здорових «програм» автоматичного реагування). Далі, для другого етапу самоаналізу, пропонуються такі філософські формули: 1) Аналіз зон психологічної відповідальності та безсилля. Зона психологічної відповідальності – це те, що я безпосередньо можу регулювати за допомогою своєї психічної енергії (це тільки мої думки, емоції, бажання та поведінка «тут і зараз»). Зона безсилля – це те, що я прямо не можу змінити за допомогою своєї психічної енергії, а можу впливати тільки через свої вчинки (зона безсилля – це все, що лежить поза моєю особистістю, минуле та майбутнє). Виходить, що зоною психологічної відповідальності людини є її психологічний стан (думки, емоції, бажання, поведінка) «тут і зараз». У такому випадку невротичною автоматичною реакцією людини буде будь-яка реакція, в якій її психічна енергія спрямована на зовнішній світ, минуле або майбутнє (тобто психічна енергія йде в зону психологічного безсилля). Безглуздо переживати гарячі (діяльнісні) до того, що змінити не можу – «я безсилий перед світом». Та безглуздо думати, що це світ вимусив мене відчути, це насправді моя вивчена реакція – «світ безсилий перед мною». 2)

Аналіз того, що насправді мене вимушує відчувати негативні стани не самі події, а мої уявлення про події. Тобто є факти, а є мої інтерпретації. Проблема людини, що вона ставиться до своїх інтерпретацій, як до фактів. 3) Для зміни поведінкової реакції на здорову необхідно: а) визнати своє безсилля змінити щось у цій ситуації за допомогою своєї психічної енергії; б) емоційно «дозволити» бути тому, що неможливо змінити за допомогою своєї психічної енергії – зовнішній світ, минуле, майбутнє. Часто допомагає «дозволити» відбуватися та бути тому, що від мене не залежить змінити, знаходження гіпотетичної умови, за якої я точно можу цьому дозволити бути, наприклад, певної грошової винагороди. Тоді, замість відчуття «цього в принципі неможливо вирішити бути/відбуватися», психіка «розуміє», що, в принципі, цьому можна дозволити бути, просто необхідна якась умова. Інакше кажучи, перед тим, як розумно щось зробити, необхідно «відпустити ситуацію» або «простити». Робити не для того, щоб щось проконтролювати або змінити, а виходячи зі своєї етики. Ці три кроки аналізу можна порівняти з трьома першими кроками програми «12 Кроків»: 1. Визнання свого безсилля. 2. Повернення здорового глузду. 3. Повернення керування світом Богу. Приклад аналізу ситуацій за цією схемою наведено у табл. 2.3.1.

Ще одним необхідним напрямом роботи на цьому етапі реабілітації є тренінг профілактики потягу до вживання ПАР. Цю роботу рекомендовано проводити через усвідомлення тригерів, когнітивних, емоційних, мотиваційних, соматичних і поведінкових компонентів крейвінгу, застосування відповідних рекомендацій щодо самодопомоги або психокорекційних технік. Докладно тренінг з профілактики крейвінгу описано в іншому підрозділі.

Проте все ж таки головним фактором ефективності роботи є створення підтримуючої, дружньої, безпечної та цікавої атмосфери в групі. Це й є головним завданням фахівців на цьому етапі реабілітації.

Таблиця 2.3.1.

Приклад заповнення щоденника самоаналізу для першого етапу реабілітації

Подія	Автоматичне мислення	Автоматичні емоції	Автоматичні бажання	Автоматична поведінка	Результат, аналіз
Не встиг на автобус	ненормативна лексика	злість	побити водія	лаююсь (агресивний тип поведінки)	подразнення Аналіз: 1) Зони безсилля та відповідальності. Автобус не міг заставити мене злитися – це моя реакція, і маю нести за неї
	буває	легкий смуток	забути	«махаю рукою» (психологічно виходжу з ситуації)	

					відповідальність, а не автобус. Безглуздо злитися на автобус – я своїми емоціями нічого не зроблю, крім поганого настрою собі. 2) Здоровий глузд Те що поїхав автобус – це факт, те що він «козел» – це не факт, а моя інтерпретація. У мене негативна реакція не через факт, а через те, що я до своїх думок ставлюсь як до фактів. 3) Прощення. Перед тим як мені щось робити, я повинен «простити автобус», тобто дозволити йому поїхати, а потім уже шукати шляхи вирішення ситуації.

Другий етап – психокорекційний.

Його тривалість – до року тверезості, а у випадках клієнтів з початковою базовою межевою організацією особистості може тривати і довше. Перехід на цей етап обумовлений зменшенням гостроти ПАС та зменшенням пригнічення діяльності префронтальної кори, що дає можливість «включитися» абстрактному мисленню.

З іншого боку, на цьому етапі загострюється синдром адиктивної ангедонії (який переважно пов'язаний зі зменшенням D2 дофамінових рецепторів), що призводить до депресивних переживань і гіпотимії, зниження здатності отримувати радість від життя, мотиваційного колапсу (відсутність інтересу до чого-небудь). У сфері мислення загострюється егоцентризм, що спричиняє безліч явно виражених когнітивних спотворень (повинування, дихотомічне мислення, гіпергенералізація тощо). Режим металізації – телеологічний. В емоційній сфері поступово знімається сплюснення (яке було обумовлене ПАС), у клієнтів «включаються» переживання, але через явища алекситимії, а також елементарної емоційної неграмотності вони не можуть їх розпізнати й адекватно проживати. Також на цьому етапі проходить стадія шоку та запускається болісний процес

проживання втрати, що призводить до загострення почуттів провини, сорому, злості, образи, жалю до себе тощо. У клієнтів також активізується система захистів вищого рівня, ніж заперечення та примітивна ідеалізація (які були провідними на минулому етапі), – розщеплення та проєктивна ідентифікація. Це провокує початок активних «психологічних ігор» (у розумінні Е. Берна) в психотерапії.

В IOOP моделі на цьому етапі клієнтів розглядають як таких, які перебувають на нижчому межовому рівні функціонування, використовується когнітивно-поведінкова модель концептуалізації.

На нижчому межовому рівні в індивіда з'являється здатність до егоцентричного мислення (за Ж. Піаже). На відміну від аутичного, в егоцентричному мисленні індивід здатен до осмислення соціальної реальності (тестування соціальної реальності), але водночас головною дефіцитарною характеристикою цього рівня мислення є нездатність індивіда до децентрації, тобто розглядання свого «Я» та відносин з Іншим з боку («Я» індивіда, як завжди, знаходиться в центрі світу, тому він сам завжди «випадає» зі свого мисленнєвого зору). Проте егоцентричний мисленнєвий рівень не буде провідним. Тобто ми будемо спостерігати ситуацію переключення двох рівнів мислення – егоцентричного й аутичного. Таке співвідношення аутичного й егоцентричного рівнів не можна назвати конкуренцією, бо конкуренція можлива лише за двох рівноправних цілісних процесів. А тут скоріше маємо картину дискретного тимчасового лакунарного «включення» егоцентричного мислення на тлі цілісного процесу аутичного мислення. Тобто перехід на аутичне мислення такий індивід не сприймає як регрес (як би це робила людина з невротичною організацією, або, навіть, з вищою межовою організацією), він не відчуває континуальності переходу, як наслідок, не працює техніка конфронтації. В індивіда не буде цілісного образу Я, Іншого та Реальності на егоцентричному рівні осмислення, лише деякі лакуни будуть тимчасово осмислюватися егоцентрично. Таке «розщеплення» осмислення реальності між аутичним та егоцентричним режимом, нестійкість егоцентричних образів Я, Іншого та Реальності будемо вважати головною характеристикою нижчого межового рівня функціонування. У мотиваційній сфері будемо спостерігати появу цінностей у класичному розумінні (назвемо їх синтоніми цінностями). Проте такий образ цих цінностей не буде постійним і буде змінюватися персикуторно. Тобто характер цінності того чи іншого об'єкту буде коливатися від синтонно-ціннісного до персикуторно-ціннісного. Це буде визначати характер відносин з Іншим, який в один момент часу буде сприйматися як синтонна цінність, інший – персикуторна цінність і/або

функція задоволення потреб. Режим менталізації – телеологічний. В емоційному плані будуть відмічатися коливання від невротичної провини (побудованої на емпатії) до безсуб'єктних анемпатичних афектів (агресія, страх, задоволення тощо, як від контакту з неживим предметом). Така ситуація буде результуватися у відчутті постійної вітальної тривоги. Образи цінностей і потреб будуть нестійкими, сприйняття часу – дифузним. Хоча автобіографічний час буде ніби присутнім, він буде мати характеристики хаотичної картини незв'язаних дискретних ділянок. Тобто, хоча такий індивід здатний до лінійного сприйняття часу та сприймає в такий спосіб окремі моменти своєї історії, всю історію загалом він так сприйняти не спроможний. Прийняття рішень коливається між двома режимами – свідомого та спонтанного. У плані суб'єктності в таких індивідів з'являється відчуття недостатності своєї суб'єктності, але повною мірою це стає проблемою вже на наступному рівні функціонування.

Основною метою психотерапії є відновлення системи регуляції психіки (або, як сказали б психоаналітики, відновлення функцій Его), функцію якої і виконувало вживання ПАР. Стиль психотерапії використовується як для «класичних» межових клієнтів – експресивний стиль роботи, стійкість терапевта, робота з межами, розвиток менталізації та копінг ресурсів. У процесі психотерапії терапевту (як і терапевтичній групі) необхідно бути стійким і постійним об'єктом.

Обмеження в терапії такі: протипоказані техніки регресу, занурення в почуття, розщеплення на субособистості, емпатичні саморозкриття терапевта, глибокі катарсичні експресивні техніки. Рекомендовані техніки: розвиток менталізації, конфронтація, робота з межами, експресивні техніки «тут і зараз», метафоричні техніки, тренінг (копінгів, комунікації й асертивної поведінки, самоаналізу), робота з дисфункціональним мисленням. Завдання цього етапу: опрацювання історії вживання (звільнення від провини та сорому, інтеграція нормативної й адиктивної субособистостей на свідомому рівні), розвиток системи регуляції психічних процесів, символізації емоції і їхньої вербалізації, розвиток менталізації, постановка меж у соціальних відносинах, навички відстеження наростання напруження та його профілактика.

На другому етапі реабілітації пропонуються такі методи роботи з клієнтами. Насамперед, хоча на цьому етапі і пропонується використовувати для концептуалізації КПТ модель, проте водночас вкрай важливо пам'ятати про психодинамічну метатехніку, як-от холдингу (осмислення через концепцію контрпереносу та внутрішнє опрацювання почуттів, без конфронтації клієнта, «тримання на руках»). Допомога клієнтові в

осмисленні терапевтичної ситуації та відповідне «розплутування» його внутрішніх переживань на цьому етапі передчасні. Тобто вербальні інтерпретації проєктивних ідентифікацій клієнта переважно психотерапевту застосовувати не рекомендується, достатньо осмислювати реакції, які клієнт викликає, через концепцію контрперенесення, проєктивної ідентифікації та розщеплення. Іншим теоретичним дискурсом, через який можливо осмислювати цей процес, є транзактноаналітична теорія психологічних ігор Е. Берна. У будь-якому разі психотерапевтові рекомендується бути достатньо терплячим і стійким, працюючи над своїми почуттями, збереженням почуття прийняття та любові до клієнта, попри його «ігри», а не експліцитно аналізувати поведінку клієнта, почуття, які він викликає в інших, групові процеси розщеплення та психологічні ігри (такі інтерпретації саме на цьому етапі реабілітації клієнт буде сприймати як напад).

Як вже зазначалося, головною метою цього етапу є відновлення системи регуляції, зокрема її когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів. Це досягається за допомогою тренінгу самоаналізу, зокрема ведення щоденника самоаналізу більш ускладненої форми, ніж на першому етапі, де застосовується розширена модель РЕПТ А. Еліса роботи з автоматичними думками до аналогічної роботи з автоматичними емоціями, автоматичними бажаннями й автоматичними поведінковими операціями. Уводиться поняття адаптивних і неадаптивних «прихованих схем автоматичного реагування». Неадаптивними схемами неадаптивного реагування є повинування, невідповідність емоцій рівню ситуації, нереалістичні бажання, управління світом тощо. Відповідними адаптивними схемами реагування можуть бути: мислення в стилі дозволів («має право та може бути»), адекватних ситуації емоцій, реалістичних бажань, управління собою (табл. 2.3.2). Для зміни схем можуть використовуватися відповідні експресивні техніки з арсеналу КПТ, НЛП, гештальт-терапії тощо. Наприклад, для зміни схеми реагування з неадекватних ситуації емоцій на адекватні можемо застосувати техніку рефреймінгу.

Таблиця 2.3.2

Приклад заповнення щоденника самоаналізу для другого етапу реабілітації

Подія	Думки	Емоції	Бажання	Поведінка	Результат, аналіз
Не встиг на автобус	ненормативна лексика	злість	побити водія	лаюсь (агресивний тип поведінки)	подрознення
	стара прихована схема реагування: повинен був дочекатися – я повинен був встигнути нова схема: дозвіл автобус мав право та міг мене не дочекатися – я мав право та міг на нього зазіснити	стара прихована схема реагування: перебільшення емоцій злість – 8 балів, ситуація – 1 бал нова схема реагування: відповідність емоцій ситуації ситуація – 1 бал, злість – 1 бал	стара прихована схема реагування: нереалістичні бажання хочу, щоб такої ситуації не було нова схема: реалістичні бажання хочу заспокоїтися та доїхати іншим шляхом	стара прихована схема реагування: управління світом (як змінити ситуацію, що вже відбулася?) намагаюся примусити автобус, що вже від'їхав, зачекати мене нова схема реагування управління собою (а що мені робити в цій ситуації?): відпустити ситуацію	
	буває	легка прикрість	«не паритися»	перекладаю на пошук нового маршруту	спокій

Також клієнтові необхідна допомога в процесі проживання втрати (що технічно досягається за допомогою написання відповідних завдань з аналізу втрат). Ці завдання будуються на основі питань про історію розвитку симптому за художньою схемою: пролог, початок, зав'язка, розвиток, кульмінація, розв'язка, епілог (з альтернативними варіантами). Наприклад, для дослідження розвитку стану абстинентного синдрому клієнта просять написати розповідь, спираючись на питання: 1) Який стан був вранці до початку вживання? 2) Який стан був вранці на початку вживання? 3) Описати перший стан постінтоксикації. 4) Описати абстинентний синдром на початковій стадії зловживання. 5) Описати абстинентний синдром на середній стадії зловживання. 6) Описати абстинентний синдром на останній стадії зловживання. 7) Докладно художньо описати свій найгірший абстинентний синдром. 8) Описати, яким буде абстинентний синдром у разі подальшого продовження зловживання. 9) Який стан буде вранці у разі припинення зловживання? 10) Що ви готові робити, щоб не повернутися до стану абстинентного синдрому? Такі завдання клієнтові даються, спираючись на основні симптоми uzалежнення: абстинентний синдром, втрата дозового та ситуаційного контролю, часу, грошей, стосунків, наявність емоційних проблем тощо. Завдання даються клієнтові як домашні, він їх виконує письмово вдома, а потім розповідає на групі. Через такий процес відбуваються поступове проживання втрат внаслідок зловживання та їх прийняття. На закінчення дається завдання з повного опису історії свого зловживання.

У профілактиці рецидиву акценти зміщуються з роботи з тягою на роботу з профілактики стресу. Для цього можна використовувати відому схему профілактики процесу зриву Т. Горського.

Третій етап – реінтеграційний.

Він починається зі закінчення першого року тверезості, його рекомендована тривалість становить 2 роки. У нейробіологічній сфері на перший план виходять порушення в серотоніновій системі (слабкий емоційний контакт з власними потребами та потребами інших, імпульсивність тощо) замість «дофамінових» проблем, що були на попередніх етапах. В особистісній сфері на перше місце виходять проблеми нарцисичної регуляції (простіше кажучи, проблеми самооцінки), екзистенційні кризи (самотності, безглуздості, несправедливості тощо), проблеми побудови стосунків. Режим менталізації – псевдоменталізація.

На вищому межовому рівні функціонування особистості психічні процеси другого рівня набувають своєї цілісності. В ідеаторній сфері індивід

складає цілісний образ Іншого та Реальності. Проте через девальвацію функції свідомості переживання та побудови стосунків такий індивід не здатен будувати аутентичний емоційний контакт і буде страждати від цього (відчуття «маски»). Якщо погратися з термінологією, то можна стверджувати, що такий індивід має тест соціальної реальності, але не має тесту суб'єктивної реальності. Хоча, на відміну від субпсихотичного рівня, тут є розуміння існування внутрішнього світу свого й іншого (мається на увазі інтуїтивне розуміння, а не інтелектуальне, яке індивід може мати і на субпсихотичному рівні), проте такий індивід не має засобів контакту між зовнішнім і внутрішнім світом. У термінах менталізації це відповідає режиму псевдоменталізації (модусу вдавання або ігрового модусу), коли ідеї не перекидають місток між внутрішньою та зовнішньою реальністю й, як наслідок, психічний світ «відрізаний» від зовнішньої реальності. На емоційному рівні це відображається тяжким екзистенційним відчуттям внутрішньої порожнечі. Також у цих індивідів емоційні процеси незв'язані з ідеаторними, тому афекти часто не відповідають змісту думок, а коли відповідають, то це лише раціональне розуміння своїх емоцій, а не внутрішній імпліцитний синтетичний зв'язок мисленнєвих та емоційних процесів. Власне, зв'язування емоційних та ідеаторних процесів і буде однією з основних мішеней терапії таких клієнтів. У мотиваційній сфері такий стан буде відображатися дифузною картиною ціннісної сфери. Такий індивід буде мати (на відміну від особи на нижчому межовому рівні) чітке відчуття ціннісних категорій, його ціннісна сфера особистості набуває характеру відокремленої від сфери потреб самостійної системи. Проте ця система, з одного боку, не є ієрархізованою та структурованою (бо ієрархізована структура може бути набутою лише «під керівництвом» вищої категорії смислів, що з'являється лише на невротичному рівні), з іншого, не має емоційного зв'язку з реалізацією в зовнішньому світі. Такий індивід буде «шукати себе» (а не «реалізовувати себе»), часто змінювати види діяльності, його будуть експліцитно або імпліцитно турбувати питання «Хто Я?», «Що мені насправді цікаво?», «Який у цій діяльності сенс?». Відносини з іншим не будуть обтяжені емоційною глибиною (хоча водночас можуть бути поверхнево емоційно насиченими й екзальтованими). Емоційна сфера характеризується відсутністю глибокої емпатії (емпатична реакція відбувається лише на явну поведінку іншого). Образи цінностей стійкі, проте, як вже зазначалося вище, самі цінності мають плінний, нестійкий характер, змінюючи одна одну. Сприйняття часу лінійне, автобіографічний час значно зміщений у минуле. Водночас, хоча ми маємо лінійний автобіографічний наратив, у ньому буде відсутній рівень емоційних причинно-наслідкових

зв'язків. Прийняття рішень на раціональному рівні має адекватний характер, проте водночас – поганий зв'язок з емоційною складовою (розуміння, чого я насправді хочу). Немає емоційного опосередкування дій дальніми цілями (мовою діяльнісного підходу можна сказати, що у такого індивіда наявні лише дії, але відсутня діяльність). Такі особи глибоко імпліцитно страждають від відчуття відсутності власної суб'єктності.

Цей період можна охарактеризувати кризою повернення до стосунків із соціальністю. Сенси назви цього етапу – реінтеграція людини назад в систему стосунків з людьми. Клієнтів на цьому етапі пропонується розглядати як таких, які функціонують на вищому межовому рівні, та передбачається екзистенційно-гуманістичний підхід. Головна мета – відновлення нарцисичної рівноваги та здатності встановлювати автентичні стосунки. На цьому етапі не рекомендується проводити техніки регресу в дитинство, рекомендується працювати «тут і зараз». Кращою на цьому етапі, як і на попередніх, є групова терапія. Групи пропонується робити динамічними, більш сконцентрованими на груповому процесі. Пропонуються різні експресивні техніки екстерналізації й опрацювання внутрішньоособистісного та міжособистісного конфліктів (психодрама, арт-терапія тощо). Проте головним цілющим чинником є динаміка побудови автентичних стосунків у групі (або з психотерапевтом в індивідуальній роботі). Якщо на попередніх етапах групи були ротаційними, то на цьому етапі пропонується робити закриті групи. Загалом робота стає все менш специфічною та більш схожою на динамічну групову терапію клієнтів без узалежнення, проте рекомендується регулярно робити прояснення, як раніше вживання ПАР вирішувало внутрішньоособистісні та міжособистісні конфлікти. Крім цього, пропонується глибока експресивна робота з адиктивною та нормативною субособистостями зі зануренням клієнта в цей конфлікт.

Рекомендаціями з технічного арсеналу психотерапевта на цьому етапі є такі. Насамперед, на відміну від холдингу на другому етапі, де психотерапевтові рекомендувалося проводити виключно внутрішній аналіз для розуміння клієнта з терплячим та приймаючим зовнішнім ставленням, на цьому етапі вже рекомендується активно використовувати експліцитний аналіз неявного рівня міжособистісної поведінки клієнта – його психологічних ігор, проєктивних ідентифікацій, процесу розщеплення (тобто використовується аналітична техніка контейнування). Або, використовуючи мову когнітивно-поведінкової парадигми, якщо на перших двох етапах тренінг комунікації зосереджувався на поведінкових та

інформаційних аспектах, то на третьому активно досліджується невербальний рівень комунікації.

Як вже зазначалося вище, для клієнтів аналіз внутрішніх конфліктів краще проводити через екстерналізуючі вправи – психодраму, арт-терапію, метафоричні карти тощо. Схема розбору ситуацій здебільшого є такою: зовнішній конфлікт – інтерпретація зовнішнього конфлікту як проєкції внутрішнього – вирішення внутрішнього конфлікту – нова поведінка у зовнішньому конфлікті. За такої умови добре працює транзактноаналітична концептуалізація особистості через его-стани Дорослого, Батька та Дитини. Багато конфліктів можна представити через таку взаємодію: надто потужний «мінус-контролюючий» Батьківський стан, «виключений вільний» Дитячий стан, пасивний Дорослий стан і його контамінація адаптивним Дитячим его-станом та Батьківським его-станом. Наприклад, конфлікт з дружиною можна уявити як проєкцію на неї свого «мінус-контролюючого Батька», входження самого в «мінус адаптивну Дитину» та виключення «Дорослого» его-стану, та розіграти цей конфлікт у психодраматичній інтерпретації. Отже, зовнішній конфлікт постає як проєкція внутрішнього. Далі через «включення Дорослого» его-стану відбувається пошук його вирішення. Останнім етапом є повернення до зовнішнього конфлікту та його вирішення з акцентом на адекватний прояв автентичних почуттів. Специфікою роботи з адиктивними клієнтами є додаткові інтерпретації спроб вирішення конфліктів через уживання, які рекомендується проводити для більшості ситуацій. Через цю схему можна інтерпретувати споживання як спробу «вивільнення Спонтанної Дитини» у період зловживання за аналогічних конфліктів. У разі виконання таких вправ на цьому етапі не можна проводити аналіз перенесення в дитинство, генетичні інтерпретації та реконструкційну психотерапію – пряма робота з дитячими травмами на цьому етапі може ретравмувати клієнта та призвести до наркотичного зриву.

Третім напрямом роботи є розкриття автентичних почуттів. Головним методом у груповій роботі є конфронтація психотерапевтом неавтентичних «фальшивих» висловлювань у груповій динаміці. Другим методом є проведення різних експресивних вправ на розкриття автентичних переживань.

Четвертим напрямом є розвиток здібностей до менталізації. Це можна робити в груповому процесі через побудову гіпотез реакцій інших з їх подальшим проясненням. Також це можна проводити в експресивних вправах з реконструкції реакції іншого під час розбору конфліктів з іншими поза межами групи. Ще одним засобом є домашні завдання з прояснення ставлень і реакцій інших.

П'ятий напрям роботи – це відбудова нарративу життя. Клієнта просять поступово писати історію свого життя (у послідовності – історія роду, історія батьків до їхньої зустрічі, історія сім'ї до народження, історія зачаття та вагітності, історія до перших свідомих спогадів, дошкільна історія, шкільна, історія зловживання тощо). Частина історії, яку написав клієнт, він розповідає на індивідуальній консультації. Групове повне саморозкриття на цьому етапі є небезпечним, краще рекомендувати клієнтові окремі спеціальні індивідуальні консультації. З такою історією надалі працюють методами нарративної психотерапії, хоча найчастіше досить просто мовчазно переживати з клієнтом його життєвий шлях.

Четвертий етап – глибинний.

На цьому етапі застосовується психодинамічна парадигма та вже рекомендується індивідуальна робота. Використовуються технології реконструкційної психотерапії та генетичних інтерпретацій, активної роботи з системою перенесення-контрперенесення, аналізу неусвідомленого невербального рівня стосунків. Адиктивні клієнти часто мають в основі своєї особистісної патології нарцисичні розлади та тяжкі дитячі травми (поняття травми тут використовується в значенні важкого одноразового або кумулятивного життєвого досвіду, який людині неможливо осмислити ні в самій ситуації, ні згодом на свідомому рівні, тому працюють механізми тотальної дисоціації цього досвіду). Тому необхідно використовувати відповідні моделі, наприклад, модель роботи з нарцисичними клієнтами за О. Кернбергом, модель роботи з дитячою травмою за Д. Калшедом тощо. Проте загалом на цьому етапі необхідно більше орієнтуватися на індивідуальність клієнта, ніж на його адиктивну історію, тому якісь загальні протоколи роботи з адиктивними клієнтами на цьому етапі надати неможливо.

Хоча психотерапевтична робота на цьому етапі має найменше специфічних рис, проте в ній все ж такі присутні два специфічних напрями з адиктивними клієнтами. Насамперед це інтерпретація узалежнення через призму часткових об'єктних стосунків. Важливо аналізувати ПАР не тільки як символічну репрезентацію часткового ідеального об'єкту, але й як репрезентацію персекуторного часткового об'єкту. Цей дуальний символізм ПАР часто упускається теоретиками об'єктних стосунків, які звертають увагу на відображення в ПАР тільки ідеальної пари. Усвідомлення цього дуалізму – наркотику як найбільш бажаного й одночасно найбільш ненависного, як ідеального турботливого й одночасно смертельно руйнівного об'єкту – є вкрай важливим для «одужання» адиктив.

Іншою специфікою роботи з адиктами на цьому етапі є глибинне опрацювання імпліцитної пам'яті про «кайф». Для цього можна використовувати різні модальності роботи (тілесну терапію, арт-терапію, психодраму, гіпноз). Відмінністю від роботи з потягом на попередніх етапах є таке: якщо на попередніх етапах з потягом до вживання працювали, використовуючи методологію роботи, аналогічну до роботи зі ПСТР та травмою (відсутність глибокого занурення, дисоціативна позиція у момент виконання експресивних вправ, головний акцент на безпеці та ресурсності, техніки нормалізації тощо), то на четвертому етапі, навпаки, застосовується глибоке занурення в асоціативне переживання образу стану вживання.

П'ятий етап – екзистенційний (завершальний).

Специфічною рекомендацією для uzалежнених клієнтів є акцент на екзистенціальних питаннях та uzалеженні як спробі їх вирішення у своєму житті. Велика кількість авторитетних дослідників пов'язує uzалеження саме з екзистенціальним виміром особистості. Для більшості uzалежнених клієнтів екзистенційні питання сенсу та беззмисловності, близькості й ізольованості, свободи та рабства, життя та вмирання є дуже близькими та потребують глибокого філософського осмислення. Тобто на цьому етапі відбувається «філософське обговорення» з клієнтом таких екзистенційних тем, кожна з яких починається з аналізу місця uzалеження в ній.

1. Проблема свободи-рабства й uzалеження як пошуку свободи. Проблема свободи найбільш доступна для розуміння адиктами. Значна кількість з них почали своє вживання саме для вирішення цього конфлікту. Особливо це стосується підлітків, для більшості з яких вживання ПАР було патологічною спробою сепарації та дорослішання. Розплатою за таку спробу знайти свободу стало «рабство» в наркотичної речовини. Проте на шлях розвитку uzалеження в контексті екзистенційної свободи можна подивитися ще глибше. Знищення внаслідок розвитку uzалеження матеріального добробуту, руйнування стосунків, здоров'я тощо можна проінтерпретувати як шлях вивільнення через адикцію «екзистенційного Я» від влади матеріального світу (за відсутності власних спроб вивільнитися), як своєрідний духовний шлях смиренності. Тобто повне руйнування внаслідок uzалеження стосунків із соціальним світом можна символічно розглядати як стан повної екзистенційної свободи, до якої прагне людина, але не наважується свідомо пройти цей шлях самотужки, тому його веде ним узалеження.

2. Сенс життя й uzалеження як пошук сенсу. Класичним в екзистенційній філософії є розділення на «свободу від...» і «свободу для...».

Тобто поняття свободи в екзистенціалізмі невідривно пов'язане з поняттям сенсу. Аналогічно до пошуку свободи, узалежнення також можна розглядати як шлях пошуків сенсу життя. Як мінімум у важкій формі узалежнення боротьба з останнім стає головним сенсом життя. Крім того, саме узалежнення не є просто компульсивним споживанням ПАР, воно є створенням певної філософії життя, системи ритуалів, напрямку життєвого руху тощо. Деякі фахівці напівжартома-напівсерйозно розглядають узалежнення як своєрідну форму релігії та віри. Тобто в плані пошуку сенсу також пропонується розглядати узалежнення глибше, ніж просте зняття відчуття беззмисловності під фізіологічною дією ПАР.

3. Проблема життя-вмирання та роль узалежнення в розв'язанні цього екзистенційного конфлікту. Ще М. Хайдегер тісно пов'язував сенс життя та смерть – осмислення сенсу свого життя неможливе без осмислення скінченності свого існування. І, знову ж таки, тут узалежнення відіграє своє екзистенційне значення як засіб зустрічі зі смертю. Кожен важкий абстинентний синдром забезпечує таку зустріч, не кажучи вже про інші смертельні ситуації, що виникають у разі безконтрольного зловживання. Також граничне відчуття свого життя (звичайно, через негативні переживання) на певній стадії узалежнення відбувається вже не в стані сп'яніння, а в стані абстинентного синдрому. Тобто і тут узалежнення можна розглядати як вирішення екзистенційного питання зустрічі зі смертю й осмислення скінченності життя, на розв'язок якого людина в тверезому стані не наважується.

4. Проблема екзистенційної близькості-ізолюваності й узалежнення як шлях розв'язання цього конфлікту. Нарешті, узалежнення є пошуком справжньої близькості з собою й іншими. Можна сказати, що узалежнення в процесі свого розвитку знімає з людини маски, вона постає перед світом такою, якою вона є. З іншого боку, узалежнення відкриває в стосунках з іншими граничні рівні, провокуючи близьких також знімати маски та відкривати свої «істинні» мотиви в стосунках. Наприклад, приховані мотиви повної влади над іншим можуть розкритися у співузалеженні близького. Зрозуміло, що такий пошук «себе справжнього» та «справжнього іншого» через узалежнення насправді призводить до стану повної відсутності такої «справжності». Проте на цей екзистенційний пошук «справжнього» людина наважується тільки за рахунок узалежнення. Тобто і через призму цього четвертого екзистенціалу узалежнення є не просто засобом зняття почуття ізолюваності за рахунок хімічної дії ПАР, а символічним екзистенційним шляхом пошуку «справжнього Я» та «справжнього Іншого».

На цьому етапі клієнти починають розуміти свій шлях узалежнення не тільки як патологічний, а й як той, де відбувалося навчання чомусь важливого в граничному розумінні.

Застосування IOOP моделі в реабілітаційній програмі

IOOP модель розроблялася в процесі роботи з узалежненими клієнтами в центрі амбулаторної реабілітації алкоузалежнених «Сенс», що працював у структурі Дніпровського районного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді м. Києва. Сам центр був заснований медичним психологом Володимиром Олексійовичем Івановим у 2007 р. Розробка IOOP моделі в центрі «Сенс» була розпочата у 2011 р., трьома фахівцями: В.О. Івановим, Ю.М. Безсмертним і Д.Ю. Старковим. У 2013 р., центр повністю переорієнтувався на роботу за IOOP моделлю, в тому ж році був виданий науково-методичний посібник, наприкінці цього ж року програма центру була схвалена та рекомендована до використання Міністерством соціальної політики України.

Програму було розділено на три етапи. Перший етап (відповідає стабілізаційному етапу в IOOP моделі) відбувався у вигляді щоденних вечірніх занять (окрім неділі) тривалістю 3,5 години протягом трьох місяців. Після закінчення першого етапу клієнти переходили на другий етап (психокорекційний у IOOP моделі), де відвідували дві групи на тиждень протягом ще 9 місяців. Далі йшов третій етап (реінтеграційний), який в програмі «Сенс» пробували у двох форматах – група раз на два тижня та раз у тиждень. Виходячи з досвіду проведення обох форматів, група раз у тиждень виглядає більш ефективною.

Четвертий (глибинний) та п'ятий (екзистенційний) етапи проводилися з клієнтами вже в форматі індивідуальної психотерапії.

Висновки

IOOP модель не є універсальною моделлю психотерапії адикцій, вона призначена саме для важких випадків алкогольного та наркотичного узалежнення з глибокою структурною регресією, адиктивним зниженням особистості та обтяженістю коморбідними розладами. Ця програма розроблялась для довготривалих реабілітаційних процесів та набула там підтвердження ефективності. Наприклад, відсоток неперервної багаторічної ремісії (від 3 до 8 років) серед випускників програми «Сенс», які пройшли всі її етапи, складав 75%. Були успішні спроби застосування елементів IOOP моделі в стаціонарній реабілітації для наркоузалежнених клієнтів, однак без статистичної обробки та не повною мірою.

Однак для більш простих випадків узалежнення можуть підходити інші моделі терапії. Для їх концептуалізації автором було запропоновано «3+2»-векторну модель адикцій, в якій було зроблено спробу інтеграції усього можливого спектру адикцій в єдиній концепції.

Список використаних джерел:

1. Іванов В.О., Безсмертний Ю.М., Старков Д.Ю. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: науково-методичний посібник. Київ: ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.
2. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308 с.
3. Старков Д.Ю. Застосування інтегративної особистісно-орієнтовної розвивальної моделі терапії адикцій в умовах амбулаторної реабілітації осіб, залежних від алкоголю. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2020. Том XI. Вип. 21. С. 353-385. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v11/i21/24.pdf>

2.4. Програма «12 кроків» в соціально-психологічній реабілітації

Тітязев В.М.

Анотація. Підрозділ присвячено огляду програми «12 Кроків» та її адаптації до використання в соціально-психологічній реабілітації uzалежнених клієнтів. Розглянуто зміст програми «12 Кроків» та надано опис кожного кроку. Розглянуто адаптацію програми до застосування в реабілітаційному центрі.

За результатами дослідження вчених Стенфордського університету, завершеного у березні 2020 року, найбільш ефективним способом лікування хворих на алкогольне та наркотичне uzалежнення людей визнано програму «12 кроків».

У зборі й аналізі даних взяли участь понад 130 вчених з провідних університетів світу, які вивчили 35 наукових робіт, де аналізувалася поведінка більш як 10 тисяч пацієнтів під час та після лікування як за програмою «12 кроків», так і іншими методами і в результаті дійшли висновку, що «12 кроків» виявилася ефективнішою за альтернативні методи практично у півтори рази.

Автори дослідження пояснюють це тим, що вона орієнтована не на соціальну взаємодію, а на емоційну підтримку, яку надають один одному учасники програми [21].

Історія створення програми

Хоча текст програми був розроблений у 1938 році, історія її почалася набагато раніше. Наприкінці XIX ст. американським лютеранським пастором Френком Бахманом було створено «*Спільноту ранніх християн*», з якої згодом виокремилася так звана «*Оксфордська група*», головним завданням якої було відродження християнських заповітів і традицій. Пізніше вона отримала нову назву – «Рух за моральне переозброєння». Видним діячем цього руху став єпископальний священник Семюел Шумейкер. В «Оксфордській групі» розуміння недостатності індивідуалістичного, ізольованого від інших людей і від церкви підходу до розв'язання власних світоглядних проблем призвело до розробки деяких рекомендацій, що слугували немовби віхами на шляху становлення зрілого християнина, давали людині можливість більш повно і предметно оцінити ступінь реалізації християнських принципів у своєму житті.



Боб Сміт і Біл Вілсон

Діяльність групи було засновано на чотирьох християнських абсолютах:

- абсолютна чесність щодо себе й інших;
- абсолютна готовність допомогти ближньому;
- абсолютна чистота духа і прагнень;
- абсолютна любов до Бога та ближнього свого.

Оксфордські групи склалися з досить успішних людей, які прагнули до щастя і до праведного життя і для такого «духовного

відродження» сповідували чотири базові практики:

1. «Розділення наших гріхів та спокус з іншим християнином».
2. «Віддайте наше життя минуле, теперішнє і майбутнє у ведення і керівництво Бога».
3. «Відшкодуйте всім, кого ми образили прямо чи опосередковано».
4. «Дослухання до Божого керівництва та його виконання».

У 1932 році до лав «Оксфордської групи» вступив Рональд Хаззерд, який свого часу проходив курс лікування від алкоголізму у відомого психоаналітика Карла Густава Юнга, від якого засвоїв ідею, що хворобу можна подолати лише шляхом повного духовного оновлення особистості. Дотримуючись традицій групи, Роланд почав допомагати іншим людям, що потерпали від алкоголізму. У процесі своєї діяльності він познайомився з Едвіном Тетчером, з яким поділився своїми думками щодо природи алкоголізму.

У 1934 році Едвін Тетчер, перебуваючи вже певний час у тверезості, зайшов провідати свого шкільного друга Вільяма (Біла) Вілсона, який перебував у тривалому запої. Тетчер розповів Вілсону про невелику групу колишніх алкоголіків, які влаштовували збори у місцевій церкві і запросив його взяти в них участь. Вілсон категорично відмовився від цього, а через кілька тижнів був доставлений у лікарню з нападом білої гарячки та струсом мозку. Лікарі діагностували в нього гострий алкогольний психоз з депресією. За спогадами самого Вілсона, перебуваючи у лікарні, він почав молитися і всього за декілька годин відчув себе оновленим.

Що б там не було, але після своєї виписки з лікарні у грудні 1934 року Біл Вілсон більше жодного разу за своє життя не вжив алкоголю. Майже одразу він пристав на пропозицію Е. Тетчера ходити на збори

«Оксфордської групи», щоб допомагати іншим алкоголікам подолати їхню проблему.

Через п'ять місяців Вілсон ледь не зірвався і тоді зрозумів, що вживання алкоголю – це бажання заглушити самотність, а отже він може замінити випивку відвертою розмовою з іншим алкоголіком і допомогти йому, щоб не пити самому. Він зателефонував доктору Роберту (Бобу) Сміту, який лікував його у лікарні і сам був алкоголіком. Після декількох особистих зустрічей йому вдалося допомогти Сміту кинути пити. Тоді в них і виникла ідея створити *Спільноту Анонімних Алкоголіків*. У тому ж 1935 році Біл Вілсон, на основі власного досвіду та досвіду інших членів спільноти, почав працювати над своєю книгою, про те, як подолати uzалежнення. Перед публічними читаннями він спочатку зачитував розділ дружині, а потім відсилав Бобу Сміту для подальшого редагування.

Створюючи систему для книги, він розвинув основні принципи «Оксфордської групи» у Програму «12 Кроків».

Як зрозуміло з самої назви, програма складається з дванадцяти етапів або кроків.

Зміст програми «12 кроків»

Крок 1. «Ми визнали своє безсилля перед алкоголем, визнали, що ми втратили контроль над собою».

«Хто погодиться визнати себе остаточно переможеним? Звісно, ніхто. Усі природні інстинкти людини повстають проти думки про повне безсилля. Страшно зізнатися, тримаючи в руках склянку, що руйнівна пристрасть до алкоголю настільки опанувала нашу свідомість, що тільки втручання Провидіння здатне позбавити нас нього.

Але, вступивши до групи «Анонімних алкоголіків», ми невдовзі виробляємо зовсім інший погляд на цей стан граничного людського приниження. Ми приходимо до висновку, що тільки зазнавши повної поразки, можна знайти здатність стати на шлях, що веде до сили та звільнення. Визнання повного безсилля зрештою виявляється міцним підґрунтям, на якому можна побудувати щасливе цілеспрямоване життя».

На цьому етапі людина, що слідує програмі, має переконати себе в тому, що вона безнадійна, визнати свою повну поразку у боротьбі з алкоголем. Виявляється, що алкоголь – настільки сильна і підступна пристрасть, що жодна людська воля не в змозі пересилити її. Поки в цьому питанні алкоголік не пізнає смиренності, його тверезість – якщо і є якась –

буде ненадійною. Він не знайде справжнього щастя. Такий один із висновків, до якого прийшла спільнота «Анонімних алкоголіків» (далі – спільнота).

Чому потрібно наполягати на необхідності «опуститись на саме дно»? Дотримуючись принципів програми, не прийнявши перший крок, не можна пройти решту одинадцяти. Тоді і тільки тоді алкоголіки стають настільки сприйнятливими до сили переконання і настільки готові слухати, наскільки здатні лише вмираючі. Тільки тоді вони готові зробити все, щоб позбавитися згубного алкогольного uzалежнення.

Отже, на першому кроці відбувається усвідомлення uzалежненим того, що життя його стало некерованим ним самим, своєї хвороби і визнання обов'язкової необхідності допомоги кваліфікованих фахівців.

Крок 2. «Ми дійшли переконання, що тільки Сила, могутніша, ніж ми, може повернути нам розсудливість».

Член однієї з американських груп «Анонімних алкоголіків» у своєму інтерв'ю так трактує цей крок: «Давайте розглянемо випадок, коли людина каже, що вона не хоче вірити, коли вона є войовничим «безбожником». Її розумовий стан може бути описаний як стан дикуна. Вся її життєва філософія, що дозволяла їй вважати себе настільки значною, опиняється під загрозою. Достатньо вже, каже вона, зізнання, що алкоголь назавжди зігнув її в бараний ріг. І ось тепер вона, все ще відчуючи біль від цього зізнання, змушена постати перед чимось воістину неможливим. Як вона пишається тим, що людина, виникнувши так велично з єдиної клітини в первинному живильному мулі, є вінцем творіння і тому єдиним відомим божеством у всесвіті! І все це вона повинна відкинути, щоб урятувати себе? Спільнота анонімних алкоголіків не вимагає, щоб ти вірив у будь-що. Усі наші «12 кроків» не більше, ніж пропозиції. Щоб стати непитушим і залишатися ним, не обов'язково з самого початку цілком сприймати всю суть Кроку. Я пам'ятаю, що сам не відразу прийняв його. Все, що вам потрібно – це відмовитися від упереджень. Відмовтеся від нескінченних суперечок та з'ясування глибокої істини типу: що було раніше курка чи яйце. Хочу повторити знову: головне – відмовитися від упереджень» [7, с. 37].

У пошуках Вищої істоти, Вищої сили члени спільноти йдуть різними шляхами, багато хто вважає нею саму спільноту. Адже це чимала група людей, які розв'язали проблему алкоголізму. У цьому вони, звичайно ж, сила більш могутня, аніж член суспільства, що починає, оскільки він анітрохи не наблизився до розв'язання своїх проблем. «Навіть цього мінімуму віри буде достатньо», – стверджують члени товариства. Багато хто з них зумів подолати бар'єр саме цим способом. Звільнення від пристрасті до алкоголю

незрозумілір змінило їхній спосіб життя, вони повірили у Вищу Силу, і більшість із них почали говорити про Бога.

Багатьом членам суспільства цей крок дається дуже складно, адже багато хто є атеїстами, а багато хто розчарувався у Богові. Коли з віруючими алкоголіками трапляється нещастя, вони вважають, що Бог відвернувся від них. Адже саме він допустив їх до такого стану. Суть Другого кроку в тому, щоб любити Бога, залишити непокору і запитати Його, яка Його воля щодо себе.

Другий крок є складним для проходження, оскільки тут допоможе так звана «правильна віра». «Якщо міряти за великим рахунком, ми так і не спромоглися зробити серйозну і глибоку критичну оцінку своїх душевних якостей, не відшкодували шкоду тим, кого ми колись образили, не дали нікому нічого, не вимагаючи для себе винагороду за це. Ми навіть не вміли по-справжньому молитись. Ми завжди говорили: «Виконай мої бажання», замість того, щоб сказати: «Хай здійсниться воля Твоя». Ми не розуміли ні любові до Бога, ні любові до людей. Тому ми обманювали себе і були нездатні сприйняти благодать, яка відновила б наше душевне здоров'я».

Другий крок вважається самими «Анонімними алкоголіками» відправною точкою програми. Тому що тільки справжнє смирення і неупереджене ставлення можуть призвести до віри та розсудливості.

Отже, на другому кроці uzалежнений визначає своє власне джерело рятівної, цілющої та дієвої сили. Це може бути, наприклад, сила любові, сімейної підтримки, спільноти, професіоналізму лікарів або ж сила віри в Бога.

Крок 3. «Ми вирішили доручити нашу волю і наше життя Богові, як ми Його розуміли».

«Кожному суєтному новачкові з практичним складом розуму такий Крок є важким або взагалі неможливим. Хоч би яким гарячим було бажання, йому потрібно конкретно знати, як він може вручити свою волю і життя тому Богові, який, на його думку, існує. Ми, які спробували це з не меншими побоюваннями, ніж ви, можемо запевнити вас, що, на щастя, будь-яка людина, якою б вона не була, може почати робити те саме. Ми можемо також додати, що найголовніше – це почати, яким би скромним не був цей початок. Одного разу скориставшись нашим бажанням, подібно до ключа, що відмикає замок, і злегка прочинивши двері, ми виявили, що тепер ми зможемо відчиняти її завжди і все ширше і ширше. Хоча свавілля може зачинити її знову, що часто буває, вона завжди піддаватиметься, як тільки ми знову скористаємося цим ключем – нашою доброю волею.

Кожен, хто вступив до спільноти, вже приступив до виконання Третього Кроку, хоча він ще не усвідомлює це. Хіба ви не довірили вирішення всіх проблем, пов'язаних з алкоголем, спільноті «Анонімних алкоголіків», покладаючись водночас на її турботу, захист та керівництво? Адже ви вже знайшли бажання підпорядкувати вашу волю і ваші уявлення про алкоголізм тим ідеям, які висувують «Анонімні алкоголіки»? Кожен, хто добровільно вступив у товариство, відчуває впевненість у тому, що це єдиний притулок для такого судна, що терпить аварію, яким став він. Якщо це не вручення своєї волі та життя якомусь знайденому Провидінню, то що це?». «Анонімні алкоголіки» закликають переконати себе в тому, що самостійність рішень та відповідальність за себе треба залишити у минулому, оскільки сама людина не може себе врятувати. І це стосується не лише проблем алкогольного uzалежнення, а й усього життя: сім'я, діти, фінансова ситуація – все це треба перекласти на чийсь плечі, оскільки дух людини слабкий. Спочатку цим «кимось» може бути його найближчий друг із суспільства. Він покладається на запевнення, що всі його біди, які стануть ще відчутнішими, тому що він не зможе заглушувати біль алкоголем, також можуть бути усунені. Звичайно, керівник групи, або спонсор, пояснює йому, що його життя ще некероване, хоча він більше не п'є, до того ж він знаходиться на початку програми. Той ступінь тверезості, який настав у результаті визнання власного алкоголізму та відвідування кількох зборів, це, звичайно, велике досягнення, але цей стан як небо від землі відрізняється від стабільної тверезості та змістовного, корисного життя. Ось тут і вступають у дію інші кроки програми. Ніщо, крім постійних дій, що відповідають цим крокам і увійшли в спосіб життя, не може дати бажаного результату.

Потім алкоголіку пояснять, що успішне оволодіння рештою кроків можливе лише за умови, що він наполегливо і рішуче намагається виконати приписи Третього кроку. Це може здивувати нових членів спільноти, які відчували не що інше як постійне усвідомлення применшення власного «Я» і впевненість у тому, що воля людини не має жодної цінності. Від неї потребується лише готовність діяти. Філософія опори лише на свої сили не виправдовує себе. Звісно, людина має силу, але застосовувати її потрібно правильно і тільки в тих напрямках, куди вказує Бог.

Отже, на третьому кроці uzалежнений готовий цілком довіритися обраній ним цілющій силі й усвідомити готовність ретельно дотримуватися її основ, принципів та устоїв у всіх, без виключення, сферах життя.

Крок 4. «Ми глибоко та безстрашно оцінили себе і своє життя з моральної погляду».

«Прагнення до сексуальних відносин, до матеріального добробуту, емоційної захищеності та спілкування з іншими людьми цілком природні, необхідні та, звичайно ж, даровані людині Богом.

Однак ці інстинкти, такі необхідні для нашого існування, часто перевершують свої нормальні функції. Владно, сліпо, а часом дуже майстерно вони керують нами, захоплюють нас, підкоряють собі і намагаються керувати нашим життям. Наші прагнення до сексуальних стосунків, до матеріального добробуту та емоційної захищеності, до високого становища в суспільстві часто тиранять нас. Стаючи некерованими, природні бажання людини завдають їй великої шкоди, будучи причиною багатьох, а практично всіх її неприємностей. Жодна людина, навіть найдобріша, не може уникнути цих бід. Майже всі серйозні емоційні проблеми можна розглядати як випадки невірно зорієнтованих інстинктів. Коли це відбувається, інстинкти, ці природні дари людини, перетворюються на тягар і ведуть до фізичних та психічних відхилень».

Суть четвертого кроку у тому, що людина має пізнати себе, свої бажання. Потрібно встановити точно як, коли і де природні бажання виявилися збоченими. Потрібно хотіти відкрито визнати, якого нещастя це завдало самим алкоголікам та іншим людям. Виявивши у собі емоційні відхилення, далі можна розпочати їх виправлення. Без старанних та наполегливих спроб виправитися алкоголік не зможе повернутися до тверезості чи бути задоволеним своїм життям. Без такого глибокого і безстрашного дослідження своєї поведінки недосяжна та сама віра, що призводить до результатів у повсякденному житті людини. Неприборканість інстинктів заважає розібратися в тому, що відбувається, вона, на думку спільноти, призводить до хвороби.

Алкоголіку треба якось позбутися мстивої образливості, схильності скаржитися на долю і невинуватеної гордині, найстрашнішого з гріхів. Гординя змушує пред'являти собі чи іншим вимоги, які нездійсненні без викривлення інстинктів, дарованих Богом, або зловживання ними. Коли задоволення природних прагнень до інтимних відносин, добробуту та спілкування з іншими людьми стає єдиним сенсом життя, гординя починає виправдовувати надмірності.

Почати самоаналіз пропонується з основних питань, таких як ступінь сексуального потягу, прагнення матеріального добробуту та соціального престижу. Якими б не були недоліки, так звані дефекти особистості, саме вони підштовхнули людину до алкоголізму.

Отже, на четвертому кроці uzалеженному необхідно безстрашно, максимально об'єктивно та глибоко оцінити своє життя і себе самого з високоморальної сторони.

Крок 5. «Ми визнали перед Богом, собою та будь-якою іншою людиною справжню природу наших помилок».

«Практика визнання своїх недоліків перед іншою людиною відома, звичайно ж, з давніх-давен. Вона завжди й у всі часи визнавалася ефективною та характерною для по-справжньому духовних та релігійних людей. Але в наш час релігія – не єдиний адвокат цього рятівного принципу. Психіатри та психологи вказують на глибоку потребу для кожної людини в практичному дослідженні та розумінні своєї особистості та її недоліків, а також їх обговоренні з довіреною особою. Щодо алкоголіків, то члени товариства навіть дещо додали б. Більшість із нас вважає, що без безстрашного визнання власних дефектів перед будь-якою іншою людиною ми не змогли б зберегти тверезість. Очевидно, Божа благодать не увійде в них і не позбавить їх руйнівної пристрасті, поки вони не захочуть спробувати виконати цей Крок».

Цей крок, на думку спільноти, допомагає позбутися самотності, почуття ізоляції, яке неминуче відчуває кожен алкоголік. Вважається, що між алкоголіком та іншою людиною стоїть бар'єр, зняти який може лише П'ятий крок. Алкоголік – як актор на сцені, він грає свою роль, але ніхто не знає, що мучить його, які страхи та тривоги приховані у нього в душі. Саме після подолання П'ятого кроку людина має відчути справжню близькість з іншими людьми та Богом.

«Цей життєво важливий Крок також дає нам відчуття, що ми можемо бути прощені, хоч би якими були наші думки, і що б ми не зробили в минулому. Часто, працюючи саме над цим Кроком зі спонсором чи духовним наставником, ми вперше відчули, що здатні пробачити інших, хоч би як сильно вони нас образили. Наша моральна оцінка свого «я» переконала нас у цьому, що бажано завжди всіх прощати; але тільки, коли ми всерйоз візьмемося за роботу над П'ятим Кроком, ми внутрішньо усвідомимо можливість того, що ми будемо прощені і власну здатність дарувати прощення».

Важливим придбанням стає здатність переважно опанувати реалізмом і чесністю стосовно себе. Людині потрібна стороння допомога, якщо вона хоче знати правду про себе – допомога Бога та допомога іншої людини. Тільки обговоривши свої якості, і не приховуючи нічого, тільки бажаючи отримати пораду та керівництво, вона може стати на шлях розумних

суджень, укоріненої чесності та справжнього смирення. Почуття єднання з Богом і людьми, вихід з ізоляції за допомогою відкритого та чесного визнання іншому своїх помилок, що знімає тягар провини, дає можливість відпочити і підготуватися до наступного Кроку у сходженні до постійної та усвідомленої тверезості.

Отже, на п'ятому кроці uzалежнений має визнати, що його життя до цього моменту було помилкою, і він готовий до відродження та нормального життя.

Крок 6. «Ми повністю підготували себе до того, щоб Бог позбавив нас усіх наших недоліків».

«Цілком очевидно, що кожному тверезому члену «Анонімних алкоголіків» було даровано звільнення від цієї важковилікової та потенційно смертельної пристрасті. У буквальному розумінні слова кожен із них «повністю підготував себе до того», щоб Бог звільнив його від алкогольного божевілля, і Бог зробив саме це.

Якщо нам вдалося звільнитися від алкоголізму, то чому б нам не спробувати тим самим способом звільнитися від інших життєвих труднощів чи інших наших недоліків? Це – одна із загадок нашого існування, повну відповідь на яку знає лише Бог».

Коли чоловіки та жінки починають вливати в себе алкоголь у таких кількостях, що він руйнує їхнє життя, вони тим самим роблять щось протиприродне. Попри закладений у них інстинкт самозбереження, вони намагаються знищити себе. Вони борються з найглибшим із закладених у них інстинктів. Якщо руйнівна сила алкоголю викликає у них смирення, то милість Господня може увійти в них і позбавити їх цієї пристрасті. Тут їхній потужний інстинкт до продовження життя знаходить повну підтримку у Творця, який бажає дати їм нове життя. Бо природа і Бог однаково не сприймають самогубства.

Оскільки людина народжується з великою кількістю природних бажань, не можна дивуватися, що вона дозволяє деяким перевищити свої прямі обов'язки. Коли вони сліпо захоплюють людину, тоді вона втрачає той рівень досконалості, який Бог призначив їй на Землі. Це міра зіпсованості характеру. «Бог ніколи не відміє нас до білого і не збереже нас у непорочності без наших власних зусиль», – так говорить Шостий крок програми. – «У нас у самих має бути бажання досягти цього. Він просить тільки, щоб ми самі щосили намагалися вдосконалювати свій характер і робили це за власним розумінням».

Цей Крок готує людину до роботи над собою, яку вона вестиме все життя. Бог визволив людину від пристрасті до алкоголю, але це не означає, що Він позбавить її решти недоліків. Від людини вимагається терпіння та смиренність. І Шостий крок вважається важким, але не нездійсненним. Це дорога до досконалості. Починаючи боротьбу з найгіршими рисами нашого характеру, слід рухатися вперед цим шляхом не зупиняючись.

Отже, на шостому кроці uzалеженому необхідно заявити про цілковиту готовність до того, щоб обрана ним рятівна сила допомогла б йому позбавитися недоліків.

Крок 7. «Ми смиренно просили Його виправити наші вади».

«Воістину, досягнення більшого смирення є основним принципом кожного з Дванадцяти кроків. Бо без певної міри смирення жоден алкоголік не може залишатися тверезим. Майже всі члени дійшли висновку, що якщо вони не розвинули у собі цю дорогоцінну якість набагато більшою мірою, ніж це потрібно для досягнення тверезості, то вони ніколи не будуть по-справжньому щасливі. Без нього вони не зможуть поставити перед собою будь-якої корисної мети, а у важкі моменти життя спертися на віру, щоб встояти перед випробуваннями».

Людину підводить відсутність вірності високим ідеалам, небачення справжньої мети. Доки вона переконана, що живе, виключно спираючись на власні сили та розум, для людини неможлива дієва віра у Вищу Силу. Це справедливо навіть у тих випадках, коли вона вірить у існування Бога. Усі серйозні релігійні почуття залишалися безплідними, тому що людина намагається сама відігравати роль Бога. Якщо вона розраховувала насамперед на власні сили, то всяка опора на Вищу Силу виключалася. Відсутній основний елемент будь-якого смирення – бажання пізнати Божу волю і слідувати їй. Тільки смиренне визнання безсилля перед алкоголем є першим кроком на шляху до звільнення його від паралізуючої волі хватки. Смиренність перетворює слабкість на силу, невдачі та нещастя на неоціненні переваги. Це нова перспектива, яку людина для себе відкриває, платою за це відкриття, як вважає спільнота, стане величезний біль, але смиренність зцілює біль, і до нього треба прагнути з непереборною силою. Сьомий крок дозволяє алкоголіку, змінивши свою життєву позицію та взявши смирення у поводи, вийти за межі свого «Я» назустріч іншим людям та Богу. Найголовніше тут – терпіння. Цей етап вчить, що «ми повинні свідомо прагнути спробувати смирення, щоб звільнитися від наших недоліків з тією самою готовністю, з якою ми визнали своє безсилля перед алкоголем і повірили в те, що Сила більш могутня, ніж ми, може повернути нам розум.

Якщо ми знайшли в собі достатньо смирення, щоб здобути благодать, що звільнила нас від пристрасі, що загрожує нашому життю, то є надія, що ми зможемо досягти такого ж успіху і у розв'язанні інших проблем».

Отже, сьомий крок передбачає не тільки бажання, але й конкретні дії uzалеженого, як от активну участь у групах взаємодопомоги, відвідування тренінгів особистісного зростання, психологічного консультування, антистресових програм, прагнення самому керувати власними почуттями та контролювати їх, приймати адекватні рішення у різних ситуаціях.

Крок 8. «Ми склали список усіх тих людей, кому ми заподіяли зло, і сповнились бажанням заглидити свою провину перед ними».

«Передусім нам слід озирнутися на наше минуле і спробувати зрозуміти, де і коли ми були неправі. Потім ми повинні зробити енергійну спробу відновити все зруйноване нами. І, нарешті, розчистивши руїни нашої минулої діяльності, ми можемо, керуючись новонабутих знанням про себе, почати будувати нормальні взаємини з усіма людьми, яких ми знаємо.

Це дуже довга справа. Можна навчитися робити її з дедалі більшою майстерністю, але так і не закінчити. Навчання тому, як жити у постійному мирі, співпраці та братерстві з усіма чоловіками та жінками, якими б вони не були, стає цікавою та захоплюючою пригодою. Однак кожен член товариства зрозумів, що йому навряд чи вдасться брати участь у цій пригоді доти, доки він ретельно і чесно не оцінить ту шкоду, яку він завдав іншим людям у минулому. Аналізуючи свої моральні якості, він уже до певної міри це зробив, але тепер він має подвоїти зусилля, щоб зрозуміти, скільком людям він завдав шкоди та якої саме. Ця спроба ятрить старі рани, які частково вже забуті, а частково ще терзають болем, на перший погляд здається безглуздою і непотрібною хірургічною операцією. Але, якщо людина добровільно починає цю процедуру, її величезний позитивний ефект не забариться: біль стихатиме в міру того, як одна за одною зникатимуть обставини, що викликали її». [3, с.84]

На цьому етапі алкоголіка чекає велика перешкода, іноді замість того, щоб згадати, які страждання він завдав іншій людині, він згадує, який біль завдали йому. Буває й інший випадок, коли людині соромно зізнатися у своїх помилках перед іншою людиною та вибачитися за них. Вона вважає, що достатньо того, що він визнав їх у своїй свідомості.

Хоча головною метою залишається компенсація збитків, завданих іншим, не менш важливо піддати аналізу всю виявлену інформацію про себе та про труднощі у спілкуванні з людьми. Оскільки зіпсовані взаємини з

іншими людьми були майже завжди безпосередньою причиною нещастя, включаючи алкоголізм, жодна сфера аналізу не дає більш цінних результатів, ніж ця. Спокійні вдумливі міркування про особистісні взаємини поглиблюють розуміння життя. Почавши не з не надто серйозних недоліків, можна дістатися фундаментальних вад, тих самих, які визначили весь перебіг життя алкоголіка.

Ретельно проаналізувавши сферу особистісних взаємин і точно виявивши ті риси характеру, які поранили інших і завдавали їм незручності, тепер можна почати пригадувати всіх тих людей, яких людина образила. Неважко буде виділити тих, хто був найближчим і кого образили особливо сильно. Потім, у міру того, як згадується все більш далеке минуле, можна виявити чималий список людей, які тією чи іншою мірою постраждали. На думку спільноти, слід налаштуватися так, що в основному алкоголік визнаватиме свою провину перед цими людьми, ну і в той же час прощати образи, істинні чи уявні, які вони завдали йому. Слід уникати крайнощів у судженнях щодо себе та інших людей і прагнути бути спокійними і об'єктивними.

Отже, на восьмому кроці uzалежнений має сповнитися бажанням максимально загладити провину перед тими людьми, кому, можливо, він завдав болю, сліз і зла, тим самим повернувши собі відчуття радості від людського спілкування.

Крок 9. «Ми особисто відшкодовували завдані цим людям збитки, де тільки можливо, крім тих випадків, коли це могло зашкодити їм чи комусь іншому».

«Здоровість суджень, ретельний вибір часу, сміливість і розсудливість – ось ті якості, які необхідні для здійснення дев'ятого кроку.

Після того, як ми склали перелік усіх осіб, яким ми завдали шкоди, ретельно продумали кожен конкретний випадок і перейнялися правильним ставленням до того, що ми маємо зробити, ми можемо розділити всіх, перед ким ми повинні загладити провину, на кілька категорій. З однією групою осіб потрібно встановити контакт, як тільки ми знайдемо впевненість, що ми можемо підтримувати тверезість. Серед них будуть такі люди, перед якими ми зможемо лише частково викупити свою провину, оскільки повна відкритість принесе їм скоріше шкоду, ніж користь. Контакт з іншою групою осіб потрібно буде відкласти на деякий час, а з третьою – через обставини, що склалися – ми ніколи не зможемо встановити жодних особистих контактів.

Зазвичай ми починаємо відшкодування збитків із того дня, коли ми приєднуємося до спільноти. Цей процес починається з того моменту, коли ми повідомляємо сім'ї, що ми вирішили дотримуватися програми. Тут рідко виникає питання про правильний вибір моменту чи обережність. Нам хочеться відчинити двері і на повний голос розповісти добру звістку. Прийшовши з перших зборів або прочитавши книгу «Анонімні Алкоголіки», ми зазвичай починаємо розмову з кимось із членів сім'ї і охоче зізнаємося в тому, що ми розуміємо яку шкоду завдало наше пияцтво. Майже завжди ми не обмежуємося цим і визнаємо ті недоліки нашого характеру, які роблять життя з нами таким важким. Ця поведінка різко відрізнятиметься від тих похмільних ранкових пробуджень після запою, коли ми то зневажали себе, то звинувачували сім'ю (і весь білий світ) у своїх бідах. Під час цієї першої розмови досить загальне визнання своєї провини. На цьому етапі було б нерозумно повертатися до деяких болісних епізодів минулого. Розсудливість має підказати нам, що не треба поспішати. Навіть якщо ми готові розповісти про всі наші провини, навіть найгірші, ми повинні пам'ятати, що ми не можемо купувати наш душевний спокій за рахунок страждань інших».

На етапі цього кроку слід відшкодувати збитки, заподіяні своєю поведінкою іншим людям. Почати рекомендується із членів сім'ї, потім перейти до колег по роботі. Слід сплатити всі свої борги, фінансові чи інші, або пообіцяти це зробити найближчим часом.

Як тільки алкоголік відчує, що впевнено йде новим життєвим шляхом, і побачить, що своєю поведінкою він переконав оточуючих у тому, що змінюється на краще, він повинен цілком відверто поговорити з тими людьми, яким завдано серйозної шкоди, включаючи ті випадки, коли людина тільки здогадується про вину алкоголіка, а то й перебуває у повному незнанні про неї. Не потрібно розігрувати надмірне каяття перед цими людьми, але компенсація завданих збитків має бути відкритою і щедрою.

Тільки одне міркування має зупиняти алкоголіка від повного визнання провини перед іншими людьми. Воно діє там, де повне визнання серйозно зашкодило б тій людині, якій алкоголік хоче відшкодувати шкоду. Або – що не менш важливо – це може зашкодити будь-яким іншим людям. Наприклад, алкоголік не може звальювати тягар позашлюбних зв'язків на плечі чоловіків і дружин, які нічого не підозрюють. Якщо все ж таки виникне обговорення таких зв'язків, потрібно постаратися не завдати шкоди третій стороні, незалежно від того, що це за людина.

Найголовніше, як кажуть члени спільноти – «це абсолютна впевненість у тому, що ми не відкладаємо цю справу тільки тому, що нам страшно. Бо

готовність взяти на себе всю відповідальність за наслідки наших минулих вчинків і водночас прийняти на себе відповідальність за благополуччя інших людей становить суть Дев'ятого Кроку» [9, с. 22].

Отже, на дев'ятому кроці необхідно розставити правильні акценти в життєвих позиціях і завершити позитивно розпочаті колись справи.

Крок 10. «Ми продовжували самоаналіз і, коли припускалися помилок, відразу визнавали це».

«Працюючи над першими дев'ятьма кроками, ми готуємося до того, щоб почати жити по-новому. Але якщо ми підійшли до Десятого Кроку, це означає, що ми готові жити, керуючись принципами «Анонімних алкоголіків» день у день, образно кажучи, в хорошу і погану погоду. Настає момент серйозного випробування: чи здатні ми вести тверезий спосіб життя, зберігати емоційну рівновагу та жити цілеспрямованим життям за будь-яких умов?

Постійна увага до власних чеснот та недоліків, щире бажання вчитися та духовно розвиватись абсолютно необхідні для кожного з нас. Щоб це зрозуміти, ми, алкоголіки, заплатили дорогу ціну. Більш досвідчені люди завжди і за всіх часів керувалися у своєму житті неупередженим самоаналізом і були завжди критичні до себе. Бо мудрі люди завжди знали, що не можна досягти в житті багато чого, поки самоаналіз не стане щоденною практикою, поки людина не зможе визнати і прийняти результати свого пошуку, і поки вона терпляче і наполегливо не намагатиметься виправити свої недоліки».

Простій людині щоденна оцінка своїх дій може здатися нестерпно складною справою. Але, як вважають фундатори цієї методики, це важко тільки спочатку. Коли людина виробляє в собі цю здорову звичку, самооцінка стає такою цікавою та корисною, що витрачений на неї час з лишком окупається. Оскільки ці хвилини, а іноді навіть години, витрачені на самоаналіз, роблять решту часу більш радісним і щасливим. Зрештою, такі оцінки стають нормальною складовою щоденного існування, а не якимось незвичайним і спеціальним заняттям.

Запорука успіху цього етапу у постійному самоконтролі. Головне – не давати собі виходити на нестійкий емоційний стан. Не варто засмучуватися, якщо якісь помилки повторюються, шлях набуття стриманості непростий. Але треба прагнути досконалості. Обов'язковим є і щоденний аналіз своєї поведінки, так званий звіт за день. Навчаючись щодня виявляти, визнавати та виправляти ці недоліки, алкоголік набуває того головного, що дозволяє формувати характер і жити розумно. Щірі жаль про заподіяні іншим

неприємності, справжня вдячність за отримані блага і готовність поступати завтра краще, ніж сьогодні, є тими чеснотами, яких треба завжди прагнути. Проаналізувавши так прожитий день, обов'язково відзначивши все, що було в ньому хорошого, безстрашно, без поблажок, дослідивши душу, слід принести подяку Богові за даровані блага і заснути зі спокійною совістю.

Отже, на десятому кроці слід продовжувати постійний самоаналіз і у разі виявлення помилок, негайно їх визнавати. Саме з цього кроку реабілітант вже перестає бути безпомічним перед будь-якою проблемою. Він точно знає, як повернути ситуацію собі на користь.

Крок 11. «Ми прагнули шляхом молитви і роздумів поглибити зіткнення з Богом, як ми розуміли Його, молячись лише про знання Його волі, яку нам слід виконати, і про дарування сили для цього».

«Молитва та медитація є нашими основними засобами досягнення свідомого контакту з Богом. Ті з нас, хто регулярно молиться, не можуть обходитися без молитви, як без повітря, їжі або сонячного світла. І з тих самих причин. Коли ми відмовляємо собі у повітрі, світлі чи їжі, наше тіло страждає. Так само, коли ми відмовляємося від медитації та молитви, ми позбавляємо нашу свідомість, наші почуття та нашу інтуїцію життєво необхідної для них підтримки. Так само як тіло може перестати справлятися зі своїми функціями через відсутність харчування, те саме може статися і з душею через відсутність молитви. Ми всі потребуємо світла Божого буття, насичення Його силою, атмосфери Його благості».

Вважається, що існує прямий зв'язок між самоаналізом, медитацією та молитвою. Взяті окремо, вони приносять багато користі та полегшення людині. Але коли вони логічно взаємопов'язані і переплетені, вони утворюють непорушну основу життя людини.

Не варто висловлювати конкретні прохання в молитвах, тому що це егоїзм прокидається в людині, а не смирення. Наприклад, просити про одужання будь-якої людини в молитві буде неправильним, оскільки це бажання. Визнання несповідності шляхів Господніх, знання його про долю всього – ось у чому віра та молитва.

Можливо, одна з найбільших нагород, як пропагує спільнота, яку можна отримати за молитви та медитацію, – це почуття причетності. Навколишній світ перестає здаватися чужим та ворожим. Зникає відчуття покинутості, страху та відсутності мети. «Щойно ми бачимо проблиск Божої волі, ми починаємо розуміти, що істина, справедливість і любов є реальними та вічними цінностями життя».

Отже, на одинадцятому кроці відбувається звернення подумки до обраної самим реабілітантом Вищої Сили з проханням дарування йому ще більшої сили для подальшого життя й самовдосконалення.

Крок 12. «Досягнувши духовного пробудження, до якого привели ці кроки, ми намагалися донести зміст наших ідей до інших алкоголіків і застосовувати ці принципи у всіх наших справах».

«Радість життя є темою Дванадцятого Кроку, а його гаслом – дію. Тут ми звертаємося до наших товаришів з нещастя, інших алкоголіків, які ще страждають. Водночас ми дізнаємося, що означає давати, нічого не вимагаючи натомість. Ми починаємо втілювати у життя всі дванадцять Кроків програми, що забезпечує нам та нашим близьким емоційну тверезість. Повне усвідомлення сенсу Дванадцятого Кроку дозволяє зрозуміти, що йдеться про любов, до якої не застосовується поняття вартості.

Наш останній Крок проголошує, що, засвоївши програму всіх Кроків, ми отримуємо дещо, що називається духовним пробудженням».

На той час, як попередні кроки пройдені, рекомендується обернутися і подивитися на результат своєї роботи. Тепер для повного духовного визволення треба передати свій досвід іншим алкоголікам.

Люди, які дійшли до останнього кроку, кажуть, що немає нічого кращого, ніщо не приносить глибшого задоволення, ніж практична діяльність, робота з іншими алкоголіками, передача їм свого досвіду, бачення того, як виправляються інші життя.

Але подолання всієї програми не значить її закінчення, далі слідуватиме як шефство над іншими, так і щоденна важка робота над собою. І тепер алкоголіка можуть чекати невдачі, але головне – не відступати, не втрачати віри, саме такий подальший спосіб життя пропагує ця програма. Визнаючи та розв'язуючи проблеми, можна почати жити у мирі з собою, з оточенням, з тим, хто править життям. І щодня кожен анонімний алкоголік повторює про себе слова, висічені на стінах Вавилону: «Господи, даруй мені ясність і умиротворення, щоб прийняти те, що я не можу змінити, мужність, щоб змінити те, що в моїх силах, і мудрість, щоб уміти відрізнити одне від іншого».

Отже, на дванадцятому кроці, досягнувши високих результатів, реабілітант має бути готовим до того, що його досвід допоможе піднятися кожній людині, яка впала у безодню uzалежнення, і це означає, що, за бажання, він може стати незалежним консультантом у проходженні шляху духовного людського перевтілення.

Міннесотська модель реабілітації

На основі програми «12 кроків» наприкінці 40-х років у США було створено Міннесотську модель реабілітації. Вона стала спробою поєднати духовні принципи роботи груп АА з досягненнями психології, психіатрії, соціології та інших наук.

В основі Міннесотської моделі лікування лежать такі уявлення:

- хімічне uzалежнення (алкоголізм, наркоманія) є невиліковним хронічним захворюванням, що має духовну основу і виникає не з вини хворого;

- хімічне uzалежнення є одним із можливих проявів глибинних духовних дефектів (пізніше вони були названі співузалежненням) та має єдину природу з іншими видами uzалежнення;

- uzалежнення неможливо вилікувати, проте можливий поворот від розвитку хвороби до одужання за готовності людини до такого повороту та бажання відмовитися від свавілля;

- у людини, яка страждає на алкоголізм або наркоманію, легко може сформуватися узалежнення від будь-яких речовин, що змінюють свідомість, вольову, емоційну або інтелектуальну сферу. Тому лікування за Міннесотською моделлю – повністю безмедикаментозне;

- лікувальний центр має бути терапевтичним співтовариством, персонал якого не протиставляє себе пацієнтам, а співпрацює з ними. Заохочується та стимулюється максимальна відкритість у спілкуванні, за суворого дотримання правил конфіденційності та анонімності;

- відповідальність за одужання лежить на пацієнті;

- співробітник лікувальної програми повинен бути прикладом поведінки для пацієнта, а взаємини між співробітниками – прикладом для побудови взаємин пацієнта з іншими людьми;

- вкрай бажане залучення до участі у лікувальному процесі всієї сім'ї пацієнта, а за можливості – і його друзів, співробітників, начальства тощо;

- уся терапевтична система має бути широким комплексом заходів, що включає профілактику, мережу контактних центрів (телефони, консультаційні пункти, амбулаторії), лікувальні програми, соціальну допомогу тощо.

Усі лікувальні програми, що використовують Міннесотську модель та мають у своїй основі концепцію терапевтичної спільноти, заперечують авторитарність, маніпуляції, у них відсутнє традиційне (для медицини взагалі та психіатрії зокрема) протиставлення «лікар – пацієнт». Основну терапевтичну роль цих програмах відіграють «консультанти» – люди, які

подолали шляхом роботи з Програмою «12 Кроків» власні проблеми, пов'язані з алкогольним, наркотичним чи іншим uzалежненням. Спеціальна освіта, яку вони здобувають, щоб працювати консультантами, не перетворює їх на «всемогутніх» маніпуляторів і вершителей чужих доль, а лише допомагає їм використовувати власний досвід на користь інших людей. Звісно, у лікувальних програмах беруть участь і фахівці – лікарі, психологи, педагоги тощо, але виконують вони лише часткові, строго окреслені завдання, які методологічно і теоретично включені у загальну концепцію, що спирається на принципи Програми «12 кроків».

Спочатку Міннесотська модель формувалася як форма стаціонарного лікування (пацієнти протягом певного терміну – зазвичай 28 днів – цілодобово перебували у лікувальних центрах). Незабаром, однак, розвинулися й інші форми: програми тривалого перебування (наприклад, 60-денні), побудовані за типом терапевтичної спільноти; «проміжні» лікувально-адаптаційні установи («будинки на півдорозі»); денні стаціонари; амбулаторні програми та ін. Колосального значення тут набуває освітній аспект: узалежненим докладно розповідають про природу uzалежнення, пояснюють наслідки вживання, показують, які зміни відбуваються у їх мозку та організмі в цілому.

Застосування програми «12 кроків» у роботі реабілітаційного центру

До професійної програми реабілітації «12-Кроків» входять:

- індивідуальні, групові, сімейні консультування та психотерапія;
- участь у групах самодопомоги типу АА та/або АН;
- освітня програма.

Освітня програма включає:

- інформаційні заняття з концепції хвороби та одужання;
- сімейну освіту;
- сексуальну освіту;
- філософію духовності;
- антистресову програму.

У ході проходження реабілітаційної програми пацієнтів зобов'язують відвідувати збори груп самодопомоги Анонімних Алкоголіків (АА) або Анонімних Наркоманів (АН) не менше 3 разів на тиждень.

Заохочується участь родичів хімічно узалежнених у групах АлАнон (для дорослих членів сім'ї) і АлАтин (дитячі групи).

Реабілітаційна програма здійснюється у трьох режимах: *стаціонарі, денному стаціонарі та амбулаторному*. Максимальний успіх досягається за послідовного проходження пацієнтом усіх трьох програм у порядку зменшення їх інтенсивності.

Реабілітація за стаціонарною програмою проводиться протягом 28-42 днів (залежно від стану пацієнта і його готовності перейти на наступний етап реабілітації). Як правило, до неї входять:

Психотерапія / психологічне консультування

16 сесій групової психотерапії (проводить психолог), тривалістю 1,5 год. (4 рази на тиждень);

4 сесії індивідуальної психотерапії (проводить психолог), тривалість сесії 1 година;

12 сесій групового консультування (проводить консультант), тривалість сесії 1 год. (3 рази на тиждень);

8 сесій індивідуального консультування (проводить консультант) по 1 год. 2 рази на тиждень (за розкладом) і в середньому 2 год. «неформалізованих» сесій на тиждень;

4 збори терапевтичного співтовариства – співробітники і пацієнти (по 1 год. 1 раз на тиждень).

Освітні заняття:

16 інформаційно-мотиваційних занять по 1 год. (4 рази на тиждень);

4 заняття з сімейної освіти по 1 год. (1 раз на тиждень);

4 заняття з сексуальної освіти по 1 год. (1 раз на тиждень);

4 заняття з філософії духовності по 2 год. (1 раз на тиждень);

8 занять з антистресової програми по 0,5 год. (2 рази на тиждень);

8 занять зі «Стоп-техніки» (запобігання зриву) по 0,5 год. (2 рази на тиждень);

8 занять з тренінгу асертивності по 0,5 год. (2 рази на тиждень);

4 заняття з профілактики інфекційних захворювань (гепатит, ВІЧ та ін.) по 1 год. (раз на тиждень).

Заняття з роботи над кроками:

20 письмових занять (по 1 год. 5 разів на тиждень);

20 усних занять (по 1 год. 5 разів на тиждень);

4 підсумкові заняття (по 1 год. 1 раз на тиждень);

28 занять «Підсумки дня» (знайомство з 10-м кроком) щодня по 1 год.;

12 зборів АА/АН (3 збори на тиждень).

Паралельно із заняттями і терапевтичними сесіями пацієнт веде щоденник емоційних станів.

Щодня пацієнт бере участь у сесіях групових медитацій по 15 хвилин.

Програма денного стаціонару (тривалість 4 тижні з 9.30 до 18.00) (Варіант 1).

Зміст курсу денного стаціонару цілком повторює програму стаціонару, за винятком занять з підбиття підсумків дня (10-й крок). Основне завдання цієї програми допомогти пацієнтові адаптуватися до тверезого способу життя і протистояти тискові з боку колишнього соціального оточення, найчастіше – однолітків, які актуалізують його потяг до ПАР. Залишаючись членом терапевтичного співтовариства, продовжуючи одержувати активну психотерапевтичну і соціально-психологічну підтримку, пацієнт поступово освоює нові для себе моделі взаємин із соціумом, щодня буваючи вдома і маючи можливість випробувати, наскільки набуті зміни допомагають йому зберігати абстиненцію і продовжувати процес реабілітації.

Програма денного стаціонару (тривалість 4 тижні з 9.30 до 13.00) (варіант 2).

Метою цієї модальності є максимальне залучення пацієнта до роботи співтовариства АН. У зв'язку з цим пацієнтові рекомендується щоденне відвідування зборів групи АН, частина яких проходять у приміщенні реабілітаційного центру. До зборів пацієнти беруть участь у роботі програми денного стаціонару, варіант 1. Завдяки більшій кількості годин, що їх вони проводять самостійно, поза стінами реабілітаційного центру, поступово збільшується ступінь волі і можливість розпоряджатися собою. Разом з тим зростає і відповідальність, яку вони беруть на себе за всі вчинки в новому для себе стані тверезості. Цей режим передбачає проведення пацієнтами щодня частини часу в реабілітаційному центрі, що забезпечує їм поступову адаптацію до умов за межами шпиталю.

Амбулаторна програма (тривалість 4 тижні тричі на тиждень з 16.30 до 20.30).

Головна мета амбулаторної програми – забезпечити: 1) поступове входження пацієнта в звичні середовищні умови; 2) поступовий відхід від тривалого перебування в реабілітаційному центрі; 3) повернення до самостійної і відповідальної поведінки. У той же час пацієнти ще залишаються в постійному зв'язку з центром, вони продовжують психотерапевтичні і соціо-терапевтичні заходи, активно беруть участь у зборах співтовариства АН. На цьому етапі пацієнти мають можливість випробувати заново освоєні ними способи комунікації зі звичним оточенням, емоційні і когнітивні патерни, поведінкові моделі.

Структура амбулаторної програми:

16 сесій групової психотерапії тривалістю 1,5 год. (4 рази на тиждень);
4 зборів терапевтичного співтовариства – співробітники і пацієнти (по 1 год. 1 раз на тиждень).

Освітні заняття:

8 інформаційних занять (1,5 год.) (2 рази на тиждень);
8 занять з сімейної освіти (по 1,5 год. 2 рази на тиждень);
8 занять з сексуальної освіти (по 1,5 год. 2 рази на тиждень);
4 заняття з філософії духовності (по 1 год. 2 рази на тиждень).

Після проходження інтенсивного курсу реабілітації (4 місяці) для пацієнтів протягом 2 місяців проводиться **підтримуюча терапія**.

Курс підтримуючої терапії складається з двох етапів: :

Початковий етап (тривалість 1 місяць):

- 12 сесій групової терапії (3 сесії на тиждень);
- участь у групах самопомоги АА і АН (3 рази на тиждень), робота зі спонсором.

Заключний етап (тривалість 1 місяць):

- 4–5 сесій групової терапії (1 сесія на тиждень);
- участь у групах самопомоги АА і АН 3 рази в тиждень, робота зі спонсором.

Під час проходження курсу підтримуючої терапії пацієнтові за необхідності призначають додаткові сесії з індивідуального консультування й терапії.

Увесь цей час пацієнт зобов'язаний відвідувати збори АН не менше 3–х разів на тиждень.

Так, тривалість повного курсу реабілітації (за послідовної участі пацієнта у всіх програмах) становить 6 місяців.

Наведена структура є класичною і якщо в реабілітаційному центрі її не дотримуються, то цей центр працює за іншою, не 12-кроковою, програмою.

Переваги та недоліки програми «12 кроків»

Програма «12 кроків» є найпоширенішою методикою лікування від uzалежнення у світі. На її основі побудована робота таких відомих спільнот, як «Анонімні Алкоголіки», «Анонімні Наркомани (ігреки, ненажери, боржники, співузалеженні)» та інших, а також тисяч груп підтримки. Понад

17 мільйонів людей в усьому світі живуть і лікуються у відповідності з цією програмою.

З моменту її опублікування у 1939 році програма практично не змінилася. Це свідчить про добре структуровану, послідовну і побудовану у психологічному значенні модель життя, лікування та реабілітації осіб з різними формами uzалежнення, а також про універсальність і популярність цієї програми у близьких їм людей, родичів і друзів.

Програма допомагає людині сформувану нову, більш адекватну концепцію свого захворювання (uzалежнення), навчитися жити із хворобою на рівні свідомого контролю. Поступово відбувається переоцінка себе самого, своїх потенційних можливостей і навіть міжособистісних контактів. Одування у програмі «12 Кроків» передбачає інший, змінений спосіб мислення, сприйняття себе та інших, а також здатність зріло та «незалежно» жити, функціонувати та особистісно реалізовуватися. Кожен Крок програми допомагає по черзі проаналізувати власні переживання та досвід, досягти змін у всіх життєво важливих сферах, і у такий спосіб сформувати стійкі установки на життя без хімічних речовин, гри тощо.

Серед переваг цього методу лікування – можливість надання такої допомоги цілком безкоштовно, що знижує навантаження на систему охорони здоров'я і зменшує рівень витрат на боротьбу з наслідками розвитку uzалежнення.

Разом з цим програма має і певні серйозні недоліки.

Впевненість у тому, що без програми неможливо одужувати і зберігати тверезість сприяє формуванню психологічного uzалежнення від програми.

Внаслідок ототожнення з програмою у її учасників замість повернення до суспільства може сформуватися почуття приналежності до «групи обраних», що призводить до розвитку почуття власної особливості й винятковості, аж до відчуття переваги над людьми, що не мають стосунку до програми.

Програма «12 кроків» практично не має завершення: є процес одужання, є одужуючі, але немає тих, хто одужав. Uzалежнений одразу визнає свою повну неспроможність боротися з недугою і віддає себе на волю Вищої Сили. Крім того, сама програма має виразно релігійний характер.

За такого підходу терапія може розтягнутися на необмежений термін, а реабілітаційний центр і терапевтична спільнота – набути рис секти.

Список використаних джерел:

1. Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б.В. Петровский, изд. 3-е. Т. 1. Москва: Советская энциклопедия, 1974. 650 с.
2. Веко А.В. Алкоголизм: избавление от зависимости, лечение, профилактика. Москва: Современный литератор, 1999. 215 с.
3. Вилсон Б. Анонимные алкоголики / Пер. с англ. А. И. Вершаков. М., 2004. 312 с.
4. Ветряник И.П. Гипноз как метод кодирования. *Личность и здоровье*. 2008. № 3. 56 с.
5. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. Москва: Изд-во НПО МОДЭК, 2003. 240 с.
6. Гуавин Д. Алкоголизм / Пер. с англ. Москва: Олимп-Бизнес, 2002. 224 с.
7. Джонсон В. Метод убеждения. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться / Пер. с англ. Н. Ляпковой. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2012. 112 с.
8. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, терапия. Санкт-Петербург: Элби-СПб. 2002. 193 с.
9. Иванов И.К., Бирун Н.В. Наркотики: выход есть! Санкт-Петербург: Питер, 2001. 210 с.
10. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Здоровье молодежи. Новосибирск: Наука, 1998. 165 с.
11. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. 3-е изд., перераб. Москва: Мед. Практика, 2001. 344 с.
12. Лисицын Ю.П., Свиридов П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты): руководство для врачей. Москва: Медицина, 1990. 527 с.
13. Мартыненко А.В. Личность и алкоголизм. Рассмотрение проблемы в социальном аспекте. *Светское здравоохранение*. 1990. С. 15-17.
14. Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Державний ін-т проблем сім'ї та молоді. Київ: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді., 2004. 200 с.
15. Теория и практика противодействия наркомании и алкоголизму / ред. Осипчук В.Н., Евлампиев Е.К. Санкт-Петербург: Отдел по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии, 2005. В. 1. 158 с.
16. Теория и практика противодействия наркомании / ред. Плетнёв М. Санкт-Петербург: Отдел по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии, 2005. В. 2. 90 с.

- 17.** Проценко Е.Н. Наркотики и наркомания: Надежда в беде. Москва: Изд-ние Триада. 2007. 240 с.
- 18.** Родригин А.В. Жизнь великого брокера. Как он сделал «это» или жизнь без алкоголя. Путь к трезвости – куда он приводит? Москва: Триас. 1998 112 с.
- 19.** Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие / ред. Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. Москва: Изд-ние «Академия», 2003. 176 с.
- 20.** Такала И.Р. Веселие Руси: История алкогольной проблемы в России. Санкт-Петербург: Изд-во «София», 2002. 254 с.
- 21.** Cochrane Methods 2016. Cochrane Database of Systematic Reviews / eds. Chandler J., Clarke M., McKenzie J., Boutron I., Welch V. 2016. (10 Suppl 1). New York, N.Y.: John Wiley & Sons, Inc. 78 p. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858CD012880.pub2/full>
- 22.** www.spasi.ru/bibit/bab3/hit/

2.5. Програма «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка»

Тітяєв В.

Абстракт. Програма «7 навичок» є молодю програмою для реабілітації uzалежнених клієнтів, що заснована на концепції Стівеном Кові. Надано огляд цієї програми та розглянуто можливість її застосування в реабілітаційному процесі.



Реабілітаційна програма «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка» (далі – програма «7Н») є відносно молодю. Вона була розроблена Іваном Мирошниченком у 2014-2015 роках і з тих пір активно впроваджується у роботу реабілітаційних центрів на пострадянському просторі.

В основу програми «7Н» було закладено відому концепцію розвитку особистості, що була представлена у 1986 році Стівеном Кові у його книзі «7 навичок високоефективних людей» [1]. Стівен Кові вдало поєднав у цій концепції індивідуальні досягнення та висновки різних фахівців у галузі психологічного, фізичного, соціального та духовного розвитку особистості. Представлена концепція абсолютно не суперечила принципам тверезого та соціально ефективного способу життя, була вивчена та застосована засновниками «Спільноти 7Н» в якості підґрунтя своєї особистої соціальної адаптації та одужання.

Саме тому у програмі «7Н» було представлено послідовність та збережено ідейну наступність до цієї концепції.

У чистому вигляді донести матеріал, представлений у книзі «7 навичок високоефективних людей» для uzалежнених осіб не було можливим, оскільки він був написаний автором для здорових та соціалізованих людей, які прагнуть свого розвитку та благополуччя. Саме тому його важливо було переробити та адаптувати під програму соціальної адаптації людей з хімічними uzалежненням.

У побудові структур програми «7Н» та стилі викладення матеріалів явно простежується вплив програми «12 кроків». Однак, між ними є фундаментальна світоглядна різниця. Справа в тому, що на відміну від програми «12 кроків», де людина ввіряє себе Вищій силі і просить у неї

допомоги, одужуючий за програмою «7Н» розраховує лише на власні сили, власне бажання бути здоровим, на власну самореалізацію.

Методологічні засади програми

Людина, uzалежнена від психоактивних речовин, завжди перебуває у неврівноваженому, спотвореному психічному стані. Змінюється все – почуття, думки, уявлення, навички. Визначити ступінь змін, допомогти в кризовій ситуації, пристосувати до реабілітації – основні завдання, які ставлять перед собою фахівці, які працюють за програмою реабілітації «7Н».

Виходячи з основ психології, вважається, що особистість кожної людини складається з кількох складових, серед яких:

- фізіологічна;
- психологічна;
- духовна;
- інтелектуальна.

В uzалежнених всі чотири складові зазнають сильних змін. Відбувається інтелектуальна деградація, психологічні порушення, виникають проблеми зі здоров'ям, занепадає особиста моральність. Виходячи з таких спостережень, стало зрозуміло, що реабілітація має бути глобальною, і включати як медикаментозну терапію, так і психологічну та дисциплінарну. У лікуванні активно задіяні наркологи, психологи, консультанти, соціальні освітяни, служителі церкви. Чимало користі приносить і спілкування з іншими uzалежненими, які перебувають на шляху одужання та показують позитивний приклад.

Програма реабілітації включає основи фізіологічного одужання та особистісного зростання, завдяки чому резидент відновлює своє фізичне здоров'я та психологічний стан. Фахівці допомагають uzалеженному за принципом «Зсередини-Назовні», що передбачає виявлення когнітивних помилок, яких припускається резидент. Потім ці помилки коригуються, що дозволяє знизити психологічний потяг до наркотиків чи алкоголю.

Характер будь-якої людини складається з навичок. Навички – це важливі фактори життя, зазвичай неусвідомлені, але дуже стійкі. Саме вони визначають ефективність кожної людини. Позбутися певних навичок дуже важко. Це тривалий процес, який вимагає допомоги фахівців та певних умов.

Щоб засвоїти конструктивні навички, резиденту потрібні 3 ресурси: теорія, практика та мотивація.

У Програмі та «Спільноті 7Н» узалежненому допомагають сформувати нову систему навичок, яка дозволить повноцінно жити, не вдаючись до наркотиків та алкоголю.

Структура програми

Програма складається з чотирьох етапів, кожен з яких має своє призначення і містить відповідні навички.

Етап №1

Перший етап програми присвячений аналізу та корекції деструктивних принципів, цінностей та парадигм, якими була керована узалежнена людина. На першому етапі програми (Навички №1–№3) резиденту пропонується розв'язати момент внутрішньої мотивації та знайти відповіді на два питання: «Що я знайшов у вживанні? Навіщо і для чого мені одужання?». Далі узалежненій людині пропонується розпочати написання особистої місії одужання, тобто складання докладного плану трансформації свого життя.

Етап №2

Другий етап програми присвячений аналізу та відновленню т. зв. «соціального капіталу» (родина, друзі, колеги, діти, родичі), якому, у період вживання узалежненою людиною, було завдано шкоди. На другому етапі програми (Навички №4 – №5) резиденту пропонується провести аналіз своїх соціальних втрат, ознайомитися з інструментами відновлення поточного рахунку довіри (ПРД), після чого приступити до ознайомлення з таким поняттям, як «емпатія» і стосунків в дусі «виграв-виграв» (win-win).

Етап №3

Третій етап програми присвячено створенню системи підтримки одужання для узалежненої людини. На третьому етапі (Навичка №6) резиденту пропонується створити систему нарощування «рушійних сил одужання та розвитку», яка передбачатиме виконання певних дій, участь у певних заходах та контакт із певними людьми.

Етап №4

Четвертий етап програми присвячено вивченню такого принципу особистісного зростання, як «заточення лез». У завершальній частині програми (Навичка №7) резиденту пропонується вивчити принципи розвитку фізичного, психологічного, соціального та духовного благополуччя. А також

створити індивідуальний маршрут просування себе, свого одужання та свого життя по висхідній спіралі зростання та розвитку.

Зміст програми

Зміст програми «7Н» являє собою власне комплекс навичок, представлених Стівеном Кові у його книзі, що були адаптовані для узалежнених осіб. Далі для його розкриття ми будемо користуватися більшою мірою термінологією і стилем викладення, прийнятими в «Спільноті 7Н».

Поняття «навичка» в «Спільноті 7Н» представляють як точку перетину знань, умінь та бажань. Іншими словами, навички одужання в Спільноті визначаються як точно засвоєні знання програми одужання, багаторазово відпрацьовані на практиці, що характеризуються високим рівнем мотивації до їх виконання з боку одужуючої людини. Для того щоб подолати своє узалежнення, одужуючи за програмою «7Н», резиденту необхідно докласти зусиль для того, щоб змінити формат свого мислення.

Навичка 1. «Визнавши себе узалежненими, ми прийняли рішення діяти проактивно у своєму одужанні»

Майже кожній узалежненій людині соромно і страшно сказати про те, що контроль над уживанням втрачено і життя стало некерованим, що без допомоги ззовні йому не впоратися.

Тому перше, з чого людина починає, вступаючи в «Спільноту 7Н», це з усвідомлення і визнання того, що вона – узалежнена особа, яка потребує допомоги людей, що одужують, і власної мотивації до одужання. Для усвідомлення та прийняття всього цього служить самосвідомість.

Самосвідомість у процесі одужання дозволяє відсторонитися і оцінити те, як ми самі себе бачимо з боку, свої переконання та вірування, на які ми спираємося, а оцінивши їх, зрозуміти, чи засновані вони на ефективних принципах або є результатом узалежнених умовностей і умов, а потім розпочати їх коригування.

Ставши учасником «Спільноти 7Н», визнавши себе узалежненим і приступивши до роботи з програмою «7Н», узалежнена людина починає розуміти фундаментальний ***принцип проактивного одужання, який говорить, що кожен з нас має особисту Свободу Вибору***, а це означає, має змогу одужувати і робити цей вибір незалежно від обставин, а виходячи зі своїх переконань, бажань та переваг.

Провідні категорії на цьому етапі: *самосвідомість, свобода вибору, проактивність.*

Самосвідомість людини є особливою формою свідомості, спрямованою на почуття і переживання самої людини.

У програмі одужання «7Н» узалежненим людям пропонується сформуванати адекватний «уявний образ про себе». Тобто образ, який відповідає життєвим реаліям нашого суспільства та сприятиме їх успішному пристосуванню до життя без уживання наркотиків та алкоголю.

На формування адекватної «думки про себе» у програмі впливають:

1. Зворотний зв'язок учасників спільноти, наставника та фахівців.
2. Служба на групах «Спільноти 7Н».
3. Регулярна самооцінка результатів своєї діяльності у програмі одужання.

Свобода вибору. Ядром принципу «Свободи Вибору», є модель, яку в науковому співтоваристві називають «моделлю терапевтичних змін» та «АВС-теорією особистості», що її представив Альберт Еліс у 1955 році. Він вважав, що вона не тільки описує процес виникнення дисфункціональних емоцій, поведінки та відповідних результатів, але також використовується і як настанова з усунення причин цих порушень.

Проактивність. З погляду учасників «Спільноти 7Н» проактивність – це синонім таких слів, як ініціативність, активність та відповідальність. Враховуючи ці слова, можна припустити, що їх поєднує одна загальна психологічна дія – це право самостійно вибирати, як нам реагувати на «світ» і всі його «пропозиції». Таке реагування у «Спільноті 7Н» учасники називають проактивним.

Здатність підпорядковувати свої бажання, які руйнують життя, цінностям одужання, які його творять, можна назвати суттю проактивного підходу до одужання.

Завершальним практичним завданням навички №1 є складання «Колеса благополуччя».

Навичка 2. «Свій шлях одужання ми починаємо з написання особистої місії одужання»

Особиста місія одужання у програмі «7Н» – це усвідомлена, прийнята та прописана стратегія узалежненої людини з цілями та завданнями свого одужання.

«Перш ніж починати шлях одужання, усвідом його мету» – це перший принцип, який лежить у основі Навички № 2.

Починаючи шлях одужання та приступаючи до роботи за Навичкою № 2, необхідно сформувати у своїй свідомості точний образ поставлених завдань та цілей одужання. Тобто все, що робить людина у повсякденному житті, має відповідати тим критеріям, які вона встановлює для себе як найважливіші, які допомагають їй досягати та розвивати своє благополуччя.

Центр особистої місії одужання. Усе, що знаходиться в центрі одужання, є джерелом для почуття особистої безпеки, внутрішньої орієнтованості, розумності і волевиявлення. Що означають ці фактори?

Почуття особистої безпеки пов'язане з відчуттям власної значущості, з душевним спокоєм, з емоційною стабільністю, з силою чи слабкістю особистості, з відчуттям того, що людина справді одужує.

Почуття особистої орієнтованості – це внутрішня система поглядів і переконань, крізь яку ми пояснюємо все, що відбувається навколо нас. Це цінності та принципи, які постійно координують процес прийняття наших рішень та реалізації наших вчинків.

Розумність – це суб'єктивний погляд на життя, мудрість, рівновага, розуміння того, як улаштований світ, які принципи ним керують, як вони вбудовані у наше життя і до чого можуть привести нас.

Волевиявлення – це наша здатність творити, сила та можливості щонебудь реалізовувати, робити вибір та приймати рішення. Воля включає нашу здатність відмовлятися від неефективних життєвих сценаріїв і створювати більш гідні, більш ефективні проекти нашого життя. Це влада над своїм життям та самим собою.

Макет своєї особистої місії одужання виконується у вигляді дерева за такими етапами.

Етап № 1. Ваша мрія, як ґрунт для дерева. Мрія – це, можливо, заповітне бажання, а може, це просто бажання, яке через Вашу хворобу або спосіб життя нездійсненне нині, але ви все ж таки бажаєте, щоб це втілюлося в реальність.

Ваша мрія може відповісти на запитання: «Яке життя Ви хочете прожити?», «Яким хочете стати?», «Якими Ви хочете бачити своїх близьких?». Досліджуючи свою власну мрію, важливо торкнутися своїх найпотаємніших бажань, цінностей, принципів, талантів, світогляду.

Етап № 2. Ваші цінності одужання у програмі «7 навичок», як коріння дерева. У програмі «7Н» учасники спільноти мають на увазі під цінностями те, що одужуюча людина цінує насамперед у своєму одужанні. Цінності тісно пов'язані з мотивацією. Людина схильна регулярно присвячувати час лише тому, що має справжню цінність, водночас ігнорувати те, що вважає неважливим. Тому другим етапом створення

особистої місії одужання є пошук та прописування цінностей самого одужання.

Етап № 3. Ваші життєві ролі, як великі гілки дерева. У широкому розумінні цього слова ролі – це опис певної кількості нашої соціальної відповідальності, що виконується або не виконується нами щодо когось чи чогось. Усе наше життя – це набір певних ролей, які ми відіграємо, або ні. Відповідно, цю письмову роботу ми рекомендуємо почати не з опису та формулювання ролей, а зі списку тих людей, перед ким Ви відчуваєте відповідальність за своє одужання сьогодні.

Етап № 4. Ваші цілі, як малі гілки дерева. Що таке мета? У програмі «7Н» учасники спільноти під метою розуміють бажаний кінцевий результат, у напрямку якого ми свідомо здійснюємо свої дії. Під час формулювання цілей до ролей особистої місії одужання необхідно буде сформулювати одну-дві цілі. Доцільно розпочати з найпріоритетніших ролей.

Етап № 5. Ваша місія, як ствол дерева. По-перше, створіть коротку назву Вашої місії одужання, щоб вона не перевищувала 20–25 слів, щоб Ви могли запам'ятати її напам'ять. Можете прописати цю назву особистої місії одужання в щоденнику, щоб вона завжди була під рукою.

По-друге, не робіть назву місії одужання надто короткою, тому що вона має відобразити Вашу мрію, стратегічні цілі Вашого одужання, деякі основні принципи та ролі. Ви маєте розуміти, що збираєтеся зробити чи вже робите у своєму одужанні.

По-третє, пам'ятайте, що місія Вашого одужання має Вас надихати на звершення. Будьте креативні! Значення має як зміст, а й форма.

По-четверте, сформулюйте місію свого одужання зараз. Ви повинні усвідомлювати, що вже зараз Ви живете відповідно до своєї місії одужання. Місія добра не для майбутнього, а для сьогоднішнього, щоб зараз ухвалювати рішення, як використовувати свої ресурси для одужання.

Завершальним практичним завданням навички №2 є опис зв'язку, який існує між частиною дерева, що знаходиться у ґрунті (тобто корінням як цінністю одужання), і частиною дерева, яка знаходиться над ґрунтом (тобто стовбуром, великими та малими гілками тощо).

Навичка 3. «Усвідомлюючи важливість особистої місії одужання, ми приступили до її реалізації».

Навичка № 3 є другим, фізичним, творенням Навички № 2, тобто відтворенням особистої місії одужання.

Приступаючи до роботи з Навичкою № 3, доведеться розібратися з такими питаннями, які пов'язані насамперед із самоврядуванням та

самоорганізацією, розстановкою пріоритетів та плануванням свого одужання.

Реалізація цього процесу у програмі «7Н» будується за принципом матриці Ейзенхауера і полягає в тому, що час це ресурс нашого одужання, який ми витрачаємо одним з чотирьох способів, реагуючи:

1. На термінові та важливі справи для одужання.
2. На нетермінові та важливі справи для одужання.
3. На термінові та неважливі справи для одужання
4. На нетермінові та неважливі справи для одужання.



Рис. 2.5.1. Розстановка пріоритетів

Квадрат № 1 – одночасно терміновий та важливий.

Він пов'язаний з тим, що дає нам значні результати і вимагає від нас негайної уваги.

Квадрат № 3 – одночасно терміновий та неважливий.

Є люди, які значну частину часу витрачають на Квадрат №3, думаючи, що перебувають у Квадраті №1. Але насправді терміновість цих справ часто ґрунтується на пріоритетах та очікуваннях інших людей.

Квадрат № 4 – одночасно нетерміновий і неважливий. Це – розваги, перегляд ТВ, безмістовні телефонні розмови та інші подібні їх справи.

Квадрат № 2 – одночасно нетерміновий та важливий.

Це серце ефективного самоврядування в одужанні. Він пов'язаний з плануванням, навчанням та іншими перспективними проєктами.

Основна суть Квадрату № 2 полягає в тому, щоб керувати своїм одужанням ефективно – на основі вагомих пріоритетів, на основі розуміння своєї особистої місії одужання, спрямовуючи свої зусилля на те, що справді є важливим для одужання.

Інструмент Квадрату № 2 – це щоденник або органайзер, тобто невелика книга (можливо, електронна), яка містить календар, адресну книгу та блокнот, що служить для організації важливих подій та справ нашого одужання.

Планування і слідування раніше наміченому плану виховує самодисципліну, а самодисципліна – це основа успіху та добробуту uzалежненої людини, що прагне свого одужання та розвитку.

Переміщення в квадрат № 2.

Крок № 1. Визначення основних ролей особистої місії одужання

Крок № 2. Постановка цілей до обраних ролей

Крок № 3. Планування щодо реалізації поставлених цілей

Крок № 4. Щоденне самоспостереження

Завершальним практичним завданням навички №3 є планування наступного тижня за допомогою матриці Ейзенхауера.

Навичка 4. «Ідучи шляхом одужання, ми почати відновлювати відносини з близькими людьми, думаючи і діючи в дусі взаєморозуміння»

Робота за програмою «7Н» включає не тільки відмову від уживання, але й відновлення, і налагодження соціальних зв'язків і комунікацій, які були зруйновані в цей період.

Поточний рахунок довіри. Поточний рахунок довіри – це метафора, на яку спираються учасники «Спільноти 7Н», позначаючи рівень довіри, досягнутий у відносинах між людьми. Це почуття впевненості та надійності, яке вони відчувають щодо один одного.

10 вкладів, що формують поточний рахунок довіри:

1. Прагнення зрозуміти людину.
2. Говорити чесно та прямо.
3. Виявляйте повагу.
4. Бути прозорим, як чисте скло.

5. Визнавати та виправляти помилки.
6. Лояльність до оточуючих.
7. Результативність.
8. Своєчасне прояснення очікувань.
9. Демонструвати відповідальність.
10. Прагнення слухання.

Чотири моделі взаємодії між людьми.

1. «Виграв/Програв» – установка, за якої всі вигоди людина передбачає тільки для себе, сприяючи втратам оточуючих її людей. Ця модель відповідає авторитарному стилю вирішення спірних питань або конфліктів.

2. «Програв/Виграв». Деякі uzалеженні у конфліктних ситуаціях чи спірних питаннях дотримуються моделі поведінки «Програв/Виграв», суть якої відображена у повному ігноруванні своїх інтересів на користь інтересів інших людей. Позиція «Програв/Виграв» за своєю суттю така сама, як і модель «Виграв/Програв», оскільки не враховує інтереси обох сторін відразу.

3. «Програв/Програв». Коли сходяться двоє людей з установкою «Виграв/Програв», то програють обидва. Оскільки кожна зі сторін звикла задовольняти лише свої інтереси і водночас ігнорувати інтереси опонента.

4. «Виграв/Виграв». Модель «Виграв/Виграв» – це особливий настрій серця та розуму, спрямований на постійний пошук взаємної вигоди у взаємодії людей один з одним. «Виграв/Виграв» означає, що всі домовленості та рішення взаємно вигідні та задовольняють обидві сторони.

Дерево довіри. Досвідченими учасниками спільноти виділяються три основні *якості здорового характеру*, що сприяють формуванню високого рівня довіри у відносинах та відтворенню принципу «Виграв/Виграв».

1. Цілісність
2. Психологічна зрілість
3. Менталітет «достатку»

Наслідки здорового характеру:

4. Здорові наміри.
5. Комфортні угоди
6. Результативність

Завершальним практичним завданням навички №4 є оцінка за спеціальною методикою поточного рівня довіри як свого, так і інших людей.

Навичка 5. «Відновлюючи відносини з людьми, ми наперед прагнемо зрозуміти їх, потім бути зрозумілими»

Найголовніший принцип, якого намагаються дотримуватися учасники «Спільноти 7Н», відновлюючи стосунки з близькими людьми в процесі одужання, звучить так: *«Спочатку прагніть зрозуміти, потім – бути зрозумілим».*

Прагнення розуміти та вміння слухати – це одна з видимих ознак одужуючого наркомана та алкоголіка, який працює над відновленням зруйнованих раніше відносин з близькими людьми.

Емпатійне слухання. У «Спільноті 7Н» під емпатією розуміють вміння одужуючого ставити себе на місце іншої людини, вміння співпереживати і сприймати його внутрішній світ з точним збереженням емоційних і смислових відтінків, тобто розуміти почуття, емоції та переживання інших людей.

Суперальтернатива (Третя альтернатива). Можна знайти вихід практично з будь-яких безвихідних становищ та найглибших розбіжностей. Цей шлях вирішення проблем учасники у «Спільноті 7Н» називають пошуком «Суперальтернативи», тобто рішення, що враховує інтереси всіх сторін і якісно переважає окремі егоїстичні альтернативи.

Рекомендації п'ятої навички

- 1) Уникайте гордині.
- 2) Навчіться говорити «вибачте мене».
- 3) Прощайте та відпускайте.
- 4) Даючи собі та іншим обіцянки, виконуйте їх.
- 5) Регулярно усамітнюйтеся з природою.
- 6) Читайте якнайбільше актуальних для свого життя книг.
- 7) Регулярно займайтеся спортивними навантаженнями.
- 8) Забезпечте себе сном 7-8 годин на добу.
- 9) Вивчайте літературу духовного змісту.
- 10) Не уникайте самотності.
- 11) Слухайте більше, говоріть менше.
- 12) Будьте щедрими людьми.
- 13) Не порівнюйте себе з іншими людьми.
- 14) Навчіться допомагати людям вигравати.
- 15) Не гарячкуйте.
- 16) Будьте простіше та спокійніше.
- 17) Завжди шукайте можливість рішень у режимі «Третьої

Альтернативи».

Завершальним практичним завданням навички №5 є опис запропонованої картинки і відпрацювання протягом тижня вмінь емпатії та пошуку «Суперальтернативи».

Навичка 6. «Для зберігання свого одужання ми вступили у синергію з сімома рекомендаціями програми»

У «Спільноті 7Н» синергія є одним з найважливіших принципів одужання, який передбачає створення потужного зв'язку між uzалежненою людиною та системою основних рекомендацій програми «7Н».

Синергія означає комбіновану дію будь-яких компонентів, тобто людей та подій, за якого сумарний ефект перевищує дію кожного компонента окремо.

1. Межі безпеки

Межі безпеки – це загальні рекомендації програми «7Н», дотримання яких, на думку досвідчених учасників спільноти, є необхідною умовою для одужання:

1. Не брати до рук наркотики.
2. Не брати до рук алкоголь
3. Не контактувати з діючими наркоманами та алкоголіками.
4. Не зберігати атрибути вживання.
5. Утриматися від відвідування аптек.
6. Утриматися від відвідування тусовок.
7. Не мати при собі великих сум грошей.
8. Не відвідувати місця, пов'язані з уживанням.
9. Не будувати емоційно значимі стосунки.
10. Утриматися від сексуальних стосунків.
11. Утриматися від їзди машиною.
12. Утриматись від азартних ігор.
13. Утриматись від придбання цінних речей.
14. Утриматися від ухвалення серйозних рішень.
15. Утриматися від нецільового перегляду телевізора та комп'ютера.
17. Утримаються від розмов про вживання.

18. «Конкретна людина» (визначити людину, яка становить серйозну небезпеку для одужання та утримуватися від контакту з нею).

19. «Особиста межа» (Виставляється на все те, що заважає одужувати, і не було перераховано вище)

2. Групи самодопомоги

У «Спільноті 7Н» групи самодопомоги – це місце, де зазвичай всі присутні учасники діляться своїм особистим досвідом одужання з іншими

людьми, які шукають допомоги, не як професіонали, а як люди, що пережили схожу ситуацію і знайшли вихід. Групи пропонують учасникам спільноти оточення, яке дозволяє навчитися жити вільним життям.

Збори на групах можуть бути

а) «*домашніми*» – коли учасники «Спільноти 7Н» організовуються в малу групу та проводять збори;

б) «*міськими*» – коли учасники організовуються в одну велику групу та проводять загальні збори на території міста, де вони проживають. Як правило, на міські групи можуть приходити всі охочі узалежнені

в) «*відкритими*», коли учасники запрошують на збори незалежних гостей, наприклад, своїх родичів.

г) «*закритими*», на які допускаються ті, хто сам має проблему узалежнення.

3. Зміцнення духовності

Під духовністю розуміються об'єднуючі основи суспільства, що виражаються у вигляді моральних цінностей та традицій, сконцентровані, як правило, у релігійних навчаннях та практиках, а також у художніх образах мистецтва. Шляхи зміцнення духовності:

1. Участь у богослужбовому житті Церкви та її Таїнствах.

2. Індивідуальна молитва.

3. Регулярне читання Святого Євангелія і духовної літератури та роздуми над прочитаним.

4. Служіння ближньому.

4. Регулярна робота з програмою «7 навичок одужуючого наркомана і алкоголіка»

5. Наставник. Кожен учасник «Спільноти 7Н» у процесі свого одужання, як правило, проживає дві ролі: роль наставника та роль підлеглого.

Коли один узалежнений допомагає іншому одужувати – це є наставництво, принцип, який допомагає одужувати всім учасникам «Спільноти 7Н».

6. Профілактичний огляд фахівців (диспансеризація).

7. Навчання і працевлаштування.

Завершальним практичним завданням навички №6 є аналіз та оцінка наведених вище рушійних сил одужання.

Навичка 7. «Дотримуючись програми «7 навичок», ми продовжуємо постійний процес самовдосконалення та оновлення свого фізичного, духовного, психологічного і соціального здоров'я»

Основний принцип, який представлений у Навичці №7, називається «Заточення Лез». Головна ідея цього принципу полягає в тому, щоб виділяти час для оновлення своїх ресурсів та вдосконалення чотирьох вимірів нашої життєдіяльності, а саме: фізичного, духовного, психологічного та соціального.

Фізичне благополуччя в одужанні – гарне фізичне самопочуття, тілесний комфорт, хороший фізичний тонус, що задовольняє людину, що одужує.

У «Спільноті 7Н» під фізичним благополуччям розуміється природний стан організму, за якого відбувається нормальне функціонування всіх його органів і систем.

Основним розвиваючим та стабілізуючим фактором фізичного здоров'я є спосіб життя. Ведення здорового способу життя можливе у разі створення та реалізації програми оновлення та вдосконалення фізичного виміру, яке включатиме:

1. Збалансоване харчування.
2. Баланс між працею та відпочинком.
3. Фізичну активність.

Духовне благополуччя в одужанні – причетність людини, що одужує, до духовної культури суспільства, постійний процес залучення до багатств духовної культури своїх предків, розуміння сенсу свого одужання та усвідомлення призначення свого життя.

Більшість учасників «Спільноти 7Н» вважають, що оновлення та вдосконалення духовного виміру життя, тобто формування духовно-морального здоров'я, надають один із найпотужніших позитивних ефектів у процесі одужання.

У «Спільноті 7Н» для формування духовного здоров'я учасники найчастіше обирають приналежність до тієї чи іншої релігії.

Психологічне благополуччя в одужанні – самовідчуття з боку одужуючої людини свого потенціалу та усвідомлення цілей у житті, супроводжувані достатньою кількістю емоційних, особистісних та інтелектуальних ресурсів як для реалізації власного потенціалу, так і для досягнення поставлених цілей.

Ресурси, які у «Спільноті 7Н» учасники вважають важливими та такими, що забезпечують психологічний добробут в одужанні:

1. **Емоційний ресурс** – вміння аналізувати, розуміти, переживати і конструктивно висловлювати свої емоції та почуття, не завдаючи протешкоди собі та своєму одужанню.

2. *Інтелектуальний ресурс*, який формується загалом за рахунок традиційної освіти.

3. *Особистісний ресурс* – це насамперед наявність фізичних і психологічних сил, а також внутрішня готовність до вирішення поставлених завдань та намічених цілей.

Соціальне благополуччя в одужанні – це задоволеність людини, яка одужує, своїм соціальним статусом у суспільстві, а також задоволеність своїми особистісними та міжособистісними відносинами, що складаються в її повсякденному житті.

Під соціальним благополуччям у «Спільноті 7Н» учасники мають на увазі певний рівень соціальних досягнень, що виконуються uzалежненою людиною у процесі одужання.

Завершальним практичним завданням навички №7 є складання «Колеса благополуччя» за наведеними вище секторами.

Застосування програми «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка» у роботі реабілітаційного центру

Практична реалізація програми психосоціальної реабілітації «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка» в реабілітаційному центрі включає комплекс психотерапевтичних, психокорекційних, психологічних, соціальних, а також юридичних заходів, спрямованих на відновлення нормальної життєдіяльності та працездатності осіб, які перенесли психічні та фізичні травми під час вживання психоактивних речовин.

Завдання реабілітаційної програми:

1. Оцінити рівень реабілітаційного потенціалу клієнта.
2. Ознайомити клієнта із загальним становищем концепції хвороби наркоманії та алкоголізму, галузями ураження різних сфер життя.
3. Ознайомити з критеріями одужання програми, правилами поведінки та режимом утримання.
4. Помістити клієнта до малої терапевтичної групи, визначити його соціальний статус у програмі одужання.
5. Створити мотиваційний потенціал для проходження програми одужання.
6. Ознайомити із програмою «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка».
7. Почати роботу з резидентом за програмою одужання від Навички №1 до Навички №5.

Програма реабілітації також включає:

1. Індивідуальні та групові консультації лікаря нарколога (діагностична, інформаційна, мотиваційна).
2. Індивідуальні та групові консультації психолога (діагностична, інформаційна, мотиваційна).
3. Індивідуальні та групові консультації священнослужителя (інформаційна, мотиваційна).
4. Індивідуальні та групові консультації психосоціального реабілітолога (діагностична, інформаційна, мотиваційна).

Оцінка ефективності взаємодії між резидентом та фахівцями:

1. Перевірка, рівня засвоєння індивідуальних та групових консультацій фахівців програми.
2. Аналіз рівня самостійно виконаних завдань.
3. Оцінка розуміння необхідності проходження програми одужання.
4. Заповнення індивідуальної карти одужання.
5. Переведення у програмі одужання з етапу №1 до етапу №7.
6. Аналіз клієнта за системою оцінки одужання відповідно до критеріїв програми.

У процесі реабілітації проводиться чітка фіксація динаміки одужання резидента, яка ґрунтується на рівні відповідності критеріям одужання програми (СОО – система оцінки одужання) та ступеню проходження програми «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка».

Переваги та недоліки програми «7 навичок одужуючого наркомана та алкоголіка»

Так, програма «7 Навичок одужуючого наркомана та алкоголіка» є для uzалежнених людей певним соціальним ліфтом, який дозволяє у досить короткі терміни змінити своє мислення та моделі поведінки, засвоїти навички самоспостереження, прогнозування, побудови відносин у душі «виграв-виграв» і написати та реалізувати сценарій свого нового життя.

Водночас важливо відзначити, що «7 Навичок одужуючого наркомана та алкоголіка» є програмою соціальної адаптації, тобто рекомендована до використання для uzалежнених виключно після лікувального і реабілітаційного періоду. Програма не адаптована під стаціонарні реабілітаційні центри, тому в процесі стаціонарного курсу реабілітації може застосовуватися виключно як лекційний матеріал, а не як основна програма.

Список використаних джерел:

1. Кови С. 7 навыков высокоэффективных людей. Мощные инструменты развития личности. Киев: Альбина Паблішер, 2012. 374 с.
2. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб: Санкт-Петербург: Речь, 2001. 560 с.
3. Мирошніченко И.С. Навигатор группы. Севастополь: ООО «ПК КИА», 2016. 32 с.
4. Мирошніченко И.С. Проспект сообщества. Севастополь: ООО «ПК КИА», 2016. 44 с.
5. Мирошніченко И.С. Руководство по работе с программой «7 Навыков выздоравливающего наркомана и алкоголика». 3-е изд. Севастополь: ООО «ПК «КИА», 2020. 172 с.
6. Мирошніченко И.С. Традиции сообщества. Севастополь: ООО «ПК КИА», 2016. 20 с.
7. <https://community7h.org/programm/7-navykov>
8. <http://community7h.org/centry/>
9. <https://xn--80aengayigbkqdn4l.xn--p1ai/dlya-clientov/programma-socialnoj-reabilitacii-i-resocializacii>

РОЗДІЛ 3.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ РОБОТИ З УЗАЛЕЖНЕНИМИ КЛІЄНТАМИ ТА ЇХ РОДИНАМИ

3.1. Мотиваційна робота з uzалежненими клієнтами

Старков Д.Ю.

Анотація

Представлено огляд механізмів адиктивної анозогнозії, серед яких виділено дисфункцію префронтальної кори, пост абстинентний синдром, регрес особистості, адиктивне розщеплення особистості, дію психологічних захистів, когнітивний дисонанс, інформаційну нестачу та свідоме заперечення. Розглянуто підходи до мотиваційної роботи з uzалежненими клієнтами, зокрема: інформаційний, енвайронцентричний, когнітивно-поведінковий, модель позитивних змін, мотиваційне інтерв'ювання, систематичне мотиваційне консультування та ін. Запропоновано також авторський підхід інтегративної мотиваційної роботи.

Вступ

Uzалежнені клієнти визнаються як одні з найменш мотивованих до терапії та одужання загалом. Багато фахівців вважає, що так званий синдром анозогнозії (або заперечення хвороби) є невід'ємною складовою uzалежнення. Є також деякі емпіричні дані щодо низького рівню звернення uzалежнених осіб за допомогою. Так, наприклад, серед розладу азартних ігор їх кількість оцінюється лише в 10%.

Виходячи з вищезазначеного, мотиваційна робота з uzалежненими особами є одним з провідних та вкрай необхідних компонентів будь-якого виду терапії цих клієнтів. Тут подано огляд різних підходів до мотиваційної роботи з хімічними адиктами, представлено як адаптації існуючих методик так і власні розробки.

Усі мотиваційні методики і теоретичні моделі мотивації можна умовно розділити на дві великі групи. З одного боку, можна говорити не стільки про саму мотивацію до тверезості, скільки про синдром адиктивної анозогнозії і працювати саме з ним («негативний підхід»). З іншого боку, можна розглядати саму структуру мотивації і працювати з предикторами її розвитку («позитивний підхід»). Зрозуміло, що «негативний» і «позитивний» підходи не виключають, а доповнюють один одного. Структуру цього підрозділу побудовано виходячи з цього розподілення: спочатку буде представлено

анозогнозичні моделі, далі моделі розвитку мотивації, наприкінці інтегративну модель мотиваційної роботи.

Механізми анозогнозії

У зарубіжній літературі замість терміну анозогнозія часто використовується термін заперечення. Термін «заперечення» не зовсім зручний, оскільки в ньому вже закладено смисли: 1) виключно когнітивного компонента; 2) дискретності – заперечення або є, або немає; 3) приписування відповідальності за заперечення свідомості клієнта. Водночас термін анозогнозія є набагато ширшим: так, по-перше, давньогрецьке слово «ὑψῶσις» має більш широке значення, ніж просте раціональне визнання інформації, але передбачає той чи інший рівень глибини розуміння та прийняття знання. По-друге, через поняття анозогнозії можна також визначити як процес свідомого заперечення клієнтом, так і вплив на його свідомість інших механізмів. Тому терміну анозогнозії можна дати таке визначення, що включає когнітивні, афективні та поведінкові компоненти: *адиктивна анозогнозія – це свідоме або несвідоме спотворення усвідомлення проблем вживання, ціннісно-емоційного ставлення до них, намірів та дій з вирішення цих проблем.* Або якщо провести аналогію зі західним терміном «заперечення», в анозогнозію можна включати не лише саме заперечення (когнітивний компонент), але і знецінення (афективний компонент) і опір (поведінковий компонент) [10].

У розгляді анозогнозії виділяють клініко-біологічний, психопатологічний, клініко-психологічний, соціально-психологічний підходи до розглядання проблем адиктивної анозогнозії [12, 13]. У кожному з цих підходів можна виділити по два провідних механізми [9]:

Клініко-біологічний підхід, механізм 1: дисфункція кори. У цю групу входять механізми анозогнозії, що ґрунтуються на зниженні критичності мислення через порушення функціонування кори внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР). До цієї групи відноситься спектр розладів від важких невідновних порушень (енцефалопатії) до «малих» порушень функціонування кори (які спостерігаються навіть у випадках нехімічного uzалежнення), коли деяке зниження критичності до проблем своєї адиктивної поведінки, зниження рівня абстрактного мислення і відповідне підвищення рівня конкретності мислення відбувається вже на початку формування uzалежнення, а не лише на останній її стадії. Але, природно, провідним механізмом анозогнозії дисфункція кори стає на останніх стадіях розвитку uzалежнення, або, також, часто при психоорганічних психотичних станах внаслідок вживання так званих «дизайнерських наркотиків». У

випадку енцефалопатії (невідновний стан) або психоорганічного психозу (функціонування клієнта може з часом відновитися) психологічна робота з анозогнозією неможлива. Будь-які раціональні інтервенції на подолання анозогнозії з такими клієнтами не лише безглузді, але і шкідливі – вони призводять до посилення напруги клієнта через неможливість осмислити дії фахівця і, як наслідок, розриву контакту, а також до посилення дисфорійного стану з можливими неконтрольованими агресивними проявами. З огляду на те, що таким пацієнтам надається тривале стаціонарне лікування (в психіатричному центрі або в медико-соціальної реабілітації), то можна дати такі рекомендації у роботі з анозогнозією таких клієнтів. По-перше, необхідно працювати не стільки зі визнанням самої адикції та супутніх проблем, скільки над мотивацією залишатися в центрі, яка для цих клієнтів не є похідною від мотивації до одужання від uzалежнення. Тобто не має нагальної необхідності мотивування до тверезості (що впирається в роботу з анозогнозією) для того, щоб людина залишилися в центрі. Це досягається створенням теплої атмосфери в закладі з чіткими структурованими і зрозумілими рамками роботи. Тобто, такі особи залишаються в лікувальному центрі тому, що їм там подобається, а не заради лікування. Так як ці клієнти не здатні осмислити групову динаміку і стосунки в групі, то ці групи для них повинні йти здебільшого в підтримуючому форматі. У разі несподіваного виникнення бажання піти з центру, важливо з'ясувати його причини (часто це просто якісь образи або незадоволення якимись умовами), з'ясувати, як справи в центрі, а якщо було виявлено проблеми, пообіцяти виправити ситуацію. З такими клієнтами (як у випадку енцефалопатії, так і психоорганічного психозу) необхідним є медикаментозна терапія (що у випадку енцефалопатії хоча і не лікує органічні ураження, але знімає дисфорійний афект, через який страждає ця група адиктів, і який, найчастіше, і є причиною бажання перервати терапію і повернутися до вживання ПАР).

Клініко-біологічний підхід, механізм 2: постабстинентний синдром (ПАС). На відміну від «енцефалопатичного» механізму, де зниження рівня функціонування кори обумовлено тією чи іншою мірою «поразкою» самої кори, при ПАС відбувається тимчасове зниження її функціонування через стрес-подібні механізми лімбічної системи. Незважаючи на схожість симптомів ПАС з психоорганічним синдромом (ПОС), можна виділити ряд істотних відмінностей: 1) ПАС на відміну від ПОС дуже динамічний, швидко змінюється в часі і сильно залежить від зовнішніх тригерів, особливо пов'язаних із вживанням або зі стресом; 2) мислення при ПАС більше схоже на мислення в стані сп'яніння, чим на порушення мислення при

енцефалопатії; 3) якщо афект при ПОС частіше дисфорійний, то при ПАС ейфорійний або ажитований; 4) якщо при ПОС у адикта виникає бажання вжити для того, щоб зняти дисфорійний афект, від якого він страждає, то при ПАС розвивається «первинна» тяга – вжити саме заради ефекту від ПАР; 5) при ПАС можуть працювати методи, які використовуються при стресових розладах – релаксаційні заходи і психологічна підтримка. При ПАС, як і при енцефалопатії, так само безглуздо проводити будь-які раціональні мотиваційні інтервенції, водночас у роботі слід робити акцент на заходах, що знижують стрес. Якщо є бажання покинути стаціонарну терапію через загострення ПАС часто добре працює проста техніка відстрочки виписки на кілька днів – за цей час за одночасного застосування релаксаційного комплексу встигає пройти ПАС і з ним бажання перервати терапію.

Патопсихологічний підхід, механізм 3: регрес особистості. В основі цього механізму лежить ціннісна деградація адикта з психопатизацією та сплюсненням його особистості. У цьому випадку ми маємо не стільки заперечення проблем через вживання, скільки знецінення їх особистісної значимості, особливо тих, що стосуються цінності стосунків. Такі клієнти характеризуються відсутністю емпатії, почуття здорових провини і сорому, вони є також «майстрами» маніпуляцій і облуди. Природно, пряма робота з анозогнозією як такою, тут неможлива (як і психотерапевтична робота за прямим запитом клієнта, так як запит у них по суті відсутній). Зазвичай вони знаходяться на лікуванні під тиском родичів. Хоча у таких клієнтів досить знецінені особистісні стосунки з конкретними людьми, в людях взагалі і колективі як такому вони мають потребу не менше, а може і більше, ніж інші. На цьому і можуть бути побудовані психотерапевтичні втручання. Робота з опором зводиться до роботи з межами, дотриманням правил, санкціями і заохоченнями у груповому процесі. Досить добре працюють групові конфронтації (зворотний зв'язок від групи), конфронтації через родичів тощо. Набагато складніше працювати з опором і маніпуляціями такого клієнта в індивідуальній роботі, краще інтервенції переводити на груповий процес, на родичів або групову консультацію всім терапевтичним складом. З такими клієнтами немає завдання глибокого внутрішнього визнання хвороби (якщо вони її визнають, то тільки «для інших», як маску, яку зручно носити в цьому середовищі), скоріше їх поведінка регулюється тими чи іншими заохоченнями/санкціями і залученням до групової взаємодії, ніж мотивацією до «одужання». Мотивуються до тверезості вони також егоїстичними вигодами від своєї тверезості. У тривалому процесі соціально-психологічної реабілітації, побудованій за принципами терапевтичної

спільноти з людьми «живими» стосунками, з глибоким включенням такого клієнта в життя та діяльність центру, однак, з іншого боку, зі строго структурованим процесом та дотриманням рамок, можливо досягти значних позитивних змін в їх особистості.

Патопсихологічний підхід, механізм 4: адиктивне розщеплення особистості. Основою цього механізму є феномен розщеплення особистості на «адиктивне Я» (АЯ) та «нормативне Я» (НЯ). Субособистості АЯ і НЯ дисоційовані між собою і мають цілком незалежні схеми мислення, емоційні патерни, стереотипи поведінки та ціннісні структури. Ці дві субособистості періодично змінюють одна одну, що обумовлює періоди вживання/ремісії. Анозогностичний ефект у цій концепції пояснюється знаходженням клієнта в стані АЯ. Тобто, у раніше мотивованого клієнта під час процесу терапії несподівані «спалахи» анозогностії та перемикання мотивації можуть пояснюватися «активацією» АЯ. Робота з анозогностією в цих умов полягає в поверненні і підтримці стану НЯ. Так, услід за рекомендаціями Ю.В. Валентика [1], необхідно не вибирати мішенню синдром анозогностії, а за уважного вивчення в процесі консультації нормативних та патологічних процесів (НЯ та АЯ), посилювати нормативні процеси (НЯ) (наприклад, завдяки їх віддзеркаленню в стилі активного слухання), та послаблювати патологічні процеси (АЯ). Також, працювати необхідно з афектом та/або потягом до вживання, які підтримують стан АЯ – відповідно застосовувати методи кризової інтервенції і профілактики потягу до вживання.

Клініко-психологічний підхід, механізм 5: психологічний захист. Так, механізми анозогностії пояснюються дією психологічних захистів від болючого афекту, який виникає внаслідок визнання uzалежнення. Здебільшого з узалежненими клієнтами пряма конфронтація їх психологічних захистів призводить тільки до їх посилення. Тому найчастіше у разі захистів краще працювати через їх обхід або приєднання до захисної системи. Наприклад, якщо ми бачимо, що клієнт раціоналізує своє вживання, краще перевести розмову в інше русло, де інтенсивність захистів менша. Тобто консультація йде не шляхом сильних захистів, а навпаки, слабких захистів. Технікою приєднання до захистів є несподівана згода з ними для провокації клієнта (використовувати необхідно обережно).

Клініко-психологічний підхід, механізм 6: механізм когнітивного дисонансу. У нашій роботі цей механізм вважається ядром адиктивної анозогностії [9]. Поняття когнітивного дисонансу було введено Л. Фестінгером у рамках соціальної психології і воно пояснювало дискомфортний стан психіки, викликане зіткненням у свідомості конфліктуючих переконань. Щоб

уникнути цього дискомфорту людина змінює одне з переконань або створює третє, що примирює їх. Водночас така зміна переконань тісно пов'язана зі зміною поведінки, яка підтримує їх. Важливо акцентувати ключову відмінність механізму когнітивного дисонансу від механізму психологічних захистів. Психологічні захисти діють на досвідомому рівні і не допускають або спотворюють інформацію, що надходить у свідомість, з метою захисту останньої від болючих переживань. Механізми когнітивного дисонансу діють на рівні свідомості (або, скоріше, на рівні передсвідомості) і намагаються вирішити дискомфорт від вже присутньої в свідомості інформації. По суті механізми когнітивного дисонансу і психологічних захистів належать до різних психологічних структур і абсолютно неправильно було б розглядати когнітивний дисонанс як ще один з видів психологічних захистів (раціоналізації). Один з важливих видів когнітивного дисонансу є дисонанс внаслідок необхідності виконувати безглузді дії. Людині вкрай дискомфортно діяти без смислу, і для захисту від цього дискомфорту вона створює систему виправдань таких дій. Як відомо, більшість перших проб ПАР не приносять ніякого позитивного ефекту (а найчастіше, навпаки, завдають досить негативний ефект). Щоб уникнути дискомфорту усвідомлення безглуздості свого вживання як такого і визнання своєї підпорядкованості соціальній групі, підліток, за правилами механізму когнітивного дисонансу, починає створювати систему виправдання й ідеалізації вживання. Другий етап дії механізму когнітивного дисонансу починається на стадії uzалежнення, коли позитивний ефект внаслідок підвищення толерантності падає, а проблеми через вживання збільшуються. Тобто, вживання вже не просто стає безглуздим, а й несе негативний сенс – людина вживає тільки для того, щоб зняти негативні ефекти від попереднього вживання, посилюючи тим самим такі негативні наслідки. Для того, щоб виправдати цю максимальну безглуздість своїх дій, знову ж таки, за правилами когнітивного дисонансу, створюється потужна система виправдання цього вживання, можна сказати, ціла «філософія uzалежнення», кататимно заряджена потужним надцінним афектом. Ця адиктивна філософія вкрай стійка до прямої конфронтації і прихильність до вживання такими конфронтаційними техніками може бути тільки посилена. Ось чому конфронтація через негативні наслідки вживання частіше за все не лише ніяк не діє, але має зворотний ефект підсилення адиктивних установок. У роботі з такою захисною філософською системою важливо розуміти її функцію захисту несуперечності свідомої Я-концепції. Важливо давати клієнту самому створювати нову філософію вже тверезого життя і допомагати створити виправдувальну систему минулого вживання

(протистояти почуття провини і сорому). За цих обставин, наприклад, добре працює концепція хвороби («це не ти винен у своєму вживанні, а тебе змушувала вживати хвороба, але ти відповідальний за своє одужання»). Скоріше за все, саме через можливість роботи з явищем когнітивного дисонансу програми, які мають свою ціннісну філософію тверезості (наприклад, програма «12 Кроків»), працюють краще, ніж програми без такої моральної філософії (наприклад, КПТ) [17].

Соціально-психологічний підхід – інформаційний механізм. Цей механізм не є анозогнозією в прямому сенсі слова. Клієнт заперечує узалежнення через нестачу інформації про неї або спотворенні внаслідок культуральних міфів. Робота тут полягає в інформуванні клієнта щодо узалежнення, її симптоми, механізми, розвиток тощо. У розрізі цього механізму пряму інформаційну роботу з клієнтом не можна недооцінювати. Глибше цей механізм може полягати в порушенні когнітивних процесів, дисфункціональному мисленні і помилкових переконаннях. За цих умов робота ведеться в підході когнітивно-поведінкового консультування.

Соціально-психологічний підхід – свідоме заперечення. У багатьох клієнтів працює не стільки механізм «внутрішньої анозогнозії» (заперечення для себе), скільки свідоме заперечення для фахівця, з достатнім рівнем внутрішнього визнання проблем. Свідоме заперечення може бути зумовлене різними причинами, найчастіше страхом, соромом і агресією. У складнішому випадку таке заперечення може бути включено в патерни конфліктних стосунків, які клієнт несвідомо будує зі світом (психологічні ігри за Е. Берном). Тому немає заперечення самого узалежнення як такого, адиктивна поведінка є частиною іншої психологічної гри. Для роботи з цим механізмом важливо вибудовування довірчого контакту. Тобто саме довірчий контакт і побудова людських стосунків з клієнтом є основою для подолання такого виду анозогнозії.

Враховуючи те, що механізми анозогнозії розвиваються зворотнім порядком до перерахованого і такою саме повинна бути послідовність роботи з ними, то взагалі, побудова довірливих взаємин є основою роботи з будь-яким механізмом анозогнозії.

Як узагальнення можна зробити висновок, що адиктивна анозогнозія є комплексним феноменом, який неможливо звести до дії якогось одного механізму. Скоріше за все, у випадку розвиненого хімічного узалежнення, у феномені адиктивної анозогнозії клієнта будуть відігравати роль тією чи іншою мірою всі перераховані механізми. Крім того, залежно від стану клієнта (наприклад, загострення ПАС) провідний механізм анозогнозії може змінюватися. Тобто, причини, за яких «заперечував» клієнт вчора і сьогодні

можуть бути зовсім різними. Такий феномен комплексності та плинності механізмів адиктивної анозогнозії край необхідно пам'ятати фахівцю, який працює з цими клієнтами.

До того ж, деякі особливості особистості адиктів, окрім самого ефекту анозогнозії, можуть впливати на мотивацію до тверезості та ставлення до uzалежнення. Систематизуємо такі особливості адиктів, які страждають від важких форм uzалежнення:

- Надцінна ідея вживання ПАР або наявність патологічно зміненої потреби у ПАР.
- Цінності: сплющення (несформованість) ціннісно-сислової сфери; ефект «цінностей, про які тільки знає»; домінування егоцентричних цінностей дозволля (розваги), рентних (матеріальні), свободи (безкарність), дефіцитарність вищих цінностей; закритість для нових суб'єктивно значущих загальнолюдських цінностей і «моральна відчуженість» – відсутність зв'язку з суспільно значущими цінностями, соціальними стандартами, неможливість знайти сенс існування.
- Мораль: моральна інфантильність; егоцентрична спрямованість, що поєднується з гедоністично-комунікативною мотивацією.
- Сфера інтересів: відсутність цінності трудової діяльності, переважання утилітарних інтересів, вузькість інтересів.
- Мотиви: зникнення дальніх мотивів, невизначеність життєвої перспективи; зниження стратегічності життєвого задуму з поступовим припиненням конструювання нових цілей і зупинкою особистісного розвитку; недиференційованість реальних та ідеальних цілей.
- Сприйняття часу та прогностична сфера: звуження суб'єктивно значущого біографічного часу в минулому й особливо майбутньому («аморфність» та розірваність уявлень про часову перспективу в майбутнє); зосередженість на теперішньому та минулому, водночас ставлення до «теперішнього» ґрунтується на суб'єктивному минулому (а не на уявленнях про майбутнє); «міопатична» поведінка (ситуативна активність, ігнорування інформації про наслідки власних вчинків у майбутньому, вибір менших винагород в сьогоденні перед більшими у майбутньому, які не сприймаються як реальні); схильність шукати швидке задоволення потреб з мінімальними зусиллями; знижена прогностична компетентність.
- Порушення процесу прийняття рішень та постановки цілей.
- Дефіцит адаптивних копінгів.

- Схильність до «компенсаторно-ілюзорної діяльності та фантазування.

Зрозуміло, що у видку важких випадків uzалежнення ми маємо справу з комплексною ситуацією, де неможливо звести проблеми мотивації до якогось одного принципу або процесу.

Моделі і методи розвитку мотивації до тверезості та терапії

В історії розвитку мотиваційного консультування виникало багато моделей мотиваційної роботи, вважаємо необхідним освітити основні з них, так як всі вони є важливими для роботи, і фахівцю скоріше буде необхідно творчо комбінувати ці підходи, чим схилитися до використання якогось одного з них. Авторський підхід до інтегративної мотиваційної моделі буде надано в наступному підрозділі.

Інформаційний підхід

Не для всіх методів роботи з мотивацію, які активно застосовуються з адиктами, було розроблено теоретичну основу. Так, наприклад, якщо методики позитивних змін, мотиваційно інтерв'ювання та системно-мотиваційного консультування мають достатньо розроблене теоретичне підґрунтя, то інформаційний підхід такого не має. Інформаційні інтервенції беруть свій початок ще в русі Анонімних Алкоголіків. У головній книзі спільноти в розділі 7 є практичні рекомендації, кажучи професійною мовою, з мотиваційної інтервенції, яка полягає в трьох кроках: 1) встановлення довірчого контакту без нав'язування допомоги; 2) інформування щодо моделі хвороби uzалежнення, її симптоми і наслідки; 3) інформування про допомогу в АА. По суті рекомендації для фахівця з інформаційної мотиваційної інтервенції нічим не будуть відрізнятися від таких в АА, хіба що фахівець може не використовувати саморозкриття (що є важливим компонентом допомоги за принципом рівний-рівному в АА) і надає інформацію щодо різних шляхів допомоги, а не тільки АА.

Розвитком цього підходу є методика коротких інтервенцій які, зазвичай, включають універсальний скринінг на вживання ПАР (наприклад, можна використовувати опитувальник DSM-5), після чого йде саме коротке втручання, що може включати в себе персоналізований зворотний зв'язок, короткі рекомендації (англ. brief advice), можливе також застосування різних технік мотиваційного посилення і постановки цілей, надання підтримуючих інформаційних матеріалів. Часто інформаційним втручанням передую мотиваційне інтерв'ювання, що сприяє встановленню довірчого альянсу і підвищує ефективність подальшого інформаційного втручання.

Дослідження показують, що короткі інтервенції не менш ефективні, ніж більш розширена мотиваційна робота. Так, наприклад, в кокрейновському огляді ефективності коротких інтервенцій для клієнтів, що зловживають алкоголем, робиться висновок, що короткі втручання на основі порад можуть бути настільки ж ефективними, як і тривалі втручання на основі консультування для пацієнтів із шкідливим рівнем уживання алкоголю, які вперше знаходяться в умовах первинної медичної допомоги [15]. Щоправда, до таких висновків необхідно підходити обережно. По-перше, в більшості досліджень зменшення вживання, на нашу думку, катастрофічно страждає методика контролю цього зменшення – це просто опитування клієнтів. Для тих фахівців, хто хоч якийсь час працював з цією групою клієнтів, зрозуміла проблема такого контролю – більшість осіб буде говорити про зменшення зловживання, навіть якщо воно не зменшується.

Однак нас цікавить інша проблема. Кокрейнський огляд по суті присвячено не групі алкоузалежнених, а особам з проблемами зловживання – тобто тих, хто фізично може зменшити рівень зловживання алкоголем. Водночас нас цікавить, у розрізі роботи реабілітаційних центрів, робота саме з uzалежненими клієнтами, які вже не можуть контролювати вживати. Постає тоді й інше питання диференціації: для яких клієнтів короткі інтервенції будуть ефективні, а для яких – ні. Для відповіді на нього нам необхідна якась попередня теоретична модель, на якій базується практика інформаційного підходу. І нам здається, що таким теоретичним підґрунтям може бути модель вільного вибору. Тобто ми стверджуємо, що інформаційний підхід працює краще щодо людей з вищою здатністю вільного вибору (в які включаються достатня здатність сприйняття та обробки інформації, відсутність «одержимості» свідомості надцінною ідеєю вживання, «здорові» механізми прийняття рішення, достатній рівень вольового контролю і под.). Разом з тим щодо індивідів з недостатньою здатністю до вільного вибору необхідна ширша мотиваційна робота.

Але, в будь-якому випадку, короткі інформаційні інтервенції, як мінімум є тією методикою, з якої необхідно розпочинати будь-яку мотиваційну роботу, а вже за відсутності успіху, застосовувати інші підходи. Протокол коротких інформаційних інтервенцій можна узагальнити в таких кроках:

1. Встановлення довірливих стосунків (знайомство з клієнтом зі використанням технік активного слухання).
2. Бесіда про вживання ПАР (з використанням технік мотиваційного інтерв'ювання).
3. Скринінг-тест на узалежнення (наприклад, ДСМ-5).

4. Бесіда про результати скринінгу, можливе надання інформації (наприклад, щодо моделі узалежнення як хвороби), техніки підсилення мотивації (ці техніки узагальнено у підрозділі про модель інтегративної мотиваційної роботи), постановка цілей, зворотний зв'язок, рекомендації.

Енвайронцентричний мотиваційний підхід

У цьому підході мотиваційні втручання відбуваються через оточення узалежненої особи. Хоча в цьому підході також не представлено теоретичної моделі, на яку він спирається, однак очевидним є, що такою може бути лише системна парадигма, де мотивація розглядається не як індивідуальний феномен, а як системний. У такому разі і мотиваційна робота повинна охоплювати оточуючу систему, зокрема і сімейну.

Як і в багатьох інших напрямках роботи з узалежненими, піонерами в сімейному мотиваційному підході були АА та Ал-Анон, які запропонували метод відділення або жорсткої любові. Принцип методу полягає у визнанні родичами свого безсилля припинити вживання узалежненого близького, припинення ними вирішення його проблем і делегування відповідальності за проблеми узалежнення самому адикту. У застосуванні такого підходу фахівець інформує родичів адикта про концепцію хвороби узалежнення та співузалежнення, про те, що «рятівництво» і контроль близьких підтримують і розвивають зловживання, та про концепцію моделі відділення. Так як, виявилось, що родичі часто нездатні самостійно відділитися від зловживаючого родича, почала розвиватися система різних «курсів» із співузалежнення, які складалися з інформаційних занять та груп взаємодопомоги. Технічними недоліками такого підходу можуть бути, по-перше, те, що відділення може призвести до позитивних результатів не завжди, в багатьох випадках гострого зловживання відділення може призвести ще й до загострення проблеми. По-друге, часто «мотивування» щодо відділення родича узалежненого є більш складною задачею, ніж мотивування до тверезості самого адикта. По-третє, часто цей підхід перетворюється на чергову сімейну «гру», яка тільки підтримує узалежнення. Однак головною проблемою методу відділення, ми вважаємо, є його методологічна сторона. Метод очевидно є системним, однак скрізь подається як індивідоцентричний: відділення від вирішення проблем дає можливість узалежненому зіткнутися з ними, що його буде мотивувати до тверезості. По-перше, не завжди зіткнення з проблемами буде мотивувати до тверезості, а часто навпаки, підштовхувати до нового зловживання, але не у цьому суть. Якщо фахівець використовує сімейні інтервенції, він повинен розуміти, що в такому випадку завжди рівень системи буде домінувати над рівнем індивідів. Тобто, важливішим є розгляд того, як

сімейна система в цілому зреагує на інтервенцію, ніж на неї зреагують окремі члени. Підхід «жорсткої любові» не враховує це ніякою мірою. Фахівцю у використанні подібних сімейних інтервенцій необхідно розуміти логіку «ідентифікованого пацієнту», тобто як сімейна система «виживає» завдяки узалежненню одного з її членів. І пропонуючи методики відділення необхідно дати системі інші альтернативні засоби виживання цієї системи.

Іншим з відомих представників цього підходу є метод В. Джонсона [2]. В. Джонсон пропонує проводити інтенсивну сімейну конфронтацію узалеженого, в яку можна вводити авторитетних для узалеженого осіб, фактами, які свідчать про його проблеми. Конфронтація Джонсона відбувається в три етапи: 1. Підготовчий етап, на якому необхідно підібрати групу людей з оточення узалеженого, що є для нього авторитетними фігурами (родичів, друзів, співробітників та ін.), ознайомити членів конфронтаційної групи з концепцією хвороби узалежнення, підібрати список очевидних фактів для конфронтації, підібрати можливі шляхи допомоги, скласти план бесіди і відрепетирувати її. 2. Другий етап – конфронтація: члени групи переконання по черзі розповідають узалеженому факти його проблеми і своє ставлення до цього, бесіда повинна проходити в об'єктивний, зрозумілий для узалеженого, неупереджений і дбайливий спосіб. 3. Третій етап – вибір плану лікування: пропонуються конкретні варіанти лікування на вибір. Коли узалежнений погоджується прийняти допомогу, то її необхідно надати негайно. Якщо разова конфронтація не вдалася, родичам узалеженого надалі пропонується не холодне відсторонення (як в моделі «жорсткої любові»), а конфронтаційний тиск на узалеженого. Метод Джонсона, з одного боку, включає в себе принципи підходу «відділення», з іншого боку, позбавлений недоліку пасивної позиції близьких (говорячи системною мовою – «ідентифікований пацієнт» не вилучається з системи, тому сімейна система не чинить цьому опір). Недолік методу полягає в тому, що у разі невдачі одиничної конфронтації та у переході до тривалого конфронтаційного тиску родичі узалеженого замість конфронтації (об'єктивний зворотний зв'язок адикту про його поведінку і вираження своїх почуттів) переходять в переслідування (обвинувачення і напад), що навпаки, підсилює адиктивну поведінку.

Метод CRAFT (англ. community reinforcement approach and family training) є, напевно, найсучаснішим з представників енвіронцентричних мотиваційних підходів [19]. По-перше, цей метод є повноцінно системним у розумінні того, що практично він застосовується через теоретичне осмислення та техніку сімейної терапії. Також, на відміну від методів попереднього покоління, в методі CRAFT робиться акцент не на

негативному, а на позитивному обумовлюванні, тобто проводиться сімейне навчання позитивним і неконфронтаційним стратегіям (наприклад, винагорода позитивної поведінки замість емоційної конфронтації, яка може підштовхнути людину до вживання або іншого деструктивної поведінки). CRAFT ставить перед собою три основні цілі: 1) поліпшити якість життя ближнього адикта, незалежно від того, який вибір зробить сам адикт; 2) допомогти вплинути на адикта, щоб він зменшив вживання; 3) вплинути на адикта, щоб він почав лікування. У процесі програми відбувається навчання: «як припинити прибирати той бардак, який творить близька людина»; взяти під контроль своє життя і свої відносини; створити нові моделі поведінки; розпізнавати, коли ситуація стає небезпечною; розробити швидкий план догляду; допомогти близькій людині визнати необхідність лікування у професіонала; виявити тригери, які змушують близьку людину вживати; підтримати близьку людину в процесі відновлення; застосовувати нові техніки для вирішення старих проблем. У програмі CRAFT опрацьовуються такі теми: зміни та мотивація, позитивне спілкування, оптимальні межі, безпека і підтримка, як впоратися зі зривами, як припинити всездозволеність, як довіряти і прощати тощо. Представники CRAFT заявляють, що цей метод показує в шість разів вищі результати, ніж підхід «жорсткої любові» і в три рази вищі результати, ніж підхід В. Джонсона.

Модель позитивних змін

Якщо попередні моделі імпліцитно розглядають мотивацію як дискретний феномен, то в моделі позитивних змін (автори Джеймс Прохазка, Джон Норкросс і Карло Ді Кlemente) розглядається континуум розвитку мотивації від нульового рівня до повної умотивованості. У цьому підході постулюється, що мотивація розвивається сама, якщо зняти перепони, які блокують її. Або, якщо сформулювати інакше, принцип моделі позитивних змін полягає не в роботі з самою позитивною мотивацією до змін, а в роботі з блокуючими природний розвиток позитивної мотивації причинами. Фахівцю за цих умов також необхідно рефлексувати, на якій стадії розвитку мотивації знаходиться клієнт, застосовувати відповідні рекомендації і не поспішати з переходом на наступний рівень (наприклад, помилкою буде, коли клієнт знаходиться на стадії амбівалентних роздумів з приводу визнання свого uzалежнення, працювати з ним над побудовою плану лікування). Усього виділяється п'ять стадій процесу позитивних змін. Нижче наведено опис цих стадій для роботи зі споживачами ПАР [7].

1. *Стадія переднаміру (супротиву змінам).* *Характеристики клієнта:* не замислюється над необхідністю змін; усвідомлення позитивів від уживання значно переважає негативи. *Завдання фахівця:* посягти сумнів –

сприяти усвідомленню ризиків і проблем, пов'язаних з моделлю поведінки. *Дії фахівця:* встановити взаєморозуміння; прийняти недолік готовності; з самого початку прояснити ситуацію: рішення приймає сам клієнт; пропонувати і надавати інформацію в нейтральній, що не засуджує, манері; прояснити ризик і розглянути його в ставленні до клієнта; запропонувати інформацію, яка сприятиме зниженню шкоди; заохочувати переоцінку існуючої моделі поведінки; заохочувати самоаналіз, а не дії.

2. *Стадія намірів (роздумів). Характеристики клієнта:* подвійність щодо змін, знаходиться в нерішучості, не включає зміни в свої плани на найближчий місяць. *Завдання фахівця:* визначити і розвивати причини для змін і ризики, пов'язані з відсутністю змін; зміцнювати самостійність і впевненість у власних силах щодо зміни поведінки. *Дії фахівця:* проаналізувати з клієнтом хороше і не дуже хороше у вживанні наркотиків; проаналізувати схему звичайного дня; заохочувати аналіз оцінку всіх «за» і «проти» зміни поведінки; зрозуміти, узагальнити і висловити коливання і сумніви клієнта з приводу змін; підкреслювати нові, позитивні перспективи змін, виявлені в результаті аналізу і оцінки; відстежувати і відображати, посилюючи висловлювання клієнта, спрямовані на спонукання самого себе; уникати спокуси пропонувати аргументи на користь зміни (необхідно заохочувати самого клієнта робити це).

3. *Стадія підготовки до дій. Характеристики клієнта:* приймає рішення змінитися і робить перші спроби – «пробує воду»; планує почати зміни вже протягом одного місяця. *Завдання фахівця:* допомогти намітити оптимальний план дій, спрямованих на зміни. *Дії фахівця:* вивчити разом варіанти і стратегії поведінки; визначити проблеми і перешкоди, підтримати в їх подоланні; допомогти клієнту визначити можливі джерела соціальної підтримки; допомогти клієнту повірити в його приховані здібності для здійснення зміни поведінки; заохочувати невеликі початкові кроки.

4. *Стадія дій. Характеристики клієнта:* пробує вести себе по-новому протягом 3-6 місяців. *Завдання фахівця:* підтримати клієнта в його перших кроках до змін. *Дії фахівця:* допомогти в процесі визначення цілей, в плануванні; підтримати у вирішенні проблем; допомогти у визначенні перешкод змін і факторів, що підтримують і закріплюють зміни; зосередитися на ознаках зміни і соціальної підтримки; зміцнювати самостійність і впевненість щодо власних силах у подоланні перешкод; допомагати долати почуття втрати попереднього способу життя; промовляти і зміцнювати розуміння довготривалих переваг зміни.

5. *Стадія підтримки змін. Характеристики клієнта:* тривалий час (від 6 місяців) дотримується нового способу поведінки. *Завдання фахівця:*

підтримати клієнта у визначенні факторів зривів і допомогти розробити та застосувати стратегії профілактики зривів. *Дії фахівця:* підтримати клієнта в спонуканні самого себе; обговорити можливість протистояння зривів; визначити стратегії подолання зривів, які дали хороший результат; дослідити і спрогнозувати фактори, які можуть викликати зрив; скласти план підтримки.

Також у модель позитивних змін включається необов'язкова стадія зриву як повернення до попередніх форм поведінки (її розглядають як зворотний процес руху стадіями зниження мотивації), та в останньому виданні своєї книги автори включили також шосту стадію *завершення*.

Ми також пропонуємо додатково поєднувати модель позитивних змін з моделлю рівнів ігнорування проблем (ігнорування існування, значущості, можливостей зміни, власної здатності рішення проблеми). У цьому випадку можна розглядати як можливі блокуючі афекти страх, провини та сором, тривоги, невпевненість. У такому разі на стадії супротиву змінам відбувається ігнорування існування проблем вживання ПАР та основним блокуючим афектом є страх визнання проблеми (тому вкрай важливі довіра у стосунках зі фахівцем на цій стадії). Стадія роздумів – ігнорування значущості проблеми, блокуючі афекти – сором та провини (важливе безумовне прийняття у стосунках зі фахівцем). Стадія початку дій – ігнорування можливостей зміни, блокуючий афект – тривога змін (важлива підтримка у стосунках зі фахівцем). Стадія дій – ігнорування власних сил, блокуючий афект – невпевненість (важливе мобілізація та фасилітація у стосунках зі фахівцем). Слід зауважити, що багато клієнтів залишаються довгий час на стадії дій (не переходячи в стадію підтримки дій), формуючи водночас узалежнення від терапевтичного середовища («вічне одужання»).

Модель позитивних змін дуже зручна для застосування в стаціонарному центрі, бо дає розуміння поступового розвитку мотивації в процесі реабілітації. Так, клієнт на першому місяці реабілітації, найчастіше, буде знаходитися на стадії *переднаміру* (так як найчастіше у центр клієнти попадають через тиск обставин, а через формування потужної внутрішньої мотивації), і йому необхідна мотиваційна підтримка, яка відповідає саме цій стадії. А до стадії *підготовки до дій* клієнт, швидше за все, перейде лише через місяць, відповідно до стадії *дій* – приблизно через три місяці реабілітації. Тобто помилкою буде розглядання клієнтів, які тільки зайшли в реабілітаційний процес, як тих, що знаходяться вже на стадії дій – таке ставлення до них і відповідний стиль роботи буде тільки блокувати процес розвитку мотивації.

Хоча автори моделі позитивних змін не спираються на теоретичні надбання академічної психології, але очевидно є паралель стадій розвитку позитивної мотивації з моделями процесу свідомого прийняття рішень (так, Л. Рубінштейн виділяє такі фази вольового акту, як виникнення спонукання та попередня постановка цілі, обговорення і боротьба мотивів, прийняття рішення, виконання). На свідомість як провідний фактор позитивних змін вказують і автори моделі позитивних змін [8]. Однак, у цьому, на нашу думку, і є проблема використання такої моделі для споживачів ПАР – вживання ПАР пригнічує функціонування свідомості та девальвує її функції, тому свідомість у цієї групи не може бути провідним фактором розвитку мотивації. Тобто, хоча сама філософія моделі позитивних змін є край корисною для розуміння розвитку мотивації у хімічних адиктів, однак як конкретна мотиваційна методика модель позитивних змін не показала своєї ефективності для осіб з проблемами зловживання ПАР (на відміну від курців, де є статистичні докази ефективності цієї моделі).

Іншою методологічною проблемою моделі позитивних змін є те, що її філософія спирається на постулат самостійного розвитку позитивної мотивації у її розблокуванні. Однак такий постулат, на нашу думку, буде робочим тільки для людей з достатньою зрілою особистісною організацією, і буде, відповідно, працювати тим гірше, чим інфантильніша організація особистості (як це є у більшості хімічних адиктів, що потребують реабілітації) – у такої особи розвивається мотивація «щоб щось само змінилось», а не «щось змінити самому». Тому, на нашу думку, в більшості посібників зі застосування моделі позитивних змін для хімічних адиктів відходять від центральної філософії цієї моделі та пропонують фахівцю активні втручання з розвитку позитивної мотивації. Однак цю проблему не вирішує бо, як помічають і самі автори цієї моделі, будь-які активні та директивні інтервенції в бік катексису позитивної мотивації будуть навпаки призводити до підсилення захистів. Тобто ми попадаємо в деяку пастку: у разі розблокування позитивна мотивація до одужання у хімічних адиктів часто не розвивається навіть до стадії початку дій, а активне мотивування може навпаки, призвести до її зменшення. Постає питання, як тоді допомогти розвиватися позитивній мотивації до змін без директивного втручання? На це питання відповідає інша відома модель – *мотиваційного інтерв'ювання (MI)*.

Мотиваційне інтерв'ювання

У розробці методу *мотиваційного інтерв'ювання* (існує хибний переклад назви методу як *мотиваційне консультування* – мотиваційним консультуванням є будь-яка взаємодія з клієнтом з ціллю розвитку в нього

мотивації, мотиваційне інтерв'ювання є тільки одним з методів мотиваційного консультування) В. Мілер та С. Ролнік показують себе не тільки як чудові практики, що узагальнюють свій емпіричний досвід, але і як глибокі та тонкі теоретики психологічного консультування [5]. Автори методу йдуть за ідеєю К. Роджерса, що за емпатичного віддзеркалення тих чи інших сторін психічної реальності клієнта, ця реальність починає більшою мірою репрезентуватися у свідомості клієнта. Кажучи простіше, за віддзеркалення тривоги ми будемо посилювати тривогу, за віддзеркалення радості ми будемо посилювати радість. В. Мілер та С. Ролнік приходять до логічного висновку, що у разі емпатичного віддзеркалення мотивації ми будемо підсилювати мотиваційний стан клієнта.

Тобто суть роботи консультанта за методом мотиваційного інтерв'ювання полягає у такому. Клієнт завжди знаходиться в стані тієї чи іншої міри амбівалентності. Тобто неправильно говорити про відсутність мотивації, привільніше сказати про переважання одного полюсу мотивації над іншим. Техніки конфронтації та оскарження «негативного» полюсу мотивації призведуть скоріше до зворотного ефекту. Директивні техніки активного катексису «позитивного» полюсу мотивації можуть призвести до тимчасового підвищення мотиваційного стану завдяки ефекту навіювання, але, так як ми не активували справжню аутентичну мотивацію клієнта, цей стан не буде довготривалим (що не підходить для терапій адикції, яка найчастіше є досить тривалою пригодою). В. Мілер та С. Ролнік виходять з цього тупику пропонуючи, використовуючи ідею К. Роджерса – виявляти у клієнта його позитивну мотивацію та віддзеркалювати її йому, що буде призводити до її аутентичного підсилення. Тобто ядром МІ є віддзеркалення самотивуючих висловлювань клієнта за відносного ігнорування амотивуючих висловлювань. За такі умов фахівець повинен тонко відчувати амбівалентність висловлювань клієнта, бачити, що в будь-якому, навіть зовні амотиваційному висловлюванні, є протилежна, мотиваційна частина. Сама мотиваційна бесіда (або, як часто називають її фахівці МІ – мотиваційний діалог) відбувається в стилі активного слухання, з використанням технік віддзеркалення, парафразів, відкритих питань, з уважною та емпатичною позицією терапевта. Однак, на відміну від клієнт-центрованого підходу, в МІ не використовуються техніки конфронтації: це доречно саме через амбівалентність (тобто розщеплення) мотивації, а не її діалектичність (де дві протилежні сторони мотиваційного конфлікту є пов'язаними). Тобто, у стилі МІ важливо бачення клієнта не як такого, що чинить опір і заперечує проблеми, а як вже значною мірою мотивованого і готового до змін. Фахівець у процесі консультації знаходить мотивовану

частина клієнта, віддзеркалює і підтримує її (на відміну від направляючого стилю, де фахівець долає опір і заперечення клієнта).

Можна пояснити на прикладі. На сакраментальне висловлювання клієнта-адикта *«В мене не має проблем з алкоголем»* В. Мілер та С. Ролнік пропонують не проводити конфронтації цього висловлювання (як це робив би В. Джонсон), що тільки підсилить захисти, а «побачити» в цьому висловлюванні іншу, мотиваційну частину. Так, наприклад, в цьому висловлюванні клієнта може бути зашифровано його природне небажання мати проблеми з алкоголем, що вже є позитивною стороною мотиваційної амбівалентності, і саме її необхідно віддзеркалити: *«Ви не бажаєте доводити своє вживання алкоголю до рівня, що спричиняє проблеми»*. Далі можна вже без опору клієнта розвивати бесіду (використовуючи техніки активного слухання) цим шляхом, з'ясовуючи, наприклад, що клієнт для себе вважає проблемним рівнем зловживання.

Крім віддзеркалення мотиваційних висловлювань в МІ пропонується також використовувати як реакції на них афірмації (той чи інший прояв позитивного ставлення фахівця до цього висловлювання), відкриті питання, резюме (вбудовування мотиваційного висловлювання в попередній блок інформації, що повідав клієнт). Самі мотиваційні висловлювання клієнта поділяються на підготовчі (бажання, здатність, причини, необхідність): *«я хотів би ...; я можу ...; якщо я ..., то ...; мені потрібно...;»*, та мобілізаційні (готовність, активація, вживання заходів): *«я буду (точний час) ...; я збираюся (взагалі) ...; я зробив (вже частину) ...»*. У процесі консультування йде поступове зміщення з вилучення мотиваційних підготовчих висловлювань до мотиваційних мобілізуючих. Водночас поступово рекурентно у консультування розвиваються такі чотири процеси:

- Залучення – встановлення довірчих відносин і залучення до взаємодії.
- Фокусування – підняття конкретних тем, проблем, цілей.
- Спонування – включення особистої мотивації людини до зміни.
- Планування – складання плану дій, в якому «крystalізується» спонування клієнта.

Основними техніками МІ автори називають такі чотири техніки:

- відкриті питання (є чотири спеціальні «мотиваційні» питання про бажання, можливості, смисли та причини припинення залежної поведінки);
- афірмації (особливо афірмації на мотиваційні висловлювання клієнта та на моменти, де йому необхідна підтримка);

- віддзеркалення (як вже зазначалося, віддзеркалюються мотиваційні висловлювання, а амотиваційні ігноруються);
- підсумовування.

Ключові моменти MI автори описують так:

- Це бесіда в дусі співробітництва, метою якого є зміцнення особистої мотивації людини і вчинення зміни;
- Стиль MI – це орієнтування, що включає елементи управління і супроводу;
- Амбівалентність – це нормальна частина підготовки до зміни і той стан, в якому людина може застрягти на деякий час;
- Коли допомагає фахівець використовує директивний стиль і наводить аргументи на користь зміни людині, яка перебуває в стані амбівалентності, це неминуче призводить до того, що людина знаходить протилежні аргументи;
- Люди охочіше переконуються в тому, що самі висловлюють.

Також виділяють чотири головних принципи MI:

- партнерство – допомагаємо клієнту в його власній дослідницькій роботі і пошуку (MI – це танець, а не боротьба);
- прийняття – цінність (абсолютна цінність людини як людини), емпатія (розуміння і відчуття його внутрішнього світу), автономність (повагу його свободи і самостійності), афірмація (визнання і прийняття сильних сторін людини і його ресурсів).
- співпереживання – бажання блага людині;
- пробудження – пошук і активація власних ресурсів людини і його сильних сторін (мотивація не привноситься зовні, а пробуджуються вже існуюча у самої людини).

Метод MI часто поєднують з моделлю позитивних змін. Самі В. Мілер та С. Ролнік категорично проти такого підходу. Теоретично це зрозуміло чому – ці два методи базуються на зовсім різних моделях мотивації. В основі моделі позитивних змін лежить спонукальна модель мотивації (активація потреби призводить до виникнення спонукання, яке запускає інший мотиваційний процес). Саме тоді як MI явно знаходиться в когнітивній парадигмі, де мотивом є когнітивна репрезентація – тобто, мотивація буде залежати від усвідомленого наративу, який її описує. Тобто мотивація в цих двох підходах описується в несумісних парадигмах. Однак питання, чи так цей методологічний конфлікт є важливим для практичної роботи, залишається відкритим.

Переваги методу MI очевидні: він створює передумови для саморозкриття клієнта в довірчому контакті, розкриває власну мотивацію, не відбувається індукції ятрогенного опору терапії (викликаного нав'язуванням мотивації). Як недоліки методу Д. Капуччі та М. Стауффер виділяють слабку ефективність методу для людей з важкими психічними розладами (до яких можна віднести і хворих з важкою формою хімічного uzалежнення) та недостатність і недоцільність використання виключно методу MI для досягнення всіх цілей клієнта (тому MI в більшості випадків не може бути монометодом та повинен комбінуватися з іншими підходами) [4: 320]. Напевно, відчувачи це, в своїй роботі з MI В. Мілер та С. Ролнік навели багато додаткових технік підсилення мотивації, які по суті насправді протирічать їх підходу (ці техніки та інші буде наведено в наступному розділі). Недоліком MI може бути також високі стандарти належного рівня підготовки фахівців – по суті цей метод висуває вимоги до володіння техніками консультування, рефлексії, емпатії і підстроювання на рівні досвідченого професійного психотерапевта. Як наслідок, на жаль, часто можна побачити ситуацію, що замість методу MI (ядром якого є пошук та віддзеркалення мотиваційних висловлювань), на тих тренінгах та семінарах, які проводять для консультантів з хімічного uzалежнення не дуже досвідчені фахівці, відбувається по суті просте навчання технікам активного слухання. Так, метод MI базується на техніці активного слухання, але в ніякому разі не зводиться лише до нього!

Однак як головний недолік MI для роботи з адиктивними клієнтами необхідно виділити такий. У MI передбачається, що в конфлікті амбівалентності ми можемо розвинути мотив до тверезості на значно вищий рівень, ніж мотив до вживання. Однак це не є так. Звісно, ми можемо розвинути мотив до тверезості на достатньо високий рівень, однак мотив вживання, без безпосередньої роботи з ним, від цього не буде слабшати (саме в цьому полягаю зворотна сторона проблеми амбівалентної мотивації – тобто розщеплення протилежних сторін мотиваційного конфлікту). Тому нам необхідні техніки роботи не тільки з розвитку мотивації до тверезості, але й зі зменшенням мотиву вживання. Такі техніки нам пропонує когнітивно-поведінковий підхід.

Когнітивно-поведінковий підхід.

У цьому підході передбачається конфронтація uzалежнених установок, інтервенції з оскарження дисфункціональні переконань, що підтримують uzалежнення, робота з дезадаптивною поведінкою та навчанням адаптивним копігам. Тобто фахівець досліджує мотивацію клієнта до зловживання ПАР та в цьому дослідженні виявляє дисфункціональні

переконання, що її підтримують, а також ситуації, де зловживання застосовується як дисфункціональний копінг. Далі задачею фахівця є оскарження цих дисфункціональних переконань та ілюстрація клієнту, що він може навчитися іншим адаптивним засобам подолання ситуацій, де він використовує зловживання (що по суті і буде головною мішенню подальшої психотерапії).

Для полегшення пошуку дисфункціональних переконань щодо вживання ПАР бажана їх систематизація. Наприклад, Р. Макмалін пропонує п'ять основних груп переконань:

- «Я можу контролювати прийом наркотиків і алкоголю в будь-який час, коли побажаю. У мене для цього є сила волі. Я можу зробити це сам, без чієїсь допомоги».
- «Я не несу відповідальність за зловживання наркотиками. Диявол мене поплутав. Винні інші. Це все погане виховання.»
- «Мені все ж до сих пір подобається використовувати наркотики. Я стаю креативнішим».
- «Наркотики – не така велика проблема для мене. Це не приносить мені реального шкоди. Турбуватися нема про що».
- «Мені потрібні наркотики, щоб відчувати себе краще. Я не можу без них впоратися з цим життям».

Макмалін пропонує тест із 42 запитань на виявлення цих переконань, який може допомогти в роботі з клієнтом [6: 426].

У нашій роботі [9] на основі моделі когнітивної вразливості адиктів D. Redish було запропоновано таку систему з 13 дисфункціональних переконань:

1. Тактична помилка – вживання ПАР допомагає вирішити ситуативні проблеми;
2. Стратегічна помилка – вживання ПАР може зробити життя кращим взагалі;
3. Ілюзія кайфу – вживання ПАР приносить задоволення;
4. Ідеалізація ПАР – перебільшення можливих позитивних наслідків вживання ПАР;
5. Знецінення тверезості – применшення позитивних сторін тверезості;
6. Помилка пам'яті – збереження образів пам'яті про позитивні наслідки вживання та забуття негативних;
7. Ілюзія контролю – переконання щодо можливості повернення до контрольованого вживання;

8. Ілюзія безсилля – переконання щодо неможливості жити повноцінно без вживання або надто складного шляху досягнення тверезості;

9. «Кинути вживати» – переконання щодо можливості припинити вживання «просто один раз вирішив це зробити без жодних зайвих зусиль»;

10. Відмова від усвідомленості – переконання щодо можливості тверезого життя без його повного перегляду, віра в тверезе «життя на автоматі»;

11. Імпульсивність – ставлення до рішень припинення/початку вживання як до ситуативних, а не як до стратегічних;

12. П'яне сприйняття – ефекти ПАР оцінюються не через призму спотворення сприйняття реальності в сп'янілому стані, а як реальні ефекти;

13. Нормальність вживання – віра в нормальність вживання певних ПАР, наприклад, алкоголю або марихуани.

Робота з оскарження того чи іншого ставлення до вживання ПАР розвиває мотивацію у клієнта до тверезості та терапії.

Паралельним напрямом роботи є виявлення того, для яких цілей слугувало вживання ПАР (тобто було дезадаптивним копінгем) та пошук «здорової» поведінки в тверезому стані для досягнення тих же цілей (розвиток адаптивних копінгів). На мотиваційному етапі проходить обговорення цих шляхів з клієнтом, а вже сам розвиток адаптивних копінгів відбувається на терапевтичному етапі.

З відомих протокольних методик до цього напрямку можна віднести метод оцінки (англ. check-up), який включає всебічну оцінку поведінки клієнта (щодо основної і споріднених проблем), яка супроводжується систематичним зворотним зв'язком. Розповсюдженим є його розширений варіант терапії посилення мотивації (англ. Motivational Enhancement Therapy – MET) – спеціально розроблений протокол 3-4 сесійного мотиваційного втручання, посиленого методами МІ та КРТ інтервенціями, описаними вище [20]. Результати дослідження ефективності MET неоднозначні для людей, які зловживають ПАР, а також для підлітків, які схильні вживати кілька наркотиків. Загалом, MET здається ефективнішим для залучення наркозалежних до лікування, ніж для зміни у вживанні наркотиків.

Структурна модель мотивації

У цій моделі мотивації розглядається не як «монолітний» феномен, а як той, що має свою структуру та компоненти. В. Ялтонський виділяє чотири структурні блоки мотивації: ціннісно-смысловий, когнітивний, емоційний та поведінковий. У кожному блоці виділяється низка мотиваційних предикторів [14].

1. Ціннісно-сміслові предиктори мотивації включають в себе системи духовних і моральних орієнтирів, мотивів, смислів, цінностей, цілей, які запускають процеси розвитку мотивації до терапії як до досягнення певного особистісно значущого результату (цінності здоров'я і хвороби, їх особистісний сенс, цілі лікування, здатність контролювати власне життя тощо). Тобто цілі терапії повинні бути ціннісно значущими для клієнта, а не директивно запропонованими фахівцем. Тільки такі цілі викликають справжній інтерес до терапії та її аутентичну значимість для клієнта. Тобто важливим є дослідження разом з клієнтом його ціннісно-сміслового образу адикції, тверезості, процесу терапії, а також їх місце та взаємодії з іншою загальною ціннісно-смісловою системою.

2. Когнітивні предиктори мотивації дають уявлення про здатність контролювати клієнтом процес терапії і досягнення її результату. Виділяються когнітивні предиктори самоефективності (впевненість у власних можливостях впоратися з якимось видом діяльності – утримання від вживання, подолання проблем, досягнення повноцінного тверезого життя тощо), визнання хвороби, мотиваційної амбітендентності (визнання амбівалентності мотивації).

3. В емоційні предиктори мотивації входять різні негативні емоційні стани (тривожність, депресія, дисфорія та ін.) які можуть сприяти зниженню мотивації до лікування.

4. Поведінкові предиктори можуть бути охарактеризовані через адаптивні та дезадаптивні стратегії подолання uzалежнення, адекватний вибір завдань терапії, вивчене безсилля тощо.

У моделі В. Ялтонського присутній також континуальний погляд на мотивацію, де виділяються амотиваційний рівень, негативна мотивація, амбівалентна мотивація та позитивна мотивація до терапії. Однак, на нашу думку, континуальність мотивації краще описує більш відома модель позитивних змін.

Розробка позитивної перспективи

У модель розробки позитивної перспективи (англ. The Elaboration of Positive Perspectives – EPOS) за авторством Willutzki & Koban покладено принцип особистісного значення для людини та її психологічного стану розвитку життєвих позитивних цілей [18]. Автори наполягають, що систематичне вдосконалення таких процесів позитивного цілепокладання, а також оптимізація навичок цілепокладання є особливо актуальними для людей у стресових ситуаціях або людей, які переживають психопатологічні проблеми, зокрема проблеми uzалежнення. Зазвичай втручання EPOS займає 2–3 сесії та складається з трьох етапів: стимуляція уяви образів

позитивного майбутнього (навіть нереалістичних), підготовки до аналізу (клієнту додому даються записи сесії уявлення майбутнього з завданням переслухати її) та безпосереднього аналізу образів. Результатом EPOS є пояснення структури цілей людини, включаючи специфікацію вже досягнутих кроків і вибір відповідних цілей для спільної терапевтичної роботи. Можливо, сам протокол EPOS, який розроблявся для більш широкого клієнтів, а не тільки для адикцій, у чистому вигляді навряд чи буде використовуватися в процесі реабілітації. Однак можлива його інтеграція в інші мотиваційні методики та загалом, важливим є саме визнання принципу розвитку мотивації на основі розробки позитивних цілей.

Шкалювання досягнення цілей

Для позитивної мотивації необхідна не тільки наявність позитивних цілей, але й визнання прогресу в їх досягненні. Методика шкалювання досягнення цілей (англ. Goal Attainment Scaling – GAS) для ментального здоров'я була запропонована в 1960-х Kirusek та Sherman, та згодом почала широко використовуватися у реабілітації, зокрема для uzалежнених осіб [22]. Суть методики дуже проста – реабілітаційних процес стандартизується через систему проміжних цілей та задач, які формулюються в чітко вимірювальних показниках. Через деякі проміжки процесу (зазвичай раз на тиждень) цільові досягнення вимірюються та заохочуються. Таке послідовне вимірювання та заохочення досягнення цілей створює атмосферу позитивної мотивації.

Модель систематичного мотиваційного консультування.

Ще однією проблемою, з якою ми стикаємося в роботі з клієнтами вже з важкою формою uzалежнення, є те, що терапія хімічної адикції в більшості випадків зводиться до зміни світогляду та стилю всього життя. Тобто, «одужанням» від uzалежнення є процес повторної соціалізації (ресоціалізації) у самому широкому розумінні цього терміну. Однак мотивація до тверезості та мотивація до зміни всього життя це істотно різні мотиви. Тобто нам необхідно не лише розвивати мотив до тверезого життя, але й мотив повного перегляду та змін свого життя. Таку модель мотиваційної роботи пропонують Cox W. та Klinger E [16].

Cox W. та Klinger E. є не просто практиками, але й вченими, та під свою практичну модель вони підводять потужну теоретичну базу з емпіричним доказами. У своїй теорії мотивації до зловживання ПАР вони розглядають її як результат переважання суб'єктивно значущих емоційних наслідків вживання ПАР над результуючими наслідками відмови від вживання. Тобто мотивацію до зловживання вони розглядають як «здоровий» процес вибору найбільш значущих цілей. Особливу увагу автори приділяють фактору

амбівалентності. Так, експериментальні дані показують, що реакції симпатії та відрази у людей, що споживають ПАР, виникають незалежно одна від одної та не корелюють між собою (тобто мотивація є розщепленою), водночас у осіб в ремісії спостерігаються зворотні кореляції між цими параметрами. Автори багатовимірної моделі підкреслюють амбівалентність мотивації та акцентують важливість розглядання мотиваційних механізмів підтримання тверезості, які є незалежними від механізмів утворення крейвінгу – тобто мотивація до збереження тверезості не є відсутністю мотивації до вживання.

У своїй моделі систематичного мотиваційного консультування (Systematic Motivational Counseli – SMC), яку умовно можна назвати когнітивно-гуманістичною, проблеми розвитку мотивації до терапії розглядаються через присутність неадаптивних патернів мотивації у клієнта [16]. Ця модель ґрунтується на методі оцінки і зміни цих неадаптивних патернів. У SMC відбувається оцінка мотиваційної структури, інвентаризація особистих інтересів і прагнень, оцінка проблем. Після оцінки проблем, цілей і мотиваційної структури клієнтів і визначення неадаптивних мотиваційних патернів клієнта у вигляді його цілей, в SMC допомагають людині знайти ефективніші способи вирішення проблем і досягнення цілей. Компонентами мотиваційної реструктуризації в SMC є: постановка цілей лікування, міжсесійних цілей, побудова цільових сходів, поліпшення компетентностей досягнення цілей, вирішення конфліктів між цілями, відмова від неприйнятних цілей, виявлення нових стимулів для насолоди, перехід від аверсивного до приємного способу життя, перегляд джерел самооцінки.

Інтегративна модель мотиваційної роботи з хімічними адиктами

Хоча ми можемо побачити велике розмаїття поглядів на проблему низької мотивації до терапії у адиктів та методів мотиваційної роботи з ними, однак саме це несистематизоване розмаїття і є головною проблемою в їх використанні. Багато з перерахованих методів та підходів до мотиваційної роботи довели свою ефективність з певними групами клієнтів, у певних умовах роботи та на певних етапах терапії. Однак, комплексне їх використання потребує деякої інтегруючої моделі, за допомогою якої фахівець міг би розуміти, який підхід з конкретним клієнтом у конкретних умовах використовувати. Таку модель було запропоновано в наших роботах [9, 10].

Рівні мотиваційної готовності

Головним заданням розробки інтегративної моделі було не стільки винайдення нових технік і методів мотивування, скільки інтеграція вже

існуючих моделей в одну цілісну концепцію. Проблемою створення такої інтегративної моделі мотиваційної роботи є широкий континуум uzалежнених клієнтів – від особистісно зрілих і соціально успішних людей з алкогольним uzалежненням, дебют якої відбувся в достатньо зрілому віці, до підлітків з раннім полінаркоузалежненням з високою поградієнтністю, обтяженою інтоксикаційними психозами, коморбідними станами та тяжкими особистісними розладами. Для того, щоб урахувати цей континуум, було введено поняття мотиваційної готовності (МГ) та виділені 3 її рівні (високий, середній і низький) (табл. 3.1.1). До кожного рівня застосовувався відповідний підхід до мотиваційної роботи – інформаційний, конфронтаційний і реляційний підходи відповідно.

Таблиця 3.1.1

Рівні мотиваційної готовності

Висока МГ	Середня МГ	Низька МГ
Характеристики особистості		
Достатнє збереження соціального інтелекту; рефлексуючий модус металізації; соціалізованість; особистісна зрілість; збережена ціннісна сфера; невротичний рівень функціонування особистості; відсутність надцінності в ідеї вживання; готовність до відкритого контакту	Егоцентричне мислення; ігровий модус металізації (псевдоменталізація); асоціальність/ десоціальність; особистісна незрілість; егоцентрична ціннісна сфера; межовий рівень функціонування особистості; надцінні ідеї вживання; маніпулятивний контакт	Конкретне мислення; модус металізації – психічна еквівалентність; психотична або органічна особистість; сплющена ціннісна сфера; «дивні» ідеї вживання; симбіотичний або аутичний контакт
Характеристики мотивації		
Провідні механізми анозогнозії – соціально-психологічні, клініко-психологічні; швидке просування за рівнями мотивації; цілісність	Провідні механізми анозогнозії – психопатологічні; домінують механізми опору над запереченням; розщеплена мотиваційна сфера;	Провідні механізми анозогнозії – органічні; відсутність просування за рівнями мотивації; сплющена мотиваційна сфера;

мотиваційної сфери; здатність до рефлексії, усвідомленість; достатня сугестивність	блокування переходів за рівнями мотивації; слабка здатність до рефлексії	відсутність здатності до рефлексії
Переконання, афекти та патерни поведінки, що підтримують анозогнозію		
Я ненормальний, якщо не п'ю; я винен у своєму пияцтві; алкоголь легкий/ єдиний спосіб піти від проблем (розслабитися тощо); я повинен впоратися сам!; вина за своє вживання; сором за свою тверезість; спокута, контроль	Не вживають лохи; ПАР – легкий/єдиний спосіб отримання задоволення; ви винні в моєму вживанні; ви мені повинні!; злість, образа, нудьга, жаль до себе; маніпуляції, брехня	

У термін «мотиваційна готовність» закладене значення готовності клієнта до змін у мотивації, тобто схильності до мотиваційної роботи з ним (а не рівня самої мотивації до терапії). Клієнти з високим рівнем мотиваційної готовності «лояльні» до простих інформаційних мотиваційних утручань, їхня мотивація досить швидко змінюється та надалі є відносно стабільною. Для клієнтів із середнім рівнем мотиваційної готовності необхідна експресивніша мотиваційна робота, мотивація в них змінюється повільно та стадійно, сформована мотивація є нестійкою, тому «мотиваційний супровід» повинен продовжуватися і під час терапії. Клієнти з низьким рівнем мотиваційної готовності мало придатні до прямої мотиваційної роботи, з ними необхідно застосовувати більш директивні техніки примушення до реабілітації (тобто ефективнішою є робота з родичами), а надалі мотивування відбувається через побудову стосунків, а не через раціональні чи експресивні інтервенції.

Етапи мотиваційної роботи

Послідовність етапів у інтегративній моделі мотиваційної роботи є такою.

1. *Встановлення довірчих стосунків.* На цьому етапі відбувається знайомство з клієнтом, у процесі якого і відбувається розвиток довіри. Етап починається з прохання розповісти про себе, наприклад: «Мені хотілося б

перед нашою подальшою бесідою трохи познайомитися з вами як з особистістю, можете, будь ласка, розповісти мені трохи про себе, щоб я склав враження про вас, як про людину». Далі фахівець використовує підхід активного слухання з віддзеркаленнями та відкритими запитаннями. Загальні рекомендації до роботи на цьому етапі такі: техніки активного слухання; опора на емпатію та рефлексію; демонстрація дружелюбності, інтересу, розуміння; відсутність конфронтації. Як показує практика, початок бесіди з більш-менш поглибленого знайомства особливо важливий з клієнтами, які від початку мають супротив до контакту, наприклад, прийшли на консультацію під тиском родичів. У цьому випадку етап знайомства з клієнтом не тільки відіграв роль становлення довірливих відносин, а й «збивав» заготовлену «програму опору». Такі клієнти зазвичай приходили на консультацію вже з планом виправдання свого вживання та протистояння тиску фахівця. Автентична відкритість і щирість фахівця, його орієнтація на «контакт з людиною», а не конфронтація зловживання дезорієнтували клієнта в його емоційному намірі протистояти та були важливою базою для подальшої мотиваційної бесіди.

2. *Дослідження відносин з ПАР.* Пропонується така черговість тем дослідження, де рекомендується застосовувати принципи підходу мотиваційного інтерв'ювання.

- *Вивчення позитивних сторін вживання та їх розвиток у часі:* структура ейфорії, вторинні вигоди, седативні мотиви. Водночас важливим є не знецінювати позитивні ефекти від вживання, а намагатися якомога глибше зрозуміти їхній особистісний смисл і віддзеркалити це розуміння клієнту. З деякими клієнтами необхідна навіть конфронтація знецінення ним своїх позитивних ефектів від вживання. У цьому процесі важливе переведення відчуття «невиязного дива» в зрозумілі «людські» мотиви. Наприклад, коли «опійний кайф» описаний у зрозумілих будь-якій людині відчуттях (найчастіше цими відчуттями для опійних адиктів були зняття відчуття глибинної провини, досягнення стану повної безтурботності, «відходять усі проблеми», зняття душевного болю тощо), то зникають «магічність» цього стану, відчуття його невиразності та незрозумілості іншим, що само собою вже є мотиваційним фактором. З клієнтами, в яких є проблеми вербалізації свого стану сп'яніння, корисними будуть техніки малювання свого «кайфу». Якщо клієнт схильний до ізотерапії, то в якості подальшої інтервенції з ним використовуються техніки малювання бажаного тверезого майбутнього, а потім малюнки «кайфу» та «тверезості»

порівнюються. Найчастіше малюнок «кайфу» яскравіший і привабливіший, ніж малюнок «тверезості». Далі клієнта просили зробити малюнок «тверезості» яскравішим, перенести на нього ті кольори, які є в малюнку «кайфу». Такий підхід дає клієнтові на емоційному рівні зрозуміти важливу річ – проблема не в яскравості кайфу, а в темноті образу майбутньої тверезості.

- *Дослідження негативних наслідків вживання.* Процес вивчення мотивів вживання закінчується віддзеркаленням клієнтові розуміння фахівцем їхніх людських смислів і підтвердженням їхньої значущості. Наприклад: *«Як я зрозумів, ви вживаєте для..., як мені здається, це є дійсно важливими мотивами для будь-якої людини, і я думаю, що багато з тих, хто не може досягти цих цілей і станів адекватними та не руйнівними засобами, могли б, як і ви, почати вживати. Однак я твердо вірю в те, що за досягнення цілей шляхом вживання обов'язково потрібно платити. Я пропоную зараз дослідити, що ви платите за позитивні ефекти, які дають вам наркотики».* Постановка питання наслідків вживання саме у вигляді «плати» є для більшості клієнтів важливою в розумінні своєї суб'єктності вибору: зловживання – не просто стан компульсії з негативними наслідками, але й особистісний вибір у досягненні певних цілей, та за цей вибір необхідно платити. Також з багатьма клієнтами важливе дослідження розвитку негативних наслідків у часі, у такий спосіб клієнт приходить до розуміння ідеї розвитку uzалежнення та того, що подальші наслідки будуть ще гіршими.
- *Дослідження подальших намірів і їхніх наслідків.* На цьому етапі підсумовуються результати попереднього вивчення «плюсів і мінусів» вживання та в цьому контексті пояснюються подальші наміри клієнта: *«Як я зрозумів, ви вживаєте заради таких цілей..., але, з іншого боку, ви за це платите... Зараз мені цікаві ваші подальші наміри щодо вашого вживання».* Яка б не була відповідь клієнта («буду продовжувати, як продовжував»; «хочу зменшити вживання та навчитися його контролювати»; «хочу кинути»), важливо прояснити, чому саме клієнт обрав саме такий варіант, а не інший.

Така послідовність відкритих запитань з прагненням зрозуміти та безумовним прийняттям фахівцем сама собою може мати потужний мотиваційний ефект. На перших двох етапах роботи також бажано провести діагностику рівня мотиваційної готовності клієнта, стадії в моделі позитивних змін і провідних механізмів анозогнозії.

3. *Діагностика.* На цьому етапі відбувається діагностика uzалежнення (наприклад, за методикою DSM-5 або ASSIST, які наведено в додатках). Неважливо, яку відповідь дав клієнт про свої подальші наміри щодо вживання (попередній етап мотиваційної роботи), фахівець показує клієнту, що ці наміри необхідно співвідносити з тим, чи є в нього фізіологічне uzалежнення, чи ні: *«Мені здається, що у виборі подальшого плану, як будувати відносини з ПАР, необхідно спиратися на знання того, чи є у вас фізичне uzалежнення, чи ні. Це є вкрай необхідним, тому що, якщо існує фізичне uzалежнення, то проблеми будуть невідмінно розвиватися. Для цього нам необхідно пройти методику оцінки».* Далі з клієнтом проводиться тестування за відповідною методикою.

4. *Інформаційна мотиваційна інтервенція.* Якщо тест показує присутність uzалежнення, клієнту необхідно надати інформацію щодо її природу, спочатку прояснивши знання самого клієнта *«На жаль методика показує у вас присутність фізичного uzалежнення. Чи є у вас, розуміння, що саме є фізичним uzалежненням?».* Зазвичай у клієнтів вкрай низьке знання про те, чим є фізіологічне uzалежнення (хоча в практиці зустрічалися клієнти, вкрай обізнані з цієї теми, але найчастіше вони приходили на консультацію вже достатньо умотивованими на психотерапевтичну роботу). Після прояснення рівня розуміння клієнтом, чим є uzалежнення, фахівець у достатньо простій формі надає йому інформацію про біологічні механізми uzалежнення. Було виявлено, що найзрозумілішою концепцією для клієнтів є трикомпонентна біологічна модель uzалежнення: формування наркотичних мотиваційних зв'язків, через які відбувається втрата контролю та розвиток потягу до вживання; виснаження центру задоволення, через що розвивається стан адиктивної депресії; зниження функціонування кори, через яке зі свого боку знижується здатність керувати своїм життям. Така інформація, що подається в простій формі, зрозуміла переважній більшості клієнтів, попри їхню освіту та розумові здатності (виключенням є люди з явним психоорганічним синдромом або іншою важкою патологією розумових процесів). Головними висновками на цьому етапі для клієнтів є такі: а) uzалежнення є зрозумілим феноменом, науково дослідженим, існують засоби допомоги; б) неможливість відновлення контрольованого вживання; б) метою терапії uzалежнення є не припинення вживання (це є лише необхідною первинною умовою), а відновлення здатності повноцінно жити без вживання ПАР.

5. *Розвиток мотивації.* Саме на цьому етапі мотиваційна робота для клієнтів з трьома рівнями МГ кардинально відрізняється. Для клієнтів з високим рівнем МГ на цьому етапі відбувається робота з постановки

позитивних цілей тверезого життя. З клієнтами середнього рівня застосовуються техніки конфронтації uzалежнених переконань. Для клієнтів з низьким рівнем необхідний директивний примус до лікування через родичів, надалі мотиваційна робота продовжується через побудову стосунків. Ці три стилі мотиваційного консультування описані нижче.

6. *Планування.* Клієнту надається інформація про види терапії та разом з ним будується план подальших дій.

7. *Підтримка.* Навіть якщо була одинична консультація (наприклад, з клієнтом у соціальному центрі або приватному наркологічному прийомі), важливо через деякий час зателефонувати йому та поцікавитися виконанням плану. Прояв такого звичайного людського інтересу та безумовної турботи може досить сильно підтримати мотивацію клієнта. У тривалій терапевтичній роботі також потрібно постійно перевіряти мотивацію клієнта та використовувати техніки її підтримки, які зазвичай зводяться до постановки середніх цілей і аналізу їх досягнення з позитивним зворотним зв'язком.

Така послідовність мотиваційної роботи є універсальною, однак, як вже було зазначено вище, її наповнення та стиль роботи змінюються залежно від рівня мотиваційної готовності клієнта – використовується інформаційний, конфронтаційний або реляційний мотиваційний підхід.

Стилі мотиваційної роботи

Клієнти з високою мотиваційною готовністю потребують достовірної інформації про проблеми uzалежнення та теплового ставлення фахівця (інформаційний мотиваційний підхід). Для них підходить стиль коротких мотиваційних інтервенцій. Додатковою технікою є конфронтація провини за вживання (бо саме провина в цих клієнтів є одним з предикторів вживання та заперечення uzалежнення). Конфронтація провини зазвичай відбувається через концепцію хвороби: якщо алкоголізм – це хвороба, то і людина не може бути винною в проявах цієї хвороби, тобто своєму зловживанні, але її відповідальністю є лікування цієї хвороби: *«ти не був винним у своєму зловживанні, поки не знав, що воно є наслідком хвороби алкоголізму, але коли ти вже знаєш про свій алкоголізм, то вже відповідальний за його лікування, твоя провина буде вже у відмові від терапії»*.

Інший стиль застосовується в конфронтаційному мотиваційному підході. Клієнти з середнім рівнем МГ відрізняються не стільки когнітивними спотвореннями самої проблеми (заперечення), скільки емоційними та поведінковими (знецінення й опір). Такі клієнти будують маніпулятивний контакт, насичений психологічними іграми (в розумінні Е. Берна), і

раціональний стиль інформаційного підходу малоефективний. З такими клієнтами рекомендується будувати не стільки теплий (який вони можуть сприймати як слабкість і/або удавання), скільки поважний контакт. У самій мотиваційній роботі пропонується використовувати різні мотиваційні експресивні техніки та глибоке дослідження конфліктів особистісних смислів тверезості/вживання. Пропонуються такі техніки мотиваційної роботи (частина з яких взята з методу MI), які можна застосовувати в запропонованій послідовності:

1. Надання сенсу тверезого життя: а) дослідження бажаних позитивних змін у житті в результаті можливого припинення вживання; б) допомога в побудові позитивної тверезої життєвої перспективи; в) дослідження причин вживання та пошук альтернативних шляхів вирішення в рамках тверезого життя; г) вивчення побоювань припинення вживання (негативних наслідків, що можуть виникнути у разі припинення вживання).

2. Прояснення можливих причин припинення вживання: а) використання шкали важливості (оцінка рівня бажання припинення вживання та дослідження причин, чому цей рівень не нижче); б) вивчення можливих причин гіпотетичного припинення вживання в майбутньому; в) подання негативного майбутнього у разі продовження вживання.

3. Прояснення здібностей: а) дослідження здібностей припинення вживання; б) ілюстрація позитивних прикладів; в) інформування про способи допомоги.

4. Дослідження цінностей: а) вивчення цінностей, потреб, смислів і їх підтримки/пригнічення вживанням; б) дослідження плюсів і мінусів вживання.

5. Провокація: а) адвокат диявола – несподівано ставати на бік захисту вживання; б) сократичний діалог – просити клієнта довести, що в нього немає uzалежнення, а самим ставити провокаційні запитання.

6. Конфронтація uzалеженого мислення: а) пряма конфронтація через недовіру – демонстрація клієнту недовіри щодо його висловлювань щодо вживання; б) конфронтація через сумнів щодо належності uzалежнених переконань клієнтові, дослідження того, звідки вони походять; в) експресивні вправи з екстерналізації uzалеженого мислення та розвитку амбівалентності між нормативними й адиктивними установками (написати собі лист від імені uzалеженого мислення, робота на стільцях з АЯ і НЯ).

Стиль реляційного мотиваційного підходу виходить з того, що клієнти з низьким рівнем МГ страждають досить сильним зниженням тестування реальності та субпсихотичними порушеннями мислення, тому раціональні й експресивно-конфронтаційні техніки роботи з ними протипоказані. Як

мотивуючий компонент з такими клієнтами працює побудова турботливого симбіотичного контакту. У взаємодії з ними слід дотримуватися рекомендацій щодо роботи з психотичними клієнтами (уникнення двозначностей, простота висловлювань, емоційна відкритість тощо). Клієнту даються директивні рекомендації з чіткими та зрозумілими кроками дій. Часто такі клієнти не здатні до виконання складеного плану дій, тому нормально фахівцю самому зв'язуватися з відповідними службами, куди перенаправляється клієнт. У тривалій роботі такі клієнти також мотивуються на тверезість не стільки через внутрішні мотиваційні предиктори, скільки через зовнішні стосунки (індивідуальні з психотерапевтом або з групою в стаціонарі).

Як узагальнення до розгляду мотиваційної роботи, можна сказати, що в основі сучасних підходів мотиваційного консультування uzалежнених клієнтів лежать такі принципи [3; 8: 42]:

- Автентичний погляд на мотивацію, як на природне прагнення до розвитку і самоактуалізації, що робить мотивацію феноменом, який виникає у самого клієнта (є досвідом «внутрішнього Я»), усвідомленим і довільним феноменом, а не нав'язаним ззовні. Робота фахівця, в цьому випадку, набуває характеру допомоги в знятті перепон, які блокують природний позитивний розвиток мотивації. Важливими якістьми фахівця є розвинута рефлексія й емпатія, а побудова довірчого альянсу – головним фактором у мотиваційній роботі.
- Позитивна цілеспрямованість мотивації. Мотивація до терапії – це «мотивація до», а не «мотивація від». Тому правильна постановка позитивних цілей, побудова плану, допомога в розвитку навичок досягнення тощо – основні технічні інструменти фахівця.
- Стосунки – головне в мотиваційній роботі. Акцент у мотиваційній роботі на стосунки, головними характеристиками яких повинні бути повага, партнерство, емпатія тощо.
- Інтерактивність мотивації. Мотивація значно залежить від оточення і соціальної взаємодії (тому робота з оточенням може бути не менш, а може і більше ефективною в плані мотивації). Зміни мотивації залежать від міжособистісних взаємин фахівця-клієнт. Важливо помічати досягнення клієнта та афірмаційно віддзеркалювати їх йому.
- Динамічність і нестійкість мотивації. Мотивація динамічний феномен, що має різний рівень, схильний до спонтанної прогресії і регресії. Фахівцю необхідно враховувати з яким рівнем мотивації

клієнта він зараз стикається. Мотивації потрібно давати час розвинути, а з іншого боку, підтримувати (зворотний процес спонтанної демотивації може запуститися і на найвищому рівні вмотивованості).

Список використаних джерел:

1. Валентик Ю.В. Континуальна психотерапія больних с зависимостью от психоактивных веществ. Лекции по наркологии / под. ред Иванца. Москва: Нолидж, 2000. С. 341-364.
2. Джонсон В. Метод убеждения. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться / Пер. с англ. Н. Ляпковой. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2012. 112 с.
3. Каклюгин Н.В., Григорян Н.А. Современные принципы ведения профессиональной мотивационной работы, ориентирующей на включение в лечебно-реабилитационные программы лиц с наркологическими расстройствами. *Наркология*. 2017. Т.16. 12 (192). С. 89-108.
4. Капуччи Д., Стауффер М. Психологическое консультирование зависимых клиентов / Пер. с англ. Кравченко С. В. Киев: Диалектика, 2021. 832 с.
5. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться / Пер. с англ. Сусоева Ю.М., Вершинина Д.М. Москва: «Эксмо», 2017. 740 с.
6. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Пер. с англ. Т.°Саушкиной Санкт-Петербург: Речь, 2001. 560 с.
7. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики: методические рекомендации / Гл. ред. Андрей Храпаль. Киев: «Alliance». 2004. 108 с.
8. Прохазка Д., Норкросс Д., ДиКлементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Пер. с англ. Москва: Манн, Иванов и Фербер. 2013. 166 с.
9. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308 с.
10. Старков Д.Ю. Интегративная модель мотивационной работы с аддиктивными клиентами. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2021. Т. 12, N. 1. С. 136-149. DOI: 10.34883/PI.2021.12.1.012
11. Старков Д.Ю. Интегративная мотивационная семейная психотерапия химических зависимостей. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових*

праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2017. Том XI. Вип. 15. С. 510-518.

12. Старков Д.Ю. Формування мотивації до терапії у хімічно залежних осіб. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2016. Том XI. Вип. 14. С. 161-181. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i14/18.pdf>

13. Трифонова Е.А., Яровинская А.В. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. 2010. №8. С. 375-379.

14. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2009. №6. С. 68-76.

15. Beyer F., et al. The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism*, V. 54(4). P. 417–427. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/aqz035>

16. Cox W., Klinger E. Handbook of motivational counseling: goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems. New Jersey, NJ: Wiley-Blackwell, 2011. 666 p.

17. Kelly J.F., Humphreys K., Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. V.11. Issue 3(3). DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.

18. Koban, C. & Willutzki, U. Die entwicklung positiver perspektiven in der psychotherapie: die interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 2001. V.°33°(2). P. 225–239.

19. Meyers R.J. & Wolfe B.L. Get your loved one sober: alternatives to nagging, pleading, and threatening. Center City, MN: Hazelden Publishing, 2003. 240 p.

20. Miller W.R., Zweben A., DiClemente C.C., & Rychtarik R.G. Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, vol. 2. Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 1992. 140 p.

21. Quilty L.C. Wardell J.D., Thiruchselvam T., Keough M.T., & Hendershot C.S. Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PLoS One*. 2019. Vol. 14(4): e0214502. DOI: 10.1371/journal.pone.0214502.

22. Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical rehabilitation*. 2009. V.°23°(4). P. 362-370. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215508101742>

3.2. Використання когнітивно-поведінкових технологій в процесі соціально-психологічної реабілітації хімічно uzалежнених клієнтів

Старков Д.Ю.

Анотація. Підрозділ присвячено застосуванню технологій когнітивно-поведінкової терапії в роботі з узалежненими клієнтами. Зроблено огляд напрямів когнітивно-поведінкової терапії, систематизованих за «трьома хвилями». Розглянуто використання когнітивно-поведінкової терапії з узалежненими клієнтами. Наведено короткий опис програми SMART як прикладу адаптації когнітивно-поведінкової терапії до роботи з узалежненням.

Вступ

Когнітивно-поведінкова терапія (англ. CBT – cognitive-behavioral therapy) вважається на сьогодні провідним підходом у психотерапії узалежнення. CBT є одним із небагатьох науково-обґрунтованих методів з доведеною ефективністю. CBT входить до «Міжнародних стандартів лікування розладів, що пов'язанні зі вживанням наркотичних речовин», які рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO) та Управлінням Організації об'єднаних націй з наркотиків і злочинності (UNODC)³³. Також цей метод входить в перелік рекомендованих методів першої лінії «Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин» Міністерства соціальної політики (який є центральним правовим документом, який регулює діяльність центрів соціально-психологічної реабілітації в Україні)³⁴.

З іншого боку, існує достатня кількість серйозних досліджень, які не виявляють переваги CBT перед іншими провідними методами терапії узалежнення, наприклад, такими як «12 Кроків», мотиваційне інтерв'ювання, сімейний підхід, групи взаємодопомоги та ін. Такого висновку дійшли у великому дослідженні проекту MATCH (Овчинников, 2006), що також підтверджується нещодавніми метаоглядами (Magill, 2019). Є дослідження, які, навіть виявляють перевагу інших методів над CBT: наприклад Luty (Luty, 2003) вказує на перевагу мотиваційного інтерв'ювання, а кокрейнівський огляд за 2020 рік виявив перевагу програми «12 Кроків» над когнітивно-

³³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331635/9789240017856-rus.pdf>

³⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text>

поведінковою терапією uzалежнення (Kelly, 2020). Крім того, дослідження показують, що хоча СВТ підхід має значну ефективність на малих термінах ремісії, але з часом його ефективність спадає (Magill, 2019) – тобто використання виключно методу СВТ для uzалежнення є продуктивним для досягнення короткострокової ремісії, але може бути малоефективним для досягнення довгострокової ремісії.

Існують дослідження, які показують, що еклектичне включення СВТ методик в інші підходи може значно підвищити загальну ефективність: наприклад Baker та співавтори вказують на підвищення ефективності підходу груп взаємодопомоги з 21% до 38% за умови посилення їх когнітивно-поведінковою методою профілактики рецидиву (Baker, 2001).

Основна увага СВТ зосереджена на підтримуючих адиктивну поведінку факторах та запобіганні рецидиву (Sudhir, 2018). СВТ адикцій включає в себе такий спектр методів: запобігання рецидиву, зниження валентності адиктивної поведінки, профілактика потягу до вживання, подолання стану збудження та інших негативних емоційних станів, навички асертивності та тренінг комунікації, сімейна психоедукація, психоедукація щодо особливостей хімічних uzалежнення, модифікація дисфункціонального мислення та підвищення раціональності, підвищення самоефективності, модифікація переконань щодо ПАР, профілактика стресу.

Напрями СВТ

Скоріше за все, правильнішим буде говорити про *когнітивно-поведінкову парадигму*, яка охоплює різні моделі терапії, поєднані деякими загальними принципами. Аналогічно ми кажемо і про гуманістично-екзистенційну парадигму (яка, на основі деяких єдиних принципів об'єднує у собі різні моделі терапій, таких як клієнт-центровану, гештальт, транзакційний аналіз, екзистенційну, позитивну та ін.), аналогічно кажемо і про психодинамічну парадигму.

Часто розвиток когнітивно-поведінкових моделей систематизують через метафору трьох хвиль. До першої хвилі відносять біхевіоральні моделі, до другої – когнітивні, до третьої – метакогнітивні моделі.

Перша хвиля СВТ

До першої хвилі входять біхевіоральні психотерапевтичні методи. По суті використовуються чотири основних теорії закріплення поведінки: габітуація (вироблення певного звикання через повторення поведінки), класичне обумовлення (зв'язування безумовної реакції з умовними

стимулами), оперантне обумовлення (зв'язування певної поведінки з певними наслідками), соціальне навчання (навчання певної поведінки через імітацію поведінки інших). Так, наприклад, наркоманію в цих категоріях можна визначати як: соціальне навчання (імітацію поведінки референтної групи та авторитетних фігур, які вживають наркотики), позитивне оперантне навчання (на початку вживання наркотиків призводить до кайфу), негативне оперантне навчання (при розвиненому uzалеженні вживання наркотиків призводить до полегшення), класично обумовлений рефлекс (виникає тривожна тяга до вживання за певних стимулів), закріплену чисельним повторенням звичку (*Прашко, 2015: 872*). З цих п'яти теоретичних моделей впливають відповідні практичні моделі роботи: 1) створення референтного соціального середовища з адекватними рольовими моделями (створення «здорового» терапевтичного середовища в центрі реабілітації); 2) навчання іншим засобами досягнення задоволення та підкріпленням функціональної поведінки у клієнта (наприклад, система винагород в реабілітаційному центрі); 3) навчання навичкам подолання негативного емоційного стану, стресу, кризових ситуацій тощо.; 4) зворотне обумовлення тригерних стимулів з obsесивно-компульсивним потягом (різного роду техніки експозиції та десенсибілізації); 5) навчання та закріплення через повторення нових альтернативних здорових звичок.

Основними техніками біхевіоральної терапії є (*Айви, 2000*):

- встановлення довірливих відносин: в біхевіоризмі відносини терапевт-клієнт вважають настільки ж важливими, як і в інших методах;
- поведінкова операціоналізація симптому: зведення симптому до системи поведінки та фізичних симптомів, тобто об'єктивні феномени, які можна спостерігати (наприклад тривогу можна операціоналізувати як прискорене дихання, напружене тіло, бажання втекти тощо);
- функціональний аналіз: аналіз функціональних причинно-наслідкових зв'язків в поведінці клієнта за схемою передісторія-поведінка-результат поведінки, ціль функціонального аналізу – розібратися в системі заохочень та покарань поведінки клієнта;
- експозиція: техніка експозиції та профілактики уникаючої поведінки полягає в поступовому зворотному почерговому згасанню оперантного та класичного обумовлювання через послідовне циклічне наближення до умовного триггеру;
- встановлення соціально важливих цілей для клієнта: так, наприклад, для адиктивних клієнтів кинути вживання не є важливою ціллю (це

скоріше необхідність, обумовлена негативними наслідками), в концепції біхевіоризму ми повинні знайти інші значущі цілі, для яких терезість буде засобом досягнення.

Друга хвиля СBT

До другої хвилі СBT відносяться такі методи: раціонально-емотивна поведінкова терапія (А. Еліс), когнітивна терапія (А. Бек), терапія реальністю (У. Гласер), мультимодальна терапія (А. Лазарус), розвитку копінг-стратегій (Р. Лазарус). Усі ці методи поєднує дидактична робота не тільки з поведінковими патернами, але й з різного рівня когнітивними процесами.

Раціонально-емоційна поведінкова терапія (РЕПТ) А. Еліса. А. Еліс, творець раціонально-емотивно-поведінкової терапії (РЕПТ), вважається дідусем когнітивного підходу. Його техніки є до сьогодні одними з основних в СBT. А. Еліс стверджував, що емоційні та поведінкові реакції обумовлено насамперед когнітивним сприйманням ситуації. «Здорове» мислення наслідком має позитивні емоції та адекватну поведінку, дисфункціональне мислення тягне за собою невротичні переживання та неадекватні вчинки. Загалом А. Еліс виділяв три основні стилі дисфункціонального мислення: повинування (musturbation) – мислення в стилі Я, Ви, Воно «повинно»; казуальну атрибуцію – угадування причин вчинків та думок інших; катастрофізацію – мислення в стилі «це жахливо!», «усе пропало!». Працював з дисфункціональним мисленням А. Еліс за допомогою ABCDE схеми, де А – це сама подія, В – дисфункціональне мислення, С – поведінкова та емоційна реакція, D – нове мислення, Е – нова реакція. У роботі з дисфункціональним мисленням застосовуються такі техніки: перевірка обґрунтування думки, перевірка користі такого мислення, пошук більш адаптивного формулювання та ін. У таблиці 3.2.1. наведено приклад розбору ситуацій за схемою А. Еліса.

Таблиця 3.2.1.

ABCDE схем А. Еліса роботи з дисфункціональним мисленням

А (тригер)	В (старі мислення)	З (старі реакції)	D (нове мислення)	Е (нова реакція)
Жінка перевіряє запах алкоголю	Вона не повинна це перевіряти Вона хоче мене	Злість, агресія, скандал, тяга	Чому я вирішив, що вона не має право перевіряти – може і має право.	жаль, спокій, розмова про межі

	поневолити і весь час контролювати Це жахливо		Вона швидше за все перевіряє тому, що тривожиться, а не через бажання підпорядкувати. Нічого особливо страшного в цьому немає	
тяга	Я повинен вжити Я невиліковний це нестерпно	тривога, напруга, паніка, посилен ня тяги	Якщо у мене тяга, я все одно маю право залишатися тверезим Якщо у мене тяга, це ще не означає, що все втрачено Я можу її перенести, нічого жахливого в цьому немає, треба просто застосувати потрібні техніки	смуток, застосовую техніки зі зниження тяги, зменшення потягу

Слід також зазначити, що сам А. Еліс багато займався терапією адикцій, брав участь у роботі груп взаємодопомоги раціонального одужання (світська альтернатива духовно-орієнтованим групам AA/AN), які стали предтечою популярних на сьогодні груп SMART.

Терапія реальністю (У. Гласер). Як завдання терапії реальністю, її засновник Уільям Гласер, бачить допомогу людині зробити розумний вибір. Психотерапевт не лише консультує, він повинен уміти спрямовувати людину. Терапія реальністю концентрується на зміні дій і думок та управлінні ними як за допомогою консультанта, так і самостійно. Поведінка виникає не за схемою стимул-реакції, а як відповідь на отриману інформацію, і може варіюватися залежно від потреб та їх усвідомлення. Відповідно, терапія реальністю допомагає клієнту вибрати найкращий варіант поведінки, спираючись на своє сьогодення, а не минуле, оскільки постраждалі потреби можуть бути задоволені лише у теперішньому. Терапевт у консультуванні позиціонується як суворий друг і помічник, який не звертається до критики та покарань, але проводить клієнта відповідно до зазначеного плану терапії – навчання приймати більш ефективні рішення та

реалізовувати їх (Glasser, 2000). Терапія реальністю в роботі з узалежненням буде концентруватися, насамперед, на зіткненні з інформацією про неможливість відновлення контролю над вживанням, а також неминуче подальше погіршення проблем у разі продовження, прийнятті свідомого рішення на основі цієї інформації, побудові плану та подальшому його виконанні.

Мультиmodalьна терапія А. Лазаруса. Мультиmodalьна терапія Альберта Лазаруса (Лазарус, 2001) ґрунтується на передумові, що всі люди – це біологічні істоти з певними біологічними modalьностями. А. Лазарус виділив основні modalьності:

- поведінка (behavior);
- афекти та емоційні реакції (affect);
- відчуття та сенсорні реакції (sensation);
- уявлення та уява (imagery), включаючи уявлення людини про саму себе та інших, а також здатність мислити образно;
- когніції, думки (cognition) – ідеї, думки, настанови щодо себе та інших людей;
- міжособистісна modalьність (interpersonal) – ставлення до інших людей та міжособистісні зв'язки з ними;
- фізіологічні змінні (drug and biology) – фізичний стан людини, зокрема медикаментозні препарати, які вона приймає, здоров'я, фізичні вправи, сон, дієта.

Сукупність цих modalьностей А. Лазарус позначив за допомогою абрєвіатури BASIC I.D. (базова ідентифікація).

За мультиmodalьного підходу до психотерапії лікування вважається унікальним в кожному конкретному випадку. Перш ніж розпочати терапію, проводиться консультація, під час якої психотерапевт з'ясовує, які modalьності пацієнт ігнорує, а які для нього є пріоритетними. Далі терапевтичний процес зосереджується на найбільш корисній йому modalьності, але потім настає черга іншої modalьності.

Головними специфічними технологіями мультиmodalьної терапії є:

- Briging (наведення мостів) – попереднє встановлення зв'язку з modalьностями, яким пацієнт віддає перевагу зараз, перед визначенням найбільш продуктивної для нього modalьності.
- Tracking (прокладання курсу) – визначення та оцінка пріоритетної черговості для роботи над modalьностями пацієнта. Виявлення поведінкового патерну реакції пацієнта, особливо у схожих ситуаціях, має значення для успіху психотерапевтичного процесу.

Однак за таких обставин сама мультимодальна терапія не обмежує себе якимось набором технології, а є відкритою до використання будь-яких технік, будучи водночас еклектичною.

Хоча сам А. Лазарус вважав, що короткострокова терапія (якою є за визначенням мультимодальна терапія) не підходить для людей з проблемами наркоманії, однак методика мультимодальної терапії є дуже зручною як складова в більш широкій комплексній роботі з uzалежненими клієнтами. Так, в поєднанні з діагностикою потреб, вона може слугувати базою для складання індивідуального плану психологічної роботи з клієнтом у центрі реабілітації.

Копінг-поведінка (Р. Лазарус). Саме поняття «копінг» (анг. coping – подолання, переборення) ввів в психологію Л. Мерфі, але його поширення та визнання в науковому середовищі є заслугою Річарда Лазаруса, тому часто авторство цього терміну приписують саме йому. На сьогодні поняття копінгу широко варіюється, так включає до себе такі визначення, як (Коломейцев, 2010):

- спроби адаптуватися до стресу;
- его-процес, що веде до гнучкої, цілеспрямованої, логічної поведінки у процесі вирішення проблем;
- «те, що роблять люди, щоб уникнути руйнації від життєвого напруження»;
- «поєднання творчої та рефлексивної поведінки».

Копінги можуть бути як функціональними, так і дисфункціональними. З цього погляду адиктивна поведінка являє собою дисфункціональний копінг, а терапія адикцій тоді повинна включати в себе розвиток функціональних копінгів. Підхід щодо розвитку копінг-стратегій широко використовується в терапії адикцій, розроблено відповідні тренінги з подолання стресу та проблемних ситуацій.

Конструктивістська психотерапія (Дж. Келі). Особистісний конструкт – оціночна система, яка використовується індивідом для класифікації різних об'єктів його життєвого простору. Термін, запропонований у психології особистості Дж. Келлі, для позначення когнітивних шаблонів, які людина «сама створює, та намагається підігнати їх до реалій». Тобто особистісний конструкт – це ідея або думка, яку людина використовує, щоб усвідомити або витлумачити, пояснити або передбачити свій досвід у термінах схожості та контрасту» (наприклад, «хороший-поганий»). Відповідно до Д. Келі особистість індивіда являє собою організовану систему більш-менш важливих конструктів.

Психопатологія пояснюється неадекватністю системи особистісних конструктів життєвим обставинам та подіям. Так, жорстка система тлумачення подій (особистісних конструктів), з одного боку дозволяє людині орієнтуватися в подіях та обставинах, але, з іншого боку, вона відчуває безвихідь, відсутність можливостей вибору та альтернатив у розвитку подій.

На теорії особистісних конструктів було розроблено конструктивістську модель психотерапії. У цій моделі для виявлення особистісних конструктів застосовується техніка репертуарних решіток, за допомогою якої терапевт намагається зрозуміти, як клієнт індивідуально конструює події. Для цього терапевт створює рольові відносини з пацієнтами. Через ці рольові відносини, досягнувши розуміння того, як пацієнти конструюють події, психолог пропонує клієнту нові шляхи конструювання. Оскільки особистісні конструкти визначають самосвідомість людини, у такий спосіб пацієнти змінюють розуміння себе.

У теорії особистісних конструктів адиктивній поведінці відповідає свій особистісний конструкт, який повинен бути усвідомленим та зміненим.

Когнітивна терапія або модель Бека (А. Бек). У цій моделі когнітивні процеси поділяються на три рівня: автоматичні думки, проміжні переконання та глибинні переконання або схеми.

У класичній когнітивній психотерапії А. Бека центральним є поняття *глибинних переконань* як «ключових дисфункціональних переконань людини про себе» (Бек, 2006). Глибинні переконання (ГП) – це фундаментальне негативне бачення людини власної особистості. Ці установки настільки глибокі і фундаментальні, що люди часто не можуть їх чітко висловити і навіть просто усвідомити. Носій таких ідей розцінює їх як чисту правду просто тому, що так «є».

У когнітивній терапії Бека глибинні переконання поділяють на дві категорії – безпорадності (Я безпорадний, Я безсилий, Я не контролюю ситуацію, Я слабкий, Я вразливий, Я потребую допомоги і підтримки, Я в пастці, Я ні на що не здатний, Я неуспішний, Я нікчемний, Я невдаха, Мене не поважають, Мене зневажають і под.) та неприйняття (Мене не люблять, Я непривабливий, Я небажаний, Мене не хочуть, Про мене не дбають, Я поганий, Я нічого не вартий, Зі мною щось не так, Мені судилося приймати відмови, Мені судилося бути покинутим, Мені судилося страждати від самотності тощо).

Ціллю «максимум» глибинної психотерапії (як глибинної реструктуризації особистості) в когнітивній терапії і є зміна ГП. У когнітивній терапії Бека притримуються такого плану зміни ГП:

1. Під час роботи над автоматичними думками клієнта визначають, з якої категорії ГП («безпораддя» або «неприйняття») вони могли виникнути.

2. Визначають ГП клієнта.

3. Представляють свою гіпотезу щодо ГП клієнтові та просять його підтвердити або спростувати ці припущення, уточнюючи свою гіпотезу в міру того, як клієнт надає додаткові відомості про поточні ситуації, дитячі спогади тощо.

4. Роз'яснюють клієнтові природу ГП в цілому і виявленого ГП зокрема та допомагають клієнтові визначити ступінь впливу цього ГП на його життя.

5. Разом з клієнтом оцінюють і змінюють ГП:

- досліджують коріння ГП, що йдуть в дитинство;
- визначають, чим воно підтримувалося і який його взаємозв'язок з поточними труднощами;
- відстежують дію ГП в сьогоденні;
- допомагають клієнтові сформулювати нову, більш адаптивну ідею;
- застосовують раціональні методи, щоб послабити старе ГП і посилити нову ідею;
- закріплюють вплив, використовуючи емпіричні або емотивні техніки (роботу із стільцями, арт-терапію та ін.), коли пацієнт більше не довіряє своєму негативному ГП «розумом», але емоційно залишається під його впливом (якщо казати психоаналітичною мовою, коли ГП з его-синтоного стає его-дистоним).

Чим складніша структура особистості, тим складніша робота з ГП. Так, набагато важче змінити негативні ГП клієнтів, які страждають розладами особистості. У таких клієнтів спостерігається дефіцит позитивних переконань, а безліч негативних ГП, які взаємопов'язані і підтримують один одного, подібні до міцної мережі.

З погляду класичної когнітивної моделі А. Бека, узалежнення обумовлене глибоко розташованими та стійкими дисфункціональними переконаннями (глибинними переконаннями), які сформувалися в ранньому дитинстві через негативний досвід. На основі цих глибинних переконань утворюються дезадаптивні схеми (тут в розумінні А. Бека, а не Дж. Янга), які призводять до вразливості людини. Деякі з цих схем залишаються латентними до моменту активації їх психоактивною речовиною. На початку формування узалежнення вживання ПАР є компенсаторною стратегією, яка супроводжується створенням нових переконань про ПАР (одних з

механізмів створення таких нових адиктивних переконань є когнітивних дисонанс), які поєднуються зі вже існуючими глибинними переконаннями. у такий спосіб формується стійка система адиктивного світогляду, яка і лежить в основі uzалежнення. Саме така адиктивна когнітивна система з базою в дисфункціональних глибинних переконаннях і є мішенню когнітивної терапії адикцій.

Третя хвиля CBT

Варіанти лікування зловживання психоактивними речовинами значно розвинулися за останні кілька десятиліть. Набір підходів, які зараз демонструють перспективність, – це ті, що підпадають під прапор когнітивно-поведінкової терапії «третьої хвилі» (CBT). Ці підходи «третьої хвилі» характеризуються своєю тенденцією орієнтуватися на відкритість досвіду (зміна свого ставлення до думок та емоцій, а не до їх форми чи частоти), усвідомлення досвіду (гнучка увага до переживань тут і зараз), активну участь у житті (мотивація до змін, цінності, поведінкова активація) (Hayes, 2011). Hayes також зазначив, що підходи третьої хвилі: «...особливо чутливі до контексту та функцій психологічних явищ, а не лише до їхньої форми, і, мають тенденцію підкреслювати контекстні стратегії змін досвіду на додаток до більш прямих та дидактичних. Ці методи лікування мають тенденцію до побудови широкого, гнучкого та ефективного репертуару замість елімінаційного підходу до вузько визначених проблем і підкреслюють актуальність проблем, які вони досліджують, як для клініцистів, так і для клієнтів. Третя хвиля переформулює та синтезує попередні покоління поведінкової та когнітивної терапії та переносить їх до питань, проблем і галузей, які раніше розглядалися переважно іншими традиціями, в надії покращити як розуміння, так і результати» (Hayes, 2004). Ще інакше можна позначити методи CBT третьої хвилі як ті, що працюють з другою системою мислення, а не з першою, як методи другої хвилі.

Основними моделями – представниками CBT третьої хвилі є: діалектично-поведінкова терапія (англ. DBT – dialectical behavior therapy) за авторством М. Лінехан; терапія прийняття та відповідальності (англ. ACT – Acceptance and Commitment Therapy) за авторством С. Хайєса; терапія усвідомленості та її похідні (англ. Mindfulness) за авторством Дж. Кабат-Зіна; функціонально-аналітична психотерапія (англ. FAP – Functional Analytic Psychotherapy) за авторством Р. Кохленберга та М. Тсаї; схема-терапія (англ. ST – schema therapy) за авторством Дж. Янга; десенсибілізація та переробка рухами очей (англ. EMDR - Eye Movement Desensitization and

Reprocessing) за авторством Ф. Шапіро; метакогнітивна терапія (МСТ - Metacognitive therapy) за авторством А. Уелса. Часто до CBT третьої хвилі відносять мотиваційне інтерв'ювання (англ. MI – motivational interviewing) за авторством Р. Мілера та С. Ролніка, однак, зважаючи на те, що цей метод докладно описано нами в роботі з мотиваційного консультування з узалежненими клієнтами, тут ми опис цього методу опустимо.

Діалектично-поведінкова терапія (М. Лінехан). Центральним поняттям цього напрямку є діалектичне мислення – прийняття різних та суперечливих поглядів на ситуацію (Лайнен, 2017). По своїй суті DBT близька до гегеліанського підходу (тезис, антитезис і синтез), коли клієнту розвивають синтезуючу функцію мислення, де він може інтегрувати різні підходи до ситуації, які в формальній Аристотелевій дихотомічній логіці є несумісними. Так, наприклад від дихотомічного погляду на узалежену поведінку як на дисфункціональну, в DBT на неї будуть дивитися діалектично (як і на тверезість). У такий спосіб відбувається інтеграція між дихотомією нормативної системи поглядів «тверезість – добро, вживання – зло» та адиктивної «тверезість – зло, вживання – добро», до більш гнучкої діалектичної «як вживання, так і тверезість несуть в собі погані і добрі сторони, а мені необхідно зробити свій відповідальний вибір у своїй життєвій ситуації». Техніка роботи з дисфункціональним мисленням в DBT полягає в: 1) формулюванні самого мислення; 2) формулюванні абсолютно протилежного мислення; 3) знаходженні «середнього» між ними.

Окрім діалектичних прийомів аналізу проблем, у DBT також використовуються всі інші методи когнітивно-поведінкової терапії (починаючи від біхевіоральної, закінчуючи класичною), техніки Mindfulness та інші, в цьому плані DBT є еклектичною, як і більшість інших методів третьої хвилі.

У DBT розглядають п'ять функцій лікування: посилення та розширення здібностей клієнта, посилення мотивації до змін, зменшення дисфункціональної поведінки, посилення та підтримання здібностей та мотивації терапевта, структурування середовища. Основою лікування є розвиток клієнтом чотирьох ключових процесів DBT: усвідомлення (mindfulness), толерантність до дистресу, регуляція емоцій, міжособистісна ефективність. Ці процеси є основою для зміни основних аспектів розладу особистості: порушення ідентичності, афективної нестабільності, поведінкової дисрегуляції та порушених стосунків.

Оригінальні протоколи DBT зазвичай пропонують річний курс психотерапії, із щотижневими індивідуальними терапевтичними сесіями (1

год), щотижневою групою навичок (1,5–2,5 год) та щодвотижневими зустрічами зі всією командою фахівців (1–2 год).

DBT є методом третьої хвилі з найсильнішою емпіричною доказовою базою ефективності для різних видів розладів.

Терапія усвідомленості (Дж. Кабат-Зін). Цей метод пішов від застосування Дж. Кабат-Зіном буддистських медитацій як технік подолання стресу та тривоги (свій метод терапії він назвав Подолання стресу на основі усвідомленості, або англ. Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR). Далі цей метод почав набирати популярності дякуючи численним нейробіологічним дослідженням, які підводили під нього міцний науковий базис. Суть методу полягає в розвиненні «позиції спостереження» за допомогою різних медитативно-подібних прийомів. Майндфулнес техніки останні три десятиріччя почали активно використовуватися також у практиці терапії адикцій, особливо у роботі з тягою, роботі з імпульсивною та компульсивною поведінкою, подоланням стресово-тривожних станів (Shonin, 2016). Деякі з цих прийомів ми наведемо в додатках

Терапія прийняття та відповідальності (С. Хайс). Напевно, саме в цьому методі на сьогодні є найбільш розроблені протоколи роботи з адиктивними розладами (DuFrene, 2017). У той час як класична психологія зазвичай діє за припущенням «здорової нормальності», яке стверджує, що люди за своєю природою психологічно здорові, АСТ скоріше припускає, що психологічні процеси нормального людського розуму часто є руйнівними. Основна концепція АСТ полягає в тому, що психологічні страждання зазвичай викликані уникненням досвіду, когнітивною заплутаністю і, як наслідок, психологічною ригідністю, яка призводить до невиконання необхідних поведінкових кроків відповідно до основних цінностей. АСТ вважає, що суть багатьох проблем пов'язана з поняттями, представленими в аббревіатурі FEAR:

- злиття (Fusion) зі своїми думками;
- оцінка (Evaluation) досвіду;
- уникнення (Avoidance) свого досвіду;
- обґрунтування (Reason-giving) своєї поведінки.

Водночас саму аббревіатуру АСТ можна розшифрувати як акронім таких дій: прийняття своїх думок та емоцій (accepting thoughts and emotions), вибір ціннісного напрямку (choosing a valued direction), вживання заходів (taking action).

Сам метод АСТ базується на шести основних принципах, що розвивають психічну гнучкість:

- Розділення. На відміну від прямої роботи з дисфункціональним мисленням у класичній когнітивно-поведінкової терапії, у АСТ практикується розвиток «спостерігаючої позиції» – розділення зі своїми думками та погляд на них зі сторони.
- Прийняття. Замість «боротьби» з негативними переживаннями, АСТ пропонує прийняття та їх дослідження, що призводить до парадоксального ефекту: з одного боку більш глибоке відчуття цього негативного переживання, з іншого боку заспокоєння.
- Контакт із теперішнім моментом. Тобто фокусування на «тут і зараз», схоже на поняття усвідомлюваності.
- Позиція спостерігача. Заняття позиції спостерігача дозволяє відчувати перебіг думок, почуттів, переживань та зрозуміти, що особистість не ототожнюється з ними, а також легше переживати неприємні стани.
- Цінності. Йдеться про обрані самою людиною цінності, те, що насправді для неї значимо.
- Проактивність. Усвідомлений вільний вибір дії у відповідності зі своїми цінностями, навіть якщо емоційні переживання будуть неприємні.

DBT, Mindfulness та АСТ є методами третьої хвилі, що мають найбільшу доказову базу ефективності. Також до цих методів за кількістю доказових досліджень можна додати MI, але застосування цього методу є досить специфічним і незрозуміло як його кваліфікувати – як методи терапії чи як метод мотивації до терапії. Інші методи мають набагато меншу кількість досліджень, що підтверджують їх ефективність.

Функціонально-аналітична психотерапія (Р. Кохленберг, М. Тсай). Підхід заснований на радикальному біхевіоризмі, що фокусується на терапевтичних відносинах як одному з ключових факторів, що сприяють змінам у житті клієнта (Kohlenberg, 1991). Так, FAP передбачає, що через обумовлення відгуком терапевта можна досягти значних терапевтичних змін у поведінці клієнта. Основними поняттями FAP є клінічно релевантна поведінка 1 (КРП1 – проблематична або дисфункціональна поведінка) та клінічно релевантна поведінка 2 (КРП2 – бажана поведінка, поведінкова ціль змін або функціональна поведінка).

У FAP застосовується п'ять основних правил:

Правило 1: спостерігаємо КРП – терапевт фокусує свою увагу на проявах проблематичного КРП 1 та ефективного КРП 2.

Правило 2: активуємо КРП – терапевт створює контекст, у якому активуються КРП.

Правило 3: природне підкріплення КРП 2 – терапевт підкріплює прояви КРП 2 (покращення в сесії), підвищуючи ймовірність того, що ця поведінка виявлятиметься частіше.

Правило 4: спостерігаємо вплив терапевта у відносинах з клієнтом на КРП – терапевт оцінює ступінь підкріплення поведінкового покращення, звертаючи увагу клієнта на довгострокові наслідки КРП 2 після реалізації Правил 3. Це правило схоже на концепцію функціонального аналізу в класичному біхевіоризмі.

Правило 5: надаємо функціональну інтерпретацію та генералізуємо – терапевт працює над поширенням покращень у сесії на повсякденне життя та стосунки клієнта. Часто це включає домашні завдання на відпрацювання та розвиток навичок.

Схема-терапія (Дж. Янг). Центральним поняттям у цьому напрямі є ранні малоадаптивні схеми, які формуються в ранньому дитинстві на основі негативного досвіду. Це поняття є синонімічним з поняттям глибинних переконань в моделі А. Бека. Дж. Янг всього описав 18 основних типів схем, які об'єднано в п'ять груп: нездатність встановлювати відносини та відкидання, порушена автономія, порушення меж, орієнтування на інших, надмірна дбайливість та емоційне придушення. За активації схем людина переходить у відповідні «режими» (можливо, трохи невдалий переклад англійського терміну *mode*) – типові емоційно-когнітивно-поведінкові стани для відповідних ситуацій. Усього Дж. Янг описав 10 режимів, які згруповано в чотири групи: дитячі режими, дисфункціональні копінгові режими, дисфункціональні батьківські режими, режим здорової дорослої людини (тут відчувається значний вплив моделі транзакційного аналізу на теоретичні погляди Дж. Янга, хоча сам Дж. Янг чомусь в своїх основних працях не згадував модель транзакційного аналізу як попередника своєї теорії) (Янг, 2020).

Десенсибілізація та переробка рухами очей (Ф. Шапіро). Базовим припущенням методу EMDR є те, що у людини існує інформаційно-переробна система (прихована від свідомості, безпосередньо не керована нею, що знаходиться в підсвідомості та в цілому в несвідомому), що забезпечує його захист та самозцілення у психотравматичних ситуаціях. Однак у деяких випадках переживання травматичного досвіду або дистрес можуть заблокувати цю систему. Водночас швидкий рух очима розблоковує її та призводить до зцілення (Шапіро, 2021). У цьому напрямі розроблено протоколи для роботи з адиктивними розладами (Parnell, 2018).

Метакогнітивна терапія (А. Уелс). Метод ґрунтується на тому експериментальному факті, що не наявність негативних думок робить людину тривожною та депресивною, а час, який вона витрачає на обробку цих негативних думок та занепокоєння ними: так званий когнітивно-атентивний синдром (CAS -cognitive attentional syndrome) (Уеллс, 2021). CAS складається з тривалих роздумів та занепокоєння, фіксування уваги на загрозах та нездатності впоратися з поведінкою, яка має неприємні наслідки та посилює проблеми. Тобто CAS обумовлений не стільки самим дисфункціональним мисленням, а метакогнітивними переконаннями, тобто думками про думки. Метакогнітивний психотерапевт прагне усунути тривалі занепокоєння та румінацію, розвиваючи нові способи ставлення до негативних думок, тобто змінюючи метакогніції (на відміну від класичного когнітивно-поведінкового терапевта, який змінює безпосередньо саме дисфункціональне мислення).

Використання КПТ в роботі з хімічними адикціями

Спроби використання КПТ у роботі з адикціями почалися з самого початку виникнення цього напрямку ще в першу хвилю КПТ, коли намагалися проводити аверсивні техніки (правда, без особливих успіхів) як технологію деобумовлення адиктивного рефлексу. Багато зробив для розвитку КПТ адикцій А. Еліс, як вже було зазначено вище. Однак набула системності після робіт Marlatt (*Marlatt, 1985*), Прохазки, ДіКлементе та Норкроса (*Прохазка, 2013*) та інших авторів у середині 90-х років минулого сторіччя. Надалі цей напрям розвивався та доповнювався технологіями КПТ третьої хвилі та згодом КПТ стає провідним напрямом психотерапії адикцій (*Marlatt, 2005; Sudhir, 2018*).

Була розроблена програма профілактики рецидивів, заснована на моделі Marlatt та Prochaska, DiClement, Norcross. У ній пропонується розрізняти зрив (lapse), як ситуаційне повернення до вживання алкоголю або наркотиків на короткий час з відновленням програми терапії, та рецидив (relapse), як повне повернення до зловживання ПАР з повним перериванням терапії. Розрізняється також процес рецидиву, та сам рецидив як кінцева точка цього процесу. Процес рецидиву розглядається за допомогою транстеоретичної моделі змін Prochaska, DiClement, Norcross.

Як технології в програмі профілактики рецидиву використовується психоосвітній підхід до самоуправління, навчання різноманітним копінкам подолання ситуації ризику та відповідям на них, зміна дезадаптивних переконань та очікувань змінюються за допомогою когнітивних методів, підвищення відчуття самоефективності (здатності контролювати своє

життя). Визначено три важливі фактори, що відповідають за рецидив: негативні емоційні стани, міжособистісні конфлікти, ситуації соціального тиску на вживання речовини. Інші ситуації високого ризику включають такі фізичні стани, як голод, спрага, втома, перевірка особистого контролю, чутливість до сигналів речовини (тяга).

Програма профілактики рецидивів поєднує в собі різноманітні стратегії КПТ, які складаються з різного виду тренінгів: асертивності, комунікативних навичок (протистояння соціальному тиску і вирішення міжособистісних проблем, щоб зменшити вплив конфліктів), стратегії зниження напруження та збудження (тілесні релаксації), керування емоціями. Також використовується когнітивне рефреймування (перетворення) помилок, техніки подолання тяги до вживання та зміна способів життя. Також використовуються техніки когнітивної реструктуризації для модифікації переконань, пов'язаних з усвідомленою самооефективністю та очікуваннями від вживання ПАР (наприклад, «вживання алкоголю робить мене більш наполегливим», «немає сенсу намагатися утримуватися, я не можу цього зробити»).

Нині вважається, що стратегії запобігання рецидиву повинні бути обов'язково навчені клієнтом під час курсу реабілітації. Крім того, застосовуються різні стратегії для посилення залучення пацієнтів і прихильності до терапії, такі як підвищення відповідальності, стимулювання внутрішньої атрибуції подій, робота з різними цілями.

Взагалі в сучасній КПТ адикцій пропонується використовувати такі головні мішені роботи:

- самооефективність: впевненість в своїх силах та здатності керувати тверезим життям, цей напрям нерозривно пов'язано з розвитком соціальних навичок, включаючи тренінг комунікації та асертивної поведінки;
- адиктивні очікування: помилкові очікування від вживання ПАР та дезадаптивні переконання про ПАР, з якими працюють техніками когнітивної терапії, РЕПТ, також застосовують методику EMDR;
- мотивація: традиційно в КПТ використовується модель мотивації Prochaska, DiClement, Norcross поєднана з Мотиваційним Інтерв'юванням Miller, Rollnick, або на сьогодні частіше починають використовувати модель мотивації Cox, Klinger з їх моделлю мотиваційної роботи Систематичного мотиваційного консультування;
- копінги: розвиток навичок подолання стресу та інших ризикових ситуацій;

- емоційні стани: в різних напрямках КПТ розроблено програми роботи з емоційними станами та розвитку емоційного інтелекту, найбільш поширені з яких є програми АСТ та DBT;
- тяга: використовуються технології релаксації, техніки mindfulness, техніки EMDR, різні рекомендації програми SMART для подолання тяги;
- усвідомленість: використання різних технік mindfulness для розвитку усвідомленості;
- травматичні переживання: в роботі з травматичними переживаннями використовують протоколи різних напрямів CBT, також застосовують техніки EMDR, відповідних методів тілесної терапії (наприклад, Somatic Experiencing).

Програма SMART як приклад комплексного КПТ підходу до роботи з адикціями³⁵

SMART Recovery або Розумне Відновлення (SMART – Self-Management And Recovery Training, тренінг із самоврядування та відновлення) – «КПТ аналог» програми «12 Кроків», яка включає в себе саму програму самодопомоги при адикціях та групи взаємодопомоги SMART (Steinberger, 2004). Терапевтичний процес організований як зустрічі груп взаємодопомоги під керівництвом спеціально підготовлених координаторів, які пройшли навчання за програмою. SMART Recovery, як групи «12 Кроків», абсолютно безкоштовна програма, яка існує за рахунок пожертв та продажу літератури.

SMART Recovery була створена в США в 1994 році, лікарями та фахівцями з раціонально-емоційно-поведінкової терапії. Вона вважається науково-обґрунтованою та постійно оновлюється з появою нових наукових знань і досягнень. SMART Recovery визнана Міністерством Охорони Здоров'я США, Американською академією сімейних лікарів, Національним інститутом досліджень зловживання наркотиками (NIDA), а також Національним інститутом досліджень зловживання алкоголем та алкоголізму (NIAAA).

Головним завданням SMART є побудова тверезого, збалансованого життя за допомогою зміни своєї особистості та своєї поведінки. Це реалізується через виконання чотирьох головних задач:

1. Вироблення та тримання мотивації
2. Вміння справлятися із потягом

³⁵ <http://www.smartrecovery.online/>

3. Здатність керувати своїми думками, почуттями та поведінкою

4. Побудова збалансованого та гармонійного життя

SMART Recovery пропонує низку інструментів та методик, які допомагають отримати свободу від uzалежнення та адиктивної поведінки:

- Стадії змін (Procahska, DiClement, Norcross).
- Постановка цілей та побудова плану.
- Аналіз користі та шкоди.
- РЕПТ техніки подолання тяги.
- РЕПТ (модель ABC) управління емоціями та дисфункціональними думками.
- DISARM (від англ. Destructive Images and Self-Talk Awareness & Refusal Method) – метод відмови, заснований на виявленні руйнівних образів, усвідомленні внутрішнього діалогу та контролі своїх думок.
- DEADS – метод протидії потягу.
- Техніки побудови ієрархії цінностей.
- Мозковий штурм.
- Рольовий психологічний тренінг (розігрування проблемних ситуацій) та моделювання поведінки.
- USA (від англ. Unconditional Self-Acceptance) – безумовне прийняття себе.

Резюме

КПТ адикцій являє собою широке поле з різних теоретичних моделей та практичних підходів, що об'єднано принципом прямого директивного впливу на патологічні процеси. Поки що КПТ підхід є найбільш розробленим в плані терапії адикцій і по суті він є безальтернативним методом роботи з хімічними адиктами принаймні в перші місяці ремісії, а можливо і перші роки. Володіння цим методом у роботі з адикціями є обов'язковим для психологів та психотерапевтів, що працюють у системі реабілітації хімічних адиктів незалежно від їх базової психотерапевтичної освіти. Хоча в основі центра реабілітації може бути покладена програма з різною філософією («12 Кроків», релігійна, «7 навичок» тощо), однак обов'язковим є інтегрування в цю програму відповідних технологій КПТ. З іншого боку, КПТ може бути також і базовою програмою центра реабілітації, використовуючи, наприклад, перероблений системний підхід SMART Recovery.

Список використаних джерел:

1. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк- Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство / Пер. с англ. Москва: 2000. 487 с.
2. Коломейцев, Ю.А., Корзун С.А. Основные научные подходы к копинг-поведению (совладающему поведению). *Проблемы управления*. 2010. № 2(35). С. 226-229.
3. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / Пер. с англ. Москва: ООО «И.Д. Вильямс», 2017. 592 с.
4. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с употреблением наркотических средств: пересмотренное издание с учетом полевых испытаний / Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности. 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331635/9789240017856-rus.pdf>
5. Овчинников А.А. Красильников Г.Т., Дресвянников В.Л. Сравнение эффективности терапевтических программ при лечении алкоголизма. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006. № 1 (39). С. 32-34.
6. Прашко Я., Можным П., Шлепецки М., Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств / Пер. с польского. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2015. 1072 с.
7. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин: Наказ Міністерства соціальної політики від 01.10.2020 р. № 677. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text> (Дата звернення 21.06.2022)
8. Прохазка Д., Норкросс Д., Диклемементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Пер. с англ. Москва: Манн, Иванов и Фербер. 2013. 166 с.
9. Уэллс А. Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии / Пер. с англ. Москва: ООО «И.Д. Вильямс», 2021. 432 с.
10. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз (EMDR). Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. Москва: ООО «И.Д. Вильямс», 2021. 832 с.
11. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. / Пер. с англ. Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. 160 с.
12. Янг Дж., Клоско Дж., Вайааар М. Схема-терапия: практическое руководство / Санкт-Петербург: ООО "Диалектика", 2020. 464 с.

- 13.** Baker, A., Boggs, T.G. & Lewin, T.J. Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*. 2001. V.96. P. 1279-1287.
- 14.** Beck J.S. Cognitive therapy: basics and beyond. New York, London: The Guilford Press, 1995. 338 p.
- 15.** DuFrene T., & Wilson K.G. Acceptance and Commitment Therapy for substance abuse: A clinician's guide to using practical mindfulness and acceptance-based interventions for alcoholism and drug addiction. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2017. 256 p.
- 16.** Glasser W. Reality therapy in action. New York, NY: Harper Collins Publishers, 2000. 243 p.
- 17.** Hayes S.C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004. V.35(4). P. 639-665. DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- 18.** Hayes S.C., Villatte M., Levin M., & Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*. 2011. V.7. P. 141-168. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- 19.** Kelly J.F., Humphreys K., Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. V.11. Issue 3(3). DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
- 20.** Kohlenberg R.J., & Tsai M. Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships. New York, NY: Plenum, 1991. 231 p.
- 21.** Lazarus A. Brief but Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way. New York, NY: Springer Publishing Company, 1997. 192 p.
- 22.** Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. New York, NY: McGraw-Hill, 1966. 257 p.
- 23.** Luty J. What works in drug addiction? *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003. V. 9(4). P. 280-287 DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.9.4.280>
- 24.** Magill M., et al. A meta-analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for alcohol or other drug use disorders: treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2019. V.87(12). P. 1093-1105. DOI:10.1037/ccp0000447
- 25.** Marlatt G. Cognitive factors in the relapse process. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* / Eds. Marlatt G., Gordon J. New York, NY: Guilford Press, 1985. P. 128-200.
- 26.** Parnell L. Rewiring the addicted brain: An EMDR-Based treatment model for overcoming addictive disorders. Green Tara Books, 2018. 326p.

- 27.** Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors / Eds. Marlatt, G.A., Donovan, D.M.; 2-nd ed. New York, London: The Guilford Press, 2005. 416 p.
- 28.** Shonin E., Gordon W.V., & Griffi M.D. Mindfulness and Buddhist-Derived approaches in mental health and addiction. New York, NY: Springer, 2016. 420 p.
- 29.** Steinberger H. SMART Recovery Handbook. 3 ed. Mentor, Ohio: Alcohol & Drug Abuse Self-Help Network, Inc., 2004. 94 c.
- 30.** Sudhir P. Cognitive behavioural interventions in addictive disorders Paulomi M. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018. V.60(4). P. 479-484. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_15_18

3.3. Індивідуальний супровід клієнтів в реабілітаційному центрі

Н. Єнчева

Анотація. Підрозділ присвячено питанням індивідуального психологічного супроводу uzалежнених клієнтів в реабілітаційному процесі. Розглянуто доказові методики роботи за загальні питання їх використання в психологічному консультуванні.

Доказові методики в роботі з uzалежненими клієнтами

У 2020 р. Всесвітня організація охорони здоров'я представила в своїй останній редакції видання «Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин»³⁶ групу психосоціального втручання для роботи з uzалежненням, які на сьогодні вважаються науково-доказовими. Таким доказовим втручанням ВООЗ визнає такі: психоедукація; когнітивно-поведінкова терапія; мотиваційне інтерв'ю; терапія за участю близького соціального оточення; терапія посилення мотивації; сімейна терапія; ситуаційний вплив; діалектична поведінкова терапія; когнітивна терапія на основі усвідомленості; терапія прийняття та прихильності; когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травми; групи взаємодопомоги (включаючи групи 12-ти кроків); підтримка в питаннях забезпечення житлом і працевлаштування тощо. Коротко опишемо два методи, які підходять виключно для індивідуального психологічного консультування в реабілітаційному процесі.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Можна вважати на сьогодні провідним методом роботи з uzалежненням. По суті, знання когнітивно-поведінкового підходу та володіння його базовими техніками є необхідним для роботи психолога в реабілітаційному центрі.

Стандарт ВООЗ описує цей метод так, когнітивно-поведінкова терапія спирається на розуміння того, що поведінкові моделі і когнітивні процеси вживання наркотиків є результатом набуття навичок, який можна скоригувати. У процесі лікування пацієнти знайомляться з новими навичками подолання труднощів і когнітивними стратегіями для заміни деструктивних моделей поведінки й мислення. Структура сеансів КПТ представлена набором конкретних цілей, які мають бути досягнуті на кожному сеансі з акцентом на невідкладних проблемах, з якими стикається

³⁶https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_2020_UKR_inoff.pdf

пацієнт. КПТ може застосовуватися як короткостроковий підхід, який можна адаптувати до широкого кола пацієнтів та умов і застосувати як до індивідуальних, так і до групових сеансів лікування. КПТ сумісна з низкою інших психосоціальних і фармакологічних методів лікування.

Напрямок КПТ зараз представлено широким набором моделей, від класичної терапії Бека, до сучасних моделей третьої хвилі, таких як діалектично-поведінкова терапія та терапія прийняття та відповідальності. У сучасній КПТ також широко використовуються методики майндфулнес. Окремо, також, необхідно зазначити когнітивно-поведінкову терапію фокусовану на травмі. В усіх цих моделях розроблено свої методики роботи з uzалежненням. Більш широкий опис КПТ підходу представлено в іншому підрозділі цього посібника. Однак всі ці методики достатньо суміжні між собою та базуються на загальних засадах. Загалом, стратегію роботи в КПТ підході можна описати приблизно так:

- Діагностика, використовуючи різні діагностичні методики (як мінімум опитувальники тяги до вживання, депресії, тривоги, якості життя).
- Психоедукація щодо uzалежнення.
- Стратегії подолання тяги до вживання.
- Навички регулювання стресу, включаючи релаксацію та майндфулнес.
- Когнітивна реструктуризація, яка складається з двох напрямів – реструктуризація дисфункційних переконань щодо uzалежнення та загальних дисфункційних переконань. У методах третьої хвилі КПТ до когнітивної реструктуризації додаються свої методики, наприклад навчання діалектичному мисленню, психологічній гнучкості, метакогнітивній позиції.
- Експозиція щодо деяких проявів крейвінгу, асоціативних зав'язків, тривоги та інших симптомів.
- Тренінг навиків вирішення проблем та постановки цілей.
- Тренінг управління негативними емоціями.
- Тренінг подолання ризикових ситуацій.
- Профілактика рецидиву та підтримання терапевтичних набутоків, що включає в себе формування збалансованого стилю життя.

У КПТ консультуванні uzалежнення необхідно пройти всі запропоновані етапи, що зазвичай займає від 12 сесій, однак тривалість може регулюватися виходячи з загальних умов терапії.

Мотиваційне інтерв'ю та мотиваційно-стимулююча терапія.

Другим методом, яким необхідно володіти психологу у роботі з узалежненням, є метод мотиваційного інтерв'ювання. Цей метод стандарт ВООЗ описує мотиваційне інтерв'ю як метод психосоціального втручання з метою підвищення мотивації до зміни поведінки, який передбачає співпрацю, спонукає до роздумів та визначає автономність пацієнта. Фахівець виконує консультативну, а не авторитарну функцію і прагне зрозуміти, що цінно для пацієнта. Цей процес викликає почуття емпатії (співпереживання) і формує терапевтичний альянс, який може стимулювати зміни поведінки. Пацієнт може зрозуміти, що поведінка, пов'язана з вживанням наркотиків, суперечить речам, які для нього важливі. Мотиваційне інтерв'ю також є перспективним підходом до зменшення таких форм ризикової поведінки, як незахищений секс та обмін голками. За легких форм вживання наркотиків достатньо провести один-два сеанси мотиваційного інтерв'ю. Мотиваційне інтерв'ю може бути розширене до шести і більше сеансів (цей підхід називається терапією посилення мотивації) для лікування тяжких розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Загалом, мотиваційне інтерв'ювання органічно поєднується з КПТ методиками.

Загальні питання організації психологічного консультування адиктів у центрі реабілітації

У психотерапевтичній роботі можна виокремити такі задачі: підтримка і структурування. У цьому простежується батьківський функціонал: завдання матері – насичення любов'ю, завдання батька – встановлення меж, структури.

Фахівець надає підтримку клієнту, насичує і поступово вчить його підтримувати себе самостійно. Інакше це буде «терапія завдовжки в життя». Клієнту постійно буде потрібна допомога психолога або іншої фігури, яка буде його «вигодовувати». Тому метою психологічного супроводу є не тільки символічне «вигодовування», але і «вироснування»: клієнт навчається самопідтримці, і поступово у нього відпадає потреба у супроводі.

Психологічна робота включає в себе три етапи:

1. Знайомство
2. Основний етап
3. Завершення

Знайомство включає в себе виявлення запиту, встановлення правил роботи, заключення контракту, інформування зі сторони фахівця, діагностичне інтерв'ю (збір інформації про клієнта). Кожен з цих пунктів має свою специфіку у роботі з адикцією.

Найчастіше клієнт приходить у стані внутрішнього хаосу. Вже сама собою наявність проблеми, з якою людина не може справитися породжує тривогу, яка посилюється від невідомості того, що буде відбуватися в процесі терапії, що за фахівець – психолог, яка він людина, який результат може принести робота з психологом. Тому важливо ввести структуру на початку роботи з uzалежненим клієнтом.

Структурування простору передбачає, що і терапевт, і клієнт розміщуються у просторі кабінету з комфортом для себе та з повагою один до одного. Зазвичай у кабінеті знаходиться крісло для терапевта та крісло (диван) для клієнта. Вони розташовані певним способом щодо один до одного, але терапевт може запропонувати клієнтові розташувати своє крісло, або розташуватися на дивані як йому зручно. Але така пропозиція не означає, що психолог повинен погоджуватись на усі прохання клієнта. Наприклад, клієнт може забажати зайняти крісло терапевта – важливо, щоб терапевт зберіг за собою свою територію. Є сенс обговорити з клієнтом що стоїть за його бажанням: конкуренція чи боротьба за владу? Бажання симбіотичної близькості? Те, як клієнт опановує територію може бути дуже діагностичним.

Доки не буде створений безпечний простір, і не виникне достатньої довіри, терапевтичні процеси розвертатися не будуть. Водночас простір має бути комфортним для обох – психологу теж важливо попідклубатися про себе.

Самопрезентація, саморозкриття психолога. «Я такий-то...Працюю такими-то методами...Чи є якісь запитання до мене щодо моєї роботи?...». Самопрезентація повинна стосуватися професійної сфери, а не особистої. Якщо клієнт задає особисті запитання, психолог не відповідає на них, але ставиться до них з повагою. Можна обговорити з клієнтом, чому саме той задає такі питання і як це стосується роботи. Наприклад, якщо клієнт запитує чи є у самого терапевта які-небудь uzалежнення і які ПАВ він вживав. Тоді психолог пояснює клієнту, що ефективність його роботи ніяк не пов'язана з особистим досвідом, як кардіологу не потрібно мати проблем із серцем, щоб бути хорошим лікарем.

Самопрезентація психолога знижує рівень тривоги клієнта, адже невідомість несвідомо лякає. А пропозиція поставити запитання, що цікавлять відносно майбутньої психологічної роботи вносить елемент співробітництва, взаємної поваги, створює позицію «на рівних».

Запит. Важливо, щоб запит був ініційований самим uzалежненим. Ми можемо працювати тільки тоді, коли клієнт мотивований на роботу, інакше

робота буде неефективною. Тому на етапі знайомства ми виявляємо від кого йде запит і чи є мотивація до роботи.

Важливо пам'ятати, що узалежнення є центральною проблемою в житті адикта, але нерідко заперечується або применшується і тоді він може прийти зі зовсім іншим запитом.

За таких обставин важливо пояснити клієнту, що як центральну проблему ми бачимо саме його узалежнення і готові працювати за запитом, пов'язаним з ним.

Клієнт, зазвичай, приходить і розпочинає зі скарг: що його не влаштовує в житті і чому він прийшов до психолога. Психолог емпатично вислуховує скарги, а далі пропонує перейти до так званого первинного запиту – до постановки цілі роботи: куди у співпраці з психологом хотів би прийти клієнт? Чого саме клієнт хоче від фахівця?

Перехід від скарг до запиту допомагають порушити такі запитання, як: «Я вас почув(ла). Чим я міг(могла) би вам допомогти?», «Я почув(ла) яка у вас ситуація. Чого б вам хотілось від мене?», «Це, мабуть, дуже важко. А які ваші очікування від нашої зустрічі?».

Критерії психологічного запиту:

1. Він повинен залишатися в рамках компетенції психолога. Наприклад, зняттям абстиненції займається інший фахівець – лікар-нарколог.

2. Повинен стосуватися виключно самого клієнта. У ході терапії клієнт може змінювати лише себе і своє життя. Тому запит (мета терапії) може стосуватися лише його самого.

3. Реалістичність. Бути вільним від ілюзій і завищених очікувань.

4. Стислість. Запит має містити в собі одну мету. Це допомагає сформулювати саму суть без зайвих деталей, розставити пріоритети. У випадку адикції головна мета – досягнення ремісії, робота з адикцією.

5. Конкретність. Чим конкретніша задача, тим зрозуміліше, що за нею стоїть, і тим зрозуміліший шлях до неї.

6. Позитивне формулювання – без заперечення і частки «не». Позитивне формулювання запиту дозволяє не відмовитися, а придбати. Так несвідоме охоче набуває нове, аніж відмовляється від старого. У контексті узалежнення ми говоримо про те, що адикт не хоче відмовлятися від об'єкта узалежнення, тому що отримує вигоди від вживання; завдання фахівця – запропонувати альтернативний, більш здоровий шлях задоволення потреби.

Правила і межі. Адикція розвивається в дисфункціональній сімейній системі з порушеною цілісністю, а отже – у ній апіорі є проблема з межами. Вони можуть бути ізольованими, інтрузивними (порушення меж інших), дифузними, коли суб'єкт сам легко дозволяє порушувати свої межі, інколи навіть не окреслюючи їх. Тому психолог повинен чітко тримати межі: визначати правила роботи, показувати, коли клієнт їх порушує, зі своєї сторони чітко визначати власні межі тощо. Структурування і встановлення меж у процесі психологічного супроводу проявляються як чіткі домовленості про взаємодію, виявлення запиту – постановка цілі, інформування клієнта про правила терапевтичної роботи, передбачувані вправи та інше. Встановлення меж і структури є особливо важливим для uzалежнених клієнтів, це спонукає їх дорослішати та брати на себе відповідальність. Психологічний супровід дає зразок здорових меж: дотримання домовленостей, пряма комунікація. Межі і структуру важливо встановити з самого початку, і в цьому допомагає терапевтичний контракт.

Терапевтичний контракт – домовленість між клієнтом та терапевтом щодо роботи, її цілі, задачі і правила. Це не є юридичним договором, а частиною терапевтичної роботи, важливим інструментом терапії, коли декларуються правила, виявляються мотивація і готовність клієнта до співробітництва, його характерологічні особливості тощо.

Зазвичай на першій зустрічі ми просимо клієнта скласти до наступної зустрічі у довільній формі певний контракт між ним і нами. Ми підказуємо клієнтові, що може включати в себе контракт: мета роботи, правила домовленості, права і обов'язки сторін, зокрема положення про пропущені сесії. Під час другої зустрічі обговорюємо текст, принесений клієнтом, з чимось погоджуємось, з чимось – ні (обов'язково пояснюючи чому), щось додаємо. Звичайно терапевтичний контракт повинен містити і запит як мету роботи.

Робота з контрактом – структурування, виявлення запиту. Це важлива частина терапії.

Діагностично контракт виявляє проблематику клієнта, його свідомі та несвідомі очікування, рівень відповідальності, внутрішню структурованість, звичні форми взаємодії, характерологічні особливості тощо.

Із uzалежненими і співузалежненими клієнтами варто складати саме письмовий контракт – для чіткості меж і структурування процесу.

Зверніть увагу, наскільки чітким і розгорнутим є складений контракт. Які положення в нього включені, а які – упущені. Чи розуміє клієнт, що у нього є відповідальність за процес, чи хоче зайняти пасивну позицію. Які теми марковані.

Контракт, якщо він в одному екземплярі, залишається у терапевта. Клієнт може продублювати його для себе.

Інформування клієнта про майбутню психологічну роботу. Якщо клієнт у психолога вперше, ми роз'яснюємо ази психологічної роботи – цілі, можливості, обмеження. Зазвичай у клієнта є багато ілюзій, очікування дива, тенденція до перекладання всієї відповідальності за терапевтичний процес на психолога.

Частина інформування – розподіл відповідальності, роз'яснення ролі психолога: «Я – інструмент підтримки Вашого психологічного життя», «Одна із ролей психолога – роль дзеркала», «Я супроводжую вас у ваших процесах»...повернення клієнту його частки відповідальності прояснює мотивацію і готовність до змін, розвиває дорослість.

Домовленість про частоту і тривалість зустрічей. Стандартна тривалість зустрічі – одна година; але деякі фахівці проводять і півторагодинні консультації, що також припускається. Головне щодо тривалості домовитися одразу і далі притримуватися домовленості.

Стандартна частота зустрічей – раз на тиждень. Проте, на перший час роботи із узалежненими клієнтами можлива частота – два-три рази на тиждень.

Необхідно обговорити з клієнтом, що реальна тривалість роботи у випадку адикції – не менше року, а бажано – 2-3 роки, і тут короткотривала терапія (до десяти зустрічей) неефективна. Якщо клієнт хоче досягнути результату, наприклад, за місяць – психолог попереджає його щодо нереалістичності таких очікувань. Якщо клієнт не готовий до довготривалої роботи, це означає, що він не вмотивований. І якщо в результаті він від неї відмовиться, терапевтично вже те, що фахівець проінформував його про специфіку захворювання і лікування, а також чітко визначив межі і відповідальність. Інколи це все, що можна і потрібно зробити для такого клієнта. Психолог розповідає як саме проходять терапевтичні сесії.

Необхідно розвінчати міфи, які зазвичай пов'язані з узалежненням (наприклад, що можливе звільнення назавжди). Психолог спростовує міфи та ілюзії та повідомляє достовірну інформацію. Водночас частина цієї інформації адресована сім'ї, близьким узалежного (не піддаватись маніпуляціям, не потурати узалежненню, працювати з власною співузалежністю тощо). Адикт відчуває задоволення від вживання, для нього це втеча від труднощів, насолода. І лише зіткнувшись із серйозними наслідками, він захоче щось змінити.

Якщо клієнт не вмотивований щодо психологічної роботи, вона практично є марною – це порожня трата часу та зусиль.

Обов'язково обговорюється так зване положення про співпрацю та його необхідність: відкритість і чесність клієнта. Клієнт повинен повідомляти достовірну і повну інформацію про себе, ділитися тим, що вважає важливим. В іншому випадку ефективність роботи психолога знизиться – у нього буде недостатня або викривлена інформація. Психолог також попереджає, що деякі його запитання можуть бути достатньо особистими, але якщо таке запитання поставлене – ця інформація є важливою для терапевтичної роботи. Обов'язково проговорюється, що у клієнта є право на відмову поділитися інформацією – але бажано пояснити її причину. І повертається відповідальність за приховання інформації і за брехню. Важливо, щоб клієнт зрозумів, що приховуючи щось чи обманюючи, він шкодить сам собі.

Фахівець розказує і попереджає про опір і внутрішню цензуру, про їх прояви: обговорюються можливі запізнення клієнта, його сумніви і знецінення роботи, можливе незадоволення.

Інформуємо про явище переносу щодо психолога, про те, що на фігуру останнього можуть спрямовуватися різні емоції і фантазії. Попереджаємо: «Тому важливо, щоб ви ділилися своїми переживаннями щодо мене і нашої взаємодії, це корисно для нашої взаємодії». Попереджаємо про етап негативного переносу, який буває завжди – як закономірна частина терапії. Схема переносу щодо психолога завжди складається з таких етапів: ідеалізація (позитивний перенос) – знецінювання (негативний перенос) – співробітництво. Якщо не пройдений етап негативного переносу, співробітництво неможливе.

Інформування про динамічність психологічної роботи: це дослідницький процес, він динамічний і не завжди передбачуваний, можуть відбуватися неочікувані відкриття, за однією проблемою – ховатися інша. Тому не виключені «сюрпризи», неочікувані повороти... Потрібно відслідковувати це і досліджувати.

Терапевт попереджає, що інколи може давати деякі «домашні завдання» – рекомендації, які клієнт буде виконувати між зустрічами. Це допоможе клієнту брати на себе відповідальність, вчитиме самостійності та підвищить ефективність роботи.

Діагностичне інтерв'ю. Прояснити питання мотивації фахівцю допомагає діагностичне інтерв'ю на початку роботи: хто був ініціатором звернення? Хто є платником? Чи погоджується клієнт з тим, що в нього є проблема? Які в нього втрати, тобто негативні наслідки uzалежнення?

Іще одна підказка – реакція клієнта на інформування. Наприклад, як він сприйняв повідомлення про те, що алкоголізм – захворювання хронічне і що доведеться назавжди відмовитися від алкоголю.

Отже, діагностичне інтерв'ю – це збір інформації про клієнта. Важливо пам'ятати, що узалежені люди часто викривляють справжню картину захворювання, явно або несвідомо: применшують дози і тривалість вживання, приховують наслідки. Слід повернути відповідальність за приховування інформації і за брехню. У іншому випадку робота не буде ефективною. Спонукає до співпраці і відвертості може нагадування про анонімність і конфіденційність.

На основному етапі психологічного консультування здійснюється основний психологічний вплив. Рекомендовано використовувати на цьому етапі перераховані вище рекомендовані методики ВООЗ. Важливо також пам'ятати, що в роботі з узалежненими клієнтами особливо гостро стоїть питання опору. Фахівець повинен помічати його ознаки, легалізувати, досліджувати разом з клієнтом причини його опору – тоді з'являється більше шансів здолати опір та рухатись далі.

Завершення є особливо важливим етапом у роботі з узалежненим клієнтом, адже на цьому етапі проявляється його сепараційна модель – як він уміє завершувати ті чи інші процеси.

Узалежені клієнти мають проблеми із сепараційною моделлю, їм не вистачає досвіду здорової сепарації. Вони або «чіпляються», тому, що бояться щось завершити, або виходять із контакту, різко обірвавши його. Завдання фахівця – показати зразок здорової сепарації.

Важливо проговорити з клієнтом, що відносини завершуються і домовитися в якій формі це відбуватиметься. Рекомендоване поступове завершення: скорочення регулярності зустрічей. Із щотижневих зустрічей можна перейти на зустрічі раз на два тижні; така планованість є профілактикою зриву.

Як і з іншими клієнтами, у завершенні відносин важливо, щоб клієнт проговорив те, що йому необхідно проговорити фахівцю, будь то позитив чи негатив. Позитивний досвід завершення, в здоровій формі, – важлива частина терапії.

3.4. Профілактика рецидиву вживання психоактивних речовин

Старков Д.Ю.

Анотація

Представлено огляд основних концепцій профілактики рецидиву вживання психоактивних речовин: профілактика тяги, профілактика постабстинентного синдрому, профілактика процесу зриву, управління ситуаціями високого ризику, профілактика стресу, рекомендації організації життя в ремісії. Особливий акцент зроблено на авторському варіанті тренінгу профілактики тяги, де розглянуто асоціативні, когнітивні, афективні, мотиваційні, тілесні та поведінкові компоненти тяги. Для кожного компоненту запропоновано окрему методику роботи та відповідні психокорекційні техніки.

Вступ

Тренінг профілактики рецидиву психоактивних речовин методологічно повинен виступати основною терапевтичною активністю в роботі центру реабілітації для хімічних адиктів. Однак, пряме та непряме знайомство з роботою багатьох реабілітаційних центрів України показує, що, як це не дивно, робота з профілактикою рецидиву вживання психоактивних речовин (ПАР) у цих закладах організована, на жаль, дуже слабо. Навіть у центрах, які насправді намагаються організувати у себе справжню терапевтичну роботу з клієнтами, у більшості випадків профілактика рецидиву зводиться до надання рекомендацій щодо організації життя (наприклад, так звана «21 рекомендація»), інформування щодо профілактики постабстинентного синдрому (ПАС), та до аналізу процесу зриву за моделлю, запропонованою Т. Горським (або, ще гірше, до «постановки плюсів» у списку 52-х симптомів зриву). В українських центрах майже зовсім не застосовується тренінг профілактики тяги (який по суті має бути одним з ключових напрямів в профілактиці рецидиву з більшістю хімічних адиктів), не використовуються моделі профілактики ризикових ситуацій (так званий тренінг управління ситуаціями високого ризику), альтернативні до моделі Т. Горського підходи профілактики процесу зриву, тренінг профілактики стресу тощо. Однією з головних причин такого стану справ є відсутність достатньої кількості україномовних методологічних матеріалів для організації такої роботи, через що працівники реабілітаційних центрів з цими методиками просто незнайомі. Тут спробуємо охопити всі ці підходи до профілактики рецидиву, зокрема викладено огляд як «класичних» концепцій, так і власні авторські розробки з цього напрямку.

Історія розвитку методів профілактики рецидиву

Терапевтичну роботу з феноменом uzалежнення можна умовно поділити на два великих напрями: одужання (англ. *recovery*) та профілактики рецидиву або утримання (англ. *desistance*). Термін *recovery* не зовсім правильно перекладати як «одужання», англійською мовою він має більше конотацій здоров'я, ніж хвороби – наприклад, іншими його можливими перекладами є «повернення», «відновлення», «зростання», «полагодження», «зцілення» тощо. Тобто, термін *recovery* англійською більшою мірою має зміст руху до здоров'я, ніж одужання від хвороби. У процес *recovery* по суті входить програма розвитку різних сторін особистості, що вже тільки опосередковано впливає на підтримання тверезості. Можливо, більш правильним україномовним аналогом англійському терміну *recovery* був би термін ресоціалізація в психологічному його розумінні – тобто де йде мова про розвиток різних психологічних сфер індивіда (когнітивної, комунікативної, емоційної, духовної й ін.), які допомагають йому жити повноцінним соціальним та емоційним тверезим життям. Ще раз наголошуємо, що по суті *recovery* має тільки опосередкований вплив на підтримання ремісії. З академічного наукового погляду *recovery* описується в рамках парадигми позитивної психології (*Krentzman, 2013*). Діалектично протилежною до «одужання» є парадигма «утримання», де ставиться ціль підтримки ремісії. Безпосередньо на підтримання ремісії спрямована програма профілактики рецидиву, де по суті відбувається навчання особи, як протидіяти повертанню до вживання. Деякі вчені намагаються розвести ці два напрями в окремі конкуруючі підходи до роботи з адиктами, вводячи так звані парадигми одужання та утримання – *The recovery paradigm* та *The desistance paradigm* (*Graham, 2016*). Однак, можна також дивитися на ці дві парадигми не як на протилежні та конкуруючі, а як на діалектичні частини одного цілого – тобто робота з хімічним адиктом повинна одночасно включати ці два напрями (розвиток / ресоціалізація особистості та навички утримання від зриву) з тими чи іншими акцентами для різних типів клієнтів, а клієнти, яким необхідний лише підхід одужання чи лише підхід утримання, є, скоріше, виключенням з правил.

Історично першим виник і достатньо довгий час був провідним саме напрям *recovery*, що пов'язано з рухом Анонімних Алкоголіків (АА). Наприклад, у першій та основній книзі цієї спільноти, що носить однойменну назву «Анонімні Алкоголіки» (перше видання 1936 р.), не пропонується майже ніяких способів профілактики рецидиву та повністю робиться акцент на процесі одужання в його духовному варіанті. Як основний метод ситуативної профілактики зриву пропонується відвідування зібрання АА або

спілкування з іншим членом АА (*Анонімні, 2020*). Ситуація з безпосередніми техніками утримання від вживання виправляється з виходом іншої книги спільноти АА «Жити тверезим» аж у 1975 р. Ця праця зосереджена на питанні саме «як не зірватися» та по суті є збірником рекомендацій утримання тверезості (*Жити, 2013*). Одночасно рекомендації з профілактики рецидиву розвивалися в системі напівпрофесійних центрів реабілітації за зразком «Мінесота» (адаптація програми «12 кроків» до реабілітаційного процесу), відомим у нас в Україні є перелік з 21 рекомендації, розробленої в цій системі. Для аббревіатури, що позначає напрям, який об'єднує саму програму «12 кроків» та групи АА/АН, інші напівпрофесійні та професійні методики, які базуються на програмі «12 кроків», будемо позначати калькою з англійської twelve steps facilitated (TSF) напрям.

Повністю професійні психотерапевтичні підходи до профілактики рецидиву почали розроблятися аж з середини 80-х років в напрямі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

У 1985 році виходять ключові роботи Marlatt, які на сьогодні вважаються класичними і запропоновані Marlatt принципи є досі ядром КПТ підходу до терапії адикцій, провідним компонентом якого є саме профілактика рецидиву (*Marlatt, 1985a; Marlatt, 1985b*). У 1986 році Trimprey засновує спільноту «Рационального одужання», ядром якої є методологія раціонально-емотивної поведінкової терапії А. Еліса. Крім того, у цей період виходять роботи самого А. Еліса зі застосування його методу для хімічноу залежних клієнтів.

Паралельно з розвитком когнітивно-поведінкового напрямку в цей час розвивається більш професійний підхід в TSF парадигмі. Т. Горські розвиває підхід розглядання зриву як поступового процесу, в якому виділяє та описує певні стадії. Також Т. Горські популяризує поняття постабстинентного синдрому і вказує на важливість профілактики ПАС у профілактиці рецидиву (*Горські, 2008; Горські, 2012*).

У 90-х роках розвивається транстеоретична модель (або модель позитивних змін) Prochaska, DiClement, Norcross (*Prochaska, 2014*). Поєднуючись з моделлю Marlatt встановлюється «класична» програма профілактики рецидиву, яка включає в себе розгляд мотивації (через транстеоретичну модель), розвиток самоєфективності, роботу з дисфункціональним адиктивним мисленням, роботу з подоланням ситуацій високого ризику для зриву (включаючи управління емоціями), розвиток копінгів подолання стресу, техніки профілактики тяги, функціональний аналіз. Зрив розглядається (аналогічно Т. Горські) більшою мірою не як

наслідок конкретної ситуації, а як наслідок загальнішого процесу зриву. Розрізняються тимчасовий ситуативний зрив (lapse), як повернення до вживання алкоголю або наркотиків на короткий час з відновленням програми терапії, та рецидив (relapse), як повне повернення до зловживання ПАР з повним перериванням терапії. У 1994 році створюється програма SMART Recovery (SMART – Self-Management And Recovery Training, тренінг із самоврядування та відновлення) яка цілісно поєднує в собі всі розробки КПТ адикцій та позиціонує себе як раціональну альтернативу програмі «12 кроків» (Steinberger, 2004). Підхід SMART «поглинає» програму «раціонального одужання» і, часто, розглядається як її спадкоємець. Водночас відбуваються спроби не розвести, а поєднати TSF та КПТ підходи, підсилюючи програму одужання за «12 кроками» КПТ методиками профілактики рецидиву.

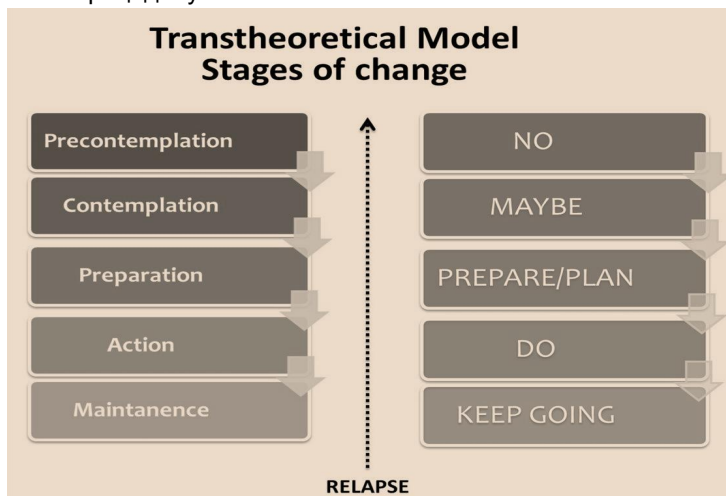


Рис. 3.4.1. Транстеоретична модель змін Прохазки та співавт., що описує розвиток мотивації та зворотний процес розвитку зриву³⁷

З кінця 90-х та початку 2000-х починаються розвиватися підходи роботи з адикціями в рамках так званої третьої хвилі КПТ (особливо діалектично-поведінкової терапії М.°Лінехан та терапії прийняття та відповідальності С. Хайєса). У цих підходах особливу увагу приділяють свідомій метакогнітивній позиції та технікам mindfulness.

³⁷ за https://en.wikipedia.org/wiki/Transtheoretical_model)

Одночасно з середині 90-х розвивається третій підхід, протилежний drug free парадигмам одужання та утримання – навчання контролюваному вживанню та зниження ризиків від вживання (так звана парадигма ризиків – англ. The risk paradigm). Цей підхід також спирається на КПТ технології і часто використовується у консультуванні за програмою замісної терапії, у роботі з делінквентною поведінкою, пов'язаною зі зловживання, та в ситуаціях, коли немає проблеми фізичного uzалежнення та відповідно біологічно обумовленої втрати дозового контролю (що часто доречно у роботі з підлітками). Парадигма ризиків тут розглядатися не буде, оскільки ми орієнтуємося на клієнтів реабілітаційних центрів зі вже сформованим фізичним uzалежненням.

Також слід зазначити альтернативний до КПТ гуманістично-екзистенційний погляд на розгляд рецидиву через призму адиктивного розщеплення особистості та переключеннями між станами «Нормативного Я» та «Адиктивного Я». Цей підхід почав також розвиватися з кінця 90-х років з роботи Nakken (*Nakken, 1996*), але поки що не набув настільки ж цілісної картини як КПТ підхід до профілактики рецидиву.

З середини 2000-х років дотепер бурхливо розвивається нейробіологічне розуміння адикцій, яке на сьогодні далеко виходить за межі розгляду дисфункції системи задоволення, як це було в 90-х. Через нейробіологічний погляд розширюється розуміння участі в адиктивних розладах відповідних когнітивних процесів, природи негативного стану під час ремісії, нейробіологічної засади тяги до вживання. Через призму нейробіології уточнюються старі та розробляються нові рекомендації та технології щодо профілактики рецидиву.

Підсумовуючи, на сьогодні можна виділи такі напрями в профілактиці рецидиву (*Larimer, 1999; Marlatt, 2005; Sudhir, 2018*):

- рекомендації щодо організації життя в ремісії;
- профілактика ПАС;
- профілактика процесу зриву;
- профілактика стресу, включаючи розвиток копінгів подолання стресу;
- тренінг подолання ситуацій високого ризику для зриву (включаючи тренінг роботи з емоціями);
- робота з «uzалежненим мисленням»;
- профілактика тяги до вживання.

У підрозділі описуються «традиційні» схеми роботи з кожним з цих напрямів, наприкінці запропоновано авторські методики роботи з профілактики процесу зриву (через погляд як на розвиток стресового синдрому) та з профілактикою тяги до вживання.

Загальні рекомендації щодо попередження рецидиву

Як вже зазначалося вище, основні рекомендації щодо профілактики рецидиву було надано ще в книзі «Жити тверезим» спільноти АА. Ці рекомендації можна розділити на дві групи: рекомендації щодо поведінки саме в ситуації ризику зриву та рекомендації щодо підтримуючого тверезисть життя.

Зробимо спробу виділення та систематизації рекомендацій за цією книгою саме з безпосереднього протистояння ситуації ризику зриву:

- нагадувати собі про наслідки вживання першої дози та неможливість відновлення контролю (безсилля перед алкоголем), водночас можна посилювати негативну мотивацію нагадуванням собі стану після останньої п'ятки та інші наслідки минулого вживання;
- говорити собі, що необхідно протриматися тверезим «тільки сьогодні» (або, якщо сильний потяг – протриматися тверезим хоча б годину – найчастіше за цей час потяг відпускає);
- використовувати молитви та медитації для заспокоєння;
- «телефона терапія» (подзвонити комусь за підтримкою, найкраще товаришу з АА);
- відпочити;
- щось з'їсти (авторами рекомендується солодке, але сучасні дослідження показують, що це хибна рекомендація – солодке може погіршити стан потягу).

Наведемо також деякі рекомендації щодо організації життя в контексті профілактики рецидиву за книгою «Жити тверезим»: читати літературу АА; відвідувати зібрання АА; «жити самому, та давати жити іншим»; остерігатися гніву, образ, жалю до себе, інших емоційних ускладнень та емоційного піднесення; триматися подалі від прямих контактів з алкоголем (тримати вдома, відвідувати місця вживання, купляти комусь тощо); позбутися самотності; стати активним; практикувати молитву про душевний спокій («Боже, даруй мені душевний спокій, прийняти те, що я не можу змінити, мужність змінити те, що можу, і мудрість відрізнити одне від іншого»); змінити старі звички; багато відпочивати; бути доброзичливим до себе; пройти програму «12 кроків» та працювати з наставником з АА.

Відомою в спільноті АА є також рекомендація HALT (аббревіатура від англійських слів hungry, angry, lonely, tired) – остерігатися станів голоду, злості, самотності, втоми.

Відомим також є перелік з 21 рекомендації, розробленої в системі TSF реабілітації: 1) повна хімічна чистота (відмова від вживання будь-яких психоактивних речовин); 2) «чисті руки» (виключення прямого контакту з

наркотиком – не брати до рук, не носити, не передавати наркотики і под.); 3) «спалити мости» (порвати контакти зі «старим колом», не спілкуватися з людьми, що знаходяться в активному вживанні); 4) обмежити спілкування з людьми з невеликим терміном тверезості поза терапевтичними групами; 5) уникати розмов про наркотики/алкоголь; 6) регулярне відвідування груп АА/АН; 7) молитва; 8) медитація; 9) читання «програмної літератури»; 10) «тільки сьогодні»; 11) робота за програмою «12 кроків»; 12) робота з наставником з АА/АН; 13) дотримуватися основних духовних принципів одужання: чесність, неупередженість і готовність діяти; 14) ведення щоденника самоаналізу; 15) використовувати гасла АА/АН; 16) відмова від «старої» поведінки; 17) не носити з собою великих сум грошей, без гострої потреби; 18) «HALT»; 19. не робити кардинальних змін у житті перший рік тверезості; 20) «Насамперед – головне!» (завжди ставити на перше місце одужання та тверезість); 21) перший рік не заводити романтичних відносин.

Окремо необхідно виділити запобігання тригерним ситуаціям. «Класичним» підходом до роботи з тригерами є таким. Спочатку разом з клієнтом складається список тригерних ситуацій (прямі тригери, люди, місця, поведінка, психічні та фізичні стани, стрес, звички тощо), що є небезпечними для тверезості; відповідний список засобів запобігання потраплянню (або мінімізації вірогідності потрапляння) в тригерні ситуації та відповідних способів поведінки, якщо потрапив у таку ситуацію. Реакція на тригер у цьому випадку розглядається через призму сформованого умовного рефлексу.

Таблиця 3.4.1.

Робота з тригерними ситуаціями

Обмеження	Як можна запобігти або мінімізувати?	Що можна зробити, якщо обмеження порушене?
Прямі тригери		
Психічні та фізичні стани		
Люди		
Місця		
Стреси		
Поведінка		
Звички		
Інше		

Нами було запропоновано погляд щодо реакції на тригер через системну парадигму. У такому випадку зв'язок виникнення крейвінгу з тригерами вже буде описуватися не просто за класичною біхевіористською

формулою $S \rightarrow R$ (де S – асоційований зі зловживанням тригер, R – реакція крейвінгу на нього), а більш складною формулою $\Delta G \rightarrow R$ (де ΔG – відхилення системи від гомеостатичної рівноваги, R – реакція системи з відновлення гомеостазу, що реалізується через потяг; тобто зловживання ПАР розглядається як гомеостатична системна функція). Отже, необхідно запобігати не просто тригерним ситуаціям, асоційованим зі зловживанням, а всім обставинам, що відхиляють психічну систему від точки рівноваги настільки, що її гомеостатичних ресурсів недостатньо для повернення без задіяння зловживання. І хоча практично з клієнтом буде складатися та ж таблиця запобігання небезпечним ситуаціям (табл. 3.4.1), проте вона буде наповнена трохи іншим змістом і пояснювальними концептами.

Із системного підходу також впливає інший напрям «запобігання тригерам» – необхідний комплекс заходів зі стабілізації психічної системи. Як вже зазначалося вище, за такої умови необхідно визначити, які системні функції виконувало зловживання, та перерозподілити їх за іншими типами поведінки. Крім того, необхідно створити таку зовнішню соціальну екологічну нішу, яка б ззовні також підтримувала виконання цих функцій. Наприклад, використовувалася така вправа. Клієнта просять перерахувати, які функції виконує його адиктивна поведінка. Потім пропонують для кожної з функцій знайти інші види поведінки, використовуючи принцип «одна функція – одна поведінка» (а не принцип адиктивної поведінки «одна поведінка – декілька функцій»).

Нові дослідження з нейробиології uzалежнення показують зв'язок адикцій з нейрозапальними процесами та процесами стресу, що дає базу для нової низки рекомендацій. По-перше, це виключення з раціону харчування речовин, що підтримують ці процеси, особливо солодкого. Другою рекомендацією є введення активного способу життя та зайняття фізкультурою. Також необхідно використовувати всі ті рекомендації, які даються щодо профілактики дистресу.

У власній практиці роботи з узалежненими використовували адаптовану з методу Мюрей систему рекомендацій з акронімом HABITS: Hungry (голодний), Angry (злий), Bored (нудний), Isolated (самотній), Tired (втомлений), Stressed (навантаження). Ці слова умовно описують основні 6 ділянок, де потрібна увага та зміна своїх звичок у житті:

– Hungry (голодний) – правило здорового харчування. Необхідно виключити: вживання будь-яких психоактивних речовини, включаючи каву, алкоголь та ін., небезпечним є регулярний прийом бензодеазепінів (гідозепаму та ін.), багато солодкого, також шкідливою є жирна та перчена їжа. Необхідно регулярно вживати легку їжу багату білками та вітамінами,

особливо групи Б. Також необхідно пити багато простої води. Регулярне здорове харчування є важливим фактором профілактики зриву.

– Angry (злий) – правило здорового емоційного способу життя. У цьому правилі рекомендується перебудувати життя так, щоб не лише уникати негативних, а й отримувати «позитивні» емоції – задоволеність, радість, умиротворення, гармонію тощо. Під час ремісії психіка «не хоче» займатися справами, які можуть приносити задоволення, тому це необхідно організовувати свідомо – гарне кіно, прогулянки, читання та інше. Також необхідно запобігати контакту з ситуаціями, які завдають негативний емоційний фон.

– Bored (нудний) – правило активного та цікавого способу життя. Якщо звичайна людина може собі дозволити жити пасивно і нудно, то для uzалежнених в одужанні це вкрай небезпечно. Потрібно думати над своїми хобі, інтересами, діяльністю, яка приносить вам усвідомлення та задоволення тощо. Якщо є така можливість, то рекомендується шукати таку роботу, яка викликає зацікавленість.

– Isolated (Ізольований) – правило приєднання до груп та спілкування. Одним з головних ворогів людини в хронічному стресі є самотність та ізоляція. З іншого боку, здорове спілкування та близький контакт з приємними людьми є одним з головних факторів профілактики стресу. Необхідно включати до свого графіку життя зустрічі з друзями, спілкування за інтересами, відвідування громадських заходів тощо. І головне, групи взаємодопомоги – АА, АН та інші.

– Tired (втомлений) – правило правильного режиму роботи/відпочинку. Два із найпоширеніших факторів розвитку зриву – це перенавантаження на роботі та бездіяльність. Роботі потрібно приділяти рівно стільки часу та зусиль, скільки ви можете собі безпечно дозволити. Нормальна погодинна ритмічність роботи – відпочинку: 45-50 хв. роботи/15-10 хв. відпочинок. Після роботи слід виділити спеціальні 45-60 хв. для активного відпочинку – зміни активності (для розумового працівника це можуть бути активні фізичні навантаження, спортзал тощо.; для фізичного працівника це може бути релаксуючі заняття – прогулянка, ванна або сауна, масаж, йога тощо). Але треба пам'ятати – відпочинок це спеціальна діяльність зі зняття напруги після роботи. Лежання на дивані, телевізор, комп'ютер – відпочинком не є. Найважливішим фактором також є здоровий сон. Часто в ремісії переслідують нічні жахіття (особливо зі вживання), для запобігання їм можна використовувати техніки профілактики жакливих сновидінь, що зводяться до запису сну, а потім переписування його сценарію з такою візуалізацією.

– Stressed (навантаження) – правило гармонійного способу життя за рівнем навантажень. Слово stress англійською мовою має нейтральний характер, та означає просто «навантаження». Оптимальні навантаження важливі для профілактики стресу. З одного боку вони повинні бути, зокрема необхідно займатися фізкультурою – 30 хв. кардіонавантажень (це можуть бути просто прогулянки бадьорою ходою), добре є також анаеробні навантаження (3 рази по 1 годині на тиждень). З іншого боку, необхідно запобігати зайвих навантажень.

Профілактика ПАС

Необхідність роботи з постабстинентним синдромом популяризував Т. Горські (*Горські, 2012*). Багато фахівців не визнають діагноз ПАС справжнім, а набір симптомів, які приписують ПАС, вважають збіркою проявів інших розладів, які супутні хімічному uzалежненню. Чи є ПАС окремим синдромом, чи він є «віртуальним» синдромом, який складається з перетину симптомів інших синдромів, для практичної психологічної роботи може бути не настільки важливим, бо тут ми будемо працювати з ПАС як з феноменом, який необхідно знайти ресурси «пережити» (а не працювати з його причинами).

ПАС проявляється у відчуттях фізичної пригніченості, нестачі енергії для життя, або, навпаки, у відчутті фізичної збудженості, запаленої свідомості (у разі критичного загострення ПАС може проявлятися у вигляді ознак сп'яніння або абстинентного синдрому). ПАС ще називають сухим зривом, сухим запоєм, сухим похміллям, сухим вживанням. Найчастіше перші 3 місяці тверезості йде гострий період ПАС, до року тверезості – підгострий.

Загострення ПАС може наставати після сильного стресу, перезбудження, фізичних хвороб, нездужань тощо. Під час загострення ПАС: посилюється тяга, забуваються рекомендації, зростають лень та опір. Тому загострення ПАС є небезпечною ситуацією для зриву (повернення до вживання).

Інші ознаки загострення ПАС:

- когнітивні розлади (порушення ясності мислення, концентрації уваги; важко змінити думку; зацикленість мислення, проблеми з короткочасною та довготривалою пам'яттю тощо);
- емоційне розбалансування (надмірне реагування, емоційна тупість, зависання в одній емоції, труднощі в розпізнаванні та керуванні емоціями);

- порушення сну (безсоння, жахливі та тривожні сни, сни з вживанням алкоголю, сонливість);
- проблеми з фізичною координацією (млявість, запаморочення, порушення рівноваги, проблеми з орієнтацією в просторі, уповільнення рухів);
- проблеми керування стресом (накопичення стресу та напруги, нездатність відпочити, хворобливе збудження).

На жаль, поки що немає способів позбутися ПАС, крім як пережити його. Саме загострення ПАС є небезпечною ситуацією для зриву. Тому під час ПАС потрібно бути особливо обережним. По суті основні способи роботи з ПАС – перечекати його в спокійній підтримуючій атмосфері, повернувши себе в розслаблений стан.

Можливі заходи профілактики ПАС:

- Стабілізація. Вихід з усіх стресових ситуацій і перебування в стабілізуючому спокійному середовищі та/або обстановці;
- Спілкування. Спілкування з людьми, які видужують, професіоналами, іншими людьми, які розуміють;
- вербалізація (вимовляння). Необхідно вербалізувати (проговорити) свій стан, поділитися ним з іншими, вимовити свої почуття;
- Порада в діях. У стані ПАС не рекомендується чинити жодних важливих дій без ради зі знаючими людьми;
- Життя «тут і зараз». Відмова на час ПАС від побудови планів на майбутнє й аналізу минулого. Емоційне повернення в сьогоднішній момент;
- Релаксація. Необхідно якомога більше відпочинку, занять, що не напружують, релаксації;
- Фізичні вправи та правильне харчування. Збалансоване харчування та система фізичних вправ допомагають полегшити симптоми ПАС.

Робота з клієнтом з профілактики ПАС зводиться по суті до інформування щодо його симптомів та засобів поведінки з ним. Сам ПАС для клієнтів, які розуміють цей стан, не є настільки страшним, як для людей, які не розуміють, що з ними відбувається.

Профілактика процесу розвитку зриву

Серед фахівців-адиктологів прийнято розрізняти два види зриву: 1) зрив як деяку ситуативну подію – збіг важких обставин, з якими адикт у ремісії не зміг впоратися без вживання); 2) зрив як результат поступового розвитку негативної динаміки в особистості адикта (поступового наростання

стресу, депресії та тривоги, розчарування в тверезості тощо), що називається процесом розвитку зриву. На попередження другого варіанту зриву як закономірного наслідку деякого поступового патологічного процесу, і спрямовані методики профілактики процесу зриву. Виокремимо декілька таких методів, включаючи авторський підхід.

Модель процесу зриву Т. Горського

Найбільш відомою в Україні є модель профілактики процесу зриву, запропонована Т. Горські. Він розглядає таку схему етапів рецидивного процесу:

1. Фактори високого ризику: високостресові риси характеру, образ життя з надлишковим ризиком, соціальний конфлікт або соціальний зсув, зневажливе ставлення до здоров'я, інші хвороби, неспроможна програма одужання.

2. Провокуючі події: obsесивні ідеї, хворобливі емоції, хворобливі спогади, стресові ситуації, напружені стосунки з іншими людьми.

3. Внутрішня дисфункція: порушення ясності мислення, утруднення управління почуттями та емоціями, проблеми з пам'яттю, порушення сну, труднощі подолання стресу, порушення координації, почуття сорому, провини, безпорадності, повернення заперечення.

4. Зовнішня дисфункція: практика уникнення та «уходу в захист», заглиблення кризи, загальмованість та апатія, розгубленість та подразливість, депресія.

5. Втрата самоконтролю: втрата здорового глузду, нездатність діяти, нездатність чинити опір деструктивним потягам, відчуття повної поразки, звуження вибору, емоційний та фізичний колапс.

6. Зрив: перше вживання, потужні почуття сорому та провини, втрата контролю над вживанням, посилення проблем зі здоров'ям та життєвих труднощів.

Цю схему Т. Горські розширює, виділяючи 10 фаз самого процесу зриву з одинадцятьою фазою вже самого вживання. Для кожної фази Т. Горські докладно описує симптоми (*Горски, 2008*):

Фаза 1: Внутрішні зміни. Загальний опис: зовні в мене все непогано, але я вдаюся до старих способів мислення і поведінки з почуттями, через які мені насправді погано. Основні симптоми: посилення стресу (відчуття більшої напруги), зміни у мисленні (загалом у бік деякого знецінення одужання), зміни у почуттях (коливання настрою від ейфорії до депресії), зміни у поведінці (одягання маски – зовні все здається добре, але всередині це не так).

Фаза 2: Заперечення. Загальний опис: я перестаю звертати увагу на інших і чесно говорити їм те, що я думаю і відчуваю. Основні симптоми: занепокоєння про себе та тривожність з приводу свого стану, заперечення своїх проблем (намагання впоратися з тривожністю, вдаючись до старих, самопоразницьких способів думати і діяти).

Фаза 3: Уникнення та самозахист. Загальний опис: я намагаюся уникати всіх і всього, що змушує мене чесно визнати, як змінилися мої думки, почуття та поведінка. Основні симптоми: самовпевненість, зосередження на інших, самозахист, компульсивна поведінка, імпульсивні дії, самотність.

Фаза 4: Наростання кризи. Загальний опис: у мене з'являються незрозумілі мені труднощі одужання, навіть якщо в мене є бажання вирішити ці проблеми, і я дуже намагаюся зробити це, на місці кожної подоланої проблеми виникають нові проблеми, і не одна. Основні симптоми: тунельне бачення, мала депресія, погане планування, провал планів.

Фаза 5: Імобілізація. Загальний опис: під час цієї фази я почуваюся потрапившим у нескінченний потік нерозв'язних проблем і готовий здатися, здається, що я не можу зрушити з мертвої точки і змусити себе робити те, що, як я знаю, мені необхідно робити. Основні симптоми: фантазії та нездійсненні надії, відчуття безвиході, невизначене бажання бути щасливим.

Фаза 6: Плутанина в думках і надреагування. Загальний опис: мені важко ясно мислити та керувати своїми думками, почуттями та діями, я стаю дратівливим і часто надмірно реагую на дрібниці. Основні симптоми: проблеми з ясністю мислення, емоційна дисрегуляція, труднощі з пам'яттю, періоди розгубленості, труднощі управління стресом, роздратування на близьких, легко вийти з себе.

Фаза 7: Депресія. Загальний опис: під час цієї фази в мене настає настільки сильна депресія, що я не справляюся зі звичайними справами; іноді я не розумію, навіщо живу, з'являються думки про самогубство чи повернення до вживання чи іншого старого способу життя як способу позбутися депресії; депресія настільки сильна, що не можу приховати її від оточуючих. Основні симптоми: нерегулярне харчування, апатія та небажання діяти, проблеми зі сном, руйнування режиму дня, періоди глибокої депресії.

Фаза 8: Втрата контролю за поведінкою. Загальний опис: протягом цієї фази я не контролюю свої думку, почуття, поведінку; я не можу продуктивно здійснювати план на день, але як і раніше, я заперечую, що неправильно поводжусь, не визнаю втрати контролю, незважаючи на навколишній хаос і

серйозні проблеми. Основні симптоми: нерегулярна участь у зустрічах АА та терапевтичних груп, ставлення «мені однаково», відкрита відмова від допомоги, незадоволеність життям, відчуття безсилля та безпорадності.

Фаза 9: Визнання втрати контролю. Загальний опис: моє заперечення ламається, і я раптово усвідомлюю всю серйозність свого становища, наскільки некерованим стало життя і як мало у мене сил і здатності до контролю, щоб щось вирішити, це усвідомлення дуже болісно та дуже лякає; до цього часу я настільки ізольований від оточуючих, що, схоже, поряд нікого не залишилося, хто міг би допомогти. Основні симптоми: труднощі з фізичною координацією, жаль до себе, думки про соціально прийнятне вживання, свідома брехня, повна втрата впевненості у собі.

Фаза 10: Звуження вибору. Загальний опис: я відчуваю біль та нездатність справлятися з життям, мені здається, що в моєму випадку є тільки три виходи – збожеволіти, покінчити з життям або лікувати біль за допомогою вживання алкоголю чи наркотиків; я більше не вірю, що хтось чи щось зможе мені допомогти. Основні симптоми: безпричинний опір, розрив з АА та припинення лікування, крайня самотність, зневіра у свої сили, злість і напруженість, втрата контролю за поведінкою.

Транстеоретична модель процесу зриву

Транстеоретична модель запропонує альтернативний до моделі Т. Горські погляд на розвиток процесу зриву як на зворотний рух зв етапами розвитку мотивації: підтримка змін → дії → початок дій → намір → переднамір. Тобто ключова відмінність від моделі Т. Горського полягає в тому, що Т. Горські розглядає процес зриву через призму загального погіршення психологічного стану, водночас транстеоретична модель розглядає цей процес виключно в рамках мотиваційної сфери як поступовий процес зменшення мотивації залишатися тверезим. І дійсно, зі самозвітів клієнтів після зриву ми часто зустрічаємося з твердженням (особливо за зривів на великих термінах ремісії), що перед зривом «було все добре» і ніякого погіршення психологічного стану не відбувалося. По суті відсутність виражених кореляцій з аверсивним станом є давньою проблемою моделі адикції як негативного підкріплення – ні як сам негативний психологічний стан не є прямим предиктором тяги до вживання, ні збільшення тяги до вживання зовсім не обов'язково пов'язана з негативним психологічним станом (Baker, 1986). У такому випадку, більш вузький погляд на процес зриву тільки з погляду зниження мотивації, як це не дивно, може описувати більший спектр варіантів процесу зриву, включаючи ті, в яких не відбувається погіршення психологічного стану.

Процес зриву як зменшення мотивації до тверезості в рамках транстеоретичної моделі можна описати у такий спосіб (авторська адаптація): зникнення мотивації до розвитку (крок вниз зі стадії підтримки змін на стадію дій – буденність тверезості), поява негативного ставлення до тверезого життя (крок вниз зі стадії дій на стадію підготовки до дій – опір тверезості), початок сумнівів щодо необхідності повної тверезості (крок вниз зі стадії підготовки на стадію планування – сумніви), свідомий чи несвідомий пошук приводів для зриву (крок вниз зі стадії сумнів на стадію переднаміру – планування зриву), сам зрив.

Модель процесу зриву в рамках теорії адиктивного розщеплення особистості

З кінця 90-х років минулого сторіччя популярною стає модель адиктивного розщеплення особистості (дивись відповідний підрозділ цього посібнику). Описані фази зміни Адиктивного Я (АЯ) та Нормативного Я (НЯ) можна розглядати як фази процесу зриву (Валентик, 2000):

1. Фаза домінування НЯ (фаза латентного ППВ), де домінують нормативно-компенсаторні особистісні процеси та просоціальна поведінка.

2. Фаза дисоційованого «Я» – фаза зміщення особистісної позиції від «НЯ» до «АЯ». Її характеризує не депресивний, а більшою мірою тривожний фон, що супроводжується високим рівнем психологічної напруги та елементами дисфорії. Якщо у домінуванні «НЯ» потяг до вживання був рідким, а у виникненні легко долався, то на цій фазі ППВ стає серйозною проблемою. Одночасно активуються адиктивні установки «АЯ».

3. Фаза домінування «АЯ»: маніфестує в період, що безпосередньо передує ексцесу зловживання. Характеризується селективністю та специфічною адиктивною трансформацією в сфері сприйняття. Відбувається трансформація емоційного реагування: поляризація емоцій на позитивні навколо вживання та негативних навколо тверезості, знижується емоційне реагування на нормативні стимули, відбувається зниження «моральних» емоцій, відчуття провини та сорому набувають специфічне адиктивне наповнення. У мотиваційній сфері починає розвиватися егоцентризм. У когнітивній сфері домінує адиктивний набір цінностей та смислів діяльності. Щодо нормативних соціальних вимог активуються своєрідні адиктивні психологічні захисти.

Модель процесу зриву як розвитку дистресу (авторська модель)

Вперше пропонуємо тут власну модель розвитку процесу зриву як зростання стану дистресу. Після робіт Koob та Le Moal, в яких вони розглядали алоstaticний зсув у розвиненні хімічних адикцій, стресові

процеси (аж до різних форм ПТСР) вважаються одним з головних механізмів, що лежать в основі uzалежнення (Koob, 2021). Тому логічним було б розглядати процес розвитку зриву з погляду саме стресового синдрому. Тобто процес розвитку зриву будемо ототожнювати з процесом розвитку стану дистресу.

Як фактори розвитку стану дистресу будемо розглядати три головні медіатори. По-перше, це звичка адиктів організовувати своє життя в режимі надмірного стресу. До цього спонукають як звички, що сформувалися в процесі життя в зловживанні, але багато адиктів мали такий стиль життя ще задовго до початку вживання, часто починаючи аж з самого дитинства, походючи з неблагополучних сімей та маючи дитячі психологічні травми. Часто ці люди, прагнучі до тверезості, не змінюють свій стрес-індукуючий стиль життя, що і призводить до наростання стану дистресу, який закінчується зривом. Другим медіатором є відсутність навичок більшості адиктів впорюватись із вже існуючим станом дистресу – так званий дефіцит адекватних стрес-копінгів. Через це вони або просто терплять напруження, або згодом вдаються до єдиного відомого їм дієвого засобу зняття дистресу – вживання ПАР.

Третій медіатор є більш складний. По суті сьогодні великою кількістю робіт доведено, що адиктивні розлади тісно пов'язані з дисфункцією системи емоційної регуляції. Одними з головних проблем такої емоційної дисрегуляції є нездатність обробляти негативні емоції та зменшена здатність переживати позитивні. Для більшості адиктів, по суті, залишається єдина стратегія обробки негативних емоцій – це витіснення. Такий постійний процес витіснення дрібних негативних емоцій і буде складати базу розвитку стану дистресу. Тобто навіть за відсутності явних негативних подій, у адикта через дисфункцію системи емоційної регуляції процес розвитку дистресу йде автоматично тільки через те, що адикт не здатен обробляти дрібні негативні емоції і здатен тільки витіснити їх. Самі явні стресові події є за таких умов лише додатковим фактором. Інакше кажучи, тверезість для адикта є сама собою головним стресогенним фактором. Зрозуміло, що без відновлення системи емоційної регуляції повністю запобігти постійному процесу розвитку зриву неможливо. Однак відновлення емоційної системи є по суті вже задачею процесу одужання і може зайняти багато часу, якщо у підсумку необхідно буде працювати з дитячими травмами за їх наявності. Поки емоційна система не відновилась, процес профілактики зриву повинен бути іманентною складовою терапії адикції.

Подальшим питання є як психофізіологічні стресові механізми впливають в цьому випадку на загальні психологічні? Шлях до розв'язання такого питання ми бачимо у впливі стресового стану на префронтальні зони – відомо, що збільшення стресового стану призводить до зменшення функціонування префронтальної кори. Так, ми можемо пов'язати процес розвитку дистресу з процесом девальвації функцій свідомості, за які, по суті відповідає префронтальна кора як їх біологічний субстрат.

З самого початку розробки цієї моделі, ми розглядали як наслідок пригнічення функціонування префронтальної кори в процесі розвитку стану дистресу поступову девальвацію таких шести функцій свідомості: часової інтеграції (інтеграції минулого, теперішнього та майбутнього, та здатність жити «тут і зараз», позитивно використовуючи досвід минулого за орієнтацією на позитивне майбутнє), діалектичного мислення (девальвації цієї функції призводить до дихотомічного «чорно-білого» мислення), рефлексивної функції (тобто здатність ставати на спостерігаючи позицію щодо себе самого), прогностичної функції (включаючи планування та прийняття рішень), інтегративної функції (яка включає в себе вольові процеси та здатність до контролю поведінки), функції усвідомлення (тобто здатність критично ставитись до свого стану та здатність до критичного мислення загалом).

Виходячи з цього нами було виділено шість стадій процесу зриву:

1. Порушення психологічної стабільності (девальвація функції часової інтеграції). Головні ознаки: зникнення відчуття процесу життя, поява відчуття «буденності», «сірості», зникнення життєвих далеких орієнтирів та мрій (скорочення автобіографічного майбутнього), поява сприйняття минулого як негативного. Також можуть виникати такі спотворення сприйняття часу як єдиного значущого часового континууму (зсув у бік дифузності часу): звуження суб'єктивно значущого автобіографічного часу минулого, минулому, а особливо майбутнього – водночас саме майбутнє скоріше за все просто «розуміється», ніж оцінюється суб'єктно як «своє», та переживається як неясне та загрозливе; відбувається переживання короткої часової перспективи та знижується стратегічність життєвого задуму з поступовим припиненням конструювання нових цілей і зупинці особистісного розвитку; відбувається зсув значущості суб'єктивних часів (зміщення «теперішнього» в минуле, а минуле зсувається в теперішнє, що позбавляє узалежного майбутнього), за таких умов ставлення до «теперішнього» засновано на суб'єктивному минулому (а не на уявленнях про майбутнє, як у нормі); відбувається послаблення взаємозв'язку між минулим, сьогоденням і майбутнім, відсутністю логіки перетікання одного в інше,

відсутністю ідеї нескінченності, наявністю «порожнеч» (випадання минулого, теперішнього або майбутнього) (Блохин, 2006).

2. Розвиток внутрішніх змін (девальвація функції діалектичного мислення). Головною ознакою є домінування дихотомічного «чорно-білого» мислення, через що людина не може адекватно осмислювати проблеми, особливо в близьких стосунках. Як наслідок розвивається емоційна напруга, відбувається уникнення близьких людей, а за їх наближення відбувається емоційні реакції самозахисту різного типу, що ще більше призводить до емоційного віддалення. Провідним екзистенційним переживанням на цій стадії буде відчуття відчуження.

3. Зміни поведінки (девальвація рефлексивної функції). Головною ознакою є зникнення позиції «Я, що спостерігає», через що людина не може розглянути життєві проблеми з боку. Внаслідок чого у людини поступово розвивається відчуття пастки та постійної безвиході або глухого кута .

4. Наростання особистісної кризи (девальвація прогностичної функції). На цьому етапі девальвує уявлення про майбутній час, і як наслідок девальвують здатності до планування та прийняття рішень. Через це у людини розвивається відчуття постійного напруження, яке неможливо подолати. Розвивається obsesivne мислення (з постійними сумнівами, зацикленістю на проблемах і под.), в емоціях переважає тривожний стан та відчуття «дня бабаку», поведінка стає компульсивною (зависання в перегляді соціальних мереж, комп'ютерні ігри, переїдання тощо). Також додатково можуть бути відчуття нескінченного потоку безперервних проблем; відчуття глухого кута (неможливість знайти прийнятне вирішення проблеми); проблеми із ясністю мислення; проблеми з моральною орієнтацій (визначення що добре, а що погано); порушення режиму дня, сну, їжі, поява емоційних станів субдепресії (найчастіше з тривожним компонентом), ірраціональних провини, сорому, роздратування, чи навпаки – ейфорії, неадекватної радості тощо.

5. Втрата особистісного контролю (девальвація вольових процесів). З девальвацією інтегративної функції свідомості, включаючи вольові процеси, у людини розвивається відчуття втрати контролю над собою. У сфері думок розвивається хаотичне, непослідовне мислення, схоже на маніакальне, або навпаки, «депресивне зависання»; виникає відчуття втрати контролю над своїм мисленням – неможливість змінити хід думок, навіть якщо цього сильно бажаєш. Емоційна сфера характеризується лабільністю, емоційними гойдалками, змінами станів від субдепресивних до гіпоманіакальних. Також розвивається явно виражений дисфорійний стан. Поведінка характеризується імпульсивністю, через що людина живе в постійному

надлишковому контролю над своїми діями. Провідне екзистенційне переживання – безпорадності та безсилля, на фоні екзистенційної тривоги.

6. Особистісна регресія (девальвація функції усвідомлення). Провідною характеристикою цієї фази є майже повна втрата критичного мислення. Емоційна сфера характеризується біполярною динамікою – коливанням між депресивними та гіпоманіакальними станами, або зависанням в одному з цих станів. Поведінка характеризується неадекватністю зі втратою контролю над своїми діями з наступним почуттям глибокої провини за їх неадекватність, коли повертається деякий рівень критичності мислення. Також характерні: відчуття безвиході (як за Горським є тільки три виходи – збожеволіти, покінчити життя самогубством, вживати алкоголь), або відчуття повної легкості та безтурботності (гіпоманіакальний стан), або відчуття повної нудьги та апатії; або нестерпні почуття депресії, фрустрації, провини, сорому тощо; або емоційна тупість (рівне ставлення до життєвих криз), водночас може бути достатньо швидка безпричинна зміна цих станів. Часто відбувається зависання в мріях про контрольоване вживання або в ейфоричних спогадах (які неможливо відігнати), з потужним почуття жалю до себе, що «мені не можна». Також як компенсація можуть розвиватися стани неадекватної ненависті до ПАР та тих, хто активно вживає їх. Як компенсаторна поведінка може розвиватися позиція нав'язливого рятівництва: наприклад, людина з «12-крокової програми» в такому стані може «маніакально» робити «12 Крок» – весь вільний час ходити від наркології до наркології, доносячи ідеї АА (водночас за такого стану ця людина скоріше відлякує інших, ніж приваблює). Загалом характерним є пересуванням за ролями трикутника Карпмана «Жертви»-«Рятівника»-«Переслідувача», з «жорстким» зависанням в кожній ролі з втратою критики.

Приклад розвитку процесу зриву: змінився режим роботи, почав більше втомлюватися, водночас не зізнаючись собі в цьому (1 фаза). Згодом втома посилювалася, зауваження близьких ігнорував, говорив, що це нормально (2 фаза). З'явилося небажання ходити на групи і щось робити з одужання, сильно скоротив кількість відвідувань АА, практично виключив самостійні активності одужання (3-я фаза). На роботі ніби захопив потік, важко прийти до тями, вдома з'явилися суперечки, нерозуміння, на групи АА заходжу лише іноді (4-та фаза). Не можу нічого зробити з напругою, незважаючи на всі спроби, вдома постійні скандали, сховався в групу – нічого не допомогло (5 фаза). Повне відчуття глухого кута, повністю припинив ходити на групи - не до них, вдома відносини розірвані, не бачу виходу (6-та фаза). Вживання.

На практиці виявилось, що як мінімум до одного року тверезості, а в багатьох випадках і протягом декількох років терапії доречним є розгляд тільки останніх трьох фаз стадій зриву (тобто четвертої, п'ятої та шостої), а перші три є скоріше подальшими етапами одужання. Отже, у практиці роботи в реабілітаційних центрах ми використовуємо тільки їх.

Рекомендації щодо дій, якщо клієнт відстежив у себе ту чи іншу фазу зриву, є такі:

Четверта фаза: робота з щоденником самоаналізу з проробці конкретних ситуацій, які викликають напруження. Головним інструментом аналізу є розділення зон відповідальності – за що я є відповідальним у цій ситуації, а за що не є відповідальним (що міг змінити, що не міг).

П'ята фаза: робота зі зниження емоційного напруження, головною технікою є катарсис розповіді. Необхідно розповісти щиро з висловлюванням переживань іншому про свої переживання в різних ситуаціях (через акцент на Я-висловлюванні почуттів, а не розповіді про самі події), найкращим є на групі взаємодопомоги або на групі АА. Також бажано застосовувати всі інші методи зменшення стресової напруги (включаючи тілесні релаксації), зменшити навантаження та збільшити відпочинок.

Шоста фаза: необхідна глибока проробка стану з фахівцем, або зі спонсором в групах взаємодопомоги. Бажано взяти коротку відпустку та дати собі «перезавантажитися».

Практично профілактика процесу зриву відбувається за допомогою щотижневого щоденника самоаналізу напруги, куди записуються найбільш негативні ситуації за тиждень, аналізується їх рівень за фазами зриву, та потім складається план з їх проробки.

Таблиця 3.4.2

Приклад заповнення щотижневого щоденника профілактики зриву

Ознаки дистресу (події, стани, думки, поведінка) та час	Рівень	Корекція (як проробити ситуацію)	(як зараз пам'ять про ситуацію)
1. Злість (четвер щодо начальника)	4	Аналіз	зон
2. Злість (середа щодо дружини).	4	відповідальності	
3. Тривога (п'ятниця щодо майбутнього)	5	Аналіз	зон
	4	відповідальності	
4. Проїхав зупинку (четвер ранок).	6	Проговорити на групі	
5. Скандал з тещою (четвер ранок).	5	Аналіз	зон
6. Дали меншу зарплату (четвер)	5	відповідальності	
7. Посварився з дружиною (п'ятниця вечір)	4	Опрацювати	з
	5	психологом	

8. Бажання Випити (п'ятниця).	4	Проговорити на групі	
9. Послати все на ... (понеділок)		Проговорити на групі	
10.°Нав'язливі думки «А може, я зможу контролювано пити?» (вівторок)	5	Аналіз	зон
11. Пригнічуюча думка: «У мене нічого не виходить» (п'ятниця)	4	відповідальності	
12. Посварився у магазині (середа)		Проговорити на групі	
		Аналіз	зон
		відповідальності	
Середній рівень: 4,6 – ближче до п'ятої фази. Необхідно збільшити кількість відвідувань груп АА протягом тижня, зменшити навантаження на роботі, вийти з усіх конфліктів («заморозити їх»), збільшити час відпочинку, кількість вправ зі зниження стресу та релаксації			

Після заповнення таблиці, людина складає план роботи із залишковою напругою після ситуацій протягом тижня (які необхідно пропрацювати через щоденник самоаналізу, які – проговорити на групі взаємодопомоги, а які необхідно пропрацювати з психологом), та складає загальний план на тиждень щодо стану своєї напруги.

Подолання стану дистресу

Як вже зазначалося вище, останні нейробіологічні дослідження показують тісний зв'язок механізмів uzалежнення з механізмами стресу. Вочевидь, що тоді в систему профілактики рецидиву повинні бути включені методики профілактики дистресу. З іншого боку дослідження також показують у uzалежнених осіб низький рівень копінгів подолання стресу.

Першим напрямом профілактики дистресу є організація відповідного стилю життя. Багато таких рекомендацій надано вище у підрозділі про загальні рекомендації щодо попередження рецидиву.

По-друге, uzалежнених клієнтів рекомендуємо навчати тілесним технікам релаксації, наприклад, прогресивної м'язової релаксації за Якобсоном та різними техніками пранаями (як мінімум диханням квадратом). Наполегливою рекомендацією є проведення спеціальної групи з технік релаксації, бажано щоденної, в процесі реабілітації.

Третім напрямом технік профілактики дистресу є методика mindfulness. Загалом технологія mindfulness зараз широко використовується в терапії адикцій, як у розрізі провідних методів третьої хвилі КПТ діалектично-поведінкової терапії та терапії прийняття та відповідальності, так і як окрема або додаткова методика до інших методів роботи (Shonin,

2016). Нейробиологічні дослідження показують, що методики mindfulness сприяють саме підвищенню функціонування дорсолатеральної префронтальної кори, зміцненню її синаптичних зв'язків з лімбічною системою, її здатності регулювати процеси лімбічної системи (так звана низхідна регуляція). З власного досвіду, техніки mindfulness достатньо складно сприймаються на першому-другому місяці ремісії, але в подальшому ця технологія є вкрай корисною. Відтак, пропонуємо обов'язкове проведення груп з методики mindfulness на другому етапі реабілітації.

Четвертою групою є рекомендації щодо дій в ситуаціях важкого стресу. Ці рекомендації повторюють вже наведені вище рекомендації АА (дзвінок, йти на групу, поїсти та ін.).

Окремим напрямом роботи є когнітивна переоцінка стресових ситуацій. Як свого часу показав Р. Лазарус, що рівень стресу в ситуації значно залежить від когнітивної оцінки ситуації. У такому випадку когнітивна реструктуризація буде одним з основних способів роботи з профілактики стресу. Найчастіше для цього застосовується ведення щоденників самоаналізу, наприклад, за ABCDE схемою А. Еліса.

Робота з ситуаціями високого ризику

Цей напрям розвинувся з поняття копінгу (анг. coping – подолання, переборення) Р. Лазаруса. Поняття копінгів сам Р. Лазарус використовував як визначання способів подолання стресу, але згодом воно було розширене, і зараз скоріше означає способи подолання (включаючи гнучку, цілеспрямовану, логічну та творчу поведінку) у вирішенні будь-яких проблем.

Самі копінги можуть бути як когнітивними, так і поведінковими. Робота з розвитком-копінг стратегій може бути достатньо широкою галузю, включаючи різні напрями когнітивно-поведінкової терапії. Наприклад, у сучасному напрямі КПТ терапії прийняття та відповідальності головною ціллю є розвиток психологічної гнучкості реагування на ситуації. У розвиненні психологічної гнучкості цим методом використовується шість стратегій:

- розділення: розвиток «спостерігаючої позиції» – розділення зі своїми думками та погляд на них з боку;
- прийняття: прийняття та дослідження негативних переживань (наприклад, за допомогою mindfulness), що призводить до парадоксального ефекту – з одного боку глибше відчуття цього негативного переживання, з іншого боку заспокоєння;

- контакт із теперішнім моментом: фокусування на «тут і зараз», схоже на поняття усвідомлюваності;
- позиція спостерігача: заняття позиції спостерігача дозволяє відчувати перебіг думок, почуттів, переживань та зрозуміти, що особистість не ототожнюється з ними, а також легше переживати неприємні стани;
- цінності: обрання та дослідження самою людиною своїх цінностей;
- проактивність: усвідомлений вільний вибір дії у відповідності зі своїми цінностями, навіть якщо емоційні переживання будуть неприємними.
- Також в розвитку копінг-стратегій використовуються і інші відомі техніки КПТ: ABCDE-аналіз А. Еліса, тренінг комунікацій, різні схеми вирішення проблем і подібне, на яких ми тут не будемо зупинятися.

Профілактика тяги до вживання ПАР

Окремим величезним напрямом профілактики рецидиву є профілактика тяги до вживання ПАР. У західній англomовній літературі давно точиться дискусія щодо назви феномену тяги (*Sayette, 2000*). Справа в тому, що тяга до вживання часто складається з двох різних компонентів: 1) автоматизованого obsесивного (нав'язливого) або вже компульсивного (якому вже не можна чинити опір) потягу, в основі якого лежать психофізіологічні механізми; 2) особистісного суб'єктного мотиву, в основі якого лежать психологічні механізми. З одного боку, ми маємо два принципово різні механізми (фізіологічний та психологічний), які необхідно розрізняти, з іншого боку, ці два процеси нерозривно переплетено в одному феномені тяги, де вони практично нерозрізненні. Так *Robinson* та *Berridge* пропонували розрізняти поняття «wanting», яким позначали автоматизований потяг, обумовлений біологічними механізмами, та «liking», яким позначали особистісне бажання отримати гедоністичний ефект (*Robinson, 1993*). *Marlatt* пропонував відокремлювати поняття «craving», яке відносив до суб'єктного бажання, від поняття «urge», яке відносив до «поведінкового прагнення вжити» (англ. behavioral intention to use) (*Marlatt, 1985a*). Узагалі, на сьогодні в англomовній літературі склалася така традиція, що термін «craving» найчастіше використовується для позначення загальної predisпозиції до вживання, що може включати в себе як суб'єктний намір/особистісне бажання, так і автоматизований потяг; терміном «urge» найчастіше позначають автоматизований рефлекторний потяг; для позначення же суб'єктного наміру/особистісного бажання використовують термін «desire» (однак суперечки щодо використання цих термінів та визначення феномену «craving» не затихають досі). Через таку заплутану ситуацію в англomовній науковій літературі виникає складність перекладу

цих термінів, бо кожен з термінів *craving*, *urge* та *desire* можна перевести однаково. У цій роботі пропонується загальну адиктивну predisпозицію (англ. *craving*), яка включає в себе як автоматизований нейробіологічний компонент так і суб'єктну особистісну мотивацію, позначати словом тяга; автоматизоване рефлексорне прагнення / obsесивно-компульсивний Его-дистоний потяг (англ. *urge*) будемо позначати через потяг, а суб'єктну мотивацію – через бажання (тобто англ. *craving* = укр. тяга; англ. *urge* = укр. потяг; англ. *desire* = укр. бажання). Як синонім терміну тяга буде використовуватися калька з англійської крейвінг.

Крім того, є інша традиція розділення видів крейвінгу за трьома основними патернами прояву: *reward craving* (дослів.: тяга за винагородою), *relief craving* (дослів.: тяга за полегшенням), *obsessive craving* (дослів. нав'язлива тяга) (Verheul, 1999; Martinotti, 2013). Хоча в основі перших двох типів тяги (умовно назвемо їх ейфорійною та депресивною тягою) і можуть лежати біологічні механізми, все ж таки особистісний компонент прагнення до задоволення або полегшення болу там переважають.

Профілактика автоматизованого потягу до вживання

У «чистому виді» рефлексорний потяг являє собою нав'язливе Его-дистоне прагнення вжити: тобто суб'єктно адикт не хоче вживати, але його переслідують нав'язливі автоматичні думки про вживання, тілесне спонукання та афективні ваблення. Цей стан в чомусь схожий на потяг робити компульсивні дії при obsесивно-компульсивному розладі (ОКР), і деякі фахівці навіть ототожнюють ці два стани, тобто зводять механізми до вживання до механізмів ОКР. Зрозуміло, що Его-дистонність (тобто протилежність свідомого суб'єктного бажання залишатися тверезим та автоматизованого рефлексорного потягу до вживання) є скоріше виключенням з правила, та найчастіше особистісне бажання та автоматизований потяг співпадають та адикт їх навіть не розрізняє один від одного. Доречі, однією з важливих технік профілактики тяги до вживання є саме навчання клієнта розрізненню цих двох типів тяги (потягу та бажання).

Пропонуємо, за загальною психопатологічною традицією, розрізнити два рівня автоматизованого потягу до вживання: 1) obsесивний – присутні окремі нав'язливі думки, тілесні спонукання та афективно заряджене ваблення (найчастіше, тривожно-депресивного та тривожно-дисфорійного спектру), які адикт не може відігнати; 2) компульсивний – думки, тілесне спонукання та афективне ваблення об'єднуються в єдиний феномен потягу, якому майже неможливо, або неможливо чинити опір (водночас загальний

психічний стан адикту більш схожий на дисоціативний, який, наприклад, можуть описувати так: «я не хочу йти за випивкою, а ноги самі йдуть»).

Точиться багато суперечок, щодо фізіологічних механізмів такого автоматизованого потягу та його відмінностей, хоча всі теорії обсесивно-компульсивного потягу можна по суті звести до трьох основних: 1) недостатня здатність контролювати потяг до вживання через зниження контролю з боку префронтальної кори (через її пряму дисфункцію, зниження синаптичної активності та відповідних зв'язків з лімбічною системою, дефіцитом серотоніну 5-HT); 2) збільшення дофамінової активності в лімбічній системі, зокрема, в дорсальному стріатумі, що зокрема, відповідають за механізми класичного обумовлювання (ОКР-подібний механізм); 3) стрес-подібні механізми, зокрема, підвищена активність системи розширеної амігдали. Інакше кажучи, можна міркувати про те, що в обсесивно-компульсивно потягу приймають участь комбінація механізмів зниження свідомої регуляції, ОКР-подібний механізм класичного обумовлювання, гостра стресова реакція. Відповідними можуть бути і техніки психокорекційного втручання.

По-перше, це техніки mindfulness. Суть технології полягає в неупередженому спрямуванні свідомості на відповідні психічні або тілесні процеси без спроби їх змінити (абсолютним прийняттям), а тільки з наміром усвідомлювати та досліджувати. Наприклад, застосовується відома медитація «На гребні хвилі»: «Ви можете навчитися «сідлати хвилю» своїх бажань подібно до серфінгістів. По-перше, розпізнайте, що сильне бажання підходить, і розслабтеся в ньому. Оскільки настання бажання, як і приплив хвилі, вам не підвладне, приміть його таким, яке воно є; не намагайтеся ігнорувати його, відволіктися чи щось із ним зробити. Це ваш досвід. Знайдіть відповідний для вас спосіб зафіксувати його, наприклад, вимовте якесь слово або фразу («я приймаю це», «почалося», «ось воно» тощо) або просто кивніть. Щоб «зловити хвилю» свого бажання, потрібно ретельно його вивчати, досліджувати, як воно наростає. Робіть це, задаючи собі таке запитання: «Що відчуває моє тіло зараз?». Не лізьте в нетрі, звертайте увагу на явні відчуття. Дозвольте їм охопити вас. Нарешті, відзначайте те, що ви відчуваєте, у міру того, як один стан змінюється іншим. Робіть це просто, використовуючи короткі фрази та поодинокі слова. Наголошуйте, наприклад, думки, що турбують відчуття в шлунку, наростання емоцій тощо. Спостерігайте за ними до тих пір, поки вони не зійдуть нанівець. Якщо ви відволікаєтеся, поверніться до дослідження і повторіть питання: Що відчуває моє тіло прямо зараз? Постарайтеся «протриматися на хвилі» доти, доки вона не схлине повністю. До самого берега» (Брюер, 2018).

Другу групу технік, які можна застосовувати вже до механізмів класичного обумовлювання, є техніки експозиції та десенсибілізації. Техніки експозиції зводяться до наближення до тривожних стимулів (тобто, зниження рівня оперантного обумовлювання), а десенсибілізації – зв'язування умовно-рефлекторної аверсивної реакції з нейтральним стимулом, наприклад, повільним диханням або м'язовою релаксацією (тобто, зниження класичного обумовлювання). Як варіант техніки десенсибілізації є широко розповсюджена методика десенсибілізації та переробки рухами очей (англ. Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR). Існують докладно розроблені протоколи роботи в методі EMDR з потягом до вживання (*Parnell, 2018*). Однак, виходячи з власного досвіду роботи, маємо зауважити, що на нашу думку, ці протоколи достатньо добре працюють саме з obsесивним ego-дистонним потягом, а у випадку ego-синтоного ейфорійного бажання отримати задоволення та «депресивного» бажання отримати полегшення болю, техніки EMDR та інші техніки десенсибілізації можуть, навпаки, розвинути тягу та призвести до рецидиву. Тому використовувати їх пропонуємо обережно і у obsесивному варіанті ego-дистонного потягу.

Третя група технік при рефлекторному потягу до вживання зводиться до роботи з тілесними симптомами, які повністю відповідають класичним симптомам реакції на стрес:

- прискорене дихання з надлишком повітря у легенях – уповільнене дихання, яке бажано починати з глибокого видиху, і кожен раз видихати повітря з легень повністю;
- ядуха – напружити максимально м'яз діафрагми на 5-8 сек., потім акуратно відпустити, можна повторити декілька разів;
- м'язова напруга – напружити максимально м'язи всього тіла на 5-8 сек., потім акуратно відпустити, можна повторити декілька разів;
- тремтіння тіла – «струсити напругу», інтенсивно потрусити все тіло, як тварини струшують воду;
- «тунельний зір» – активізувати периферійний зір, наприклад, повернути голову вліво, вгору, вправо, вниз, називаючи про себе по одному великому предмету в кожній стороні та описуючи його;
- деперсоналізація (зниження відчуття свого тіла) – поплескування по тілу, «поскубти», «кропивка», душ;
- тремор рук – зчепити руки перед собою «замком» і напружити їх, потягнувши в різні боки, потім розслабити, м'яко опустивши вниз, кілька разів;
- озноб – загорнутися ковдрою;

- дереалізація (зниження відчуття світу) – обмацати руками предмети (тактильний контакт);
- прискорене серцебиття – «окосерцевий рефлекс», натиснути приблизно на 20 сек. на очні яблука (поєднуючи з уповільненим диханням);
- «ватяні ноги» – зробити заземлення (відчути контакт з землею, попружинити на ногах);
- запаморочення – прилягти на підлогу без подушки, голова лежить рівно без рухів, очі спрямовані вгору (приблизно 15-20 хв);
- сухість у роті – змочити, можна викликати слиновиділення;
- нудота – посмоктати м'ятну цукерку;
- відсутність апетиту – щось трохи перекусити, легке та те, що зміцнює шлунок (наприклад, банан), однак не рекомендується їсти щось солодке, що часто роблять хімічно uzалежені особи.

Профілактика Его-синтоного бажання крейвінгу

Далі пропонується до розгляду розроблений авторський тренінг профілактики крейвінгу (Старков, 2021, Старков, 2015). Трохи адаптуючи КПТ підхід, ми виділяємо таку послідовність розвитку крейвінгу: тригер → думки → емоції → бажання → тілесні ефекти → поведінковий рівень. У такому вигляді робота з профілактики тяги зводиться до проведення тренінгу з асоціативними, когнітивними, емоційними, мотиваційними, тілесними та поведінковими компонентами крейвінгу.

Робота з тригерними ситуаціями.

Якщо на першому етапі ремісії клієнтам наполегливо рекомендується уникати адиктивних тригерів, то на пізніших етапах (зазвичай, через три місяці ремісії) пропонується вже не стратегія уникання, а стратегія поступового розриву асоціативних зв'язків та розвитку самоефективності. Під час реабілітації клієнтові необхідно допомогти виробити стратегії байдужого ставлення до тригерних ситуацій щодо розвитку адиктивного потягу («Як взагалі не реагувати на тригер»). Для цього у плані психокорекційних методів можна використовувати поведінковий тренінг і психодраматичні техніки.

Так, у групі розігрується ситуація тригера (наприклад, коли пропонують випити). Послідовно з протагоністом і його заступником розігрується ситуація потрапляння в тригерну ситуацію (в асоціативній позиції, коли грає сам протагоніст, і в дисоціативній позиції, коли грає його заступник, а протагоніст спостерігає). Через етапи програвання ситуації формується

нова реакція на тригер спочатку на поведінковому, а потім на внутрішньому психологічному рівні. В індивідуальній роботі можна використовувати техніки монодрами або іншої модальності, наприклад, техніки помахів та інші подібні з практики НЛП роботи з uzалежненням (Ковалев, 2001). Головне – орієнтація техніки на принцип розвитку самоефективності у подоланні реакції на тригер, тобто розвиток особистісної позиції «Як я можу взагалі не реагувати на тригер».

Робота з uzалежненим мисленням.

Під uzалежненим мисленням нами розуміється будь-яке мислення, що тією чи іншою мірою виправдовує/ідеалізує вживання ПАР та/або знецінює тверезість. Не обов'язково наявний у мисленні прямий посил до вживання, достатньо тенденцій і гіпотетичних умов («Ім можна пити, бо вони не алкоголіки, а мені не можна!»). Відповідно до трьох форм крейвінгу, в основі uzалеженого мислення були виділені три установки: «Стан сп'яніння – це щастя!», «Стан тверезості – це страждання!», «Я не зможу впоратися з життям без вживання!». Ці твердження мають силу надцінних ідей, проте відрізняються від них так: якщо останні стабільно присутні в психіці, то регуляторна функція адиктивних ідей може то «включатися», то «виключатися». Це можна пов'язати з переключеннями між НЯ й АЯ. Тобто можна сказати, що адиктивна ідея за своєю формою є дисоційованою надцінною ідеєю та набуває своєї регуляторної функції у разі переходу особи в стан АЯ.

Послідовну теорію uzалеженого мислення досі не розроблено. В англomовній літературі цей феномен частина авторів позначають через термін *desire thinking* (Casellia, 2015; Mansueto, 2019). Ці автори розглядають *desire thinking* як метакогнітивний процес, орієнтований на попередні образи, інформацію та спогади про позитивний досвід вживання. *Desire thinking* складається з двох компонентів: уявної префігурації (англ. *Imaginal Prefiguration*) та вербальної персеверації (англ. *Verbal Perseveration*). По суті в цій теорії uzалежене мислення розглядається як помилка сприйняття автоматизованих рефлексорних процесів (спогадів, тілесних сигналів та ін.. – те що називається авторами уявною префігурацією) як власних суб'єктивних бажань. Тоді людина починає розмірковувати про них як про власні особистісні нужди, з чого розвивається феномен зацикленості мислення на них – вербальна персеверація. З цього підходу зрозуміла і практика роботи з uzалежненим мисленням – необхідна робота з розділення у клієнта суб'єктивного та рефлексорного рівня психіки (метакогнітивний підхід), та подальша окрема робота з обома цими рівнями.

Німецький вчений Райнхард Крюгер інакше дивиться на феномен узалеженого мислення – він вважає, що цей феномен виникає завдяки аутосугестії через адиктивне розщеплення на адиктивне та нормативне Я (Крюгер, 2017). Тобто узалежене мислення – це наче процес «гіпнозу» адиктивної частини особистості щодо нормативної частини. Як наслідок моделі впливає практичний підхід у роботі з узалежненим мисленням – необхідна експлітизація цього імпліцитного діалогу, для чого Р. Крюгер використовує техніки психодрами (наприклад, роботу з двома стільцями).

Ще одним підходом до розуміння узалеженого мислення є розгляд його через механізм когнітивного дисонансу. Вживання є більш-менш осмисленою діяльністю тільки на його початковому «ейфорійному» періоді. Надалі, після зникнення ейфорійного ефекту, зловживання продовжується переважною мірою як діяльність зняття негативних наслідків попереднього вживання, але з розплатою ще більших негативних майбутніх наслідків. Усвідомлення по суті безглуздості вживання ПАР є максимально конфронтаційною для власної Я-концепції, через що адикт починає, за законами механізмів когнітивного дисонансу, створювати систему виправдовування свого зловживання з надцінним кататимним наповненням. Тому практичну роботу з узалежненим мисленням необхідно проводити не з окремими адиктивними твердженнями або поодинокими помилковими світоглядними уявленнями, а зі загальною патологічною світоглядною системою. Необхідно розуміти, що пряма її потужна конфронтація може викликати зворотну реакцію – через загрозу руйнування Я-концепції адикт може навпаки компенсаторно посилити свою адиктивну систему поглядів. З огляду на це робота відбувається поступово зі створенням альтернативної системи світогляду, яка допомагає на перших етапах захистити Я-концепцію (наприклад, найчастіше такою альтернативною системою є філософія хвороби-одужання). Через цей ефект також можна пояснити один з факторів більшого успіху духовно-орієнтованих програм («12 кроків» і релігійних), ніж професійних матеріалістично-спрямованих (КПТ узалежнення): вони пропонують нову ціннісну світоглядну ідеологію життя замість старої адиктивної, тимчасом як професійні психотерапевтичні підходи не можуть цього зробити через етичні принципи. Проте зворотною стороною медалі використання духовно-орієнтованих підходів є висока небезпека формування псевдодуховних надцінних ідей замість адиктивних і, відповідно, розвитку релігійного узалежнення (а не здорової духовності та/або релігійності). Можливо, перспективним може бути використання класичних філософських світоглядних систем (наприклад, філософії

стоїцизму), тобто побудова чогось на кшталт філософсько-психотерапевтичного підходу.

Крім того, можна розглядати uzалежене мислення як систему зафіксованих помилкових поглядів щодо ПАР. Дотримуючись моделі когнітивної вразливості адиктів D. Redish (Redish, 2008) і доповнюючи її соціальним міфом про нормальність вживання, ми пропонуємо таку систему адиктивних переконань і вірувань:

- «тактична помилка» – вживання ПАР допомагає вирішити ситуативні проблеми;
- «стратегічна помилка» – вживання ПАР може зробити життя кращим;
- «ілюзія кайфу» – вживання ПАР приносить задоволення;
- «ідеалізація ПАР» – перебільшення можливих позитивних наслідків вживання ПАР;
- «знецінення тверезості» – применшення позитивних сторін тверезості;
- «помилка пам'яті» – збереження образів пам'яті про позитивні наслідки вживання та забуття негативних;
- «ілюзія контролю» – переконання щодо можливості повернення до контрольованого вживання;
- «ілюзія безсилля» – переконання щодо неможливості жити повноцінно без вживання або в надто складному шляху досягнення тверезості;
- «кинути вживати» – переконання щодо можливості припинити вживання «просто один раз вирішив це зробити без жодних зайвих зусиль»;
- «відмова від усвідомленості» – переконання щодо можливості тверезого життя без його повного перегляду, віра в тверезе «життя на автоматі»;
- «імпульсивність» – ставлення до рішень припинення/початку вживання як до ситуативних, а не як до стратегічних;
- «п'яне сприйняття» – ефекти ПАР оцінюються не через призму спотворення сприйняття реальності в сп'янілому стані, а як реальні ефекти;
- «нормальність вживання» – віра в нормальність вживання певних ПАР, наприклад, алкоголю.

На початку роботи з uzалежненим мисленням ми пропонуємо два психокорекційних напрями: робота з системою адиктивних переконань; робота з ситуативними автоматичними думками, що проводиться в

раціональному ключі з використанням стилю раціонально-емотивної поведінкової терапії А. Еліса з її техніками раціонального аналізу помилок мислення, оскарження думок тощо (наприклад, заповнюючи табл. 3.4.1). Також у цих автоматичних думках можна виділити такі основні паралогічні схеми:

- порівняння – порівняння своєї ситуації з ситуацією інших uzалежнених, в яких вона набагато гірша;
- моралізаторство – переведення проблеми вживання в моральну площину;
- мінімізація – зменшення проблем зі зловживанням;
- фантазування – побудова планів на майбутнє замість дій зараз;
- проєкція – пошук проблем зовні;
- контроль – думка про можливість впоратися за допомогою сили волі.

Таблиця 3.4.3

Приклад роботи з uzалежненим мисленням

Uzалежнені автоматичні думки	Як виправдовують вживання / знецінюють тверезість?	Де логічна помилка?	Здорове мислення
в мене були не такі сильні проблеми зі зловживанням (мінімізація)	тобто можна продовжувати вживати	може і не такі сильні, але достатні; крім того контрольоване вживання все одно неможливе, і проблеми будуть погіршуватися	так якщо не хочу, щоб вони були сильними, необхідно залишатися тверезим

У якості психокорекційних технік можна долучати експресивні вправи з мисленням через його екстерналізацію. Наприклад, використовувати техніку листування: клієнта просять сформулювати та написати свої думки, що виправдовують вживання та знецінюють тверезість, у вигляді листа з закликом до когось (до кого – не уточнюється, просять сформулювати так, щоб цей лист із закликом можна було відправити кому завгодно). Потім з клієнтом розігрується сцена, ніби цей лист прийшов до нього від анонімного відправника. Після прочитання з клієнтом обговорюються його реакції на цей лист (зазвичай прочитані власні думки звучать принаймні вже не так

переконливо). Якщо цю вправу проводити в групі, то після прочитання власного листа та шерінгу реакцій можна обмінятися листами з одногрупниками та ділитися реакціями вже на чужі листи.

Робота з емоційним рівнем тяги.

Феноменологію наступного етапу розвитку тяги до вживання ПАР (емоційний рівень) також можна розглядати в концепції трьох видів крейвінгу. Для ейфорійного типу маємо феномен так званої «ейфорійної пам'яті» (яскраві емоційні спогади про позитивні ефекти вживання ПАР – «ейфорійні флешбеки»). Для дисфорійного типу маємо напад негативних емоцій, пов'язаних з тверезістю (нудьга, туга, похмуре роздратування). Особливим варіантом таких емоцій є провина за своє минуле вживання («Я настільки винен, що не маю права залишатися тверезим і жити нормально») та сором за тверезість («Всі люди можуть пити, а я ненормальний!»). Обсесивний варіант потягу характеризується сильною тривогою.

Усі ці емоційні стани мають дисоційовану структуру: позитивні наслідки вживання знаходяться в одному емоційному комплексі пам'яті, а емоційні образи, пов'язані з негативними наслідками, – в іншому (кайф асоціюється з ПАР, а стан абстинентного синдрому – тверезістю). Тому робота з цим видом потягу полягає в зведенні негативних і позитивних наслідків у єдиний емоційний комплекс. У разі ейфорійних спогадів клієнтам рекомендується пригадувати всі негативні наслідки вживання (відома рекомендація АА/АН), депресивних станах – навпаки, пригадувати гарне про себе та тверезе життя (аналогічно у випадку тривожних – пригадувати ситуації, коли вже справлявся з подібними проблемами).

Також клієнтам можна рекомендувати техніку самопомогі «Зошит профілактики ейфорійних спогадів». В окремому зошиті на першому аркуші необхідно якомога яскравіше записати всі позитивні спогади про вживання, стани сп'яніння, позитивні наслідки тощо. Далі кожного дня необхідно записувати в зошит по одному конкретному негативному наслідку вживання (головна умова – щоб спогади про ці наслідки були болючими). Після того, як записали новий негативний спогад, необхідно перечитати позитивні спогади та попередньо внесені негативні спогади.

За принципом «руйнування дихотомії» – зв'язування розщеплених позитивних і негативних образів – також рекомендується розробляти психокорекційні техніки. Нижче наведена авторська психокорекційна техніка роботи з ейфорійними спогадами, побудована на комбінації методів EMDR та арт-терапії (Старков, 2015). Так само, змінюючи зміст малюнків,

будуються техніки роботи з дисфорійним та obsесивним варіантами крейвінгу.

1) Адикта просять намалювати на папері А5 образ позитивних наслідків вживання та вербалізувати почуття, які цей малюнок викликає (можна просити дорисовувати, поки не будуть намальовані всі позитивні наслідки та відчуття).

2) На іншому папері А5 просять намалювати конкретні негативні наслідки вживання та вербалізувати почуття. Під час малювання психолог може давати «сугестивні підказки», наприклад, «а може ви згадаєте, що завдало вживання вашій родині, а може...».

3) Два аркуші паперу необхідно розташувати на витягнутих руках перед очима на відстані між ними біля 50-70 см (так, щоб кут між малюнками був прямим). Адикта просять переводити очі з одного аркуша на інший за клацанням пальців психолога (психологу необхідно провести 30 клацань пальцями з частотою біля 1 сек. – це трохи повільніше, ніж у класичному EMDR, з метою уникнення можливих епілептичних нападів).

4) Після виконання серії рухів очей адикта просять вербалізувати, як змінилося емоційне ставлення до кожного аркуша. Зазвичай десь на перших 3 серіях рухів очей зростає позитивне ставлення до малюнка з «потягом», під час цієї техніки може збільшуватися і сам потяг.

5) Адикта просять домалювати негативні наслідки (коли на деякому етапі він вже не може згадати нових колишніх негативних наслідків, його просять намалювати можливі майбутні наслідки), вербалізувати їх, і знову проводять серію рухів очима. Така процедура повторюється, доки не зникає позитивне ставлення до малюнка з кайфом. Коли в адикта виникає стійке негативне ставлення до рисунка з «позитивними наслідками», його просять подумати про вживання та чи виникає водночас тяга. Якщо ні, то процедуру можна завершувати, попросивши останній раз 30 разів виконати рухи очима з одного малюнка на інший у зручному ритмі (закріплення).

6) Наостанок просять спалити аркуш з «позитивними наслідками» та залишити собі аркуш з негативними. Ця техніка має різні рівні ефективності для різних груп клієнтів. Для «достатньо зрілих» клієнтів на великих термінах тверезості, які виробили в себе достатньо ефективні альтернативні навички задоволення потреб, що раніше задовольняло вживання (але водночас залишався великий рівень тяги – природним шляхом адиктивний канал задоволення потреб не деактуалізувався), застосування техніки рухів очима мала значну ефективність: у багатьох випадках тяга зникла зовсім на весь період доступного анамнезу (який у деяких випадках сягав більше року). Навпаки, для «незрілих клієнтів»

(переважно наркозалежної молоді) на малих термінах тверезості така техніка давала результат від тижня та більше зникнення ейфорійних спогадів. Такі результати повністю узгоджуються з теоретичною моделлю, де крейвінг розглядається як інструментальний канал реалізації інших потреб і цінностей або виконує системні функції (Старков, 2015) і крейвінг неможливо подолати без формування здорових альтернативних каналів задоволення потреб та виконання системних функцій.

Робота з мотиваційним рівнем тяги.

Проблему мотиваційного рівня тяги (тобто явно виражених бажань вжити ПАР) можна пов'язати з дефіцитними уявленнями про час, коли негайні позитивні наслідки від вживання ПАР є мотиваційно навантаженими, тимчасом як більш віддалені негативні наслідки не мають мотиваційного навантаження. Розширення часової перспективи в такому випадку й є мішенню роботи з цим рівнем тяги. Рекомендаціями для самопомоги адиктам є емоційне уявлення віддалених наслідків (негативних – за ейфорійної тяги, позитивних – за утримання від вживання ПАР для дисфорійної й обсесивної тяги). Висловлюючись сленгом спільноти АН, така техніка самопомоги називається «крутити кіно до кінця».

Психокорекційні техніки також рекомендується будувати, керуючись принципом розширення часової перспективи. Як приклад наводимо авторську методику, побудовану на основі техніки Еріксонівського гіпнозу уявлення шляхів життя.

Клієнта просять закрити очі й уявити метафоричне місце з розгалуженням життєвих шляхів – дві лінії альтернативного майбутнього, де він припиняє вживання і де продовжує. Спочатку просимо його пройти вздовж дороги продовження вживання (в дисоціативній позиції, тобто спостерігаючи себе зі сторони). Ідучи цим шляхом, він бачить себе та своє життя з боку. Просимо робити кожен крок відповідним одному року життя й описувати з боку, як змінюється життя та сама людина через ці проміжки вживання, припущення, які почуття буде відчувати в цей рік життя, та почуття з боку до цього стану. Залежно від клієнта можна робити від 3 до 5 кроків (як показує практика, більшість клієнтів не уявляють проміжку більше трьох років). Останній крок (останній рік вживання) повинен описувати повний деградований стан людини (але не можна доводити до того, щоб клієнт у візуалізації бачив свою смерть). Потім просимо повернутися до розгалуження та рухатися вже шляхом здорового життя, коли людина припинить вживати та буде розвиватися. Так само просимо робити по кроку на рік і описувати себе, своє життя з боку та почуття до цього. Кроків у обох

шляхах має бути однакова кількість. У кінці повертаємося на місце розгалуження та виходимо з простору уяви. Бажано перед виходом перейти у візуалізацію ресурсного місця. Після вправи проводиться шерінг отриманого досвіду.

Робота з тілесним рівнем тяги

На цьому рівні до психологічного бажання вжити приєднуються явно виражені тілесні ефекти – збудження для ейфорійного типу тяги, вітальні ефекти (відчуття пустоти, омертвілості тощо) – дисфорійно-депресивної тяги, напруження – обсесивно-компульсивної тяги. Рекомендаціями є виконання тих чи інших тілесно-релаксуючих технік, наприклад, прогресивна м'язова релаксація за Якобсоном для ейфорійного потягу, аутогенне тренування за Шульцем – депресивного, протитривожне дихання – обсесивного потягу.

Психокорекційні вправи рекомендується будувати за принципом формування нового тілесного рефлексу та десенсибілізації старого. Наводимо приклад авторської техніки «сомодинамічної десенсибілізації».

Клієнта просять описати тілесні відчуття тяги. Вибирається певна ділянка тіла, де локалізовано потяг. Просять якомога докладніше описати: відчуття в цій ділянці тіла; напрузі яких м'язових груп це відчуття відповідає; яку тілесну конфігурацію ці відчуття спонукають прийняти; якби ці відчуття, напруги та конфігурація тіла були б емоціями, то якими; якби цей стан вимовляв фразу, то якою б вона була. Далі просимо знайти протилежну конфігурацію м'язів і тіла; подумати, яка протилежна позитивна емоція могла б бути; яку фразу хочеться вимовити у цьому положенні. Далі просимо повільно переходити з одного стану в інший, не затримуючись в жодному з них. Водночас просимо уважно відстежувати рухи м'язів, зміну емоційного стану тощо. На піку кожного положення просимо вимовляти відповідну фразу (наприклад, при напрузі – «я повинен вживати», розслабленні – «я можу бути вільним від наркотику»). У такий спосіб просимо здійснити до 10 рухів. Далі проводиться обговорення, якщо необхідно, допомагаємо скоригувати тілесні конфігурації, фрази й емоції, і виконуємо ще кілька циклів.

Робота з поведінковим рівнем тяги

Для дисфорійно-депресивного виду потягу маємо стан з ядром страждання в сукупності негативних афектів, які адикт неспроможний пережити (вини, сорому, образи, жалоби, нудьги тощо). Як цей стан описують самі адикти, то в ньому вони відчують тільки три виходи – зійти

з глузду, покінчити життя самогубством або вжити ПАР. Для обсесивного виду потягу маємо дисоціативно-подібний стан, сам потяг буде відчуватися подібно до обсесивно-компульсивного розладу, ейфорійного потягу – маніакально-подібний стан. Проте загальними для всіх трьох станів є відчуття втрати контролю над собою та своєю поведінкою, максимальне ослаблення установок на тверезість (можна сказати, що вживання починається не стільки через те, що мотив стає настільки сильним, скільки через те, що мотив залишатися тверезим стає надто слабким). Рекомендаціями для подолання патологічного потягу на цьому рівні є добре відомі ще з руху АА/АН дії: інтенсивні фізичні вправи, прийняття їжі, спілкування. Техніки психокорекції для цього рівня потягу не пропонуються, можлива фармакопсихічна допомога.

Загальною концептуалізацією рекомендацій для самопомоги клієнтам з профілактики ПП є щоденник профілактики, приклад якого наведений у табл. 3.4.4. Цей щоденник рекомендується заповнювати щоденно, а в стаціонарних центрах – обговорювати ситуації з нього на групі аналізу дня.

Таблиця 3.4.4
Приклад заповнення щоденника профілактики потягу до вживання психоактивних речовин

Час	Тригер:	Думки (бали довіри):	Емоції (бали):	Бажання (бали):	Тіло (бали):	Поведінковий потяг (бали):
ранок	реклама ставок у метро	«якщо я зіграю, я можу виграти!» (5)	ейфорійні спогади про виграші (5)	зробити ставку (4)	збудження в тілі (3)	тіло ніби саме пране йти до автоматів (2)
нов.	переклювати різко увагу	«а ще вірогідніше можу все програти!»	згадку про минулі програтиші – смуток	кручу кіно до кінця – як я ввечері бігаю до друзів позичати гроші	роблю послідовні вправи напруження та розслаблення тіла	роблю 50 присідань
день	стар . пригадування про борги	«я ніколи не зможу все повернути, виграти – єдиний засіб!» (7)	провина (7)м	безнадійність (6)	тяжкість у грудях, як каміння (6)	тілесний імпульс піти відігратися (6)
Час	Тригер:	Думки (бали довіри):	Емоції (бали):	Бажання (бали):	Тіло (бали):	Поведінковий потяг (бали):
день	нов. не думати, відганяти думки	«я можу жити нормально і маючи борги»	уявляю, що можу отримувати від життя щастя, навіть маючи борги	уявляю майбутнє, як я зміг віддати всі борги – гордість за себе	роблю аутогенне тренування	дзвоню товаришу по AI
день	стар . побачив наркомана під кайфом	«я один чек і зупинюся» (5)	ейфорійні флешбеки про кайф (5)	ширнутися (4)	мурашки, збудження (4)	тілесний імпульс йти колотися (3)
нов.	переключити увагу	«якщо почну, то вже не зупинюся!»	згадку найстрашніші кумари – жах замість ейфорії	кручу кіно до кінця – як я все виношу з дому	роблю м'язову релаксацію	роблю 30 відтіскань
Час	Тригер:	Думки (бали довіри):	Емоції (бали):	Бажання (бали):	Тіло (бали):	Поведінковий потяг (бали):
вечір	думаю про майбутнє	«я не зможу жити без алкоголю» (8)	тривога (8)	випити, щоб зняти тривогу (7)	тривожне напруження в усьому тілі (6)	компульсивний нав'язливий імпульс піти випити (5)
нов.	бути «тут і зараз»	«один день зможу, а далі не буду загадувати»	згадку життя, як я спокійно жив без алкоголю	уявляю, як би я хотів почувати себе тверезим	роблю дихальні вправи	смачно їм

Проробка історії вживання

Ще одним важливим напрямом профілактики рецидиву вважаємо проробку історії вживання. Цю технологію можна починати використовувати вже з трьох місяців ремісії. Проробка історії вживання необхідна клієнтові як допомога в процесі проживання втрати. Технічно це може досягатися за допомогою написання відповідних завдань з аналізу втрат. Ці завдання будуються на основі питань про історію розвитку симптому за художньою схемою: пролог, початок, зав'язка, розвиток, кульмінація, розв'язка, епілог (з альтернативними варіантами). Наприклад, для дослідження розвитку стану абстинентного синдрому клієнта просять написати розповідь, спираючись на запитання:

- 1) Який стан був вранці до початку вживання?
- 2) Який стан був вранці, коли тільки почали вживання (безпроблемне вживання)?
- 3) Описати перший стан постінтоксикації.
- 4) Описати абстинентний синдром на початковій стадії зловживання.
- 5) Описати абстинентний синдром на середній стадії зловживання.
- 6) Описати абстинентний синдром на останній стадії зловживання.
- 7) Докладно художньо описати свій найгірший абстинентний синдром.
- 8) Описати, яким буде абстинентний синдром за подальшого продовження зловживання.
- 9) Який стан буде вранці у разі припиненні зловживання?
- 10) Що ви готові робити, щоб не повернутися до стану абстинентного синдрому?

Такі завдання клієнтові даються, спираючись на основні симптоми uzалежнення: абстинентний синдром, втрата дозового та ситуаційного контролю, часу, грошей, стосунків, наявність емоційних проблем тощо. Завдання даються клієнтові як домашні, він їх виконує письмово вдома, а потім розповідає психологу-консультанту адиктологу. Через такий процес відбуваються поступове проживання втрат внаслідок зловживання та їх прийняття (*Старков, 2021: 181*).

Резюме

Профілактика рецидиву є багатосторонній процес, який включає багато напрямів роботи, такі як перебудова стилю життя; профілактику: процесу зриву, ПАС, стресу та розвиток копінгів.

Одним з головних напрямів профілактики рецидиву є профілактика тяги до вживання. Головною ідеєю запропонованої тут авторської методології психотерапевтичної роботи з різними рівнями крейвінгу є не

просто сукупність психокорекційних технік, а надання принципів їхньої побудови в різній модальності. Принципами роботи для кожного з компонентів крейвінгу є: для тригерів – робота з самоефективністю, uzалеженого мислення – робота з його екстерналізації, емоційних спогадів – робота з асоціації дисоційованих негативних і позитивних емоційних образів, бажань – відбудова часової перспективи, тілесного компонента – формування нового тілесного рефлексу та десенсибілізація старого. З іншого боку, маємо таку можливу модальність побудови психокорекційної техніки: наративні техніки, візуалізації, ізотерапія, психодрама, тілесна терапія. За необхідності можемо побудувати психокорекційну техніку з будь-яким компонентом крейвінгу в будь-якій модальності роботи, розуміючи, який принцип ми повинні в ній реалізувати. Наприклад, для розширення часової перспективи (робота з бажаннями) можемо застосувати запропоновану вище техніку візуалізації, проте також можна написати дві розповіді – про майбутнє вживання та майбутню тверезість (наративна техніка), намалювати малюнки про майбутню тверезість і майбутнє вживання (ізотерапія), розіграти майбутнє в психодрамі або монодрамі, уявляти тілесні переживання. Так само можна діяти для будь-якого компонента крейвінгу.

Список використаних джерел:

1. Анонімні Алкоголіки. Львів: AA World Service. 2020. 154 с.
2. Блохин К.Н. Нарушения переживания времени у больных опийной наркоманией: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / МГУ имени М.В.Ломоносова. Москва, 2006. 152 с.
3. Брювер Д. Залежний розум. Сигарета, смартфон, токсичні стосунки. Як формуються шкідливі звички та як їх подолати. Харків: Vivat, 2018. 288 с.
4. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. *Лекции по наркологии* / под. ред Иванца. Москва: Нолидж, 2000b. С. 295-308.
5. Горски Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / Пер с англ. Штульман А. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2012. 160 с.
6. Жити Тверезо / Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 2013. 102 с.
7. Ковалев С.В. Семь шагов от пропасти. НЛП-терапия наркотических зависимостей. Москва: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2001. 192 с.
8. Крюгер Р. Лечение психодрамой. Теория и практика. Москва: «Класс», 2017. 528 с.
9. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-

- психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308 с.
- 10.** Старков Д.Ю. Психогенні фактори та техніки нейтралізації потягу до вживання психотропних речовин у хімічних адиктів. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. Том XI. Вип. 13. С. 256-267. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i13/30.pdf>
- 11.** Baker T. et al. The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. *Nebraska Symp Motiv.* 1986. V.34 P. 257–323.
- 12.** Casellia G., & M. Spadab. Desire thinking: What is it and what drives it? *Addictive Behaviors.* 2015. V. 44. P. 71-79 <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.021>
- 13.** Gorski T., & Miller M. Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention. Aspen, CO: Independence Press, 1986. 227 p.
- 14.** Graham H. Rehabilitation work: supporting desistance and recovery. NewYork, London: Routledge, Taylor & Francis Ltd., 2016. 226 p. (Series: International Series on Desistance and Rehabilitation)
- 15.** Koob G.F. Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacological Reviews.* 2021. 73(1). P.163-201. DOI: <https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000083>
- 16.** Krentzman A.R. Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychol Addict Behav.* 2013. 27(1). P.151-165. DOI: 10.1037/a0029897.
- 17.** Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health.* 1999. V.23(2). P. 151-160.
- 18.** Mansueto M. et al. Desire Thinking across addictive behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors.* 2019. V.98(106018) <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.06.007>
- 19.** Marlatt G. Cognitive factors in the relapse process. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* / Eds. Marlatt G., & Gordon J. New York, NY: Guilford Press, 1985a. P. 128-200.
- 20.** Martinotti G. et al. Craving Typology Questionnaire (CTQ): A scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Comrehensive Psychiatry.* 2013. V. 54(7). P. 925-932. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.023>.
- 21.** Mindfulness and Buddhist-derived Approaches in Mental Health and Addictions / eds. Shonin, E., & Van Gordon W., & Griffiths, M. D. Gewerbestrasse (Switzerland): Springer, 2016. 429 p. DOI: 10.1007/978-3-319-22255-4

- 22.** Nakken C. The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior. Center City, MN: Hazelden Publishing, 1996. 144 p.
- 23.** Parnell L. Rewiring the Addicted Brain: An EMDR-Based Treatment Model for Overcoming Addictive Disorders. Hawthorne, CA: Green Tara Books, 2018. 326 p.
- 24.** Prochaska J.O., & Norcross J.C. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis; 8th ed. Oxford: Oxford University Press, 2014. 560 p.
- 25.** Redish A.D., Jensen S., Johnson A. A unified framework for addiction: vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*. 2008. V. 31(4). P. 415-437. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0140525X0800472X>
- 26.** Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors / Eds. Marlatt G., & Gordon J. New York, NY: Guilford Press, 1985b. 558 p.
- 27.** Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors / Eds. Marlatt G.A., & Donovan D.M.; 2nd ed. New York, NY: Guilford Press, 2005. 416 p.
- 28.** Robinson T.E., & Berridge K.C. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*. 1993. V.18(3). P. 247-291.
- 29.** Sayette A. et al. The measurement of drug craving. *Addiction*. 2000. V.95(2). P. 189-210. DOI: [10.1080/09652140050111762](https://doi.org/10.1080/09652140050111762)
- 30.** SMART Recovery Handbook / ed. Steinberger H.; 3 ed. Mentor, Ohio: Alcohol & Drug Abuse Self-Help Network, Inc., 2004. 94 c.
- 31.** Sudhir P.M. Cognitive behavioural interventions in addictive disorders. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 60. Issue 8. P. 479-484. DOI: https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_15_18
- 32.** Verheul, R., van den Brink, W., & Geerlings, P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*. 1999. V.34(2). P. 197-222. URL: <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.2.197>

3.5. Постреабілітаційний супровід

Олійник В.М., Тимошенко О.

Анотація. Підрозділ присвячений постреабілітаційному супроводу uzалежнених клієнтів. Розглядаються питання переходу до постреабілітаційного процесу, організації індивідуального консультування з питань узалежнення, належності до терапевтичної спільноти, групової психотерапії. Окремо виділено питання соціального супроводу uzалежнених клієнтів після закінчення стаціонарної реабілітації.

Поняття ресоціалізації

Однією з головних цілей реабілітації uzалежнених осіб є формування нових та/або відновлення втрачених навичок повноцінного тверезого життя та функціонування здорової особистості. Найчастіше без повної зміни засобу життя неможливе досягнення повноцінної ремісії, тому така ціль є основою «одужання» від хімічного узалежнення клієнтів після проходження реабілітації.

Постреабілітаційний супровід – це процес формування та підтримання навичок повноцінного тверезого життя та здорового функціонування особистості людини, яка знаходиться в процесі «одужання», з метою збереження тверезості, особистісного розвитку і досягнення життєвих цілей.

Такий процес побудови нової моделі тверезої життєдіяльності обумовлюється рівнем руйнування сфер життя та особисті людини попереднім зловживанням та залежить від різних чинників формування індивідуума – соціального, сімейного, духовного, фізичного і психологічного. Так, дебюту узалежнення передував певний набір дисфункціональних принципів, цінностей, правил та способів життя, сформованих попереднім «розвитком» людини. Ця «життєва дисфункціональність» могла бути посилена через розвиток узалежнення, та крім того через це могли бути сформовані нові такі «дисфункціональні набори». Процес постреабілітаційного супроводу буде залежати від рівня цієї дисфункціональності: якщо у людини на початок «одужання» відсутня наявність здорових принципів і норм, то їй необхідно буде «навчання з чистого аркуша», а якщо людина не повністю втратила здорові орієнтири, то для їх відновлення потрібно менше часу та зусиль. Проходження реабілітації в стаціонарному лікувальному закладі є лише початком шляху виходу із узалежнення. Тобто саме одужання – це процес, а не подія.

Після виходу з центру психосоціальної реабілітації починається наступна стадія одужання, протягом якої клієнту центру дуже важливо розвивати той стиль життя, якому він почав навчатися в реабілітаційному процесі.

Аналогічним, якщо не тотожним, до постреабілітаційного супроводу є поняття «етапу ресоціалізації», який йде слідом за етапом стаціонарної реабілітації.

Етапи одужання можна розглядати на прикладі транстеоретичної моделі зміни поведінки Прохазкі, Норкросса і Ді Клементе, яка розглядає декілька етапів розвитку мотивації: передобдумування (заперечення проблем із зловживанням ПАР), обдумування (етап сумніви та амбівалентності), підготовка (етап рішення діяти та перші спроби дії), дії (планомірні дії щодо одужання, які підтримуються достатньо довгий час), підтримка (введення необхідних змін і їх підтримка у повсякденному житті). Якщо етапи переобдумування та обдумування належить до предреабілітаційного мотиваційного етапу, частково обдумування (якщо людина попала у центр під тиском родичів, а не за власною мотивацією), початок дій та дії – до етапу стаціонарної реабілітації, то підтримка дій – до ресоціалізуючого етапу, де відбуваються вже наступні необхідні дії для тверезого життя в реальному соціумі.

Перехід на програму ресоціалізації потрібен для плавної соціалізації uzалежненої людини, щоб вона могла поступово адаптуватися до самостійного життя, без підвищеного ризику психологічної травматизації. Це той період, коли дисципліна, яку задавало терапевтичне середовище центру реабілітації, переходить у самодисципліну і самоконтроль, які стають способом життя для людини, яка вирішила стати на шлях одужання.

Плавний вихід в соціум, не менш важливий для клієнта, ніж етап безпосередньої стаціонарної реабілітації. Цей етап одужання можна порівняти з початком нового життя, де людина заново вчиться всім навичкам життєдіяльності без ПАР: відчувати нові почуття, соціально взаємодіяти з іншими людьми у тверезому стані, формувати стосунки з оточуючими згідно новим принципам, планувати своє дозвілля та інше. Якщо uzалежненій людині було звично перебувати в стані зміненої свідомості, який був для неї нормою життя тривалий час, то тверезе мислення і поведінка тепер будуть здаватися їй неприродними і страшними. Тому, як і маленькій дитині, яка вчиться ходити, говорити і спілкуватися, клієнту, на перших етапах соціалізації, необхідна підтримка досвідченого авторитетного «дорослого / дорослих», для того, щоб впоратися з усіма труднощами перехідного

періоду і у звичний спосіб не переживати негативні / позитивні емоції, що призведе до повернення до вживання ПАР.

На етапі проходження стаціонарної реабілітації були свої складності для uzалежненої людини: їй доводилося переживати абстинентний синдром, зустрічатися зі своїми почуттями, усвідомити негативні наслідки від вживання, зустрітися зі своїми негативними рисами, усвідомити факт деформації особистості, втрати смислів та адекватних орієнтирів у житті. Однак всі ці процеси відбувалися в «теплих умовах» які створювали відчуття додаткової безпеки. Проживання життєвих ситуацій в штучно створеному мікросоціумі можна назвати тренуванням. Це певна підготовка до реального соціального життя, з безліччю непередбачуваних стресових ситуацій. Подібні ситуації відбуваються також у центрі, але згладжувати і переживати їх в закритому просторі легше, ніж за дверима центру. Тому, ресоціалізація необхідна, як амортизатор в процесі перенесення та випробування нових життєвих навичок, набутих під час реабілітації в реальне життя, але під керівництвом співробітників центру.

Проходячи стаціонарну реабілітацію, клієнт, з різних причин, не завжди розуміє значення того, що відбувається в процесі реабілітації. Тому, співробітникам центру необхідно в зрозумілій формі донести клієнту його завдання після виходу зі стаціонару і важливість продовження одужання. Так, виконавши свою частину відповідальності і розділивши її з клієнтом. Це необхідно як клієнтові, так і персоналу. Для персоналу важливо розуміти свою межу відповідальності в роботі з uzалежненим клієнтом. Розділяти відповідальність клієнта і свою, потрібно для того, щоб у разі можливих руйнівних дій клієнта щодо себе, не зіткнутися з надмірними негативними емоціями (відомі випадки, коли консультант звинувачував себе за зрив клієнта і зривався сам). Таке розуміння і дотримання меж і міри відповідальності важливо, як спосіб турботи про клієнта і про себе (персонал).

***З розповіді клієнтки:** «Коли я приїхала в центр, все, що відбувається бачилося мені, як в тумані. Плакат з описом кроків, що висів на стіні в залі, здавався мені звичайним набором речень. Тільки через кілька місяців, я почала розуміти значення того, що робила (прибирання, групи), після четвертого місяця перебування, я почала розуміти над чим мені потрібно працювати і, як багато ще потрібно вчитися. Коли на 8 місяці мені сказали, що пора їхати додому, я злякалася, бо не розуміла, що буде в реальному житті. Я, ніби виходила з гри і поверталася назад ...».*

Процес переходу до етапу ресоціалізації.

Перехід до ресоціалізуючого етапу повинен відбуватися плавно. Плавний перехід до життя в соціумі передбачає період продовження перебування клієнта в центрі і послідовні виходи в соціум – театр, кіно, групи «Анонімних Наркоманів» / «Анонімних Алкоголіків» (АН/АА), в супроводі співробітників центру. Наступний етап – поїздки клієнта додому в супроводі консультанта з хімічного uzалежнення, завдання якого підтримати клієнта у разі виникнення стресових ситуацій.

***З розповіді клієнтки:** «Коли я поїхала додому в перший раз, після 6 місяців стаціонарного лікування, зі мною була дівчинка волонтер, спочатку мені не сподобалося, що я не можу їхати додому одна, хоча мені пояснювали, що це для підтримки і моєї безпеки. Я хотіла допомогти по дому, так як проживала з мамою і відчувала потребу бути корисною для сім'ї. Це будинок, де я раніше вживала наркотики і, коли зайшла в квартиру, відчула потяг.*

Все нагадувало про вживання: стіл, де я розкладала шприци, на ньому навіть залишилися сліди від свічки, над якою я варила метадон ... я почала прибирати в своїй кімнаті і знайшла таблетки з соціотерапії, лірику, на якій «зістрибувала» перед центром, і, без якої я не могла обходитися останнім часом. Пам'ятаю, як я взяла таблетку в руку і промайнула думка її прийняти, щоб ніхто не помітив. Я переборола себе і покликала волонтера, ми поговорили і мені стало легше. Тоді я зрозуміла, чому не треба їхати відразу однієї».

Приблизно через місяць такого супроводу клієнт, за рішенням адміністрації центру, вже може самостійно їздити додому за програмою 2/2 (два дня клієнт знаходиться в центрі, продовжуючи брати участь в реабілітаційному процесі, а два дня проживає вдома, застосовуючи отримані в центрі навички для формування нових взаємин з родичами, вчиться організовувати вільний час і відпочинок). Обов'язковим є звіт клієнта про проведений час та про емоції, проблеми, які у нього виникали. Звіт може зачитуватися на терапевтичній групі та пророблятися в індивідуальній роботі з психологом.

Подальший повний перехід до програми ресоціалізації відбувається в такі етапи:

1. Персонал реабілітаційного центр (РЦ) на загальних зборах оцінює готовність клієнта для переходу до програми ресоціалізації. Можна виділити такі критерії готовності:

- виконання клієнтом всіх завдань програми реабілітації (написання письмових завдань, відвідування передбаченої

кількості лекції та терапевтичних груп, ведення щоденників самоаналізу, навчання технікам подолання потягу до вживання тощо);

- дисциплінованість, відсутність зауважень;
- відвідування консультацій з психологом;
- зниження рівня конфліктності;
- хороша поведінка у відпустках;
- відповідальне виконання індивідуальних завдань;

2. Рішення озвучується клієнту та з ним складається поведінковий контракт-план про те, що він зобов'язується виконувати за програмою ресоціалізації. Пропонуємо скористатися таким шаблоном такого контракту:

Поведінковий контракт на проходження програми ресоціалізації.

1. Клієнт _____ за рішенням керівництва РЦ _____ переходить до програми ресоціалізації з _____. _____ г.

2. Клієнт зобов'язується:

- повідомляти керівництву РЦ про те, куди він влаштувався на роботу, ким, яке у нього навантаження;

– повідомляти про зміни місця роботи;

– інформувати про конфлікти на роботі, про свій емоційний стан;

– відкрито говорити про виникаючі думки про алкоголь, наркотики, гру, про пропозиції з боку колег по роботі про вживання алкоголю, наркотиків;

– повідомляти черговому консультанту про час повернення до центру після закінчення роботи;

– на вимогу чергового консультанта здавати аналізи на підтвердження тверезості;

– повідомляти про розмір зарплатні, цю інформацію повинні знати батьки;

– зароблені гроші передаються на зберігання в центр на особистий рахунок або переводять батькам;

3. У вихідні дні клієнт виконує розпорядок дня, як клієнт центру.

4. У разі порушення правил, клієнт повертається в центр як клієнт центру.

Клієнт _____

Директор _____

3. Перехід до етапу ресоціалізації обговорюється на клієнтській групі. Відбувається ритуал прощання, де даються зворотні зв'язки та побажання. Обов'язковою частиною прощання є також святковий стіл.

4. Клієнт у супроводі фахівця із соціальної роботи та/або консультанта із хімічного uzалежнення їде до нового місця проживання поза центром – спеціалізований соціальний гуртожиток (який часто називають «будинок на півдорозі»). Необхідно, щоб клієнт був знайомий з місцем проживання, персоналом та з новими друзями заздалегідь (наприклад, провести ознайомчу поїздку за тиждень до повного переходу до етапу ресоціалізації). Там відбувається процедура його поселення, нагадування про правила і под.

Що стосується структури процесу ресоціалізації, то ми виділяємо такі компоненти:

- Соціальний супровід;
- Консультування з питань uzалежнення та профілактики рецидиву;
- Належність до терапевтичної спільноти;
- Групова психотерапія;
- Сімейна терапія (за необхідністю);
- Медичний супровід (за необхідністю).

Розглянемо їх докладніше.

Соціальний супровід

Основою ресоціалізаційного процесу є соціальний супровід. На жаль, в системі реабілітації хімічно uzалежнених осіб в Україні значно знижується роль соціального супроводу та така форма роботи майже не використовується в процесі постреабілітаційного супроводу. У той же час як на заході соціальний супровід є однією з основних форм роботи з хімічно uzалежненими клієнтами, особливо з молоддю.

Соціальний супровід – це вид соціальної роботи, спрямованої на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей і молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу. (Зверева, 2012: 184).

Соціальний супровід є формою підтримки та передбачає надання конкретній особі, групі осіб, сім'ї як правило комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, інформаційних послуг впродовж певного (часто тривалого) періоду. Мета соціального супроводу – поліпшення життєвої ситуації, мінімізація негативних наслідків чи повне розв'язання проблеми клієнта. Соціальний супровід здійснюється відповідним спеціалістом – фахівцем із соціальної роботи (ф.с.р.).

Необхідність соціального супроводу в процесі постреабілітаційного супроводу клієнта полягає навіть не в тому, що це ефективна технологія, а в тому, що соціальний супровід є взагалі єдиною можливою технологією, через яку можна організувати процес постреабілітаційного супроводження клієнта. Так, ми вище перераховували необхідні компоненти ресоціалізації: консультування з питань uzалежнення, належність до терапевтичної спільноти, групова або індивідуальна психотерапія тощо. Крім того необхідно вирішувати питання з роботою, правові питання та інші соціальні проблеми. Часто виникають й інші непередбачувані питання. Зрозуміло, що найчастіше клієнт не здатний ефективно (або взагалі) впоратися з системною організацією свого одужання після реабілітації та з комплексом соціальних проблем (інакше йому не потрібен був би постреабілітаційний супровід). Ця нездатність клієнта самостійно організувати процес власної ресоціалізації є однією з основних причин рецидивів після стаціонарної реабілітації. Тому є необхідність у спеціалісті, який допомагав би клієнту організовувати свій процес одужання та соціалізації, слідував на спрямовував його. По-друге, такий спеціаліст повинен взаємодіяти з іншими суб'єктами ресоціалізаційного процесу: психологом-консультантом із хімічного uzалежнення, груповим психотерапевтом, представниками терапевтичної спільноти, сім'єю, спеціалістами реабілітаційного центру, спеціалістами соціального гуртожитку, лікарем тощо. Такі обов'язки за своїм професійним статусом та етичними нормами не може виконувати ні консультант із хімічного uzалежнення, ні психолог, ні лікар. Лише фахівець із соціальної роботи може виконувати таку організаційну та інтегративну функцію, яка по суті і є соціальним супроводом.

Задачами фахівця із соціальної роботи є:

- Оцінка життєвої ситуації, потреб, проблем, цілей та ресурсів (як особистісних, так і соціальних) для змін клієнта та інших можливих показників. Обов'язкова оцінка симптомів провісників рецидиву.

- Складання з клієнтом плану його ресоціалізації та його корекція за необхідністю в самому процесі. Перерахуємо ще раз основні напрями процесу ресоціалізації, які повинні включати в себе цей план з конкретною частотою відвідувань відповідних заходів та спеціалістів: консультування із питань uzалежнення та профілактики рецидиву (психолог-консультант із хімічного uzалежнення, рекомендована частота 1 раз на тиждень); групова психотерапія (рекомендована частота 1 раз на тиждень); належність до терапевтичної спільноти (рекомендована частота відвідування груп взаємодопомоги 2-3 рази на тиждень); робота/навчання; заходи відпочинку; інша діяльність.

– Щотижнева зустріч з клієнтом, де перевіряється виконання його тижневого плану та складання плану на новий тиждень та обговорюються загальні питання. Як це не дивно, найчастіше uzалежнені клієнти більше довіряють саме фахівцю із соціальної роботи і прагнуть обговорювати свої життєві проблеми саме з ним (мабуть тому, що ф.с.р може давати конкретні рекомендації, а інші спеціалісти – консультанти, психологи, наставники – уникають конкретних рекомендацій, бажаючи розвивати у клієнта дорослість і відповідальність за вирішення своїх проблем).

– Постійне контактування з іншими суб'єктами процесу ресоціалізації. Процес ресоціалізації є комплексним, який складається з багатьох окремих напрямів роботи, крім того, в який можуть бути залучено суб'єкти, які формально не стосуються процесу ресоціалізації (наприклад, представники правоохоронних органів). Кожен з таких напрямів проводить незалежний спеціаліст або навіть організація зі своєю стратегією роботи. Функція фахівця із соціальної роботи в цьому випадку полягає в інтеграції роботи всіх цих напрямів, або навіть у загальному спрямуванні та керівництві загальним процесом.

– Мотиваційна робота. Мотивація uzалежнених досить довгий час, навіть роки, є нестійкою. Тому певна мотиваційна робота з uzалежненим клієнтом в ремісії повинна проводитися постійно, а спеціаліст володіти відповідними навичками.

– Допомога у вирішенні соціальних задач: пошук роботи, вирішення проблем з законом та ін.

– Контакткування з сім'єю та за необхідністю прийняття ролі модератора у виникненні конфліктів та сімейних проблем.

– У випадку рецидиву допомога в організації процес повернення клієнта до центру реабілітації.

Клієнту після виходу зі стаціонарного центру необхідний «наставник», який на перших порах буде майже керувати його процесом «одужання», поступово віддаючи відповідальність самому клієнтові. Такий процес «наставництва» по суті і є соціальним супроводом. На жаль самі клієнти здебільшого нездатні організувати цей процес самостійно.

З розповіді клієнта, який повернувся до центру після рецидиву: «Я думав, що, коли вийду з реабілітації, спочатку тиждень буду відпочивати, потім почну шукати роботу, групи, психолога ... але «тиждень» затягнулася і я навіть не помітив, як знову почав вживати. Оскільки нового плану життя у мене не було, я почав дзвонити старим знайомим,

щоб провести хоч якось вільний час, і незабаром мене затягнуло назад в старе життя ... «.

Приклад опитувальника для підсумків тижня у роботі з фахівцем із соціальної роботи:

1. Що корисного для тверезості Ви зробили цього тижня?

– відвідування груп самодопомоги (скільки, якщо ні, що заважає відвідувати групи?);

– читання програмної літератури (що саме, як часто, якщо ні, що заважає?);

– уранішня медитація (як часто, якщо ні, що заважає?);

– аналіз дня;

– спілкування з видужуючими людьми;

– звернення до консультантів, психологів.

2. Які позитивні зміни за цей тиждень Ви б хотіли відмітити (поведінка, мислення, управління емоціями, стосунки з оточуючими)? Наведіть приклади. Що сприяло цим змінам?

3. Що продовжує залишатися по-старому (відвідування слизьких місць, спілкування з тими, що вживають, маніпуляції батьками, іншими людьми, жалість до себе, звинувачення інших у своїх проблемах, небажання активно працювати за програмою одужання, бажання отримати все і відразу, пошук причин, щоб не відвідувати групи, не читати літературу, медитацію, підвищена конфліктність в спілкуванні з близькими та іншими людьми, що оточують Вас, скритність, кримінальна поведінка, мислення, розмови про наркотик/алкоголь)? Чому Вам важко цього позбутися?

4. Назвіть ситуації(якщо вони були), коли Вам було важко контролювати свої емоції, поведінку, думки цього тижня? Які рекомендації програми Ви використали, що б впоратися з цими ситуаціями?

5. Які почуття (задоволення, смуток, радість, занепокоєння, страх, образу, провини, самотність, розчарування, натхнення, розуміння, ін.) Ви найчастіше переживали протягом тижня, що було причиною цього? Ви ділилися з ким-небудь своїми переживаннями або приховували їх від інших? Якщо так, чому?

6. Як часто за цей тиждень до Вас приходили думки про наркотик/алкоголь? Опишіть ситуації, в яких вони приходили, що Ви відчували, як справлялися? Чи були випадки, коли Ви самі ініціювали розмови про наркотик/алкоголь? Якщо так, що сприяло цьому?

7. Які теми, на групі АА/АН були для Вас найбільш корисні, чому? Які зайняття не викликали у Вас ніякої реакції, чому?

8. Як група самодопомоги впливає на Ваше особове зростання? Яку роль Ви граєте в групі? Як сприяете ефективній роботі групи? Якщо Ви не активні, що є причиною цього?

9. Чи були у Вас проблеми з управлінням фінансами?

10. Над якими проблемами, на вашу думку, Вам необхідно працювати наступного тижня?

Консультування з питань uzалежнення та профілактики рецидиву

Цей напрям ресоціалізації полягає в індивідуальному консультуванні, яке проводить психолог-адиктолог з відповідною професійною освітою та набуттям додаткової спеціалізації у роботі з узалежненими клієнтами.

Робота в цьому напрямі є когнітивно-поведінково орієнтованою (скоріше психокорекційною, ніж психотерапевтичною) та структурованою (робота йде не стільки за запитом клієнта, скільки за проробкою певних тем та напрямів). Структуру консультування з питань узалежнення ми пропонуємо таку:

- профілактика рецидиву;
- робота з ірраціональними мисленням та переконаннями;
- розвиток навиків здорової життєдіяльності;
- проробка історії вживання ПАР;
- робота з ціннісною сферою.

Профілактика рецидиву

Профілактика рецидиву полягає в декількох напрямках роботи: профілактика тяги до вживання (включаючи роботу з узалежненим мисленням, спогадами про вживання тощо), профілактика стресу, мотиваційна робота (профілактика свідомого рішення почати вживати), відстеження симптомів зриву. Якщо в центрі реабілітації акцент у профілактиці рецидиву зроблено на роботі з тягою до вживання, то на ресоціалізуючому етапі важливішим є робота з процесом зриву, як це, наприклад, пропонує Т. Горський (*Горски, 2012*).

Аналізуючи свої слабкі сторони, клієнт вчиться розуміти, які ситуації, найнебезпечніші для нього та можуть привести до повернення до вживання.

Ще до моменту виходу в соціум, одужуючий повинен вміти розуміти симптоми зриву (СЗ) і визначати прояви їх у себе. Однак основна робота з СЗ настає після виходу з центру, бо там з'являються нові СЗ та трансформуються старі. Тому клієнтові важливо постійно переглядати свій список СЗ, оскільки хвороба має властивість проявлятися витонченим

способом. Узалежнення підступне і розвивається паралельно з одужанням, воно має прояви в мисленні у вигляді механізмів психологічного захисту. Те, що раніше не було небезпечним для зриву конкретного індивідуума, з часом може нести для нього загрозу. Наприклад, якщо основний СЗ узалеженого «я починаю себе жаліти» і клієнт зосереджений на роботі з ним, то може виникнути нова небезпека, як, наприклад ЗС «я легко стаю злим» або «я відкрито відмовляюся від допомоги». Основні СЗ, властиві конкретно окремій людині в силу спочатку сформованої структури особистості і можуть проявлятися, так або інакше, упродовж усього життя, як і дефекти характеру. Для того, щоб запобігти початку процесу зриву, або не дати йому розвинутися до критичного стану, психологу-адиктологу важливо періодично переглядати з клієнтом його СЗ, відстежувати «фазу зриву», на якій він знаходиться та роботи запобігаючи заходи.

Робота з ірраціональними мисленням та переконаннями.

Необхідно проводити роботу з ірраціональними переконаннями, які сформувалися в процесі розвитку узалежнення та підтримують його. Наприклад, в процесі вживання ПАР у людей формується мислення, спрямоване на пошук винних в їхніх проблемах. Або також узалежненні люди схильні малювати навколишню реальність темними фарбами, дивитися на події та інтерпретувати їх з негативного боку, драматизувати наслідки. Або мислення через «комплекс вивченого безсилля» – уявлення свого становища як безнадійного, а погляд на себе, як на безсильну людину, яка не в змозі впоратися з тим становищем, в якому знаходиться.

Так у процесі вживання формується система переконань, які проявляються в таких твердженнях (нижчеперелічений матеріал взято з відповідей клієнтів під час проведення групових та індивідуальних занять):

- без ПАР жити сумно;
- звертатися за допомогою – доля слабких людей;
- мені ніхто не може допомогти, так як я безнадійний;
- марихуана – не наркотик;
- я сам зможу впоратися з проблемою;
- батьки мені повинні допомагати і вирішувати мої проблеми, так як народили мене і це їх обов'язок;
- люди не гідні довіри;
- відкритість може бути використана проти мене;
- людина людині вовк;
- контроль над вживанням ПАР можливий;
- я безнадійний;
- мене ніхто не любить, не поважає, я не гідний нормального життя;

– тверезе життя – нудне і не цікаве заняття.

Можна сказати, що така система схожа на філософію життя і її не просто змінити через пряме переконання людини в зворотному. Тому така робота вимагає тривалого часу.

Процес зміни переконань починається ще в процесі реабілітації. Люди починають розуміти, що можна звернутися за допомогою і отримати її, що можна висловлювати свою думку і не бути осміяним чи непочутим, що є люди, яким можна довіритися і бути в безпеці. Але ці зміни необхідно підтримувати і досліджувати нові, які можуть проявлятися вже після виходу з реабілітаційного центру в процесі ресоціалізації.

У цій роботі дуже ефективно працює метод раціонально-емотивної терапії Альберта Елліса (*Елліс, 2008*). Ця модель виглядає як формула АВС, де:

А – подія, яка активує реакцію;

В – інтерпретація події, спосіб оцінки подій (базується на раціональних, або ірраціональних переконаннях, «В» – думка, переконання);

С – емоційні («Се») або поведінкові («Сb») реакції, що виникають внаслідок В. Особисті вірування, та переконання в цій формулі є центральними. Провідну роль у формуванні вірувань відіграє соціальне оточення.

Згідно РЕПТ, душевні страждання виникають через ірраціональні переконання. Якщо очистити голову від ірраціональних думок і навчитися мислити раціонально, людина не буде собі дозволяти бути нещасною. Тобто стверджується, що події, які відбуваються в житті людини, впливають, але не відіграють визначальної ролі в формуванні його емоцій, вирішальну роль мають лише його інтерпретації подій, які з ним відбуваються.

Загалом Елліс виділяє чотири категорії ірраціональних переконань:

– Установки які говорять про те, що людина щось винна (щодо себе, або до інших людей, або до ситуацій і світу загалом: «я повинен / повинна», «вони повинні», «світ повинен»). Вербальні маркери таких установок – слова «повинен», «треба», «потрібно», «слід», «необхідно», «змушений», «доведеться» й ін.

– Катастрофічні установки, які призводять до катастрофізації – зайвого перебільшення негативних наслідків подій. Вербальні маркери таких установок – слова «жахливо», «жахливо», «нестерпно», «катастрофічно», «смертельно», «неможливо», «моторошно» й ін.

– Заперечення своєї толерантності (низька стійкість до фрустрації і дискомфорту – нездатність переносити дискомфорт і труднощі, які виникають за різних невдачах, перешкодах, проблемах). Вербальні маркери

– такі фрази: «це нестерпно», «я цього не винесу», «я цього не переживу», «я не повинен відчувати себе погано», «я зобов'язаний завжди бути щасливим», «я зобов'язаний завжди відчувати себе добре» та інше.

– Прокльони і самоприпинення (оцінювання і засудження / критика / осуд себе та інших). За таких переконань оцінка окремого вчинку поширюється на людину загалом («він поганий чоловік, оскільки зробив кепсько»)

Усі ці категорії ірраціональних переконань притаманні і узалежненим людям.

У роботі з ірраціональними переконаннями клієнтам пояснюють саму формулу А-В-С та філософію, що за нею стоїть. Також знайомлять з категоріями ірраціональних переконань, наводять приклади і шукають свої.

Також клієнта вчать інтерпретувати події, які викликають в них сильний дискомфорт різними методами, щоб знайти такі інтерпретації, які будуть менш травмуючими, нейтральними або обнадійливими. Наприклад:

– Переконання «Тверезе життя нудне». Можна інтерпретувати так: я не здійснюю ефективних дій, щоб моє тверезе життя було продуктивним. Життя само собою не може бути нудним, це щось усередині мене не так.

– Переконання «У мене не вийде залишатися тверезим». Я все робитиму, щоб залишитися тверезим і просити допомоги у досвідченіших тверезих людей. Якщо я робитиму все, що отримав під час реабілітації, то у мене вийде змінити життя. Навіщо я здаюся, так і не спробувавши жити по-новому.

– Переконання «Психолог мені не допоможе». Якщо я не ходитиму до психолога, то, звичайно він мені не допоможе. Якщо я ходитиму до психолога і робитиму все, що він мені скаже, то це обов'язково допоможе. Психолог мені не допоможе, якщо я буду закритий для нього і не буду чесний.

– Переконання «Програма «12 Кроків» мені не підходить». Скільки часу я виконував рекомендації програми, щоб стверджувати, що вона мені не підходить? Чому вона повинна мені підходити, а не я до неї?

– Переконання «Мене ніхто не любить. Хіба є закон, згідно якого усі повинні мене любити? Хто ці НІХТО? А багато людей я люблю? А хіба мене можуть любити усі люди, що живуть на Землі?

– Переконання «У тверезості кожний день схожий на інший, одне і теж». Щодень не може бути однаковим, оскільки у людей різний настрій. Це я не можу вчитися щодня бачити різне.

Постійне тренування клієнта перефразовувати звичні інтерпретації, призводить до того, що клієнт з часом починає робити це автоматично.

Відмовляючись від катастрофічних інтерпретацій, він стає емоційно стійким і не панікує, коли до нього приходять деструктивні думки. Він починає розуміти, що може управляти мисленням, а не мислення їм, як це було в минулому житті в узалежненні.

Розвиток навиків здорової життєдіяльності

Одужання від хімічного узалежнення, як вже ми казали вище, це процес повної зміни життєдіяльності. Цей напрям роботи з психологом-адиктологом полягає в розвитку навиків такого нового тверезого життя та відстеження появи «старих» звичок. Як технічній засіб психологу-адиктологу рекомендується використовувати біо-психо-соціо-духовну (БПСД) модель. Після проходження реабілітації, велике значення має контроль рівномірного розподілу розвитку в кожній сфері життєдіяльності людини.

Це необхідно одужуючій узалежненій людині, щоб не зробити помилок, які можуть сприяти його поверненню до одержимості (тунельному баченню реальності).

Стан свідомості узалежнених осіб можна описати за допомогою такого терміну, як «одержимість». Одержимість – часткове або повне і всеосяжне підпорядкування розуму людини чомусь, якій-небудь думці або бажанню. Одержимість – явище, за якомога розум людини підпорядкований певній ідеї, віруванню або бажанню. У сучасному науковому трактуванні одержимості найбільш близьке відхилення, назване надцінною ідеєю, яке відкрив в 1892 році німецький психоневропатолог Карл Верніке. Пацієнти, яких спостерігав Верніке, робили цілком усвідомлені речі, але усі вони були спрямовані на досягнення тільки однієї цілі, яка не дозволяла їм замислюватись над чимось іншим.

Повернення до узалеженого мислення може проявлятися в одержимості людини релігією, спортом, зовнішнім виглядом, їжею, роботою та іншим. Постійний аналіз роботи за БПСД сферам, може допомогти клієнтові не повернутися до зацикленості на чомусь одному, а в майбутньому до вживання. Також узалежнення може змінитися, наприклад, хімічна перетвориться на ігрову, або узалежнення від наркотиків може бути замінена узалежненням вживанням алкоголю. На початку, процес повернення узалеженого мислення може бути не помітний для людини, яка одужує, проте одержимість властива усім людям, які стикалися з проблемою узалежнення, і людина повинна вчитися відслідковувати цей процес та контролювати його, спочатку за допомогою фахівців, а потім більш самостійно. Робота за БПСД моделі одужання припускає гармонійний розвиток усіх сфер життєдіяльності людини, а саме:

Біологічна сфера: фізична активність – спорт, уранішня зарядка; режим сну; контроль харчування; спостереження за здоров'ям.

Психологічна сфера: емоційна грамотність; обмеження стресових, тригерних ситуацій, особливо в перший рік одужання; виховання стресостійкості, сили волі.

Соціальна сфера: припинити спілкування з людьми, які вживають, ведуть не здоровий спосіб життя; не відвідувати тригерні місця – місця, пов'язані з минулим способом життя, місця, де вживають/грають; нове коло спілкування – будь-які співтовариства із здоровими інтересами і цілями: спортивні, психологічні, АН, АА, АІ тощо; соціальна активність.

Духовна сфера: формування здорових принципів і правил життя; робота над цінностями; розвиток осмисленості життя, альтруїстичної позиції; уміння дякувати і цінувати.

У реабілітації робота за БПСД відбувається завдяки персоналу, встановленому розпорядку дня та наданню інформативного матеріалу, згідно програми реабілітації. На етапі ресоціалізації психолог-адиктолог вчить клієнта застосовувати БПСД модель вже у реальному житті за межами центру.

Робота з ціннісною сферою

Робота з системою цінностей в постреабілітаційній програмі потрібна через те, що в процесі вживання ПАР, людина поступово знецінює те, що раніше цінувала, причому процес знецінення відбувається непомітно для uzалежненої людини. Щоб якось виправдатися перед близькими людьми через те, що він вживає (грає), доводиться придумувати ситуації, які сприяли цьому, тобто починати брехати, а з часом уміння обманювати доходить до досконалості. Обманюючи людей, узалежненій людині доводиться знецінювати їх важливість для себе. Навряд чи ми брехатимемо тому, кого дійсно цінуємо. Спочатку буває соромно, потім і сором проходить. Обман стає нормою. Близькі стають просто об'єктами, які потрібні, як джерело для отримання грошей або іншої допомоги.

Обман породжує безвідповідальність. Людина перестає відповідати за свої слова і вчинки. Сказав – не зробив, придумав виправдання. Така поведінка стає звичною і навіть починає подобається. Подобається будь-якими методами добитися свого, подобається, коли тобі вірять, і ти залишаєшся безкарним. Знецінюються не лише родичі, але і друзі, які не розділяють нове захоплення і відвертаються від uzалежненої людини. Для гравців гроші перестають мати якусь цінність. Сума боргу вже не має ніякого значення. Самі гравці говорять, що гроші сприймаються, як папір. Вживання завжди пов'язане з ризиком для життя. І саме життя перестає бути цінним,

тому немає страху смерті, немає страху втратити близьких, хіба що, як джерело допомоги і отримання грошей.

Ніхто не замислюється, що ведення способу життя, пов'язаного із вживанням наркотиків, алкоголю, мало нагадує життя людини, яка поважає і цінує себе, як особу. Таке питання взагалі не виникає в голові. Зарозумілість, занадто висока самооцінка стають імітацією самоповаги. Інший варіант, коли людина обирає роль жертви обставин і починає знецінювати свої здібності щодо подолання труднощів життя, і взагалі вважає себе негідним жити і бути шанованим іншими і самим собою. Ідея розвитку себе як особи взагалі не стоїть на порядку денному. Життя в ілюзії починає здаватися реальністю. Поняття особистості, гідності розчиняються в тумані зміненої свідомості. Байдужість до себе призводить до того, що людина перестає думати про цілі в житті і котиться під укіс. Хто встиг чогось досягти, зупиняється і завмирає на одному рівні, хоча, з часом починає руйнувати і те, що має. Втрати фінансів, людей, неповага, недовіра стають звичними, втрачається цінність соціальних зв'язків і досягнень.

Цю низку можна продовжувати, але вже стає зрозуміло, що усі цінності які були до узалежнення втрачають значимість, а інші приходять їм на зміну. Їм подобається сам процес здобичі наркотика, п'яні посиденьки, проведення часу в нескінченних безглузких розмовах в пивбарі. Робити ставки можна цілодобово, не відчуваючи втоми. Ті, хто втягнувся в кримінальний світ, починає цінувати мову сили, люди сприймаються, як об'єкти для наживи. Відкритість, чесність взагалі не сприймаються, оскільки ці якості вважаються шкідливими для виживання у світі узалежненої спільноти.

У роботі із системою цінностей добре підходить система цінностей за Рокичем (Рокич, 2009). Рокич виділив дві групи цінностей:

- термінальні, або кінцеві, цінності, або цінності-цілі, тобто переконання в тому, що досягнення деяких конкретних цілей є сенсом людського життя (або, по-іншому, переконання, що якась кінцева мета індивідуального існування, наприклад, щасливе сімейне життя, мир у всьому світі – з особистого і суспільного погляду варті того, щоб до неї прагнути): активність, мудрість, здоров'я, робота, переживання прекрасного, любов, матеріальний достаток, друзі, суспільне визнання, пізнання, продуктивність, розвиток, розваги, свобода, сім'я, щастя інших, творчість, впевненість в собі;
- інструментальні цінності, або цінності-засоби, тобто таланти, пов'язані з методами досягнення цілей (переконання в тому, що якийсь образ дій, наприклад, чесність, раціоналізм – є з особистого і суспільного погляду кращим у будь-яких ситуаціях): акуратність, вихованість, високі

запити, життєрадісність, старанність, незалежність, непримиренність до недоліків, відповідальність, раціоналізм, самоконтроль, сміливість, тверда воля, толерантність, широта поглядів, чесність, ефективність в справах, чуйність.

Клієнтам дається інформаційний матеріал, де вони знайомляться з двома видами цінностей. Орієнтуючись на ці цінності можна створити список інструментальних цінностей, які слід розвинути, як інструментальні, щоб навчитися цінувати тверезе життя і прагнути його.

Для uzалежнених людей слід додати в термінальну цінність «життя без вживання ПАР», а в інструментальні цінності «спілкування з тверезими членами груп самопомогги», «допомога іншим uzалежненим, які ще знаходяться в процесі вживання», «цінність тверезого стану, як бази для плідного життя».

Але процес переоцінки набагато складніший, ніж процес знецінення. Початок формування нових цінностей починається в реабілітаційному центрі. Клієнтам доводиться жити в певному графіку, дотримуватися дисципліни, що вже конфронтує їх звичний хаотичний і непередбачуваний спосіб життя. Поняття свободи в uzалежнених людей обмежується переконаністю в тому, що це вседозволеність. А підпорядкування комусь вважається слабкістю.

Будь-яка цінність не може бути цінною, якщо дотримання їй або наявність її не підкріплена емоційно. Тобто, якщо звернення за допомогою не буде підкріплено почуттям довіри, розумінням її корисності, полегшенням то, навряд чи людина користуватиметься цією цінністю. А тим більше uzалежнений. Якщо відкритість не буде давати полегшення і розуміння якоїсь проблеми та її рішення, людина не буде сприймати її, як цінність. Тому формування нових цінностей вимагає довготривалої роботи. Це процес, який повинен супроводжуватися діями, що відповідають тій цінності, яку людина хоче придбати. Наприклад, щоб зрозуміти цінність тверезого стану, необхідно навчитися, знаходячись в ньому, отримувати задоволення, і не просто від самого стану, а від результату дій з тверезою свідомістю.

Тому в реабілітаційному центрі необхідно проводити свята, прогулянки на природі, вітання членів групи з днем народження, прогулянки містом тощо, і цей процес повинен продовжуватися на ресоціалізаційному етапі. Але не просто так проводити вільний час, але ще і фіксувати ті переживання які клієнт відчував, беручи участь в цих заходах. Для цього проводяться групи з аналізу проведення вихідного дня. Після виходів на природу можна обговорювати в групі те, що пережив клієнт, проводячи так час? Чим ці переживання відрізняються від тих, що були під час вживання, або гри.

Співавтор (Олександр Тимошенко) проводив групу на тему «Пори року у вживанні». Відповіді членів групи були такі, що пори року відчувалися, як холодно, жарко, сирі, сухо, вітряно і все. А те, як цвітуть дерева, як виглядає ліс або місто, ніхто не бачив. Часто хлопці, стаючи тверезими, діляться тим, що уперше звертають увагу на те, як розквітають дерева, задивляються на світанок або захід сонця, на небо, хмари. Здається комусь смішним, але це і є те, що я називаю формуванням нового сприйняття реальності та цінності цієї реальності.

У екзистенціальній психології є таке поняття, як цінність переживань. Переживання – це те, що я відчуваю і відчуваю живучі у цьому світі. Це не обов'язково позитивні емоції, це всі переживання. І радість і горе. Тобто самі переживання, незалежно від того, якій вони мають знак чи плюс чи мінус, також можуть буди цінними самі собою.

У постреабілітаційній програмі необхідно звертати увагу клієнта на те, як він себе почуває в новому стані, що він відкриває для себе в тверезому житті. Чи стають для нього цінними чесність, відкритість, відповідальність, спілкування з батьками, взагалі те, що він живий і має шанс розвиватися далі. Якщо для нього щось цінне, то як він діє відповідно до цієї цінності, що для нього жити по-новому? Одування від uzалежнення – це не просто розмови про те, як потрібно жити тверезим – це реальні дії, це не просто розмови про внутрішній світ, травми, комплекси – це робота над ними і моніторинг результатів своїх дій.

Уміння бачити досягнення – це теж складно для багатьох uzалежнених людей. Їм здається, що ці хвастощі, оскільки деяким з них у дитинстві казали, що говорити про себе не правильно, хвалити себе не можна. Тому необхідно підводити щомісячні підсумки досягнень в тверезому житті, та особистісному рості під час підтримуючої програми. Якщо клієнт дійсно почне цінувати тверезий стан, свої можливості в ньому, себе особисто, як гідного іншого життя, то можна сказати, що програма проведена успішно і він може починати жити самостійно.

Належність до терапевтичної спільноти.

Одна з метафор, якою часто описують uzалежнення, є: «uzалежнення – хвороба самотності». Один з чинників одужання – належність до здорового співтовариства. Як би людина не заперечувала своє бажання бути частиною колективу, потреба належності існує у кожного індивідуума.

Спільнота – це об'єднання, група з деякого числа людей, пов'язаних спільними інтересами, цілями. Спільнота може називатися здоровою, якщо

люди, що належать до неї, не використовують руйнівну поведінку щодо себе й інших.

Такими спільнотами для uzалежнених, які стали на шлях одужання, можуть бути:

- Співтовариства, що пропагують здоровий спосіб життя – спорт, здорове харчування.
- Співтовариства АН, АА, АІ.
- Релігійні спільноти.
- Психологічні навчальні групи і інші групи, що переслідують спільні цілі та інтереси щодо здорового способу життя.

Сприятлива належність (належність до співтовариства, спрямованого на здоровий розвиток) обумовлена, насамперед, необхідністю зміни звичного кола спілкування одужуючої uzалежненої людини.

Одужання – це кардинальний процес зміни мислення і поведінки, отже, нове коло спілкування має бути діаметрально протилежним до колишнього – тобто коло, в якому вживання ПАР не є нормою і пріоритетом.

Ще одним чинником сприятливої належності є необхідність підтвердження правильності (ідеться про правила/принципи, необхідні для одужання) своїх дій, за допомогою «віддзеркалення» групи.

З розповіді клієнта: *«Я вийшов з реабілітації, знаючи про рекомендації. Думав, що знайду опору у своїх друзях, які вели здоровий спосіб життя, – у них були сім'ї, діти. але, оскільки проблем з алкоголем у них не було, друзі могли дозволити собі випивати на свята. Балувати себе дорогими алкогольними напоями і пригощати гостей було престижним у цьому колі. Серед них я почував себе не нормальним, не випиваючи. І я вирішив, що зможу так само, як друзі випивати потроху, іноді. Це було моєю помилкою. Коли ж я потрапив на зустріч співтовариства АА, то зрозумів, що я не самотній, і не випивати зовсім – це теж нормально».*

Групова психотерапія

Індивідуальна робота з психологом-адиктологом не може замінити групову психотерапію і навпаки. Ці два напрями вирішують різні задачі. Якщо психолог-адиктолог працює більше з адиктивною частиною особистості, то групову роботу спрямована на розвиток нормативної частини. Задачами групової роботи є відновлення спроможності будувати відкриті стосунки, розвиток аутентичних почуттів, вирішення психологічних конфліктів та ін. Групи пропонується проводити в гуманістичному стилі (наприклад, за методом транзакційного аналізу, гештальт-терапії, клієнт-центрованої

терапії та ін.), задіюючи групову динаміку. Пропонується використовувати різні техніки гуманістичного напрямку: психодраму, арт-терапію, метафоричні карти тощо. Групу повинен проводити груповий психотерапевт з відповідною освітою та кваліфікацією.

Висновки

Етап ресоціалізації є необхідним етапом одужання uzалежненої особи і становлення подальшої тверезості буде залежати найбільшою мірою саме від цього етапу. Можна казати, що попередній етап стаціонарної реабілітації є тільки підготовчими до етапу ресоціалізації. Ми вважаємо, що високий рівень рецидивів після проходження стаціонарної реабілітації є наслідком саме знехтування етапом ресоціалізації.

У процес ресоціалізації повинні входити: бажане проживання в соціальному гуртожитку, організація роботи/навчання та дозвілля, консультування з питань uzалежнення та профілактики рецидиву, належність до терапевтичної спільноти, групова психотерапія та за необхідністю сімейна терапія та медичний супровід.

На жаль, uzалежнена людина найчастіше неспроможна сама організувати свій процес одужання після виходу з центру (навіть, якщо для неї будуть створені відповідні умови для всіх видів вищеперерахованої активності), тому необхідним є постреабілітаційний супровід. Технічно він здійснюється у вигляді соціального супроводу, де фахівець із соціальної роботи бере на себе організаційну функцію, тільки поступово віддаючи відповідальність клієнтові.

Список використаних джерел:

1. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / За заг. ред. проф. І. Д. Звереві. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. 536 с.
2. Горски Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / Пер с англ. Штульман А. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2012. 160 с.
3. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия / Пер. с англ. яз. Н.Б. Ярошевской. Ростов н/Дону: Феникс, 2008. 160 стр.
4. Рокич М. Методика «Ценностные ориентации». *Большая энциклопедия психологических тестов* / авт.-сост. А.А. Карелин. Москва: Эксмо, 2009. С. 26-28.

3.6. Особливості реабілітації клієнтів з коморбідними розладами в реабілітаційному центрі

Третьяк Ю.

Абстракт. Підрозділ присвячено проблемі коморбідності uzалежнення з іншими психічними розладами та особливостям психологічної роботи з такими клієнтами. Розглянуто коморбідність uzалежнення з шизофренією, афективними розладами, тривожними розладами, ПТСР. Окремо розглянуто психотичні стани внаслідок вживання солей та спайсів та суїцидальну поведінку в результаті вживання ПАР. Для кожного розглянутого варіанту надаються рекомендації щодо особливостей психологічного супроводу.

Коморбідність uzалежнення та диференціальна діагностика

Коморбідність – співіснування у одного пацієнта двох або більше захворювань, синдромів, психічних розладів, пов'язаних між собою єдиним патогенетичним механізмом які збігаються у часі. Коморбідна хвороба або розлад може бути спровокована або безпосередньо пов'язана з основною хронічною хворобою.

Диференціальна діагностика має важливе значення у випадках гострої інтоксикації від речовини, що викликає uzалежнення, або комбінації речовин, коли необхідно розрізнати окремі психопатологічні та фізичні симптоми з метою прийняття рішень для належного лікування гострого стану (консультації психіатра, нарколога, терапевта та ін. фахівців) і подальшого психологічного супроводу. Важливо визначити, чи виникають ці симптоми лише в результаті порушень, які з'являються після вживання речовин (період абстинентного синдрому), що викликають uzалежнення, або мова йде про інше психічне захворювання або розлад, яке змінює спосіб і природу інтервенції в uzалеженого.

Люди з uzалежненням від наркотику або алкоголю часто страждають психічними захворюваннями та розладами. Водночас первинність або вторинність психічного захворювання або розладу важко визначити, тому що «експерименти» з речовинами і їх вживання, як правило, починаються в підлітковому віці. Це дає «змазану картину» психічного життя людини, де не зовсім зрозуміло – неадекватність поведінки, спотворення мислення, порушення в соціальній складовій – це наслідок вживання або симптом психічного розладу.

Короткий огляд статистичних даних, що стосуються uzалежнення і коморбідів, які надають зарубіжні автори. Дані з США показують, що

приблизно 76% чоловіків і 65% жінок, що мають узалежнення від ПАР, страждають іншими психічними захворюваннями. За даними досліджень, проведених в Німеччині, до 80% алкоузалежнених та 75% опіумозалежнених страждають одночасно розладом особистості, з них більшу частину складають афективні розлади, перш за все депресії (Крюгер Р., 2017). Також є дані про те, що такі психічні розлади як панічний розлад, соціальна фобія, агорафобія, біполярні розлади найбільш часто коморбідні за узалежнення від ПАР або провокують її. Так само, алкоузалежнення пов'язане з високим ризиком виникнення афективних розладів (в 3 рази вище, ніж в нормальній популяції і 20–60% від загального числа узалежнених), депресія в 4 рази, біполярні розлади в 6 разів, генералізований тривожний розлад в 4 рази, панічний розлад в 2 рази, посттравматичний стресовий розлад більш ніж в 2 рази. У 20% узалежнених виявляються процесуальні ендогенні психічні захворювання. 30% людей, у яких діагностовано шизофренія або маніакально–депресивний психоз, мають узалежнення від ПАР (Егоров А.Ю., Шагуахметов Ф.Ш., 2016).

Більшість людей з проблемами зловживання ПАР на рівні важкого узалежнення за DSM–IV, припиняють зловживати самі без будь-якої допомоги (допомоги потребують скоріше люди з коморбідними розладами, ніж з «чистим» узалежненням). Вживання наркотиків і алкоголю може забезпечити звичний і, у короткостроковій перспективі, ефективний спосіб подолання тяжкого психологічного стресу, який зазвичай відчувають пацієнти з супутніми психічними розладами та пов'язаними з ними економічними, соціальними проблемами та проблемами у стосунках. Це основний аспект клінічного розуміння узалежнення, який часто називають гіпотезою самолікування. Грубо кажучи, наркотики та алкоголь пропонують спосіб впоратися з сильними негативними емоціями (наприклад, пов'язаними з настроєм, тривогою та розладами особистості) та іншими психіатричними симптомами. Отже, якщо не буде досягнуто одужання від коморбідних розладів або адекватно усунуті симптоми цих розладів, знайдено доступні кращі життєві можливості та вивчені альтернативні способи боротьби з психологічним дістресом, пацієнти навряд чи відмовляться від вживання наркотиків та алкоголю як способу боротьби з їх інтенсивним негативним станом та іншими симптомами. Масштабні дані національного опитування демонструють, що показники узалежнення від наркотиків досягають свого піку в підлітковому та ранньому дорослому віці, а потім різко знижуються; наркомани, як правило, «дозрівають» наприкінці двадцяти або на початку тридцяти років (Pickard H., 2012).

Різні теорії виникнення узалежнення від ПАР розглядають питання про те, чи стають психічні порушення причиною, або наслідком вживання речовин, що викликають узалежнення. Дослідження і досвід підтверджують обидва факти: по-перше, це сприятливі фактори, на які впливає багатофакторність навколишнього середовища, і які спільно створюють умови для розвитку розладу, а по-друге, це руйнівні наслідки вживання, які породжують виникнення іншого психічного розладу. Одночасне вживання декількох видів ПАР погіршує перебіг і прогноз коморбідних станів. З інших психічних розладів часто встановлюються розлади особистості антисоціального характеру, межові стани, тривожні і депресивні розлади, фобії і дистимія.

Далі будуть перелічені та описані психічні розлади і захворювання, що найчастіше зустрічаються як коморбідні узалежненню.

Коморбідність узалежнення від ПАР з шизофренією

Шизофренія – важкий психічний розлад, що характеризується значними порушеннями мислення, сприйняття, емоцій, поведінки, когнітивних функцій, сильною вразливістю та чутливістю до стресу, що відображається в міжособистісних відносинах, відсутності або зниженні соціальних навичок.

Вживання ПАР, на жаль, часто зустрічається у людей, які страждають на шизофренію, і може бути одним із основних факторів раннього розвитку цього захворювання (але не причиною). Перші описи коморбідності шизофренії і алкоголізму з'явилися на початку XX століття в роботах Е. Блейлера, К. Гретера, Е. Крепеліна. Е. Блейлер відзначав, що алкоголізм при шизофренії виникає часто, тому що алкогольні психози виникають нерідко на тлі шизофренії, що і призводить до ускладнення перебігу цього захворювання. (*Блейлер Е., 1993*). К. Гретер вважав, що маніфестація шизофренії після зникнення алкогольного психозу (делірій, параноїд, галюциноз), проявляється маячню переслідування і впливу, які поєднуються зі змінами особистості, що властиві шизофренії. Так з'являється термін «Гретеровська шизофренія». Інші автори висловлюють думку, що вживання ПАР може лише тимчасово пом'якшити симптоматику, але сама шизофренія сильно ускладнює перебіг хронічної інтоксикації, що може закінчитися повною втратою працездатності та проявом апатичного слабоумства (*Крепелін Е., 2004*). Ця дискусія триває до теперішнього часу і сучасні дослідження підтверджують дані, що чим важче психічний розлад, тим вище рівень зловживання ПАР, зокрема і алкоголем. Також були виділені причини вживання алкоголю хворими на шизофренію: полегшення

психотичних симптомів (галюцинації, тривога, депресія та ін.); зниження побічних ефектів від прийому антипсихотичних препаратів; компенсація емоційних і вольових розладів. У період рецидиву шизофренії вживання може набувати запійний характер без зовнішньої обумовленості для алкогольних ексцесів. Сп'яніння відбувається за дисфорічним, істероїдним типом з імпульсивними вчинками, проявом параноїдної поведінки. Абстинентний синдром проявляється астеною, апатією, субдепресивними та іпохондричними проявами без особливих скарг і прохань. Алкогольна деградація має стрімкий розвиток, що спостерігається в байдужості до своєї долі та до оточуючих людей, спустошеності, пасивності, емоційної вихолощеності, частими зривами та швидким «зануренням» у зловживання за першої ж можливості. Знання причин і врахування всього вищевикладеного, дають можливість правильного розуміння, що відбувається з нашим коморбідним клієнтом за вживання ПАР і, після, в абстиненції, а також важливість своєчасної консультації психіатра (призначення медикаментозної терапії), вибору психотерапевтичних технік і подальшого супроводу.

У чому ж полягає особливість роботи з таким клієнтом? Психологічна робота, насамперед, повинна спрямовуватися на навчання соціальним навичкам. Необхідно знати, що ці навички, можливо, через розвиток хвороби в результаті вживання ПАР і частих гострих психотичних станів були загублені або погіршилися, що і призводило до соціальної ізоляції і подальшого вживання як способу впоратися з цією проблемою (це можна помітити, спостерігаючи за поведінкою клієнта в центрі – він замкнутий і тримається відокремлено). Основні практичні навички, яким потрібно навчити клієнта, є: поліпшення здатності спілкуватися з іншими людьми, правильно розуміти і сприймати інших, вирішувати проблеми в міжособистісних відносинах, висловлювати свої побажання, задовольняти свої емоційні потреби адекватним способом, а також навчати і підкріплювати розвиток бажаної поведінки – турбота про власний одяг, його чистоту, охайний вигляд, дотримання особистої гігієни. Найбільш ефективні техніки роботи при шизофренії взяті з біхевіоральних, когнітивних і когнітивно-біхевіоральних терапевтичних програм.

Так, навчання соціальним навичкам спрямовано на набуття соціально бажаної поведінки і підвищення якості життя клієнта, а не на лікування шизофренії. Для цього є супутнє спостереження у психіатра і відповідне медикаментозне лікування.

Коморбідність узалежнення з афективними розладами

Афективний розлад – це загальна назва групи психічних розладів, пов'язаних з порушеннями емоційного стану. Виходячи з класифікації, існують розлади депресивного (дистимія, різні види депресії, зокрема і алкогольна) та біполярного спектрів (біполярний афективний розлад).

Типові симптоми депресії:

1. Тривалий сумний, тривожний або «порожній» настрій;
2. Негативний погляд на себе та самоприниження;
3. Почуття безнадійності, песимізму чи безпорадності;
4. Втрата сенсу життя, зацікавленості та задоволення від життя;
5. Порушення сну, апетиту, зниження або набір ваги;
6. Втома, апатія, астенія, млявість, нездужання;
7. Суїцидальні або нав'язливі думки про смерть;
8. Надмірні страхи і побоювання, часте відчуття напруженості та тривоги;
9. Відсутність емоційних реакцій на події, людей або діяльність, які раніше зазвичай викликали зацікавленість.

Це все може спостерігатися в узалеженого у період абстиненції і деякі симптоми можуть зберігатися або посилюватися в період одужання (але тільки деякі). Тому важливо знати, що виділяють також депресивний синдром, індукований ПАР (алкоголь, барбітурати, стимулятори та ін.) або іншими препаратами, від яких сформувалося узалежнення. Депресивний синдром, будучи частиною клінічної картини захворювання – інтоксикації або абстинентного синдрому, з часом проходить. Якщо ж симптоми депресії стійко зберігаються протягом тривалого періоду після абстиненції, необхідний огляд психіатра і медикаментозна терапія. Чекаючи поки цей стан пройде сам собою не варто, оскільки: по-перше, це приносить клієнту страждання; по-друге, негативна оцінка себе, світу і майбутнього тільки посилюється і зміцнюється; по-третє, не можна виключити ризик скоєння суїциду; і останнє, присутність депресії як супутнього захворювання робить реабілітацію безглуздою, тому що людина в такому тяжкому стані не здатна засвоювати інформацію і взагалі, її бажання жити дуже нестійке та вкрай низьке.

Традиційні способи психотерапії для депресивних клієнтів малоефективні, тому що найчастіше вони сприймають все від терапевта як критику і відмовляються дотримуватися рекомендацій, думаючи, що не впораються. У якості ефективних підходів добре себе зарекомендували когнітивно-поведінкова та інтерперсональна терапії. Тут мова йде про структуровані підходи, які спрямовані на надання клієнту інформації

психологічного змісту, зміну поглядів і навчання новим навичкам, завдяки отриманим знанням. Мета терапії – виправити депресивне спотворення в мисленні, змінивши систему помилкових поглядів і переконань на здоровіші, допомогти клієнту придбати реалістичне ставлення до себе і свого життя. Методи КПТ засновані на даних, що людина яка страждає на депресію, систематично спотворено оцінює своє сьогодення, минуле, майбутнє і бачить себе як людину, якій нічого не вдалося і не вдасться, тому вона не вірить в себе та свої здібності, не здатна ставити цілі, бути активною, її майбутнє видається похмурым та безнадійним.

Ось як описує стан депресивної людини А. Бек: «Більшість депресивних пацієнтів відчують сором за свої уявні гріхи і недоліки. На відміну від почуття провини, яке пов'язане з передбачуваним нехтуванням моральних, етичних чи релігійних норм, почуття сорому виникає з переконаності пацієнта в тому, що оточуючі вважають його дурним, слабким або незначним. Механізм виникнення почуття сорому у депресивного пацієнта виглядає приблизно так: «Я виглядаю дурнем» – «Це жахливо виглядати дурнем» – з'являється сором. Терапевт повинен пояснити пацієнту, що він сам викликає в собі почуття сорому, постійно орієнтуючись на оцінки і думки оточуючих, і що, прийнявши на озброєння філософію «антисорому», він може значно полегшити свої страждання і дискомфорт. Так, наприклад, якщо пацієнт робить помилку, яку вважає ганебною, то наслідуючи філософію «антисорому», він повинен відкрито заявити про свою помилку, замість того щоб приховувати її» (Бек А., 2003).

Так, одне із завдань роботи полягає у виявленні специфічних розумових схем і когнітивних помилок. Також терапевт повинен постійно підкріплювати у клієнта почуття надії і віри у власні здібності. У роботі не менш важливим є навчання навичкам усвідомленості – вміння зосередити увагу на поточному процесі, знаходження «тут і зараз» і повною мірою усвідомлювати цю присутність. Наступний момент, на який потрібно звернути увагу – це допоміжна терапія, спрямована на роботу з тілом і вона є не менш важливою, ніж КПТ. Сприятливо впливає на стан клієнта з депресією таке: аутогенне тренування за Шульцом, прикладна релаксація Оста, дихальні техніки. Людина вчиться знову «слухати і чути своє тіло». Робота спрямована на розслаблення і напруження м'язів, здатність запам'ятовувати і усвідомлювати ці стани, відчувати зміни, що відбуваються в тілі, за допомогою контрольованого дихання справлятися з напругою і тривогою. Так, це дає можливість поступового виходу зі своїх важких депресивних внутрішніх станів в зовнішні бажані – контакт з навколишнім світом і відчуття себе в ньому.

Біполярний афективний розлад (БАР) особливо часто поєднується зі зловживанням ПАР, з яких алкоголь займає лідируюче місце. БАР є, по-перше, розладом настрою, по-друге, це не тільки зміна фаз екстремального настрою (манія, гіпоманія, депресія, субдепресія), але і коливання нормального настрою. А. Бек описував манію як дзеркальну протилежність депресії. Зміна настрою може відбуватися раптово і швидко, але частіше це випадки поступового переходу, манія замінюється депресією і навпаки. Манія – це серйозне психічне захворювання, що змінює ставлення людини до себе і навколишнього світу. Що ми можемо спостерігати в поведінці людини, яка має цей розлад? Непропорційно піднесений настрій, занадто багато активності, немає почуття втоми, підвищується енергія, мислення стає жвавим з великою кількістю грандіозних ідей, спостерігається прискорена мова, відсутність критичності призводить до безрозсудних вчинків, неконтрольованої витрати грошей, непотрібними придбаннями. Притому полюса емоційних станів можуть бути протилежними, людина не тільки може бути радісною, але і дуже гнівливою. Гіпоманія – м'який маніакальний епізод, важких психічних змін немає, мислення і поведінка зберігаються впорядкованими. Основний прояв – це гіперактивність і сильні безпричинні перепади настрою. Узалежнення від алкоголю та інших речовин є найпоширенішим супутнім захворюванням у людей з БАР. Узалежнення від наркотиків викликає у 60% пацієнтів розлад біполярного спектра. Одна з причин, самолікування з використанням алкоголю і наркотиків – зловживання алкоголем під час депресивного епізоду і вживання стимуляторів під час маніакальної фази. Крім того, вживання кокаїну, амфетаміну, ЛСД, галюциногенів може викликати симптом манії (*Прашко Я. та соавт., 2015*). Також потрібно знати, що маніакальні симптоми можуть виникати і при соматичних захворюваннях – органічні ураження головного мозку, пухлини, судинно-мозкові синдроми, деменція, розсіяний склероз, інфекційні захворювання ЦНС, зокрема і ВІЛ, хвороби печінки. Так, якщо у клієнта реабілітаційного центру, спостерігаються і зберігаються тривалий час симптоми манії або ж в поведінці щось насторожує, необхідна консультація фахівців і, можливо, обстеження для уточнення діагнозу і призначення відповідного лікування.

Які ж підходи використовуються для лікування БАР? Особливість клієнта з таким захворюванням в тому, що він дуже вразливий перед виникненням епізоду в майбутньому і страждає від наслідків попередніх епізодів, крім того, проміжні стани між епізодами характеризуються емоційною нестабільністю. Водночас медикаментозна терапія як підтримуюча, так і та, що була спрямована на зняття гострої фази, може

викликати побічні ефекти. Усе це обтяжується ще і наслідками від вживання ПАР. Основна мета психотерапевтичного втручання – це зниження страху і тривоги, пов'язаних з проявами хвороби, допомога в надбанні навичок соціальної адаптації між епізодами, а також можливе зменшення інтенсивності, тяжкості, тривалості та протікання майбутніх епізодів. Стратегія психотерапевтичного супроводу передбачає обов'язкове поєднання з медикаментозним лікуванням. Що це дає. Препарати діють на біологічну частину розладу, психотерапія розвиває і закріплює стресостійкість (управління стресом за допомогою планування діяльності), відновлює здорові розумові процеси (виявлення неадекватних переконань і автоматичних думок), допомагає в набутті досвіду планування і виконання розпорядку дня (сон, харчування, фізичні вправи), що передбачає поліпшення якості життя клієнта. Здебільшого клієнти стикаються з небажаними, але, на жаль, неминучими наслідками цього розладу: емоційні наслідки манії або депресії; усвідомлення факту, що він страждає на тяжкий психічний розлад; занижена самооцінка і вразливість; страх рецидиву хвороби; труднощі в міжособистісних відносинах, зокрема в сім'ї; проблеми на роботі; наслідки антисоціальної і агресивної поведінки під час епізодів. Усі ці фактори ускладнюють процес одужання, тому що людині потрібно не тільки навчитися та закріпитися у тверезому житті, але й навчитися адекватно сприймати і «проживати» свій розлад у тверезості.

Основні методи КПТ:

1. Створення та підтримка терапевтичного союзу.
2. Знання і розуміння симптомів БАР.
3. Усунення специфічних стресорів.
4. Адекватний спосіб мислення.
5. Цілеспрямоване планування діяльності.
6. Навчання релаксації.
7. Розвиток навичок комунікації і підтримки соціальних зв'язків.
8. Профілактика рецидивів і контроль продромальних симптомів (Пращко Я. и соавт., 2015).

Отже, з огляду на тяжкість БАР, основою лікування, все ж таки, є фармакотерапія, але використання водночас методів КПТ наполегливо рекомендується. Психотерапія полегшує переживання депресивних епізодів, запобігає рецидивам, допомагає впоратися з залишковими ознаками в завершальній фазі хвороби.

Коморбідність узалежнення з тривожними розладами

Тривожні розлади – це група психічних розладів, що характеризуються вираженою безпричинною тривогою або страхом. Належить до числа найпоширеніших серед психічних розладів. На практиці в роботі з узалежненими досить часто зустрічаються такі види: панічний розлад, генералізований тривожний розлад, різні фобії.

Панічний розлад характеризується такими ознаками: повторювані напади сильної тривоги (паніки), виникає інтенсивний страх (смерті, втратити свідомість або «зійти з розуму»), втрата контролю, що супроводжується фізичними симптомами – серцебиття, біль у грудях, запаморочення, підвищення тиску, тремор, слабкість. Паніка може бути спровокована різними стимулами. Вони можуть бути як внутрішніми (фізичні відчуття, уявлення, думки) так і зовнішніми (ситуація, коли людина вже перенесла напад паніки). Напад, спровокований внутрішнім стимулом, зустрічається частіше. Якщо ці стимули сприймаються як загроза, виникає стан напруженого очікування, побоювання, як за звичних умов у людини – реакція організму на стрес. Але під час паніки ці відчуття сприймаються як ознака наближення катастрофи і внутрішній стан напруги, і очікування «трапитися щось страшне», посилюються. Це сприяє появі фізичних симптомів (ускладнене дихання, почастішання серцебиття, запаморочення та ін.). Водночас це ще більше посилює негативний психічний і фізичний стан. Так хибне коло досягає свого апогею саме при панічній атаці. Формується «страх появи страху». Сам напад має тривалість від 5 до 20 хвилин, рідше до 2-х годин. Основні методи, що використовуються при терапії панічного розладу – це пояснення фізіологічних і психічних механізмів виникнення і перебігу паніки, когнітивна реструктуризація (робота з автоматичними нав'язливими думками – оспорування «катастрофізації»), навчання релаксації і дихальним технікам, заміна унікаючої поведінки на конструктивніші способи впоратися із тривогою та страхом. Іноді за важчого ступеню розладу лікар призначає медикаментозне лікування.

Генералізований тривожний розлад характеризується загальною постійною тривогою – «вільно плаваюча тривога» або «хронічне занепокоєння», перебільшені страхи і побоювання, психічне і фізичне напруження, нервозність, дратівливість, неспокійна нав'язлива поведінка. Страхи та занепокоєння може стосуватися здоров'я свого або близьких, роботи, майбутнього і це не просто періодичні думки, а нав'язливі думки, які супроводжуються жакливими образами негативного розвитку подій.

Мета терапії у разі ГТР – навчити клієнта думати позитивно, сприймати розмаїття навколишнього світу, змінивши його ригідні думки, які

підштовхують його бачити та сприймати те, що його оточує тільки як загрозу. Психотерапія спрямована на подачу інформації про ГТР та види реакцій на стрес, реструктуризацію когніцій, релаксацію, роботу з уявою, емоціями і поведінкою, вплив на тривогу і катастрофічний сценарій, навчання новим моделям поведінки і рішення проблем, профілактика рецидиву.

Узалежнення від ПАР і тривожні розлади знаходяться в причинно-наслідковій взаємодії, коли тривожні розлади призводять до формування узалежнення і навпаки, розлад розвивається як наслідок зловживання ПАР. В узалежненого з коморбідними тривожними станами важче проходить абстинентний синдром, тому що крім фізіологічних проявів відміни речовини, проявляється високий рівень тривоги, нав'язливих страхів, нервозність, спостерігається уникаюча і захисна поведінка, людина відчуває труднощі під час адаптації в групі (невміння встановити і налагодити контакт, замкнутість, закритість, агресія, нав'язлива фізична активність як спосіб впоратися з тривогою і напругою).

Деякі автори наводять такі дані стосовно узалежнення від алкоголю і панічного розладу: у 85% випадків панічні атаки передували алкоголізму; 13% – алкоголізм формувався раніше панічного розладу; обидва захворювання розвивались одночасно – 2%. Пояснюючи коморбідність панічного розладу з алкоголізмом, вони виділяють такі причини:

1) панічний розлад сприяє зловживанню алкоголем як способу самолікування, зняттю тривоги, полегшенню симптомів;

2) хронічне вживання алкоголю і стан абстиненції викликають порушення роботи нейрохімічних систем головного мозку, що сприяє виникненню нападів паніки;

3) важливу роль має спадковий фактор у формуванні перерахованого вище. Також, є дані, що коморбідні пацієнти (узалежнення і ГТР), мають гірший прогноз і якість життя, в порівнянні з узалежненими без супутнього розладу. Узалежнення від ПАР ускладнює перебіг ГТР, а ГТР зі свого боку провокує часті рецидиви. Спостерігається такий феномен – рецидиви наступають в перші місяці тверезості (Егоров А., Шагиахметов Ф, 2016). Тому так важливий психологічний супровід і знаходження в групах з видужуючими, що збільшує шанси залишитися тверезим.

Коморбідність узалежнення та ПТСР

Також варто зупинитися на розгляді коморбідності ПТСР і розладів, викликаних з вживанням ПАР. Дані про коморбідність ПТСР і узалежнення від ПАР, вперше з'явилися після досліджень ветеранів бойових дій. Майже у 75% ветеранів були присутні всі симптоми, що дозволяють діагностувати

алкогольне uzалежнення. Досвід афганської війни показав, що в структурі психічної патології рядового складу, uzалежнення від алкоголю і наркотиків, становила 31%, а за даними анонімного анкетування, алкоголем та наркотиками зловживали 7,5% особистого складу (Литвинцев С. и соавт., 2003). Сучасні дослідження дають вищі показники коморбідності серед дорослих, що мають узалежнення, від 30 до 59%, відповідають критеріям ПТСР. Причому показник серед жінок – 28%, а серед чоловіків – 52%. Найчастіше алкогольне узалежнення формується на тлі ПТСР. Алкоголізм в такому випадку, відрізняється від первинного алкоголізму, щільним зв'язком симптоматики з пережитої психотравмою, сильним прогресуванням хвороби і переважанням психопатологічних розладів над соматовегетативними (Егоров А., Шагиахметов Ф., 2016).

Узалежнення на тлі ПТСР має свої особливості: постійне зловживання алкоголем або ПАР, висока толерантність до речовини, більш виражені соціальні негативні наслідки, надмірна емоційна збудливість з бурхливими спалахами афектів люті і гніву, агресивність, зниження контролю своєї поведінки, брутальність, порушення здатності адаптуватися і комунікувати. Виходячи зі спостережень за клієнтами реабілітаційного центру, які мають досвід участі в бойових діях, картина зовнішнього і внутрішнього світу людини, має таку наповненість: втрата сенсу життя; почуття горя через втрату товаришів по службі; відчуття знецінення, непотрібності, відстороненості, нерозуміння, самотності, почуття «я чужий тут», виключення з нормального життя; складнощів у встановленні контакту і довірчих відносин; безпорадність і невіра, що хтось зможе зрозуміти, а тим більше допомогти. Симптоми ПТСР можна розділити на основні групи:

1. Нав'язливі автоматичні спогади, думки і сни про подію. Можуть виникати в зоровому, слуховому, фізичному уявленнях, у вигляді уривків з цієї події, obsесивних думок, нічних кошмарів або несподіваних спалахів. Водночас спогади викликані нейтральними стимулами, які можуть нагадувати про травматичному подію лише здалеку.

2. Втрата позитивних емоцій і відчуття емоційного оніміння.

3. Уникнення подразників, ситуацій і діяльності, що нагадує про травму. Уникаюча поведінка може також спостерігатися під час дій, ніяк не пов'язаних з травмуючою подією – зайти в магазині, відвідування заходів, контакт з новими людьми.

4. Підвищене психічне і фізичне збудження. Воно може бути пов'язане з автоматичним очікуванням, що знову щось трапиться погане. Це проявляється в постійній напрузі, фокусуванні уваги на потенційні загрози,

проблеми із засинанням, нездатністю розслабитися і готовністю до емоційних вибухів.

Здебільшого основним завданням терапії є усунення симптомів ПТСР. У виборі терапії повинні бути враховані такі фактори: потреби клієнта, можливості і переваги; також необхідно взяти до уваги потенційні труднощі та побічні ефекти лікування; в деяких випадках включають в терапію членів сім'ї, тому що іноді взаємини з ними несприятливо впливають на прояви симптомів ПТСР. Терапевтичний підхід залежить від ступеня тяжкості розладу. При ПТСР, який супроводжується uzалежненням від ПАР, uzалежнення стає більш серйозною проблемою. Тут психологічна робота одночасно спрямована і на ПТСР, і на коморбідний розлад. Нині когнітивно-поведінкова терапія вважається одним з найефективніших методів. У загальному плані весь процес терапії можна розділити на такі етапи:

1. Орієнтація і емоційна підтримка. Орієнтація – допомогти клієнту зрозуміти взаємозв'язок між травматичною подією і теперішнім часом з урахуванням різноманітних симптомів, їх об'єднання в стресову модель і поділ на кілька основних, що в подальшому призводить до зменшення симптомів, зміцненню надії на одужання. Емоційна підтримка – це перш за все емпатія, співпереживання, повага і прийняття клієнта з усіма почуттями.

2. Відреагування.

3. Надання інформації психологічного змісту про ПТСР.

4. Експозиції (письмові завдання, за допомогою розмови, уяви, звуків, рухів, фільми на тему травмуючих подій).

5. Когнітивна реструктуризація (робота з автоматичними негативними думками).

6. Релаксація.

7. Рішення проблем.

8. Завершення психотерапії і профілактика рецидивів (Прашко Я. и соавт., 2015) .

Робота з ПТСР розрахована на тривалий період, тому клієнту необхідно обов'язково рекомендувати проходження психотерапії після центру, тому що вживання було пов'язано зі зняттям симптомів розладу, що призвело до uzалежнення і також може спровокувати рецидив.

Психози за вживання солей та спайсів

З появою на ринку ПАР нових синтетичних наркотиків (солі, спайси), проблематика наркотизації стала ще більш актуальною і відбивається в особливостях роботи реабілітації. У чому ж основні складності.

1. Поява і поширеність «дизайнерських» наркотиків – хімічні формули постійно видозмінюються, що ускладнює їх виявлення під час завезення і розповсюдження.

2. «Привабливість»: широка доступність – все можна «купити в один клік» в інтернеті за досить недорогою ціною, сила дії наркотику і складність його виявлення в організмі.

3. Швидке формування uzалежнення – буквально кілька проб і людині важко впоратися з непереборним бажанням повторення станів від вживання, і вона виявляється фактично безсилою перед речовиною. Спираючись на практику роботи з клієнтами, що мають досвід вживання різних видів речовин або поєднане вживання, і згодом спробували «дизайнерський» наркотик, відзначають, що тяга після вживання солей і спайсів, найсильніша і важко переноситься (супроводжується не лише патологічними психічними станами – агресією, панічними атаками, депресивними станами, негативним сприйняттям світу, нав'язливими думками про речовину, а й соматичними проявами – біллю за грудиною, утрудненим диханням, запамороченням).

4. «Марафони» – способи і тривалість вживання. Поки речовину можна вільно придбати, зупинитися практично неможливо – це обумовлено специфічним впливом на психіку і організм в цілому. Тривалість «марафону» може бути від 3 до 7–8 днів. Водночас вживання речовини відбувається до десятків разів за добу, що тягне за собою важкі наслідки – суїцидальну або антисоціальну поведінку, психози, психічні розлади, моральну деградацію.

5. «Омолодження» наркоuzалежного контингенту. Спостерігається величезна кількість звернень за допомогою та перебування на лікуванні в реабілітаційному центрі підлітків (14–16 років) вже зі сформованим uzалежненням, а не просто з пробами вживання.

6. І останнє, що представляє собою найбільшу проблему, затяжні психози, психотичні стани, психічні розлади після вживання «синтетики». Причиною є сильний негативний вплив на нервову систему і руйнування клітин головного мозку.

Що собою являє картина станів після вживання солей і спайсів. Психотичні стани виникають після разового вживання, тривають від кількох годин до доби та характеризуються галюцинаціями, сильним страхом, спостерігаються неконтрольовані скорочення м'язів обличчя та тіла (grimasi, жестикуляція, судоми, м'язові спазми), дезорієнтація у просторі, втрата реальності, маячні ідеї. Ці стани супроводжуються божевільними вчинками – розбиранням побутової техніки, меблів, чергування біля дверного вічка з ножом у руках у очікуванні нападу, спроби завдати собі

каліцтва, публічні оголення, сексуальне розгальмування тощо. Після «марафонів» спостерігається постінтоксикаційний психоз. Він має затяжний характер (до 5–7 діб або за гіршого розвитку до місяця) і проявляється в таких симптомах: тривожна ажитація, галюцинаторно-параноїдні стани, агресивна поведінка, сутінкове затьмарення свідомості, підозрілість, мовленнєве та рухове збудження, занепокоєння, зорові та слухові галюцинації, розлади пам'яті, ефект присутності, безсоння, нав'язливі дії. Вихід із психозу – глибокий сон. Тому насамперед обов'язково необхідний огляд та призначення психіатра-нарколога. Як правило, медикаментозна терапія, може мати тривалий період. З боку співробітників центру – максимальний прояв терпіння та створення спокійної безпечної обстановки. Часто ці стани, на жаль, стають невід'ємною частиною психічного життя людини, що говорить, про тяжкі наслідки та органічні порушення структур головного мозку.

Суїцидальна поведінка в результаті вживання ПАР

Проблема зв'язку вживання ПАР та самогубств надзвичайно актуальна нині. Клініка хвороби накладає особливий відбиток у вигляді суїцидальної поведінки серед uzалежнених, що має в своїй основі біологічно обумовлені цикли «вживання – абстиненція – психоз». Деякі автори визначають, що психоактивні речовини мають «каталізуючу» роль. Тобто речовини знімають вітальний страх та контроль, а стан сп'яніння полегшує задуманий суїцид, коли сам акт вживання являє собою прощання з життям. Також ПАР підвищує агресивність, конфліктність та демонстративність, що може актуалізувати виниклі раніше суїцидальні думки, що і призводить до спроб суїциду (*Шустов Д., 2005*).

Згідно статистичних даних ймовірність скоєння самогубств серед uzалежнених в 20 разів вище, ніж в нормальній популяції. 75% осіб, які здійснювали суїцидальні спроби, хоча б раз проходили лікування від uzалежнення. Багато авторів відзначають, що алкогольні психози в стані абстинентного синдрому мають великий вплив на здійснення суїцидів хворими на алкоголізм. Під час абстиненції спостерігається депресивна симптоматика з наявністю ідей самозвинувачення та самознищення, з'являється почуття сильної провини і морального краху, що так само, впливає на прийняття рішення піти з життя. Особи, які перенесли алкогольний психоз, вмирають в 2 рази частіше від суїцидів, що обумовлено порушенням соціально-психологічної адаптації (Коваленко В.П., 1986). Вплив алкогольної інтоксикації найбільш суїцидогенний для соматично ослаблених, підлітків, жінок, осіб соціально і психологічно дезадаптованих і

перебуваючих тривалий час під впливом стресу (невпорядкованість в житті, втрата роботи, самотність, розлучення та ін.).

Вживання ПАР можна розглядати як хронічний суїцид. Це є найбільш крайнім проявом саморуйнівної поведінки та аутоагресивності – своєрідний особистісний розлад. Він має свій прояв в прагненні нанесення собі шкоди в усіх сферах, не виключаючи і фізичну. В основі такої поведінки лежать пригнічена агресивність, яка трансформується в аутоагресію, та спроби різними способами (невербальними також) показати свою безпорадність маючи водночас дефіцит комунікацій. Також прослідковується поведінковий патерн втечі від життєвих проблем в стані безвиході.

Психологічна модель суїцидальної поведінки найбільш цікаво описана та повно розглянута в контексті транзактного аналізу, де вказано на особливу значимість негативного сімейного досвіду для сценарію життя за типом саморуйнування. Найчастіше виявляються батьківські послання «Не живи!» у людей, маючих в анамнезі часті депресивні епізоди, узалежнення, аутоагресивну поведінку. Таке послання може даватися у випадках, коли дитина була небажаною, невдалий аборт – дитина народилась «навпаки», смерть матері при пологах, суїцид одного з батьків, батьківська незадоволеність дитиною, якщо мати після пологів набула психічний розлад, звинувачення дитини в тому, що вона народилася і зіпсувала життя батькам, виховання дитини в ситуації занедбаності. Шустов Д., вказує на те, що 80% узалежнених змогли оцінити свою бажаність або небажаність для батьків; 60% були знайомі з історією своєї появи, протіканням пологів, різними ускладненнями. Програма «Не живи!» була виявлена в узалежнених в 45% випадків, тоді як в контрольній групі тільки 21,7% випадків. Всередині групи узалежнених деструктивна програма діагностувалась у підгрупі парасуїцидентів в 95,6% випадків; у підгрупі маючих суїцидальні думки та самоушкодження 38,8%; підгрупа без ознак класичної аутоагресії 34% (Шустов Д., 2005). Так, можна сказати, що батьківська програма «Не живи!» визначає негативний життєвий вибір людини, яка в подальшому руйнує себе та своє життя через вживання ПАР. Зрозуміти та виявити програму саморуйнування можливо в процесі бесіди, але сам узалежнений навряд чи побачить зв'язок між нею та проблемною поведінкою. У ході становлення терапевтичного альянсу психотерапія повинна бути спрямована на усвідомлення саморуйнівної програми, її когнітивне опрацювання, формування нових позитивних життєвих установок, робота з прийняття та розділення негативних почуттів провини, сорому, узалежнення. Тобто максимум емпатії, прийняття, усвідомлення.

Виходячи з вищевикладеного, критично важливо раннє виявлення ознак суїцидальної поведінки та своєчасне вживання заходів щодо запобігання самогубства.

Підсумок:

З клієнтами, у яких узалежнення поєднується з іншими психічними захворюваннями, необхідно дотримуватись таких правил:

1. Під час роботи з такими клієнтами необхідно неухильно дотримуватись рекомендацій лікаря-психіатра, який їх спостерігає. Тому необхідно тісно співпрацювати з лікарем, питати та отримувати роз'яснення щодо стану клієнта, просити рекомендації щодо належної взаємодії з ним.

2. Необхідно стежити за тим, щоб такий клієнт зустрічався з психіатром з тією частотою, яка встановлена лікарем (часто такі клієнти ухиляються від зустрічей).

3. Необхідно стежити за прийомом клієнтом призначених лікарем ліків (важливо пам'ятати, що одужання таких клієнтів найбільшою мірою залежить від медикаментозної терапії, а не від реабілітаційних заходів).

4. У спілкуванні з таким клієнтом потрібно пам'ятати, що його мислення і емоції змінені психічним захворюванням і не реагувати на них як на прояви його особистості. Ці спотворення мислення і емоцій не піддаються психологічній корекції і відновлення особистості більшою мірою залежить від прийому ліків. Тому категорично забороняється з такими клієнтами застосовувати методи конфронтації, переконання, емоційно-експресивні техніки, провокації на саморозкриття та ін.

5. Такі клієнти потребують абсолютного прийняття. Треба пам'ятати, що вони страждають від двох захворювань і їм подвійно важче.

6. У групі необхідно стежити за тим, щоб цих клієнтів не зачіпали і не провокували інших учасники процесу. Необхідно пояснювати стан таких клієнтів іншим учасникам групи.

7. Такі клієнти мало пристосовані до спільного групового процесу і не можуть робити ті завдання, які виконують інші учасники групи. Тому для них необхідно робити виключення і послаблення.

8. У разі спалахів агресії або інших неадекватних афектах необхідно терміново викликати психіатра.

9. З родичами таких клієнтів необхідно проводити додаткову роботу з включенням лікуючого лікаря.

Отже, якісне лікування і супровід коморбідного клієнта вимагає багато енергії, знань, емоційного ресурсу. Позитивна динаміка в одужанні і, відповідно, знаходженні клієнта на реабілітації можлива в разі створення і збереження терапевтичного альянсу, хоча цей процес може стати

тривалим. Більшість досліджень доводять той факт, що майбутній успіх терапії безпосередньо пов'язаний з позитивною оцінкою альянсу пацієнтом за перших зустрічах з психотерапевтом. У такому випадку лікування процес створення таких відносин стає справою нелегкою, тому що узалежнений пацієнт має супутні психічні розлади. Тому важливо підвищення рівня кваліфікації, проходження психіатричної пропедевтики, отримання професійних знань, робота в супервізійних групах, обмін досвідом з колегами.

Список використаних джерел:

1. Благоев Л.Н., Курган Д.И. Опиоидная зависимость, осложненная алкоголизмом: клиничко-психопатологические особенности и проблемы диагностики. *Наркология*. 2005. № 2. С. 41-47.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии / Пер. с англ. А.М. Татлыбаева. Санкт-Петербург: Питер, 2003. 304 с.
3. Блейлер Э. Руководство по психиатрии / Пер. с доп. по послед. 3-ему нем. изд. А.С. Розенталя. Москва: Независимая психиатрическая ассоциация. 1993. 573 с.
4. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов; 3-е изд. Москва: Издательство Московского психолого-социального института, 2009. 624 с.
5. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. 510 с.
6. Ваисов С.Б. Наркотическая и алкогольная зависимость. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков. Санкт-Петербург: Наука и техника, 2008. 272 с.
7. Егоров А.Ю., Шагиахметов Ф.Ш. Как лечить наркологического больного с двойным диагнозом? *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2016. № 2. С. 61-77.
8. Йоманс Ф., Кларкин Дж., Кернберг О. Психотерапия, фокусированная на переносе при пограничном расстройстве личности. Клиническое руководство / Пер. с англ. Снигур В.С. Москва: Класс, 2018. 498 с.
9. Коваленко В.П. Особенности формирования аутоагрессивного поведения у больных хроническим алкоголизмом. *Казанский медицинский журнал*. 1986. Вып. 4. С. 282-284 с.
10. Крюгер Р. Лечение психодрамой. Теория и практика / Пер. с нем. Бушуева М. и Аношиной А. Москва: Независимая фирма «Класс», 2017. 736 с.
11. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Москва: БИНОМ.

Лаборатория знаний, 2004. 493 с.

12. Литвинцев С.В., Снедоков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма в локальном боевом конфликте. Москва: Гос. институт усовершенствования врачей, 2003. 66 с.

13. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств / Под ред. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М.; пер. с чеш. Л. Дмитриева. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2015. 1072 с.

14. Pickard H. The Purpose in Chronic Addiction. *AJOB Neurosci.* 2012. V. 3 (2). P. 40-49. DOI: 10.1080/21507740.2012.663058

15. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ. *Руководство по наркологии*: в 2 т. под ред. Иванца Н.Н. Москва: Медпрактика. 2002. Т.1. С. 385-407.

16. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. Москва: «Когито–Центр», 2004. 214 с.

17. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости: руководство для врачей. Санкт–Петербург: СпецЛит, 2016. 415 с.

18. Бейтман Э., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие / Пер. с англ. И. Кушнарёва; под ред. И.В. Сизиковой. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2014. 248 с.

3.7. Досвід роботи зі сім'єю та співузалежненням

Тимошенко О.В.

Анотація. Описано власний досвід психологічної роботи з сім'ями узалежнених клієнтів та з феноменом співузалежнення.

Робота з родичами узалежнених людей є важливою складовою реабілітаційного процесу, будь то індивідуальна робота або перебування клієнтів у Реабілітаційному центрі (РЦ). Досить часто початок уживання психоактивних речовин (ПАР), пов'язано з тим, що дитина не отримує в сім'ї достатньої кількості уваги, розуміння, підтримки, любові, визнання себе, як особистості, не отримує достатньо теплих почуттів, досвіду близькості та стимуляції свого власного розвитку.

Тотальний контроль над поведінкою дитини і відсутність у неї свободи самовираження так само впливають на те, що вона може знайти свободу в компанії, де вживають ПАР, оскільки там немає жорстких заборон реалізації своїх бажань, там можна робити будь що і поводитися будь як. Хоча, з часом людина розуміє, що скрізь є правила і обмеження, але спочатку «життя без правил» здається романтичним та захоплюючим.

Поведінка батьків не відіграє значущої ролі у розвитку хімічного узалежнення, а скоріше слугує чинником, який може стимулювати звернення до ПАР. Але звернення до вживання ПАР все ж таки не завжди призводить до розвитку узалежнення, оскільки на останнє впливають біологічні чинники, що виражається у втраті контролю над кількістю ПАВ, тож відповідно батьки не можуть виступати причиною втрати контролю або розвитку толерантності.

Ми розглянемо ті випадки, коли людина стає узалежненою від ПАР. Якби усі сто відсотків дітей з сімей, де дитина не отримує достатньої підтримки, про що говорилося вище, ставали узалежненими, то можна було б розглядати деструктивні стосунки в сім'ї і неповагу до розвитку та життя дитини, як причину формування узалежнення. Але те, що такі діти знаходяться в групі ризику – це факт.

Близько 80% дітей з сімей, де немає належної уваги до дитини, де дитина є жертвою психологічного і фізичного насильства стають узалежненими. Ці дані наводили американські фахівці, коли я проходив навчання в США в 2000 році.

Ці дані підтвердилися в процесі моєї практичної роботи. Я завжди і в різних центрах запитую членів терапевтичної групи про те, хто з них ріс в сім'ї, де були узалежнені або вони не отримували тепла і уваги. Майже уся група піднімає руки. Але це не 100%.

Для тих узалежнених, які проходять реабілітацію дуже важливо повернутися в сім'ю, де зведені до мінімуму старі форми поведінки і способи рішення конфліктних ситуацій між членами сім'ї. Оскільки узалежнені люди мають низьку стресостійкість, то вірогідність повернення до вживання в атмосфері неприйняття, контролю, спроб звинуватити у минулому, недовіри дуже висока.

Тому робота з членами родин клієнтів проводиться з метою мотивації їх до зміни звичних форм поведінки у ставленні до їх узалеженого родича і навчання їх новим формам спілкування і рішення складних сімейних ситуацій.

Робота з родичами може проводитися в різних форматах як індивідуально, так і в групах. Робота в групах має свої переваги, які полягають в тому, що члени групи мають можливість побачити, що вони не унікальні у своєму стані, що багато хто має ті ж складнощі в особистому плані і в плані стану стосунків в сім'ї. Так само в групах є можливість поділитися особистим досвідом, обговорити різні теми, почути думки інших членів групи, здолати комплекс неповноцінності, який є у багатьох родичів узалежнених.

Комплекс неповноцінності розвивається через те, що багато батьків почувують себе нездатними виховати повноцінну дитину, що з ними щось не так і що їх життя повністю не вдалося. Причиною цього, є соціальні установки щодо того, які батьки є нормальними та, як вони повинні виховувати своїх дітей.

Так само кожна мати та батько при народженні дитини мріють про те, що їх дитина виросте гідною їхньої уяві і вони будуть пишатися нею. Але, якщо дитина стає узалеженою, то це зводить на нуль все, що планувалося і про що мріялося.

Схожі комплекси розвиваються у дружин узалежнених. Вони звинувачують себе в невірному виборі чоловіка, що вони чимось провинилися перед Богом, що таке сталося, або вони такі, що взагалі не гідні нормального чоловіка. Але дружинам дещо простіше прийняти жорстку позицію у ставленні до узалеженого чоловіка або розлучитися з ним (чого не може зробити мати), оскільки вони не можуть мати такої глибокої прихильності і почуття безумовної любові до чоловіка, як матір, хоча і ставляться до узалеженого, як до дитини.

Дуже рідко на зайняття ходять чоловіки узалежнених дружин, а причиною цього є те, що чоловіки набагато частіші, ніж жінки йдуть від узалеженої дружини.

Індивідуальні зайняття так само корисні для родичів, оскільки на них вони можуть відкрити факти про своє життя або свої особисті глибокі переживання, про які не в змозі говорити на групах.

Групи проводяться у форматі терапевтичних і інформаційних.

Родичам необхідно надати таку інформацію:

- що таке узалежнення і його вплив на найузележненого і членів його сім'ї; – трикутник Карпмана;

- структура реабілітаційного процесу РЦ і питання, які зачіпаються в процесі реабілітації,

- це дасть можливість їм зрозуміти, чим займається їх узалежнений родич (у усіх виникають подібні запитання);

- що таке співузележнення, які проблеми формуються у родичів в процесі їх життя з узалежненою людиною і структуру роботи з ними;

- що таке процес одужання від узалежнення та співузележнення;

- рецидив, причини (це важливо, оскільки багато родичів думають, що перша реабілітація це вже повне зцілення, і вони зможуть жити спокійно, але їм потрібно дати зрозуміти, що гарантій ніхто дати не може, що одужання – це складний процес, де повинні брати участь усі члени сім'ї);

- маніпуляції і як їм протидіяти (мається на увазі не лише ті маніпуляції, які використовують узалежнені, але і маніпуляції, які використовують родичи узалежнених)

- контроль, сприяння – це ті форми поведінки, які найчастіше слугують узалежненим тригерами до зриву і заважають їм нести відповідальність за свою поведінку;

- конфлікти і способи конструктивного рішення конфліктів в сім'ї після проходження реабілітації;

- асертивне спілкування – це новий вид спілкування, який незнайомий деструктивним сім'ям. Це поведінка, яка допомагає відкрито говорити про свої емоції, про ставлення до поведінки іншої людини і водночас не створювати конфліктів;

- почуття, причини виникнення, особливо відчуття провини, страху, тривоги, сорому і як справлятися з ними;

- що таке конструктивна і деструктивна сім'я, як життя з узалежненою людиною міняє правила сім'ї і як виходити з цих стосунків;

Терапевт може формувати тематику занять згідно запитів групи, але вищеперелічені теми необхідно надати клієнтам незалежно від інших тем.

Запитання родичів, що найчастіше зустрічаються в процесі проведення занять.

1. Яка гарантія того, що моя дитина (чоловік, дружина) більше не повернутися до вживання/гри? Це питання невидимо є присутнім на кожній зустрічі. Родичі хочуть почути ствердну відповідь фахівця. Оскільки вони не змогли зробити диво, тобто вплинути на свою дитину (чоловіка, дружину), вони шукають іншого рятувальника (див. трикутник Карпмана). Відповідаючи на це запитання, необхідно пояснити, що РЦ дає майданчик, який забезпечує отримання інформації, відпрацювання навичок нової поведінки, отримання психологічної допомоги і можливість попрацювати над своїми проблемами, навчитися аналізувати почуття, думки, поведінку, але РЦ не може відповідати за те, чи буде клієнт виконувати ці рекомендації після виходу з центру.

2. Як зробити так, щоб узалежнений захотів припинити вживати/грати? Це запитання говорить про те, що родич шукає чарівну формулу або пігулку, яка зробить диво, і це зможе вплинути на узалежного.

Але цей вплив має бути безболісним для наркомана, алкоголіка, ігромана. Це продиктовано природним бажанням матері допомогти дитині, не завдаючи йому шкоди. У цьому випадку робота має бути спрямована на прийняття батьками особливостей психології узалежнених, особливо на механізми психологічного захисту, які здолати простими переконаннями, які базуються на аргументах здорової людини неможливо. Також потрібно довести до родичів, що процес ухвалення узалежненим рішення почати тверезе життя може займати не один рік.

У цьому випадку можна провести паралель з тим, як родичеві узалежного складно прийняти рішення дати можливість узалежному відповідати за свої вчинки, так і узалежному складно відмовитися від вживання/гри.

3. Як поводитися, щоб узалежнений не зірвався? Запитання належить до категорії, як догоджати узалежному. У роботі з родичами, як правило, багато часу приділяють тому, щоб навчити родичів не провокувати узалежного до вживання. Для цього не потрібно нагадувати про те, що було. Не контролювати його/її життя. Враховувати те, що психіка узалежного надірвана вживанням ПАВ/грою. Я вважаю, що несправедливо не враховувати психологічний стан родичів узалежнених людей, які теж можуть зриватися і мають травми від психологічного насильства з боку узалежного. І те, що узалежнений, за бажанням, може створити ситуацію, де він буде жертвою поведінки батьків і потім буде їх звинувачувати у своєму зриві, та ще прикриватиметься тим, що на

реабілітації йому говорили, що зриви часто провокуються родичами. У цьому випадку можна провести паралель з тим, як родичеві складно прийняти рішення дати можливість uzалежному відповідати за свої вчинки, так і залежному складно відмовитися від вживання/гри.

Клієнтів центру потрібно готувати до того, що родичі не завжди поводитимуться так, як їм зручно або так, як їх учать психологи центру, і до того, щоб вони мали мужність терпіти поведінку батьків, тому що їх поведінка є наслідком маніпуляційної поведінки самих uzалежнених. Я це прямо говорю на зайнятті і більшість клієнтів визнають це.

Водночас необхідно вивчати ситуацію в кожній окремій сім'ї. Я не беру в облік сім'ї, де родичі вживають ПАВ, де з дитинства насильство над дитиною вважається нормою, де батьки вважають, що тільки груба сила, підпорядкування можуть допомогти uzалежному стати на шлях одужання. Це окрема робота і в цих випадках краще відокремитися від батьків і жити самотійно.

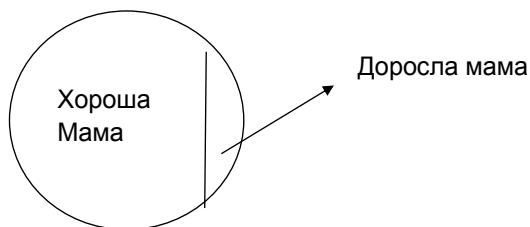
Субособистості «Хороша мама», «Доросла мама».

У процесі практичної роботи я помітив, що батьки (особливо мами) знаходяться в двох станах або ролях, як кому буде зручно. Під час індивідуальної або групової роботи, мами можуть поводитися, по-різному: 1. Вони можуть приймати концепцію відділення (це відхід від будь-якої допомоги своїй uzалежненій дитині, це відмова від контролю), упевнено міркуючи про те, що робитимуть все, що рекомендує психолог, що пора дати uzалежному можливість бути самотійним, що вони готові піти на те, щоб їх дитина зустрілася віч-на-віч з наслідками своєї поведінки.

2. Потім вони різко міняють свою позицію, коли мова заходить про те, коли вони почнуть діяти і який буде план дій. Мама раптом починають говорити про те, що подібні дії можуть завдати шкоди, що їм складно думати про те, що їх дитина страждатиме. Вони починають шукати шляхи меншого опору, де буде менше вірогідності завдати шкоди своєму синові або дочці.

Ідея «Дорослої та Хорошої мами» дуже добре сприймається родичами в процесі групової та індивідуальної роботи.

Малюємо схему.



Звичайно частина субособистості «Хорошої мами», як завжди більше, ніж частина «Дорослої» (я маю на увазі мам, які не мають нарцисичних або інших розладів особистості або в силу дитячих травм у них немає високого рівня емпатії до своїх дітей. Такі мами, як правило рідко ходять на заняття, а їх мотивація до зміни наближається до нуля) і тому «Хороша мама», як правило «перемагає» «Дорослу».

Я пропоную членам групи подумати, які вигоди матиме мама, що діє відповідно до філософії «Хорошої мами» і які наслідки таких дій для їх дитини найбільш вірогідні?

Вигоди «Хорошої мами»

- мама завжди поруч - щоб не сталося, вона робила все, щоб допомагати дитині, тобто була в ролі, яка соціально обумовлена,
- її не засуджуватимуть за холодність і байдужість до дитини
- дитина буде під її наглядом
- завдяки контролю вона знатиме що з ним, і де він, хоча це усе ілюзія, оскільки uzалежнений телефоном може говорити все що завгодно, але мамі це не важливо, головне – чути голос, що допомагає зменшити рівень тривоги, який постійно супроводжує маму uzалежненої людини
- вона почуває себе, як справжня мати, яка не кинула дитину в скрутні хвилини.
- нехай ілюзорно, але вона думатиме, що знаходячись під її наглядом дитина буде у безпеці.

Наслідки для uzалежного.

- зростання рівня безвідповідальності
- деградація в плані неможливості подорослішати, заморожування на рівні розвитку підлітка
- неможливість відчувати наслідку від ПАВ/гри
- відсутність мотивації досягнення, планування життя

- вірогідність виникнення мотивації на відмову від вживання практично дорівнює нулю.

- поступове скачування до точки неповернення, тобто узалежнених настільки уражений наркотиком або алкоголем, що відбуваються безповоротні процеси в головному мозку. І робота психотерапевта може бути не ефективною.

Один клієнт сказав: «Ми хворі настільки - наскільки заможні наші батьки». Цю фразу я говорю на кожному занятті.

Вона сказана чесно з глибини особистості людини, яка пройшла близько восьми курсів реабілітації. Коли я кажу цю фразу у групах, особливо, де є клієнти, які проходять не перший раз реабілітацію, вони посміхаються а де хто погоджується.

Ось ще одна причина, чому жінкам важко приймати філософію відділення та надання своїй дитині можливості відповідати за свої вчинки.

Дослідження американських вчених показали, що реакція жінки на стрес, а особливо на стресові ситуації, відрізняється від чоловічої.

Теоретична модель «пikлуйся, бережи та дружи» була розроблена доктором Шеллі Е. Тейлор та її дослідницькою групою з Каліфорнійського університету в Лос-Анжелесі та була описана в статті *Psychological Review*, яка була надрукована у 2000 році³⁸

Чоловіки, як правило реагують на стрес трьома стратегіями:

Бий

Біжи

Замри

Виявилось, що жінки більше реагують двома стратегіями:

Піклуйся

Дружи

Виходить, що турбота, бажання уберегти дитину від небезпеки, знижує стрес матері, коли її дитина знаходиться в стані постійного ризику загинути. Фахівці в сфері узалежнення знають, що саме жінки шукають психолога, намагаються дружити з ним, виконувати його рекомендації.

Це пояснює опір жінок щодо рішучих заходів стосовно своєї дитини. Якщо виконувати рекомендації зі стратегії «жорсткої любові» (хоча сама

³⁸ Taylor S.E., et al. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*. 2020. V.°107(3). P. 411-429. URL: <https://www.academia.edu/download/30753195/tendandbefriend.pdf>

назва викликає запитання), то у свідомості жінки вона втрачає можливість піклуватися про свою узалежену дитину.

Припинення турботи посилює тривогу. Тому більшість мам постійно повертаються до допомоги, що сприяє зменшенню тривоги, але не допомагає узалеженному. Ще одне запитання, яке рідко піднімають, – це питання можливості смерті узалеженого. Саме смерті найбільше бояться мами.

Одна мама мені сказала, що вона давно би виставила за двері сина наркомана, як щоб була впевнена, що він не загине.

Якщо мама вибере позицію **«Дорослої мами»**, то ситуація виглядатиме інакше.

Реакція узалеженого щодо стратегії «Дорослої мами».

- посилення маніпуляцій, шантажу, загрози самогубства
- ненависть, злість
- свідоме зникнення з дому на тривалий період
- звинувачення батьків у всіх своїх проблемах
- фізичне насильство

Але, якщо мама поводить себе, як «Доросла Мама» є більше вірогідності, що він хай і для мами, але піде в РЦ, до психолога.

Так само є вірогідність, що узалежнений почне ще більше вживати на зло батькам.

Тобто позиція дорослої мами додасть їй більше тривоги і стресу. Тому мало хто наважується на це. Досвід проведення груп за цією схемою показує, що мами розуміють причини їх стану невизначеності. Їм необхідно сказати, що тільки вони можуть зробити вибір, як поводитися. Що ніхто не може їх змусити перестати піклуватися про своїх дітей.

Навіть, якщо мама не готова прийняти позицію «Дорослої мами», це не говорить, що вона співузалежена, або слабка. Кожній людині для ухвалення серйозного рішення потрібен час. Час потрібен узалеженному і батькам.

Але, відвідувати терапевтичні групи, консультації психолога, групи самопомогі необхідно для зниження тривожності, для отримання інформації, для підтримки, що сприятиме формуванню позиції і рішучості для початку дій, на які мама погодиться добровільно у разі розуміння можливих наслідків.

У процесі практичної роботи я помітив, що родичі узалежнених людей окрім того, що страждають ознаками співузалеження, вони ще є жертвами психологічного насильства. І це дійсно так. Будь-який узалежнений для досягнення своїх цілей використовує усі методи психологічного насильства,

які застосовують нарциси або психопати. Якщо останні природньо позбавлені здатності до емпатії, то узалежнені стають такими під впливом ПАВ або пристрасті до гри.

Людина, яка зазнає психологічного насильство стає безпорадною, втрачає віру в себе, перестає розуміти хто вона така і перебуває в стані безглуздя, оскільки постійно піддається все новим та новим видам маніпуляцій.

Знецінення. Узалежнений постійно знецінює роль батьків у своєму вихованні, концентрує увагу на недоліках і начебто не бачить позитиву. Батьки втрачають упевненість в собі, починають вірити в це і повністю втрачають самоповагу і бачать себе, як невдалі батьки, стаючи водночас слухняними щодо маніпулятора, завдяки розвиненому відчуттю провини.

Гостинг (зникнення на якийсь час). Одне з найжорстокіших покарань для батьків. Узалежнений просто зникає із зони доступу і соцмережах, не відповідає телефоном. Повна відсутність інформації зводить з розуму батьків. Невідомість вводить в стан шоку, підвищується тиск, приходять думки про можливу смерть і про те, що вони зробили щось погане, що дитина пішла на такий крайній захід. Потім він з'являється наче й не було нічого і батьки готові робити все, щоб більше не потрапляти в такі ситуації. А сам узалежнений говорить, що просто не хотів їх засмучувати своїм зовнішнім виглядом, або не міг витримати їхньої поведінки. Так поступово батьки повністю підкоряються узалежненому, щоб не відчувати страху, коли він зникає.

Ігнорування. Це не відповідати на дзвінки або відповідати з великим запізненням, не кажучи довго і конкретно. Це гра в мовчанку коли людина знаходиться дома.

Щоб йому не говорили, узалежнений мовчить, як би не бачить або не чує звернення до себе близьких. Людина, яка піддається такому виду насильства починає почувати себе ніким і нічим. І найголовніше, немає видимої або адекватної причини. І, звичайно, відчуття провини починає зводити з розуму. Хочеться говорити, а узалежнений мовчить. Він може щось сказати односкладове, а потім знову замовкнути.

Газлайтинг (спотворення реальності) Це робиться для того, що сформувати у оточуючих невпевненість в собі, в поглядах на життя, на різні ситуації. Батькам говорять, що це вони хворі, якщо ті знаходять наркотик, то їм говорять, що це вони підкинули або взагалі не зрозуміло звідки це взялося. Дивлячись на близьких нетверезим поглядом, узалежнений може з повною упевненістю говорити, що він тверезий. Він може щось обіцяти, а потім з «чесними очима», переконувати оточення, що такого не говорив. Він

може переконувати їх, що це їм потрібна психологічна допомога, що він абсолютно нормальний і ця їх поведінка доводить його до узалежнення.

Уникання прямої відповіді. У розмові узалежнений дає розпливчасті і не пов'язані з темою відповіді, як би не чує те, що йому говорять і відповідає зовсім інше.

Відхід від теми розмови. Ми говоримо про проблему, а він починає говорити, що йому потрібна робота, ми говоримо, що нам робити в стосунках в сім'ї, а він говорить, що сьогодні гарна погода.

Говорить невизначеними фразами. Я кину вживати, якщо вийде, я обов'язково поїду в центр, як тільки прийде час, я зроблю щось, якщо буде час. Ми обов'язково поговоримо, як тільки у мене буде бажання.

Загрози, шантаж, брехня і багато чого доводиться переживати рідним. І це погіршує психологічний стан родичів, які і так страждають від своєї поведінки і переживань. Вони почувають себе постійно зрадженими, приниженими, плюс ці почуття у багатьох йдуть з травмуючого дитинства. Тому в роботі з родичами узалежнених, необхідно розглядати наслідки психологічного насильства і вчитися розрізняти маніпуляції та протидіяти їм.

Батьки живуть надією. Узалежнені можуть переконливо обіцяти, що припинять вживання, тим самим вселяючи у свідомість батьків віру в них. Але потім, вони дуже легко змінюють свої плани, оскільки для більшості це слово не має ніякої ваги, а є способом маніпуляції.

Але батьки приймають цей факт, як зраду, що ще більше посилює їх стан. Втрата віри в себе, в дитину міняє їх картину світу, вони починають сумніватися у своїй нормальності, оскільки не можуть прийняти такої відвертої брехні.

Реакцією на таку поведінку, може бути посилення контролю, агресія, замкнутість, відчай, озлобленість, що у свою чергу використовується залежним для маніпуляції і виправдання свого вживання.

Проводячи групи з узалежненими з теми маніпуляцій батьками, я не зустрічав опору або не визнання, що вони не користувалися вищепереліченими видами маніпуляцій.

Ще варто відмітити, що у свідомості батьків живе два образи дитини. Образ дитини до виникнення узалежнення – цей образ викликає приємні спогади, мама тоді почувала себе мамою, тоді все йшло за планом, дитина була ніжною або в міру неслухняною, тобто образ наближений до того, про що мріяла мама.

Та інший образ – жорстокого, маніпулюючого, байдужого, закритого холодного з нетверезими очима і поведінкою, які виходить за межі звичної для батьків моралі.

Батькам складно поєднати ці два образи. У свідомості мами жорсткі заходи, які їй пропонують застосувати до uzалеженого, бачаться, як спричинення шкоди першому образу дитини. Виникає когнітивний дисонанс. Мамі складно прийняти факт, що ТІЄЇ дитини вже немає. Перед нею інша, змінена і хвора людина. І щоб достукатися до ЛЮДИНИ, необхідний час, а іноді жорсткі заходи. Не усі на це готові.

Тому робота з родичами повинна давати їм відчуття спокою и розуміння їхнього стану, а не тиск за прояв їх природніх інстинктів. Окрім роботи з самооцінкою, контролем, тривогою, так само потрібно працювати з наслідками травм психологічного насильства.

РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

4.1. Правові та юридичні аспекти функціонування реабілітаційного центру

Осипян А.

Анотація. Докладно описуються правові аспекти роботи з узалежненими клієнтами, зокрема проблеми «примусової реабілітації».

Преамбула

Цей підрозділ розроблений відповідно до чинного законодавства та аналізу законодавства України станом на 10.12.2021 року. Подальші зміни національного законодавства чи міжнародних угод можуть вплинути на актуальність тлумачень підрозділу.

Нормативно-правові акти, які регулюють деякі питання психосоціальної реабілітації людей з розладами внаслідок вживання психоактивних речовин

Закон України «Про соціальні послуги»³⁹

15 стаття цього Закону визначає, що складні життєві обставини можуть зумовлювати, зокрема, «психічні та поведінкові розлади, зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин». Відповідно, питання реабілітації (психосоціальної) таких осіб є питання надання їм соціальної послуги, а реабілітаційний центр, незалежно від форми власності, є надавачем такої послуги.

Цей Закон визначає «надавачів соціальних послуг» як «юридичні та фізичні особи, фізичні особи-підприємці, включені до розділу «Надавачі соціальних послуг» Реєстру надавачів та отримувачів соціальних послуг⁴⁰». А у статті 13 детально описані права та вимоги до надавачів таких послуг.

Згідно статті 17 цього Закону соціальні послуги надаються надавачами соціальних послуг державного, комунального, недержавного секторів незалежно від джерел фінансування відповідно до державних стандартів соціальних послуг.

Державний стандарт соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи

³⁹ https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19?find=1&text=%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE#w1_4

⁴⁰ <https://www.msp.gov.ua/content/reestr-nadavachiv-socialnih-poslug.html>

психотропних речовин⁴¹ затверджений Наказом Міністерства соціальної політики України від 01.10.2020 № 677 – регулює питання змісту, обсягу, умов та порядку надання соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації особам з uzалежненням від наркотичних засобів чи психотропних речовин, визначає показники якості надання такої послуги для суб'єктів усіх форм власності та господарювання, що надають цю послугу.

У розділі 2 цього Стандарту визначені загальні підходи до організації та надання соціальної послуги з соціально-психологічної реабілітації осіб із uzалежненням від наркотичних засобів чи психотропних речовин.

У 3 розділі загально описані вимоги до оцінювання потреб отримувача соціальної послуги, а 14 розділ визначає оцінювання дотримання вимог цього Державного стандарту. Згідно з цього Стандарту з урахуванням результатів оцінювання потреб отримувача соціальної послуги (реабілітанта) на підставі договору про її надання (5 розділ Стандарту) має бути складений індивідуальний план, якому присвячений 4 розділ цього Стандарту.

У 6 розділі описані вимоги до місця і строків надання реабілітації, а вимоги до приміщення та обладнання описані у 10 розділі. Розділ 7 описує принципи надання такої послуги. У 8 розділі описано зміст надання такої послуги, зокрема, питання перенаправлення реабілітантів відповідно до їх потреб щодо:

- тестування на ВІЛ-інфекцію та консультування з цього питання;
- обміну використаних голوک та шприців, видачі засобів контрацепції;
- отримання замісної підтримуючої терапії;
- отримання/призначення антиретровірусної терапії;
- профілактики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- профілактики, діагностики, лікування туберкульозу та вірусного гепатиту;
- профілактики передозування та зловживання алкоголем;
- лікування коморбідних психічних розладів тощо.

12 розділ визначає взаємодію з іншими надавачами соціальної послуги. Згідно зі Стандарту надавач послуг має вести документацію, що застосовується під час організації надання соціальної послуги, відповідно до положень 13 розділу.

⁴¹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text>

Важливим та інноваційним є визначення переліку обґрунтованих, науково-доказових форм і методів роботи з отримувачами такої послуги. Цей перелік є у Додатку 1 Стандарту. У Додатку 2 прикріплений зразок Індивідуального плану, у Додатку 3 встановлені основні дії та заходи, що становлять зміст соціальної послуги, орієнтовний час для їх виконання, форми роботи та вид оплати.

Згідно з **Наказу МОЗ №751** «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»⁴² медична допомога, зокрема, психіатрична допомога особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, може надаватись в рамках клінічних настанов, зокрема Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Джерела клінічних настанов визначені у Додатку 4 цього Наказу.

У березні 2020 року ВООЗ затвердив **Міжнародні стандарти з лікування розладів внаслідок вживання наркотиків**⁴³, в яких містяться положення, зокрема, щодо психологічних та психотерапевтичних методів лікування та реабілітації. Текст Стандарту доступний англійською та російською мовами.

Закон України «Про психіатричну допомогу»⁴⁴

Закон «визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійсненні соціального захисту та навчання осіб, які страждають на психічні розлади».

Визначає, що «лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин» є складовою психіатричної допомоги, відповідно, надається учасниками надання психіатричної допомоги та у закладах з надання психіатричної допомоги (ст.1). Заклади з надання психіатричної допомоги, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу визначені у статті 10;

⁴² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

⁴³ <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

⁴⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>

Згідно з цього закону кожна особа має презумпцію психічного здоров'я, згідно з якою «кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України» (ст.3);

Цей Закон визначає конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги (ст.6), визначає принципи діагностики психічного розладу та лікування особи, яка страждає на психічний розлад, відповідно до яких «забороняється встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду...» (ст.7)

Умови примусової госпіталізації осіб, які знаходяться у невідкладному стані через психічні розлади, зокрема, через вживання психоактивних речовин визначені у статтях 13 та 14, а примусові заходи медичного характеру, зокрема надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку та госпіталізацію до закладу з надання психіатричної допомоги визначені статтею 19 та Кримінальним, Кримінальним процесуальним кодексами України.

Додатково:

Закон України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я»⁴⁵ визначає психологічну допомогу в реабілітації, як *«діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги. Психологічну допомогу в реабілітації здійснює клінічний психолог (психолог, психотерапевт) у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди»*.

Згідно з **Класифікатору видів економічної діяльності⁴⁶**, затвердженим Наказом №457 Держспоживстандарту України від 11.10.2010, суб'єкти господарювання, які надають послуги догляду зі забезпеченням проживання осіб з розумовими порушеннями та з психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, мають бути зареєстровані за КВЕДом №87.20.

Надання соціальної допомоги без забезпечення проживання відносяться до розділу №88

Права та свободи реабілітантів

⁴⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

⁴⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/vb457609-10#Text>

Конституція України (КУ) – це Основний Закон України, який визначає державний устрій, порядок і принципи функціонування органів влади, виборчу систему, права й обов'язки держави, суспільства та громадян.

КУ визначено, що *«людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю»* – Стаття 3 КУ. Психічне здоров'я, яке визнано ВООЗ⁴⁷ невід'ємною складовою здоров'я, відповідно, також є найвищою цінністю. Так само, психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин*, такі як нарко- та алкоузалежнення, є порушеннями психічного здоров'я і формування доступних та ефективних послуг допомоги та лікування для таких громадян України є одним з методів реалізації статті 3 УК.

***Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.08.2008 року №503** затверджено методичні рекомендації «Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду», відповідно до якої «наркоузалежнення» чи «алкоузалежнення» відносяться до категорії «Розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин» та мають відповідні кодування «F10-F19»⁴⁸. **Такі визначення як «наркоманія» чи «алкоголізм» не є медичним діагнозом чи найменуванням конкретного розладу**, натомість, частіше несуть стигматизуючий та неконкретний характер, ніж пояснення психічного чи соматичного стану людини.

«Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними» - Стаття 21 КУ. **«Не всі люди – наркоузалежнені, однак, всі наркоузалежнені – люди»**. Відповідно, люди з узалежненням чи будь-якими іншим психічними розладами є вільні і рівні у своїй гідності та правах відповідно до КУ.

«Кожен має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідям» – Стаття 28 КУ.

«Кожна людина має право на свободу та особисту недоторканність. Ніхто не може бути заарештований або триматися

⁴⁷ https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

⁴⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0503282-08#Text>

під вартою інакше як за вмотивованим рішенням суду і тільки на підставах та в порядку, встановлених законом» - Стаття 29 КУ⁴⁹.

Отже, КУ, зокрема 29 стаття визначає **монополію держави на обмеження прав і свобод через суд**. Лише рішення держави в особі суду може обмежувати свободу і права громадян. Детальніше про це далі.

Вищевказані статті є особливо важливими для врахування організації роботи реабілітаційних центрів (стаціонарних закладів, місць з правом проживання), які відносяться до **місць несвободи***, відповідно, є місцями з підвищеним ризиком порушення прав і свобод людей, які там перебувають.

***Місця несвободи** – це такі місця, куди людина потрапляє за рішенням державного органу** і які вона не може залишити за власним бажанням. Перше, що спадає на думку, коли ми говоримо про місця несвободи, – це в'язниці, СІЗО, ізолятори тимчасового тримання тощо.

Поняття місця несвободи значно ширше, ніж поняття місця позбавлення волі. Це не тільки заклади, де позбавлення волі передбачено як покарання, але й ті місця, де люди перебувають під певною опікою. З таких місць людина не завжди може піти самостійно з певних причин або її свобода певним чином обмежена. Саме тому до місць несвободи також відносять психіатричні заклади, дитячі будинки-інтернати, пансіонати для людей похилого віку та людей з інвалідністю, пункти тимчасового розміщення біженців, **соціально-реабілітаційні центри (зокрема реабілітаційні центри для uzалежнених)**, військові частини та інші⁵⁰.

****Утримання людини в закладі будь-якої форми власності не за рішенням державного органу є незаконним позбавленням/обмеженням волі, визначене у статті 146 Кримінального кодексу України**

Іншими **важливими документами є конвенції* з прав людини**. Дотримання Україною міжнародних угод і ратифікованих конвенції гарантує євроінтеграцію і зв'язок з цивілізованим світом.

***У 1997 році Україна ратифікувала Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод (далі - Конвенція), а у 2009 році – Конвенцію про права осіб з інвалідністю (далі - КПОІ).**

Відповідно до КПОІ: *«інвалідність – це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими»*. Отже, **люди з психічними та**

⁴⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

⁵⁰ <https://monitor-info.com.ua/about-us/what-is-the-place-of-non-freedom-i11>

поведінковими розладами, зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин, також можуть відноситись до категорії осіб з інвалідністю, адже через стійкий та хронічний перебіг деяких таких розладів, особа може мати труднощі з повсякденним функціонуванням.

Права людини – це основа, якою мають керуватись у своїй діяльності фахівці, які надають допомогу/послуги особам з uzалежненням (іншими психічними розладами чи будь-якій іншій особі), аби не допустити дискримінацію, приниження гідності чи жорстоке поводження щодо такої людини.

На думку історика і політолога Віктора Осятиньськи⁵¹, концепція прав людини ґрунтується на трьох основних твердженнях

1) Будь-яка влада обмежена.

2) Кожна людина має свій автономний світ, у який не може втручатися жодна влада.

3)°Кожна людина, захищаючи свої права, може пред'являти претензії державі, домагатися дотримання своїх прав.

Такі принципи, зокрема відображені й у законодавстві України. Тим не менш, деякі положення залишаються дискримінаційними та створюють колізії з міжнародними угодами та гуманістичними цінностями, ускладнюючи чи унеможлиблюючи ефективний захист своїх прав і свобод певними верствами населення.

Конвенція про права людини передбачає такі права: право на життя, заборона катування, заборона рабства і примусової праці, право на свободу та особисту недоторканність, право на справедливий суд, ніякого покарання без закону, право на повагу до приватного і сімейного життя, свобода думки, совісті та релігії, свобода вираження поглядів, свобода зібрань та об'єднання, право на шлюб, право на ефективний засіб юридичного захисту, заборона дискримінації та інші⁵² (1 розділ, 2-14 статті КПОІ).

Згідно аналізу моніторингових візитів до приватних реабілітаційних центрів для нарко/алкоузалежнених людей в Україні, вищевказані права нерідко порушуються у таких закладах. Нижче перераховано та описано, які дії можуть розцінюватись як порушення прав людей з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин.

Права людей з інвалідністю передбачені профільною конвенцією – КПОІ. Як вже було зазначено, люди з психічними та поведінковими розладами за кодуванням F10-F19 Міжнародної класифікації хвороб 10

⁵¹<http://www.lawtrend.org/library/law-theory/teoriya-pravozashchity-publichnye-lektsii>

⁵² https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_q71#Text

перегляду можуть мати різноманітні обмеження функціонування, відповідно, за визначенням КПОІ можуть відноситись до людей з інвалідністю, не дивлячись на те, що в українському законодавстві термін «інвалідність» має інакше значення. З Радянських часів термін «інвалід» означав «непридатний», який являє собою ярлик (стигму), що підкреслює «інакшість» та безпорадність людини. У наш час поширений більш коректний термін «людина з інвалідністю», використаний у КПОІ. У цьому словосполученні перше місце відводиться людині, а не її ознакам чи соціальному статусу.

Інвалідність – це частина людства. Майже кожен у якийсь момент свого життя тимчасово або назавжди відчує інвалідність. Понад один мільярд людей – близько 15% населення планети – живуть з певною формою інвалідності, і ця кількість зростає. Інвалідність є результатом взаємодії між людьми із такими станами здоров'я, як церебральний параліч, синдром Дауна та депресія, а також особистісні та екологічні фактори, включаючи негативне ставлення (дискримінацію), недоступність транспорту та громадських будівель та обмежену соціальну підтримку. Люди з інвалідністю страждають від гірших показників здоров'я, мають менший доступ до освіти та можливостей працевлаштування, і частіше живуть у складних життєвих обставинах, ніж ті, хто не має інвалідності. Дуже часто люди з інвалідністю не отримують необхідних медичних послуг. Дані свідчать, що половина людей з інвалідністю не може дозволити собі медичну допомогу. Було досягнуто значного прогресу, щоб зробити світ більш доступним для людей з інвалідністю, але для задоволення їх потреб потрібно набагато більше роботи⁵³.

Статтею 5 КПОІ передбачене право на рівність і недискримінацію: *«Всі особи є рівними перед законом і за ним та мають право на рівний захист закону й рівне користування ним без будь-якої дискримінації. Державами гарантується заборона будь-якої дискримінації за ознакою інвалідності. Особам з інвалідністю гарантовано рівний та ефективний правовий захист від дискримінації на будь-якому ґрунті. Для заохочення рівності й усунення дискримінації держави мають вжити усі належні заходи для забезпечення розумного пристосування. Конкретні заходи, необхідні для прискорення чи досягнення фактичної рівності осіб з інвалідністю, не вважаються дискримінацією за змістом цієї Конвенції».*

Статтею 12 передбачена рівність перед законом: *«Кожна особа з інвалідністю, де б вона не знаходилася, має право на рівний правовий*

⁵³ https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

захист. Особи з інвалідністю мають правоздатність нарівні з іншими в усіх аспектах життя».

Стаття 13 передбачає доступ до правосуддя, а стаття 14 передбачає свободу та особисту недоторканність, зокрема, зазначається, що особи з інвалідністю мають «не позбавлялися волі незаконно чи довільно й щоб будь-яке позбавлення волі має відповідати законам, а наявність інвалідності в жодному випадку не ставала підставою для позбавлення волі».

Так, Україна, як держава, та її громадяни – кожен з нас, несуть відповідальність за дотримання вимог ратифікованих конвенцій, відповідно, кожен з нас має визнати, що узалежнення, найперше – психічний та поведінковий розлад, а не «моральний» чи «духовний дефект». Відповідно, такий розлад може призвести до інвалідності – втрати чи обмеження функціонування. Допомога у реабілітації та соціалізації таких людей гуманними та доказовими методами – важливий компонент реалізації принципів дотримання прав людини в Україні.

Серед національних законів, важливо зазначити, що у 2012 році Верховна Рада ухвалила **Закон «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні»**, в якому визначено, що «дискримінація – ситуація, за якої особа та/або група осіб за їх ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, **інвалідності**, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними (далі – певні ознаки), зазнає обмеження у визнанні, реалізації або користуванні правами і свободами в будь-якій формі, встановленій цим Законом, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними».

Один з важливих органів захисту прав людини в Україні є Уповноважений Верховної Ради України (далі – Омбудсман) та Секретаріат Омбудсману, діяльність яких визначена у Законі «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини». Статтею 19-1 цього закону визначена діяльність національного превентивного механізму (НПМ):

«На Уповноваженого покладаються функції національного превентивного механізму відповідно до Факультативного протоколу до Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання».

Для виконання функцій національного превентивного механізму Уповноважений:

- 1) здійснює регулярні відвідування місць, зазначених у пункті 8 статті 13 цього Закону, без попереднього повідомлення про час і мету відвідувань та без обмеження їх кількості;
- 2) проводить опитування осіб, які перебувають у місцях, зазначених у пункті 8 статті 13 цього Закону, з метою отримання інформації стосовно поводження з цими особами і умов їх тримання, а також опитування інших осіб, які можуть надати таку інформацію;
- 3) вносить органам державної влади, державним органам, підприємствам, установам, організаціям незалежно від форми власності, зокрема зазначеним у пункті 8 статті 13 цього Закону, пропозиції щодо попередження катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання...».

* Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання ратифікована в Україні у 1987 році із застереженнями. Застереження до ст. 20 зняті відповідно до Закону України від 05.11.98 р. N 234-XIV.

Відповідно, як було зазначено раніше, **заклади соціально-психологічної реабілітації людей з залежністю**, як і будь-які інші соціальні чи психологічні заклади з опцією стаціонарного перебування, **відносяться до місць несвободи**. Відповідно до Закону України та ратифікованої Конвенції, НПМ є одним з механізмів попередження катувань та жорстокого поводження у місцях несвободи. Наш обов'язок як громадян України – сприяти виконанню міжнародних зобов'язань, відповідно, сприяти діяльності НПМ. Недопущення представників НПМ до закладу, який формально є місцем несвободи, є порушенням закону і може свідчити про нерозуміння важливості діяльності НПМ, прав людини та механізму попередження катувань та жорстокого поводження зі сторони такого закладу.

Таблиця 4.1.1

Типові порушення прав у закладах соціально-психологічної реабілітації

Право	Ризики та ознаки порушення	Забезпечення права
Право на життя – ст. 2 Конвенції	Ненадання медичної допомоги (наприклад, при абстинентному синдромі), доведення до самогубства, катування, жорстоке поведження (див. Факультативний протокол до Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження та покарання), порушення правил пожежної безпеки чи санітарних умов тощо.	Визнання життя людини – найвищою цінністю і керуватись у своїй діяльності цим принципом на кожному етапі.
Заборона катування – ст. 3 Конвенції	У деяких закладах соціально-психологічної реабілітації нехтують наданням медичної допомоги, що призводить, наприклад до абстинентного синдрому та, відповідно, больових симптомів. Катуванням, зокрема є використання болю людини для досягнення певних цілей. Так, у деяких реабілітаційних центрах постраждалі зазначали, що ненадання медичної допомоги використовувалось працівниками центру для проведення певної «виховної» роботи або впливу на певне рішення реабілітанта. Відповідно, ненадання медичної допомоги може мати ознаки не лише жорстокого поведження, але і катування.	Своєчасна діагностика соматичного стану клієнта, врахування специфіки залежних розладів, зокрема, абстинентного синдрому. Застосування людиноцентричного, мотиваційного підходу для уникнення незаконних примусових методів, які нерідко призводять до катування людини.

Заборона рабства і примусової праці – ст. 4 Конвенції	Згідно аналізу відкритих судових рішень у деяких приватних реабілітаційних центрах клієнтів змушували працювати або ж залучали до роботи, яка не оплачувалась чи оплачувалась не гідно. Примус людини до праці, користуючись її становищем у реабілітаційному центрі чи прикриваючись «специфікою залежних людей» не є методом працетерапії чи будь-яким іншим методом лікування чи допомоги. Будь-яка робота має гідно оплачуватись та відбуватись за згодою людини. Так, у деяких закладах люди з uzалежненням можуть стикатись з порушенням цього права через його незнання ними чи керівниками закладу.	Залучати людину до будь-якої роботи за її згодою, обговорювати та документувати такі правовідносини на взаємовигідних умовах. Будь-яку неоплачувану роботу (побутову, наприклад прибирання) обговорювати з клієнтом задля уникнення непорозумінь. Не використовувати будь-які форми труду чи робочої сили клієнтів виключно задля особистої користі (чи закладу).
Право на свободу та особисту недоторканність – ст. 5 Конвенції	Аналіз відкритих судових рішень виявив, що приватні заклад соціально-психологічної реабілітації нерідко звинувачуються у незаконному викрадення чи позбавленні волі людини, що в Україні кваліфікується статтею 146 Кримінального кодексу України. Це відбувається частіше за все через незнання керівниками/працівниками таких закладів законів і процедур. Утримання особи за проханням родичів без згоди клієнта може відбуватись лише якщо такий	Керуватись законними процедурами та зберігати відповідні документи (довідка суду чи документи, які свідчать про недієздатність особи, відповідно письмова згода опікунів). Тісна взаємодія з правоохоронними органами чи психіатричними закладами, які

	родич є опікуном такої людини. Відповідно, людина має бути визнана недієздатною чи обмежено дієздатною. А утримання людини у закладі через вчинення нею певних протизаконних дій не може використовуватись як спосіб покарання, а лише як альтернатива покаранню, відповідно до рішення суду. В Україні є 2 способи скерування судом людини до реабілітаційного закладу про які далі. Тож, утримання особи незалежно від її діагнозу, життєвих обставин, характеру чи будь-чого іншого не може відбуватись без її згоди. Утримання людини без її згоди у такому закладі може відбуватись лише з урахуванням її потреб і інтересів, за законною процедурою, а не за рішенням закладу.	мають обмежене право на примус у передбачених законом випадках також є важливим для забезпечення законності інтервенцій щодо людей, які можуть мати суспільну чи особисту небезпеку. Також у закладі має бути інформаційна дошка щодо прав клієнтів з дійсними контактами (гарячими лініями) організацій з захисту прав людини.
Право на справедливий суд – ст. 6 Конвенції Ніякого покарання без закону – ст. 7 Конвенції	Доволі розповсюдженими є випадки, коли реабілітаційні заклади використовують становище людей з узалежненням, які вчиняли певні дії чи правопорушення, та позбавляють доступу до судового процесу, вирішуючи самотійно метод покарання у вигляді обмеження чи позбавлення волі. Так, реабілітація може бути певним методом покарання, визначеним родичами особи чи працівниками закладу.	Взаємодіяти з правоохоронними органами, психіатричними закладами та судами у випадку, якщо до закладу звернулись родичі чи близькі залежної людини, яка вчиняє суспільно небезпечні дії чи не може керувати власними діями.

Право на повагу до приватного і сімейного життя – ст. 8 Конвенції Право на шлюб – ст. 12 Конвенції	Поширеними є випадки позбавлення можливості людини користуватись телефоном, спілкуватись з близькими, заводити стосунки, взаємодіяти з навколишнім світом, обмеження доступу до інформації тощо.	Проводити мотиваційну роботу та сімейні інтервенція, якщо контакт особи з близькими може вплинути на процес реабілітації. Забезпечити це право з урахуванням специфіки клієнтів, інформуючи їх про ризики.
Свобода думки, совісті і релігії – ст. 9 Конвенції Свобода вираження поглядів ст. 10 Конвенції	Примус чи нав'язування релігійних практик (молитов), політичних чи інших ідей, обмеження у релігійних ритуалах чи практиках, утиск вираження власних поглядів під приводом специфіки «програми» реабілітації. Обмеження клієнта у певних формах самовираження та виправдання таких обмежень за рахунок розладу такого клієнта	Враховувати у реабілітаційній програмі це право. Уникати використання виключно релігійно-орієнтованих методів або ж враховувати можливість людини обирати. Бути відкритими, передбачити можливість зворотного зв'язку клієнта, зокрема щодо програми реабілітації.
Свобода зібрань та об'єднання – ст. 11 Конвенції	Обмеження клієнта у важливих для нього громадської, політичної чи релігійної активності під приводом програми реабілітації чи специфіки розладу такої людини.	Передбачити можливість реалізації цього права у програмі. Обговорювати будь-які обмеження активності поза програмою в рамках

		мотиваційного підходу та інформування ризиків.
Право на ефективний засіб юридичного захисту – ст. 13 Конвенції	Перешкоджання у доступі чи обмеження у виборі клієнтом способу юридичної допомоги чи захисту (адвоката, юриста тощо) під приводом програми реабілітації.	Враховувати потреби деяких клієнтів у юридичному захисті, мати інформаційну дошку чи перелік контактів центрів безоплатної правової допомоги тощо.
Заборона дискримінації – ст. 14 Конвенції	Порушення будь-який вищевказаних чи інших прав через наявність у особи залежності чи іншого психічного розладу, обмеження чи порушення будь-який прав клієнта через сексуальну орієнтацію, расу, національну чи релігійну приналежність чи через будь-яку іншу ознаку.	Передбачити у програмі реабілітації гендерний аспект, сексуальну орієнтацію, релігійні чи будь-які інші аспекти різноманіття проявів особистості чи властивостей клієнта.

Обмеження прав та законне піклування людьми з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин в контексті роботи реабілітаційних центрів

Деякі особи, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, схильні до вчинення ряду правопорушень. Найбільш розповсюдженими правопорушеннями серед людей з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання **алкоголю** є: ДТП, домашнє насильство, порушення громадського порядку, злочини проти власності, хуліганство та інші насильницькі злочини. Серед людей з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання **наркотиків** більш поширені: незаконне зберігання наркотиків без мети збуту, крадіжки та інші злочини проти власності, незаконний збут наркотиків та злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків.

Статистика Генпрокуратури України свідчить, що 5% людей, які скоювали злочин у стані сп'яніння, вживали саме наркотики. Так, до прикладу, із вересня по грудень 2020 року було зафіксовано 955 випадків домашнього насильства, пов'язаних із вживанням алкоголю, і три випадки пов'язані з вживанням наркотиків; 526 умисних тяжких тілесних ушкоджень було завдано у стані алкогольного сп'яніння, і два – у стані наркотичного⁵⁴. Водночас Генпрокуратурою повідомляється, що за останні п'ять років вдвічі зменшилася кількість злочинів, вчинених під дією алкоголю.

Стан алкогольного сп'яніння зумовлює більший ризик агресивних, антисоціальних дій, і, відповідно, збільшує кількість правопорушень, пов'язаних з тілесними ушкодженнями та хуліганством. Якщо у 2013 році зафіксували 34 443 кримінальних правопорушень, вчинених під дією алкоголю, то у 2017 їх було всього 15 135. За останні півроку відбулося 7 тисяч таких правопорушень. Найчастіше під дією алкоголю люди вчиняють злочини проти власності. Усього за останні п'ять років таких злочинів відбулося 54 231. На другому місці – злочини проти життя і здоров'я людини – 41 915, на третьому – злочини проти безпеки руху (зокрема ДТП, скоєні у стані алкогольного сп'яніння) – 9 122. «П'яні» злочини найчастіше стаються в Донецькій області. За останні п'ять років тут відбулося більше 13 тисяч злочинів. 2021 року було зафіксовано усього 683 злочини. Проте коли область повністю перебувала під контролем української влади, таких порушень там відбувалося найбільше: 4 194 – в 2013 та 3 128 у 2014 році. На другому місці Харківська область. 2021 року там відбулося 794 інциденти, а загалом протягом п'яти років – 11 510. На третьому місці – Запорізька область з зафіксованим 451 злочином у 2021 році. 7 656 – загалом за п'ять років⁵⁵. Зменшення таких злочинів може бути пов'язане зі здороженням алкоголю та втратою статистики з частини 2-х тимчасово окупованих областей: Донецької та Луганської.

Отже, розлади внаслідок вживання психоактивних речовин пов'язані з певними видами злочинів, правопорушень та суспільно небезпечних діянь. Відповідно, **обмеження прав таких громадян, які мають психічні та поведінкові розлади передбачені законодавством.**

Однак, важливим є розуміння таких категорій: **осудність та дієздатність.**

⁵⁴https://old.gp.gov.ua/ua/statinfo.html?fbclid=IwAR3i45hdwpl834SCvfv_3phumzA4PuQkEfJAAoQ5Qrw2ZLTsVquyb4PV35q

⁵⁵ <https://opendatabot.ua/analytics/207-drunk-crime>

Осудність та дієздатність

Згідно з ч. 1 ст. 19 Кримінального кодексу України, **осудною визнається особа, яка під час вчинення кримінального правопорушення могла усвідомлювати свої дії** (бездіяльність) і керувати ними⁵⁶.

Осудність характеризується двома критеріями – медичним (біологічним) і юридичним (психологічним). Медичний критерій визначає здоровий стан психіки особи, відсутність певних психічних захворювань, недоліків розумового розвитку. Юридичний критерій полягає у здатності особи усвідомлювати характер своїх суспільно небезпечних дій (бездіяльності) та керувати ними. **Якщо виникає сумнів з приводу осудності, органи досудового розслідування чи суд призначають судово-психіатричну експертизу.** Особа повинна бути визнана судом осудною чи неосудною не взагалі, а лише стосовно діяння, що їй інкримінується.

Цивільна дієздатність – це здатність своїми діями набувати для себе цивільні права і самостійно їх здійснювати, а також здатність своїми діями створювати для себе цивільні обов'язки, самостійно їх виконувати та нести відповідальність у разі їх невиконання. Дієздатність, на відміну від правоздатності, залежить від фізичного стану, віку особи, а також інших особистих якостей людини, що з'являються у неї в міру розумового, фізичного, соціального розвитку.

Відповідно до цивільного кодексу України «Фізична особа **може бути визнана судом недієздатною**, якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними» (стаття 39).

Обмеження у дієздатності відбувається за рішенням суду у зв'язку з існуванням однієї із таких обставин:

1) **психічним розладом** особи, що істотно впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними;

2) **зловживанням спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо**, що призводить до скрутного матеріального становища самої особи або її сім'ї, а також інших осіб, яких вона зобов'язана утримувати.

«Стаття 41. Правові наслідки визнання фізичної особи недієздатною:

1. Над недієздатною фізичною особою встановлюється опіка.

⁵⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

2. *Недієздатна фізична особа не має права вчиняти будь-якого правочину.*

3. *Правочини від імені недієздатної фізичної особи та в її інтересах вчиняє її опікун.*

4. *Відповідальність за шкоду, завдану недієздатною фізичною особою, несе її опікун*⁵⁷.

В Україні діє принцип і право добровільності лікування. Відповідно, а) **дієздатна особа**, б) **осудна особа**, **не може бути примушена до лікування**. Особі а) **неосудній**, у якої є психічний та поведінковий розлад (зокрема, внаслідок вживання психоактивних речовин) та яка вчинила певне правопорушення чи злочин через наявність у неї розладу **можуть призначити примусові заходи медичного характеру**; б) **недієздатна особа** за рішенням опікуна чи законного представника **може бути поміщена до лікувального закладу** виключно в інтересах такої особи з урахуванням та дотриманням її прав. Осудна особа, яка вчинила злочин через наявність у неї психічного та поведінкового розладу через вживання наркотиків чи алкоголю може мати альтернативу покаранню у передбачених законом випадках та у передбачений законом спосіб. Особа з uzалежненням може бути осудна (обмежено осудна) чи неосудна, дієздатна чи недієздатна. Ці категорії визначатимуть можливі способи допомоги чи покарання такої особи.

Примусова госпіталізація та примусові заходи медичного характеру

У Законі України «Про психіатричну допомогу» передбачено процедуру госпіталізації особи через її психічний стан чи розлад. У статті 14 визначено підстави для госпіталізації особи до закладу з надання психіатричної допомоги в примусовому порядку:

«Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до закладу з надання психіатричної допомоги без її усвідомленої письмової згоди або без письмової згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та у разі встановлення в особі тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або

⁵⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність».

Відповідно до Кримінального кодексу України та ЗУ «Про психіатричну допомогу» передбачені **примусові заходи медичного характеру** (ПЗМХ). ПЗМХ можуть застосовуватись відповідно до рішення суду і виключно для людей які визнані неосудними. В Україні діє порядок судово психіатричної експертизи. І судово психіатрична експертиза є законним способом визначення осудності особи. Відповідно до чинного законодавства, примус може застосовувати держава виключно у вигляді примусової госпіталізації або у вигляді примусових заходів медичного характеру.

Тим не менш, відкритий реєстр судових рішень вказує на те, що в Україні існують приватні заклади (реабілітаційні центри, приватні психіатричні заклади тощо) які фактично госпіталізують та лікують людей без власної згоди і законної процедури, що кваліфікується, як незаконне позбавлення волі та викрадення людини – стаття 146 ККУ.

Перенаправлення uzалежнених осіб до реабілітаційного закладу

Наразі є **2 способи перенаправлення особи з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР до реабілітаційного центру** в рамках альтернативи покаранню:

1 спосіб – звільнення від кримінального покарання в разі звернення до лікування. Частина 4 статті 309 ККУ передбачає що: **«Особа, яка добровільно звернулася до лікувального закладу і розпочала лікування від наркоманії, звільняється від кримінальної відповідальності за дії, передбачені частиною першою цієї статті»**. Однак, лікувальним закладом відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я може вважатись лише той заклад, який надає медичні послуги, відповідно, має ліцензію на медичну практику. Вимога: «розпочала лікування» не передбачає безперервність лікування такої особи. Відповідно, особа формально не зобов'язана проходити «повний курс лікування», а лише розпочати таке лікування. Також, жодний нормативно-правовий акт не визначає за яких критеріїв таке лікування чи реабілітація може вважатись завершеним. Відповідно, ця частина статті не є довершеною та потребує доопрацювання.

Також, кожна особа має право на безоплатну медичну допомогу та вибір лікувального закладу, відповідно, «схиляння» до такої реабілітації через загрозу кримінального покарання є незаконним та порушує права такої особи. Відповідно, звернення до лікувального закладу має відбуватись

за свідомим рішенням (вибором), згодою такої особи та відповідно до її фінансових можливостей.

2 спосіб – взяття на поруки такої особи закладом соціально-психологічної реабілітації. Статтею 47 Кримінального кодексу України передбачено, що особу, яка вперше вчинила кримінальний проступок або нетяжкий злочин, **крім корупційних кримінальних правопорушень, порушень правил безпеки дорожнього руху або експлуатації транспорту особами, які керували транспортними засобами у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебували під впливом лікарських препаратів**, що знижують увагу та швидкість реакції, та щиро покалася, може бути звільнено від кримінальної відповідальності з передачею її на поруки колективу підприємства, установи чи організації за їхнім клопотанням за умови, що вона протягом року з дня передачі її на поруки виправдає довіру колективу, не ухилятиметься від заходів виховного характеру та не порушуватиме громадського порядку⁵⁸.

У ККУ передбачені сукупність умов звільнення від кримінальної відповідальності у зв'язку з передачею особи на поруки. Закон дозволяє звільняти особу від кримінальної відповідальності у зв'язку з передачею її на поруки лише за наявності клопотання колективу підприємства, установи чи організації.

Статтею 289 Кримінального процесуального кодексу України передбачено, якщо протягом року з дня передачі особи на поруки колективу підприємства, установи чи організації вона не виправдає довіру колективу, ухилятиметься від заходів виховного характеру та порушуватиме громадський порядок, загальні збори відповідного колективу можуть прийняти рішення про відмову від поручительства за взяту ними на поруки особу. Відповідне рішення направляється до суду, який прийняв рішення про звільнення особи від кримінальної відповідальності.

Поліцейське піклування

Відповідно до Закону України «Про поліцію» поліцейські зобов'язані супроводжувати особу з психічними та поведінковими розладами, зокрема, внаслідок вживання психоактивних речовин, до лікувального закладу в разі, якщо її стан цього потребує.

Згідно з дослідження «Ціна криміналізації людей, які вживають наркотики» (БО «БФ ВОЛНА») 18,7% опитаних наркоспоживачів мали досвід поліцейського піклування, а 81,3% не мали такого досвіду.

Відповідно до статті 41 Закону «Про поліцію»:

⁵⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

«Поліцейське піклування може здійснюватися щодо:

- 1) особи, яка підозрюється у втечі з психіатричного закладу чи спеціалізованого лікувального закладу, де вона утримувалася на підставі судового рішення;
- 2) особи, яка має ознаки вираженого психічного розладу і створює реальну небезпеку оточуючим або собі;
- 3) особи, яка перебуває у публічному місці і внаслідок сп'яніння втратила здатність самостійно пересуватися чи створює реальну небезпеку оточуючим або собі

Поліцейське піклування має наслідком щодо:

- 1) осіб, зазначених у пунктах 2, 3 частини першої цієї статті, – передання відповідному закладу;
- 2) осіб, зазначених у пункті 4 частини першої цієї статті, – передання у спеціальний лікувальний заклад чи до місця проживання.

Відповідно до цієї статті поліцейський також зобов'язаний повідомити особі про її права (якщо вона здатна усвідомлювати), скласти протокол та повідомити підрозділ про цей захід.

Висновки:

Поміщення до закладу соціальної допомоги чи лікувального закладу особи без її усвідомленої згоди можливо лише у разі неієздатності такої особи. Відповідно, рішення про лікування такої особи може приймати її опікун чи законний представник.

Примусові заходи медичного характеру можуть застосовуватись за рішенням суду лише до неосудної (чи обмежено осудної) особи, яка вчинила суспільно небезпечні дії. Осудність визначається відповідно до судово психіатричної експертизи.

Примусова госпіталізація може здійснюватися лише відповідно до ЗУ «Про психіатричну допомогу» закладами з надання психіатричної допомоги державної форми власності.

Існує 2 способи направлення особи, яка вчинила правопорушення до реабілітаційного центру: взяття на поруки такої особи (47 стаття ККУ) та звернення такої особи до лікувального закладу (ч. 4 ст. 309 ККУ) – лише щодо незаконного зберігання наркотичних речовин.

Відповідно до 41 статті Закону «Про поліцію» поліцейський зобов'язаний застосовувати поліцейське піклування щодо осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин у передбачених статтею випадках та супроводжувати до лікувального закладу.

4.2. Питання організації стаціонарної соціально-психологічної реабілітації хімічно uzалежнених осіб

Марнауз Г.Л.

Анотація. Розглядаються загальні питання організації та функціонування стаціонарного центру реабілітації uzалежнених клієнтів: нормативно-правові аспекти, структура реабілітаційного центру, штатний розклад, етапи реабілітації.

Нормативна-правова база функціонування реабілітаційного центру для хімічно uzалежнених осіб

Для досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування реабілітаційного центру хімічно uzалежнених осіб адміністрація повинна організовувати його діяльність у відповідності з законодавчими та правовими нормами України. Водночас центр соціально-психологічної реабілітації (як надавач соціальних послуг) підпорядковується правовим нормам, які встановлює Міністерство соціальної політики, а центр медико-психологічної реабілітації (як надавач медичних послуг з відповідною обов'язковою ліцензією МОЗ) підпорядковується правовим нормам, які встановлює Міністерство охорони здоров'я. Надалі тут будемо розглядати виключно функціонування центру соціально-психологічної реабілітації як надавача соціальних послуг.

Головний нормативний акт, якому підпорядковується робота реабілітаційного центру є Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.10.2020 № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин»⁵⁹. Крім того, у своїй діяльності реабілітаційний центр (далі РЦ) повинен керуватися такими нормативно-правовими вітчизняними та міжнародними актами:

Закони

- Конституція України – основний закон України;
- Закон України «Про соціальні послуги»;
- Закон України «Про психіатричну допомогу»;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;

⁵⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text>

- Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»;
- Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»;
- Закон України «Про свободу пересування та вільний вибір місця проживання в Україні»;
- Закон України «Про свободу совісті та релігійні організації»;
- Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів»;
- Закон України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини»;
- Закон України «Про захист персональних даних»;

Міжнародні акти

- Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних зі вживанням наркотичних речовин, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO) та Управлінням Організації об'єднаних націй з наркотиків і злочинності (UNODC);
- Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод;
- Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання;
- Європейська соціальна хартія (переглянута);
- Конвенція Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми;
- Європейська декларація охорони психічного здоров'я;
- Єдина конвенція ООН 1961 року про наркотичні засоби (з поправками 1972 року);
- Конвенція ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин;

Постанови, накази та ін.

- Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.10.2020 № 677 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин»;
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.11.2020 № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»»

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2016 № 240 «Про затвердження Правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації»;
- Наказ Міністерства соціальної політики України від 26.11.2018 № 1778 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації працетерапії для громадян похилого віку, осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю в закладах/установах системи соціального захисту населення»;
- Наказ Міністерства соціальної політики України від 23.06.2020 № 429 «Про затвердження Класифікатора соціальних послуг»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 ,»Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 3 березня 2020 № 185 «Критерії діяльності надавачів соціальних послуг»;
- ДБН В.2.2-18:2007. Заклади соціального захисту населення;
- ДК 003:2010. Класифікатор професій;

У діяльності РЦ адміністративний відділ стежить за виконанням таких Критеріїв Міністерства соціальної політики (Постанова Кабміну України від 3 березня 2020 р. № 185):

- Наявність установчих та інших документів, якими визначено перелік соціальних послуг, що відповідає класифікатору соціальних послуг, затвердженому Мінсоцполітики, що підтверджується засвідченою копією установчих та інших документів, випискою з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань.
- Надання соціальних послуг відповідно до державних стандартів соціальних послуг.
- Відповідний фаховий рівень працівників, які надають послуги в РЦ. Фаховий рівень працівників повинен бути підтвердженим документом про освіту, свідоцтвом про підвищення кваліфікації та/або про проходження атестації відповідно до законодавства. Працівники надавача соціальних послуг повинні відповідати вимогам, визначеним у Випуску 80 «Соціальні послуги». У штатному розписі/трудових договорах з найманими працівниками надавача соціальних послуг назви посад і

професій повинні відповідати Національному класифікатору України «Класифікатор професій» ДК 003:2010, затверджену наказом Держспоживстандарту від 28 липня 2010 р. № 327, а кваліфікаційні категорії та розряди – Випуску 80.

- Працівники надавача соціальних послуг повинні мати особисті медичні книжки та своєчасно проходити обов'язкові профілактичні медичні огляди (Постанова від 23 травня 2001 р. № 559).
- У штатному розписі/трудових договорах з найманими працівниками надавача соціальних послуг назви посад і професій повинні відповідати Національному класифікатору України «Класифікатор професій».
- Відсутність заборгованості із сплати податків і зборів (обов'язкових платежів), що підтверджується довідкою територіальних органів ДФС.
- Наявність у надавача соціальних послуг приміщень, які відповідають державним будівельним норм В.2.2-40:2018, що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель і споруд, який має кваліфікаційний сертифікат. Наявність власного чи орендованого жилого приміщення, яке відповідає: ДБН В.2.2-40:2018 «Будинки і споруди. Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення», що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель і споруд, який має кваліфікаційний сертифікат. Санітарним та протипожежним вимогам, що підтверджується засвідченою в установленому порядку копією декларації відповідності матеріально-технічної бази надавача вимогам законодавства з питань пожежної безпеки.
- Інформувати населення про наявні послуги та електронні сервіси через: електронні засоби комунікації та соціальні мережі, смс-інформування, друковану продукцію (буклети, ліфлети тощо).
- Наявність публічного звіту про діяльність з надання послуг та результатів оцінки якості послуг РЦ.
- Наявність матеріально-технічної бази, необхідної для забезпечення санітарно-гігієнічних норм, гарячого та холодного водопостачання та водовідведення, каналізації, припливно-втяжної вентиляції відповідно до вимог ДБН В.2.2-9:2018

«Громадські будинки та споруди. Основні положення», що документально підтверджується фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має кваліфікаційний сертифікат, висновком державної санітарно-епідеміологічної експертизи.

- Можливість забезпечення харчуванням отримувачів соціальних послуг – для надавачів соціальних послуг, що надають соціальні послуги з догляду, притулку та інші послуги, якими передбачено таке харчування. Для організації харчування надавач соціальних послуг отримує експлуатаційний дозвіл або реєструє потужності з виробництва та/або обігу харчових продуктів відповідно до Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів». У разі залучення інших суб'єктів господарювання до постачання готової продукції такі суб'єкти повинні мати дозвільні документи згідно з вимогами Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» і документи, що підтверджують безпечність та окремі показники якості харчових продуктів (експертний висновок, протокол, звіт або інший аналогічний документ);
- Наявність автотранспортних засобів, що підтверджується інформацією про діяльність надавача соціальних послуг.
- Наявність договору із закладом охорони здоров'я або ліцензії для провадження господарської діяльності з медичної практики.

Центр соціально-психологічної реабілітації хімічно uzалежнених осіб повинен бути зареєстрованим в «Реєстрі надавачів соціальних послуг» Мінсоцполітики.

Структура реабілітаційного центру

Ми пропонуємо таку структурну організацію реабілітаційного центру, представлену в таблиці 4.2.1.

Таблиця 4.2.1

Структура центру соціально-психологічної реабілітації з додатковим детоксикаційним відділом (у розрахунку до 35 осіб на реабілітаційному етапі, не враховуючи детоксикацію та постреабілітаційний етап

	Підрозділи	Склад	Задачі та заходи
Директор (загальне керівництво центром)	Адміністративно-господарчий підрозділ	Директор; Заступник директора (зав.відділення, адміністратор); Бухгалтер; Завгосп; Завідальні (кухар); Охоронець; Водій;	– юридичні та правові питання; – маркетингові та рекламні питання; – складання штатного розкладу, підбір персоналу, прийом на роботу та звільнення співробітників; – організація навчання персоналу та зовнішніх супервізій центру; – організація взаємодії з іншими суб'єктами суміжної діяльності та надавачів послуг, включаючи органи місцевого самоврядування та виконавчої влади; – ведення бухгалтерії, звітності, ведення внутрішньої документації; – забезпечення функціонування та розвиток матеріально-технічної бази, включаючи підсобне господарство; – стеження за станом приміщень, будівлі та прилеглої території, контроль за дотриманням норм технік безпеки, санітарним вимогам та ін.; – харчування;
	Мотиваційний та пререабілітаційний підрозділ	Нарколог; Фахівець із соціальної роботи; Психолог (сімейний); Консультант із хімічного uzалежнення;	– прийом дзвінків та організація первинної зустрічі; – індивідуальне мотиваційне консультування; – сімейне консультування та консультування родичів; – організація енваєроцентричних мотиваційних інтервенцій (сімейна конфронтація, мотиваційне сімейне консультування та ін.); – організація правових процедур для примусового лікування; – проведення груп для родичів uzалежнених;

Медичний підрозділ	Психіатр; Нарколог; Медична сестра;	– детоксикація; – психіатричний супровід; – видача ліків, проведення простих мед. маніпуляцій (ін'єкції, обробка простих ушкоджень тощо); – первинна медична діагностика та перенаправлення за необхідністю до інших мед. спеціалістів;
Психотерапевт ичний підрозділ	Психотерапевт; Психолог (КПТ); Психолог (арт- терапевт); Психолог (психодраматист); Психолог (тілесно- орієнтований); Консультанти із хімічного узалежнення;	– психологічна діагностика, оцінка потреб, постановка цілей, складання індивідуального плану одужання; – проведення психокорекційних та психотерапевтичних груп: групова динаміка, арт-терапія, психодрама, тренінг комунікації та асертивної поведінки, тренінг профілактики рецидиву, тілесна терапія (релаксації, тілесний майндфулнес), тренінг розвитку копінгів подолання стресу та ризикових ситуацій, тренінг розвитку емоційного інтелекту та психологічної грамотності, нейрокогнітивний тренінг; – проведення інформаційних груп та тренінгів з розуміння основ узалежнення; – внутрішні групи взаємодопомоги, виїзд на групи АА/АН, «спікерські» групи; – групи планування/аналізу дня; – індивідуальний психологічний супровід; – індивідуальний супровід консультантом із узалежнення (ведення зошитів одужання, виконання завдань загального плану одужання, ведення щоденників та ін.); – заходи ситуаційного впливу (система нагород за виконання плану одужання, зміну поведінки, участь у житті центру іпод.);
Соціально- педагогічний підрозділ	Соціальний педагог; Фахівець із соціальної роботи;	– організація дозвілля та відпочинку (включаючи музикальні, театральні, танцювальні гуртки, перегляд фільмів з обговоренням, виїзди в театр тощо);

	Методист-організатор; Працетерапевт; Спортивний інструктор/інструктор з ЛФК;	– організація ЛФК та інших оздоровчих заходів; – організація спортивних заходів; – організація працетерапії та трудового навчання; – соціальне навчання; – організація педагогічних заходів; – організація виїздів за межі центру; – «адвокатування» реабілітантів в органах влади та суду (відновлення документів, дотримання прав, допомога у взаємодії та ін.);
Постреабілітаційний підрозділ	Фахівець із соціальної роботи; Психотерапевт; Психологи.	– соціальний супровід; – соціальний гуртожиток; – амбулаторні психотерапевтичні групи (амбулаторна психотерапевтична програма); – індивідуальні психологічні консультації; – сімейна терапія; – допомога у працевлаштуванні.

Види, функції та обов'язки персоналу реабілітаційного центру

У роботі з uzалежненими особами необхідно використовувати комплексний мультидисциплінарний підхід та узгоджену роботу всього персоналу. Ні один лікар, психолог чи психотерапевт не можуть самотужки вирішити проблему uzалеженого від алкоголю та наркотиків клієнта. Uzалежнення охоплює багато сфер життя людини: це і фізіологічний стан, і психологічна, соціальна та духовна складові. Саме тому, працювати в центрі реабілітації мають люди, кваліфікація яких може допомогти клієнту центру в кожній з окремих сфер.

З цього принципу розробляється штатний розклад. Виходячи з Постанови Кабміну України від 3 березня 2020 р. № 185, необхідно виконувати такі рекомендації щодо штатного розкладу:

- Відповідний фаховий рівень працівників, які надають послуги в реабілітаційному центрі. Фаховий рівень працівників повинен бути підтвердженням документом про освіту, свідоцтвом про підвищення кваліфікації та/або про проходження атестації відповідно до законодавства. Працівники надавача соціальних послуг повинні відповідати вимогам, визначеним у Випуску 80 «Соціальні послуги». У штатному розписі/трудовах договорах з найманими працівниками

надавача соціальних послуг назви посад і професій повинні відповідати Національному класифікатору України «Класифікатор професій» ДК 003:2010, затверджену наказом Держспоживстандарту від 28 липня 2010 р. № 327, а кваліфікаційні категорії та розряди – Випуску 80.

- Працівники надавача соціальних послуг повинні мати особисті медичні книжки та своєчасно проходити обов'язкові профілактичні медичні огляди (Постанова від 23 травня 2001 р. № 559).
- У штатному розписі/трудових договорах з найманими працівниками надавача соціальних послуг назви посад і професій повинні відповідати Національному класифікатору України «Класифікатор професій».

Наведений нижче варіант штатного розкладу носить рекомендаційний характер, на який варто опиратися та керуватися ним, але залежно від обсягу фінансування та потреб центру можна збільшувати або скорочувати штат, перерозподіливши обов'язки між іншими штатними одиницями. У розробленні цього варіанту використовувалися «Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних», що було запропоновано Міністерством України у справах сім'ї, дітей та молоді та Міністерством охорони здоров'я України в 2004 році (Балакірева, 2004).

Для стаціонарного реабілітаційного центру, розрахованого на 25-30 клієнтів, рекомендована кількість персоналу – близько 20 осіб основного складу. У разі інших форм роботи центру (наприклад, якщо центр має денний стаціонар, амбулаторних клієнтів та додаткові групи для родичів uzалежнених) та відповідно за умови збільшення кількості клієнтів, які проходять реабілітацію та ресоціалізацію, штатний розклад доцільно переглядати.

Директор центру.

Зазвичай має одну повну ставку, іноді засновник центру може бути і його директором, у разі якщо це приватний не мережевий реабілітаційний центр.

Функціональні обов'язки: керівництво та контроль роботи всіх служб центру; підбір персоналу; вирішення конфліктів між персоналом та в реабілітаційному процесі; координація діяльності персоналу (координація діяльності окремих служб); організація та контроль виконання реабілітаційної програми; забезпечення матеріально-технічної бази центру; обладнання робочих місць; ведення переговорів та укладення договорів з

органами влади, комерційними підприємствами та іншими організаціями щодо співпраці; складання звітності про роботу центру.

Вимоги до освіти: найкращий варіант, якщо це є медична освіта лікаря-психіатра або нарколога. Однак, якщо центр реабілітації є соціально-психологічним, а не медико-соціальним, вимога до медичної освіти не є обов'язковою.

У великих центрах (передусім стаціонарних та мережевих) може бути введена штатна одиниця на посаду заступника директора на повний робочий час або на неповний робочий час, з делегуванням частини повноважень останньому. Вимоги до освіти: бажано вища, найкращий варіант, якщо це психологічна, соціальна або педагогічна освіта. Також гарним варіантом може бути економічна освіта або освіта в сфері менеджменту підприємств.

Лікар психіатр-нарколог

Функціональні обов'язки: попередній огляд клієнтів при прийнятті на реабілітацію; діагностика психопатології; діагностика супутніх захворювань та перенаправлення на лікування до інших спеціалістів; детоксикація, виведення з абстинентного синдрому (за наявності медичної ліцензії); медичне консультування клієнтів центру в процесі реабілітації, за зверненням; призначення медикаментозного лікування, у разі потреби; повторні огляди, після проходження медикаментозного лікування; присутність на зустрічах з близькими uzалежнених.

Крім того, якщо центр розрахований на довготривале перебування клієнтів у режимі стаціонару, доцільно проводити також профогляд клієнтів центру та персоналу за угодою з місцевим ТМО (територіально-медичним об'єднанням) на контрактній основі.

Вимоги до освіти: вища медична.

Медична сестра/медбрат/фельдшер

Одна особа на повний робочий час.

За необхідністю можна збільшити до двох окладів одній людині (залежно від кількості клієнтів в центрі) в режимі денного чергування для стаціонарних центрів реабілітації.

Функціональні обов'язки: контроль стану здоров'я клієнтів; зберігання медикаментів та їх видача; контроль за прийомом ліків клієнтами центру, згідно з призначеннями лікаря.

Вимоги до освіти: середня спеціалізована медична або вища медична.

Психотерапевт

Окрім вищої медичної чи психологічної освіти має ґрунтовну освіту в одному з напрямів психотерапії, освіту з психотерапії узалежнених клієнтів та досвід клінічної роботи зі важкими клієнтами. Має навички роботи зі важкими випадками, керує загальним психотерапевтичним процесом.

Функціональні обов'язки: керування загальним психотерапевтичним процесом, проведення внутрішніх супервізій та інтервізій для психологів, консультантів із хімічного узалежнення та інших фахівців, психологічне консультування клієнтів із важкими випадками, кризове психологічне втручання.

Психолог

Три або чотири штатні одиниці залежно від реабілітаційної програми. Усі психологи повинні володіти загальними навичками консультативної роботи (групової та індивідуальної) зі хімічно узалежненими особами, включаючи мотиваційне інтерв'ювання та когнітивно-поведінкове консультування узалежнених осіб. Крім того, психологам центру необхідно володіти навичками діагностичної роботи та відповідним діагностичним інструментарієм (індекс тяжкості адикції, рівень реабілітаційного потенціалу, методики діагностики тривоги та депресії та ін.), навичками проведення групового тренінгу, проведення кризової інтервенції, навички роботи з тягою до вживання. Також, бажано, щоб у центрі були психологи з навичками роботи в таких напрямках: арт-терапія, психодрама, тілесно-орієнтована терапія, сімейне консультування.

Функціональні обов'язки: організація індивідуального психологічного консультування; психологічна діагностична робота; консультування з питань узалежнення та тяги до вживання; мотиваційна робота; проведення групових психокорекційних занять; робота з родичами клієнтів, проведення групових зустрічей для родичів узалежнених клієнтів; проведення сімейних консультацій на більш тривалих термінах одужання; психологічна, психокорекційна та психотерапевтична робота з клієнтами.

Вимоги до освіти: вища психологічна освіта; обов'язкова додаткова освіта в психологічній роботі з узалежненими клієнтами; бажана додаткова освіта в будь-якому напрямі психотерапії.

Консультант із хімічного узалежнення або соціальний робітник

Чотири особи, чотири штатні одиниці, з розрахунку один працівник на зміну у стаціонарному варіанті реабілітації з добовим чергуванням або один консультант не більш ніж на 7 клієнтів в амбулаторній програмі.

У «Державному стандарті соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин» Міністерства соціальної політики України (головний нормативний

документ, на який спирається в своїй роботі реабілітаційний центр) цей працівник позначений як *соціальний робітник, який працює за принципом «рівний - рівному»*. Також він описується в цьому документі як *«особа з числа колишніх отримувачів соціальної послуги, яка має досвід подолання залежності від наркотичних засобів чи психотропних речовин, пройшла реабілітацію і не вживає наркотичних засобів чи психотропних речовин, залучена до проведення заходів, що становлять зміст соціальної послуги. Соціальний робітник, який працює за принципом «рівний - рівному», проходить курс навчання (семінари, тренінги), що організовуються та проводяться Республіканським Автономної Республіки Крим, обласними, Київським та Севастопольським міськими центрами соціальних служб, з питань надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах через психічні та поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин»*.

Для надання соціальної послуги консультант із хімічного uzалежнення має пройти навчальну програму стажування, що включає:

- підготовку з метою формування уявлень про природу хімічного uzалежнення та співузалежнення, його вплив на всі аспекти життя та діяльності отримувача соціальної послуги;
- підготовку з метою ознайомлення з особливостями роботи з конкретною категорією клієнтів із застосуванням конкретної моделі соціально-психологічної реабілітації;
- стажування в аналогічного надавача соціальних послуг для закріплення та перевірки сформованості набутих навичок;
- підвищення кваліфікації з метою набуття знань щодо специфіки аналогічної роботи в іншого надавача соціальних послуг.

Основні вимоги до кандидатів:

- середня освіта;
- термін невживання наркотичних засобів чи психотропних речовин, алкогольних напоїв (тверезості) не менше ніж 2 роки;
- готовність надавати допомогу особам, які потребують отримання соціальної послуги, та їхнім сім'ям;
- вік від 25 до 65 років;
- відсутність психічних захворювань (за винятком тих осіб, які пройшли курс лікування від uzалежнення в медичних закладах).

Уважаємо, що однією з провідних проблем сучасних реабілітаційних центрів України є те, що консультантам зі хімічного uzалежнення надається занадто багато непридатних посад і повноважень і функціональних

обов'язків, через що вони починають відігравати провідну функцію в реабілітації, хоча ця штатна одиниця є лише допоміжним персоналом.

Консультант із хімічного uzалежнення не має право проводити консультаційну роботу, застосовувати техніки психологічного впливу, давати рекомендації, що виходять за межі його компетенції.

Консультант із хімічного uzалежнення знаходиться в повному підпорядкуванні вищому персоналу (психотерапевту, психологам), та повинен бездоганно виконувати їх вказівки та рекомендації.

Фахівець із соціальної роботи.

Може бути одним з ключових фахівців реабілітаційного центру. Особливо роль відіграє на пререабілітаційному та постреабілітаційному етапах.

Функціональні обов'язки: прийом первинних дзвінків, первина оцінка випадків, мотиваційна дореабілітаційна робота (включаючи організацію мотиваційних інтервенцій у вигляді сімейної конфронтації та ін.), первинна консультація самого uzалежного та його родичів, контакти з родичами під час проходження реабілітації, організація постреабілітаційного соціального супроводу (включаючи контроль відвідування необхідних груп та фахівців).

Необхідні знання та навички: навички мотиваційної роботи та організації позареабілітаційних мотиваційних інтервенцій, навички первинної діагностики випадку та оцінки потреб, базові навички психологічного та сімейного консультування, ведення соціального супроводу хімічно uzалежнених осіб.

Освіта: профільна вища.

Соціальний педагог.

Соціальний педагог відповідає за організацію дозвілля, трудотерапії, навчальної діяльності, творчої діяльності і под.

В його функціональні обов'язки входять: організація дозвілля; проведення творчих ігор; організація творчих гуртків (театрального, музичного, танцювального та ін.), організація навчальних заходів (комп'ютерна грамотність, правила етикету та ін.), організація творчих виїздів (кіно, театр та ін.), організація працетерапії.

Вимоги до освіти: базова педагогічна.

Кінезіотерапевт (інструктор з ЛФК, реабілітолог)

Одна особа на повний робочий час, можливе зовнішнє сумісництво. Цю посаду може займати фізорг з педагогічною чи спортивною освітою. Цей працівник займається фізичною складовою реабілітації учасників програми згідно з рекомендаціями лікаря, який регулює необхідність та кількість фізичних навантажень.

Функціональні обов'язки: проведення ранкової зарядки; спортивні ігри, групові спортивні заняття; релаксація, медитація; додаткові індивідуальні фізичні вправи та навантаження для клієнтів центру, за згодою лікаря.

Вимоги до освіти: спеціальна, середня спеціальна або вища (фізичний реабілітолог або спортивна освіта).

Адміністратор.

Функціональні обов'язки: прийом та реєстрація прибулих клієнтів; контроль за дотриманням порядку в центрі; консультування щодо умов вступу та перебування в центрі; ознайомлення клієнтів з правилами роботи центру; відповіді на телефонні дзвінки.

Вимоги до освіти: базова, середня, середня спеціальна.

Посада адміністратора важлива та обов'язкова у великих центрах, з стаціонарною та амбулаторною програмою (комбіновані центри). Крім того, якщо реабілітаційний центр має мережу, адміністратор може бути координатором на телефоні для всієї мережі та надавати необхідну інформацію в телефонному режимі. У невеликих центрах ця посада не є необхідною. Функції адміністратора виконують інші працівники.

Бухгалтер

Функціональні обов'язки: ведення бухгалтерського обліку центру у відповідності до форми власності; подача звітності, сплата податків; виплата заробітної плати співробітникам; ведення кадрового обліку, відпусток, лікарняних та ін.

За великих обсягів роботи, можливо відокремлення посади менеджера з персоналу або кадрового працівника.

Вимоги до освіти: середня спеціальна або вища фахова.

Завідувач господарства.

Функціональні обов'язки: забезпечення нормального функціонування обладнання центру; закупівлі обладнання; виклик необхідних відповідних спеціалістів за наявності поломок.

Вимоги до освіти: середня спеціальна, спеціальна або вища.

За необхідності до господарського відділу можуть бути долучені ще такі працівники, як: комірник, електрик, сантехнік, двірник, водій, охоронець, прибиральниця та ін.

Завідуючий їдальні (кухар).

Функціональні обов'язки: закупівля та зберігання продуктів; фасування та розподіл продуктів; приготування їжі; контроль за виконанням санітарно-гігієнічних норм; ведення звітності; дотримання та корегування меню; видача завдань та контроль роботи чергових на кухні

Вимоги до освіти: спеціальна, середня спеціальна, бажано за фахом.

Навчання персоналу центру

Проблема підбору персоналу для центру реабілітації для нарко- та алкоузалежнених є досить гострою. На жаль, на сьогоднішній день, таких фахівців дуже мало. І зовсім немає закладів, які б на рівні держави готували подібних фахівців. Також, недержавних установ, що навчають фахівців з адиктології, обмаль.

Проте користуючись досвідом діяльності існуючих центрів можна побудувати приблизну схему підготовки фахівців із узалежнення, яка складається з чотирьох етапів:

1. Загальна базова підготовка. На цьому етапі важливо отримати основну теоретичну, базову інформацію з хімічного узалежнення та співузалежнення. Загальне уявлення про хворобу, її вплив на всі аспекти життя людини: фізіологічну, психологічну, духовну та соціальну складові.

2. Спеціалізована теоретична підготовка. Ознайомлення з особливостями роботи з конкретною категорією клієнтів (узалежнені від алкоголю, наркотиків, співузалежнені родичі, злочинці та ін.) в конкретній моделі роботи, а краще ознайомитися з різними варіантами програм роботи центру: 12 кроків, 7 навичок, SMART, IOOP, релігійна, терапевтична, стаціонарна та амбулаторна програми (більшість програм детально розглядаються в розділі III).

3. Стажування в аналогічному закладі. Закріплення та відпрацювання набутих теоретичних знань та навичок. Процес стажування має бути не менше 3-х місяців. Оптимальний термін стажування 4-6 місяців.

4. Підвищення кваліфікації. Процес навчання для працівників центру, а саме основного складу, який має безпосередній контакт з клієнтами (консультанти з хімічного узалежнення, соціальні працівники, психологи та керівництво) має бути безперервним. Основна мета – це набуття знань щодо специфіки роботи аналогічних закладів, вивчення успішного досвіду інших країн. Стеження за новими тенденціями та стандартами в цій галузі надання послуг клієнтам.

Форми навчання персоналу можуть бути такими:

1. Навчання в закладах освіти (часто консультанти з хімічного узалежнення бажать отримати вищу освіту з психології, соціальної роботи або реабілітології)

2. Навчання силами фахівців центру (внутрішні навчальні програми, які часто проводяться мережевими центрами для навчання та підвищення кваліфікації свого персоналу). Ці навчальні проекти проводять психологи чи консультанти, які мають тривалий досвід роботи у цій сфері та проходили

фахове навчання в інших навчальних програмах, які стосуються роботи з узалежненими клієнтами.

3. Навчання на курсах чи навчальних проєктах, які проводяться державними і не державними організаціями. Наразі, наприклад, таке неформальне навчання фахівців цієї сфери проводить Український Інститут Практичної Адиктології⁶⁰ та Український Інститут Психотерапії Залежності⁶¹. Обидва заклади готують консультантів з хімічного uzалежнення, надаючи їм великий обсяг теоретичної та практичної інформації. Крім того, УІПЗ готує психотерапевтів з узалежнення.

4. Обмін досвідом між фахівцями різних центрів та різних реабілітаційних програм, за домовленістю.

Етапи процесу реабілітації

Робота реабілітаційного центру зазвичай будується за принципом поетапності. Процес реабілітації має декілька етапів, залежно від етапу необхідні різні види персоналу, або різний персонал має різне значення залежно від конкретного моменту реабілітаційного процесу.

На пердреабілітаційному періоді основним спеціалістом є фахівець із соціальної роботи. У першій період реабілітації абстиненції на перший план для клієнта виходить лікар психіатр-нарколог. Надалі в реабілітаційному процесі основну роль займає психотерапевт та психологи. У постреабілітаційному процесі ресоціалізації на перший план знову виходить фахівець із соціальної роботи, та, зрозуміло, продовжують свою роботу психологи та психотерапевт (ті ж, що були в центрі, або інші).

На жаль, наразі більшість центрів в Україні не організовує етапності реабілітації, хоча етапна робота пропонується усіма рекомендаціями світу.

У короткому описі етапів реабілітації назви етапів реабілітації обрано за відповідною назвою етапів Інтегративної особистісно-орієнтованої розвиваючої моделі психотерапії узалежнення, розробленою Старковим Д.Ю., в якій надано конкретні рекомендації з психологічної роботи на кожному з етапів, які докладно розглянуто у роботі (*Старков, 2021*) та у відповідному підрозділі цього посібника.

Мотиваційний етап

Мотиваційний етап розпочинається за межами реабілітації. Працівники центру (фахівець із соціальної роботи, сімейний психолог, нарколог), які володіють відповідними мотиваційними навичками, проводять

⁶⁰ <http://www.uipa.com.ua/>

⁶¹ <http://uipz.com.ua/>

первинну зустріч з самим клієнтом та/або його родичами. За можливості індивідуальної консультації проводиться мотиваційна робота з самим клієнтом (мотиваційне інтерв'ювання та ін.). За неможливості контакту з самим uzалежненим, проводиться робота з його родичами та складається план енваєроцентричного мотиваційного впливу на uzалеженого (сімейна конфронтація за В. Джонсоном, інші методи сімейного впливу, наприклад методика CRAFT та ін.). За необхідності родина консультується щодо юридичної організації процедури примусового лікування.

Далі клієнт, після обов'язкової консультації з наркологом, за необхідності, направляється до детоксикаційного відділення або відразу до центру соціально-психологічної реабілітації (за відсутності проявів абстинентного синдрому). Надалі клієнту надається можливість ознайомчого періоду з центром реабілітації, його структурою та програмою (до тижня), ознайомлюють з правилами. У цей період відбувається знайомство з психологом та консультантом із хімічного uzалежнення, які будуть проводити його індивідуальний супровід, обов'язково проводиться огляд психіатром, проводиться первинна психологічна діагностика та оцінка потреб, складається індивідуальний план. Тільки після цього клієнт підписує договір на проходження реабілітації та приймається у групу.

Стабілізаційний етап

Тривалість від одного місяця для опійних наркоманій до 3-4 місяців у випадку споживачів «новітніх» наркотиків, клієнтів з коморбідними розладами та інших важких випадках. Тривалість цього етапу визначається тривалістю гострої фази постабстинентного синдрому або інших розладів, що впливають на нейрокогнітивні функції. Головною задачею є стабілізація психоневрологічного стану. У програмі IOOP пропонується використовувати підхід системної парадигми до психологічної роботи з клієнтами на цьому етапі, під час якого клієнти не мають право виходу з центру та користування мобільними телефонами (окрім запланованих дзвінків родичам).

Психокорекційний етап

Тривалість 6 місяців. У моделі IOOP пропонується використовувати підхід когнітивно-поведінкової парадигми до психологічної роботи з клієнтами на цьому етапі. Головною задачею є відновлення системи регуляції психіці та робота з профілактики потягу до вживання. На цьому етапі клієнти виїжджають з центру на заплановані заходи у супроводі працівників РЦ (але не мають право самостійно покидати центр). Клієнти також мають право вільного користування мобільним зв'язком у вечірній час.

Рейнтеграційний етап

Тривалість 4-6 місяців. Головна задача – підготовка клієнтів до закінчення реабілітації та виходу з центру. У моделі ІООР пропонується використовувати підхід гуманістично-екзистенційної парадигми до психологічної роботи з клієнтами на цьому етапі. Клієнти мають право самостійно покидати територію центру (без супроводу) за попередньою домовленістю зі відповідними працівниками РЦ.

Постреабілітаційний етап

Тривалість до одного року. Клієнти мешкають у соціальному гуртожитку (з працевлаштуванням за межами центру) та відвідують амбулаторну постреабілітаційну програму. Також відбувається обов'язковий соціальний супровід клієнтів. За моделлю ІООР пропонується надалі використовувати підхід гуманістично-екзистенційної парадигми до психологічної роботи з клієнтами на цьому етапі.

Програма реабілітації

Для роботи центру необхідна розроблена програма реабілітації. По-перше, повинна бути обрана модель реабілітації («12 кроків», КПТ, ІООР, «7 навиків», релігійна, ресоціалізації та ін.). Може бути також змішана модель реабілітації.

На основі цієї моделі будуються місія, цілі та задачі реабілітації.

Далі розробляються конкретні елементи програми.

У програмі повинні бути розписані:

- теми та структура групових занять;
- теми та структура індивідуального психологічного супроводу;
- теми та структура роботи з родичами;
- заходи дозвілля та інші заходи;

Також в обов'язковому порядку в процесі реабілітації мають застосовуватися зошити для самостійної роботи (в якості яких можна скористатися вже розробленими зошитами інших програм або розробити свої).

У структуру психологічної складової програми обов'язково повинні входити такі напрями: робота з профілактики рецидиву (включаючи роботи з профілактики тяги до вживання), тренінг з психологічної грамотності, тренінг профілактики стресу та подолання кризових ситуацій, тренінг комунікаційних навиків, тренінг сімейної грамотності.

За відповідністю до програми складається розклад групових та індивідуальних занять.

Програма повинна бути складена кандидатом (PhD) психологічних або медичних наук та бути завіреною відповідною науковою радою.

Список використаних джерел:

1. Батищев В.В., Нигериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Москва: РБФ «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН), 2001. 184 с.
2. Голяченко А.О. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. Київ, 2008. 32 с.
3. Дворяк С.В., Бабов К.Д., Розанов В.А., Шмакова И.П. Система реабилитации больных наркоманией на основе сочетания психосоциальных подходов коррекции личности фармакологическими и физиотерапевтическими средствами: Инструктивно-методическое письмо. Одесса: издавництво, 1996. 32 с.
4. Дудко Т.Н., Рузенко В.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. – М., 2001 – С. 9.,
5. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: дис. ... докт. мед. наук. 14.00.45; 14.00.18 / Национальный научный центр наркологии. Москва, 2003. 253 с.
6. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории: методические рекомендации. Москва: Институт реабилитации ННЦ наркологии МЗ РФ, 2004. 57 с.
7. Заварова Н.В. Організація діяльності закладів соціальної реабілітації системи освіти України. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2012. №19(2). С. 75-81. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2012_19\(2\)__11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2012_19(2)__11)
8. Иванов В.О., Безсмертний Ю.М., Старков Д.Ю. Принципы работы амбулаторной социально-психологической реабилитации осіб залежних від алкоголю: науково-методичний посібник. Київ: ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.
9. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (МКБ-10 F10-F19) / Агибалова Т.В., и др. Москва: Ассоциация наркологов России, 2015. 126 с.
10. Кулаков С. Руководство по реабилитации аддиктов. 4-е изд., допол. Ridero, 2020. 468 с.
11. Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Балакірева О.М., А та ін.; ред. Ю.Г. Попсученко. Київ: Державний ін-т. проблем сім'ї та молоді, 2004. 200 с.

- 12.** Молодцов Р. Руководство по консультированию в РЦ. Ре-форма, 2019. 384 с.
- 13.** Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин: Наказ Міністерства соціальної політики від 01.10.2020 р. № 677. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1218-20#Text> (Дата звернення 11.05.2022)
- 14.** Про уведення в дію рішення розширеного засідання колегії Міністерства охорони здоров'я України від 2 листопада 2012 року: Наказ МОЗ України від 07.12.2012 р. № 999. URL: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=14162> (Дата звернення 11.05.2022)
- 15.** Соборникова Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля: дис. ...канд. мед. наук. 14.01.27 / Российская медицинская академия последипломного образования. Москва, 2012. 186 с.
- 16.** Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308с.
- 17.** Тимошко Г. М. Організація діяльності державних і спеціалізованих соціальних служб : навчальний посібник. Ніжин: Вид. ПП Лисенко М.М., 2011. 247 с.
- 18.** Траутманн Ф., Валентик Ю.В., Мельников В.Ф. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков: методическое руководство. Ярославль: Изд-во Добро, 2002. 324 с.
- 19.** Graham H. Rehabilitation work: supporting desistance and recovery. NewYork, London: Routledge, Taylor & Francis Ltd., 2016. 244 p. (Series: International Series on Desistance and Rehabilitation)
- 20.** NIDA Principles of drug addiction treatment: A research-basedguide. 3-nd edition. U.S. Department of Health and Human Services. NIDA, 2012. 44 p. URL https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf
- 21.** SAMHSA' Working Definition of Recovery. 10 Guiding Principles of Recovery. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2012. URL: <https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf>

4.3. Організація терапевтичного середовища в реабілітаційному центрі

Олійник В.М., Старков Д.Ю.

Анотація. Ефективність реабілітації uzалежнених клієнтів залежить, найперше, від якості організації терапевтичного середовища. Розглянуто поняття терапевтичного середовища та фактори його ефективності. Визначено різницю між терапевтичним середовищем та терапевтичною спільнотою. Зроблено короткий огляд уявлень про терапевтичну спільноту, окремо виділено питання регресивних процесів. Надано власні погляди на організацію ефективної терапевтичної спільноти в центрі стаціонарної реабілітації.

Поняття терапевтичного середовища

На сьогодні в практиці стаціонарного лікування психічних розладів у світі провідним є гуманістичний підхід, в якому підкреслюється роль оточення в процесі одужання, тобто створення середовища, що сприяє самоповазі й особистої відповідальності, а також залученню пацієнта до осмисленої життєдіяльності [4]. Поняття «терапевтичне середовище» належить до концепції «соціотерапії» де, на відмінну від психотерапії, терапевтичний ефект досягається через певні види соціальної взаємодії та соціального впливу, без аналізу психологічних проблем. Необхідно підкреслити, що «соціотерапія» та «психотерапія» не виключають, а доповнюють одна одну.

Терапевтичне середовище є найважливішим терапевтичним фактором реабілітаційного центру. Саме від організації прийнятного терапевтичного середовища буде більшою мірою залежати «процес одужання» клієнтів, ніж від рівня проведення терапевтичних груп чи індивідуальних консультацій. Центр, в якому царить сприйнятлива для одужання атмосфера, але в якому бракує професіоналів, однаково даватиме вищий результат, ніж центр з хорошою командою професіоналів, але в якому створено неприйнятні для одужання середовищні умови.

Поняття терапевтичного середовища в чомусь віддзеркалює поняття групової динаміки для терапевтичних груп, однак, одночасно, необхідно провести також чіткі розмежування між ними. Першою головною відмінністю терапевтичного середовища від терапевтичної групи є те, що терапевтична група зустрічається з деякою регулярністю, а поза цими зустрічами учасники або не перетинаються, або, якщо така група діє в умовах центру, її груповий процес припиняється відразу після закінчення та не переноситься назовні. Водночас терапевтичним середовищем є група людей, яка мешкає разом та

взаємодіє весь час. Так, у реабілітаційному центрі терапевтичні групи є лише окремим елементом терапевтичного середовища, яке, саме собою, складається з багатьох інших факторів. З цього випливає друга відмінність між терапевтичною групою та терапевтичним середовищем. Терапевтична група зазвичай має групову динаміку (наприклад, стадії формування, боротьби ролей, робочу стадію та стадію розпаду), саме тоді як терапевтичне середовище є статичним утворенням. Більше того, цілющий фактор терапевтичного середовища буде насамперед залежати від незмінності «середовищного гештальту». Зрозуміло, завжди є якісь динамічні флуктуації, як мінімум у разі введення нового учасника або заміни когось з терапевтичного персоналу. Однак ефективне терапевтичне середовище повинно бути побудоване як стабільна гомеостатична система, яка за умови відхилення завжди повертається в точку гомеостатичної рівноваги. Тобто, характеристикою терапевтичної групи є динамічність, а терапевтичного середовища – стабільність. Третьою відмінністю є те, що в груповій психотерапії, зазвичай, цілющими є психотерапевтичні фактори. Водночас у терапевтичному середовищі цілющими є більш широкі соціотерапевтичні фактори. Серед них ми виділяємо такі цілющі фактори, частина з яких перетинається з аналогічними факторами групової терапії:

Ефект позитивного психологічного зараження. Учасники програми реабілітації підсвідомо присвоюють «усереднений психологічний стан» середовища (норми/цінності та емоційний фон), як кажуть, «заряджаються тверезістю». Ефект такого «позитивного зараження» буде, зрозуміло, залежати, з одного боку, від рівня «здорової емоційної атмосфери» в реабілітаційному центрі. З іншого боку він буде залежати від норм та цінностей, які сповідає терапевтична спільнота в цьому центрі. Тобто емоційну атмосферу терапевтичного середовища та норми її функціонування зі вкладеними цінностями ми вважаємо головними умовами процесу одужання в реабілітаційному центрі.

Приналежність. Узалеження часто називають хворобою відчуження. По суті, в більшості випадків, головним мотивом наркотизації та/або алкоголізації клієнтів центру і була реалізація потреби в приналежності. У такому випадку терапевтичне середовище повинно, з одного боку, задовольняти цю потребу в приналежності, з іншого боку, формувати у клієнтів внутрішнє відчуття приналежності до соціуму/людства. Так, по-перше, в реабілітаційному центрі повинна бути сформована атмосфера безумовного прийняття та відповідна норма функціонування терапевтичної спільноти повинна бути однією з провідних (проте незалежно від безумовного прийняття особистості повинна бути жорстка система

неприйняття будь-яких проявів десоціальної поведінки з відповідними санкціями та заохочення просоціальної поведінки з відповідними винагородами). Вважаємо необхідним нагадати, що категорія прийняття належить саме до приналежності, тобто «психологічного маркування своїм», та не належить до позитивного ставлення або любові, як це часто плутають. Якщо «я когось безумовно приймаю», то «я його вважаю «своїм» незалежно не від чого», однак це не може заважати мені ставитися до цієї людини негативно, злитися на неї тощо. Саме тому атмосфера безумовного прийняття (тобто всі члени терапевтичної спільноти є «своїми», ніхто не має бути відчужений) не заважає функціонувати системі санкцій та заохочень. І тому самі санкції не мають носити ні в якому разі смислу відчуження («якщо ти під санкціями, це не означає, що ми тебе відчужуємо»). По-друге, клієнти мають бути залучені до життя центру, нести обов'язки, вони також повинні почати відчувати цей центр «своїм». Тут може допомогти модель терапевтичної спільноти, про яку мова буде йти нижче (у разі адміністративного керування центру такий ефект досягається набагато гірше). Третім фактором ефекту приналежності є групова згуртованість. Однак за таких обставин необхідно бути обережним, так як групова згуртованість у адиктів часто відбувається через їх адиктивні та інші патологічні частини особистості і стає тоді антитерапевтичним фактором. Негативна групова згуртованість відбувається на початкових стадіях одужання, тому не має сенсу проводити посилену роботу над об'єднанням групи першого етапу реабілітації (до 2-3-х місяців), а в деяких випадках навіть варто робити інтервенції на зменшення групової згуртованості новачків. Інший варіант негативної групової згуртованості може бути згуртованість навколо «негативних» лідерів. За появою негативних лідерів необхідно уважно слідкувати та своєчасно нейтралізувати процес групової згуртованості навколо них.

Імітація здорового суспільства. У деяких центрах використовують модель терапевтичного середовища як імітації «здорової родини». Це може бути доцільно в деяких моделях реабілітації (в релігійних центрах; в центрах реабілітації підлітків з довгостроковим терміном перебування не менше одного року та з провідною психотерапевтичною складовою). Однак, ми вважаємо, доцільніше спиратися на ширшу модель здорового суспільства. У такому випадку клієнти мають змогу «випробувати» на собі більший репертуар ролей та соціальних відносин. Імітація терапевтичним середовищем здорового суспільства досягається системою правил, ієрархічним розподіленням ролей з можливістю переходу з ролі до ролі,

значною долею демократичного керування (тому для цієї цілі більше підходить модель терапевтичної спільноти).

Навчання соціальної відповідальності. Зазвичай хімічні адикції значно корелюють з соціальною інфантильністю та безвідповідальністю. Тому важливим фактором одужання і є навчання соціальної відповідальності. Для цього клієнти повинні бути залучені в побутове життя центру, нести відповідні побутові відповідальності (прибиранні, приготування їжі й ін.), корисною є система трудотерапії тощо. Також важливим є балансована система заохочень та санкцій за виконання/невиконання обов'язків. На глибшому рівні важливим є формування внутрішнього відчуття відповідальності не лише за свої обов'язки, але й за інших членів групи, весь колектив та весь реабілітаційний центр в цілому. Так поступово формується, сформульована ще Аристотелем, здорова громадська позиція людини як «соціальної істоти».

Навіювання надії. Одним з головних факторів, який блокує процес одужання від uzалежнення, є стан безнадійності, відсутність віри у позитивний результат – по суті ефект вивченої безпорадності. Тому важливим фактором дії терапевтичного середовища є навіювання надії. По-перше, це досягається знайомством з «тими, у кого вийшло» – клієнтами з більшим терміном тверезості та консультантами з хімічного uzалежнення. Важливим тут є «спікерські зібрання» – запрошення людей зі спільнот АА/АН чи інших подібних груп, де вони можуть поділитися своїм власним досвідом одужання. Дуже корисними є регулярні зустрічі «випускників» центру. По-друге, навіювання надії відбувається за умови бачення власних успіхів. Тому дуже важливим є в центрі система відмічання успіхів в одужанні клієнтів: позитивні зворотні зв'язки щодо змін, постановка цілей одужання та відмічання їх досягнення, заохочення за виконання плану одужання, періодичний аналіз шліху одужання та досягнень в ньому, навчання позитивному самоаналізу, формування здорового відчуття самоєфективності, побудова плану повноцінного здорового життя після закінчення реабілітації та відмічання тих необхідних навичок, які вже здобули в процесі реабілітації для цього життя. Та взагалі, для дії цього фактору, в центрі повинна бути створена позитивна атмосфера досягнення та успіху.

Соціальне рольове навчання. Фактор «випробування» себе в різних соціальних ролях. Те, як клієнт перебуває в тій чи іншій соціальній ролі (позитивній чи негативній) відстежується фахівцями та клієнтові дається зворотний зв'язок. Необхідно відстежувати негативні соціальні ролі, які клієнт звик приймати у житті, та своєчасно конфронтувати їх, допомагаючи

замінити їх позитивним ролями: «рятівник» (знає, що необхідно іншим та як їх рятувати, співузалежнена позиція); «цап відбувайло» (завжди винний, ганьба колективу, позиція «носія тіні» групи); «блазень» (усіх веселить, «працює» клоуном групи, трикстерна позиція); «золоте дитя» (тільки бере та вимагає, та нічого не дає, егоїстична позиція); «герой» (самий найкращий, нарцисична позиція); «хлопчик на побігеньках» (виконує все за інших, підлегла позиція); «втрачена дитина» (роль самотності, закритість від інших та уникнення взаємодії, позиція відчуженості); «помийне відро» (мішень для емоційного агресивного відреагування інших, позиція жертви); «вічна дитина» (дитяча поведінка, неприйняття відповідальності, інфантильна позиція); «хвора дитина» (завжди з проблемами фізичного, психологічного чи іншого плану, саморуйнівна позиція) та ін. Важливим є також відстеження «психологічних ігор» в розумінні транзакційного аналізу, в процесі яких займаються ці ролі, їх аналіз та розкриття. Однак процес рольового навчання стосується не тільки соціальної взаємодії, але також і професійного навчання. Можемо навести як приклад досвід одного німецького центру, де на його території було розташоване справжнє кафе, де «працювали» виключно реабілітанти, та в цьому кафе інші клієнти та співробітники могли купити за символічну суму каву/чай, тістечка ін. Клієнти за час «праці» в такому кафе могли випробувати себе в різних ролях та одночасно навчатися професіям директора кафе, бухгалтера, бариста, пекаря тощо.

Навчання проведення дозвілля. Одним з факторів адиктивної поведінки є по суті банальна нездатність відпочивати та проводити дозвілля інакше. Тому організація правильного дозвілля є важливим чинником процесу одужання в центрі. Важливим є спортивний компонент (включаючи спортивні ігри), виїзди в кіно, театр, концерти та інше. Дуже корисним є організація в центрі творчих гуртків (театрального, музикального, художнього та ін.). Реабілітантів необхідно привчати до більш «високих» видів дозвілля, ми пропонували би групи з навчання «правильного» (тобто розуміння художнього твору як метафору, а не буквального сприймання) прослуховування класичної музики, читання книжок, перегляду фільмів.

Катарсис. Цей фактор діє через можливість вербалізації хвилюючих проблем перед іншими людьми. Однак для дії цього фактору в центрі повинна царити атмосфера емоційної відкритості та щирості (а не «фальшивого одужання» та «носіння масок»). По-друге, необхідно проводити навчання ідентифікації своїх аутентичних переживань та вербалізації саме їх (таке навчання відбувається у відповідних психотерапевтичних групах). Також бажано, щоб кожного клієнта

супроводжували два фахівця (психолог та консультант з хімічного узалежнення), до яких він може звернутися за індивідуальною консультацією та висловити їм свої бентежні переживання, якщо він не може їх висловити групі або комусь з друзів з одужання.

Універсальність проблеми. Одним із негативних факторів, що перешкоджає одужанню від узалежнення, є відчуття унікальності своєї проблеми. Залучення до колективу людей зі схожою проблемою дозволяє зняти це відчуття. Важливо для дії цього фактору, щоб було організовано процес обміну досвідом проблем вживання у відповідних групах (найчастіше це є групи взаємодопомоги за принципом АА).

Імітаційна поведінка та переймання досвіду. Для дії цього фактору в терапевтичному середовищі необхідна присутність адекватних фігур для рольового наслідування. «Неузалежнені» психологи та психотерапевти не можуть бути такими фігурами через багато причин, наприклад, через їх професійну дистанцію з клієнтами, знаходження в «дальній зоні розвитку», терапевтичної ідеалізації їх клієнтами, що робить неможливим сприйняття їх моделлю для наслідування. Тому такими фігурами для рольового наслідування виступають здебільшого консультанти з хімічного узалежнення. Саме тому для цієї групи терапевтичного складу вимоги щодо особистісних характеристик та поведінки в центрі повинні бути найбільш суворі [1].

Альтруїзм. Терапевтичний ефект від того, що ти потрібний і корисний у групі, є дуже важливим для одужання. Важливо навчання адекватній альтруїстичній поведінці, яка не переходить в рятівництво та співузалежнення (правило допомоги – допомагати лише після питання про це людину та після отримання дозволу, підтримати людину в тому, що вона може зробити та робити за неї тільки те, що вона не може зробити).

Коригуючий досвід стосунків. Емоційні стосунки в центрі повинні бути достатнього здоровими (відкритими, щирими, позитивними, поважними тощо), для того, щоб відбулася їх коригуюча дія. На першому місці з найважливіших емоційних стосунків для узалежнених клієнтів ми ставимо стосунки поваги та довіри. Тобто, передусім саме стосунки поваги та довіри повинні розвиватися в терапевтичному середовищі для терапевтичної дії цього фактору.

Розвиток міжособистісних умінь. Цей фактор стосується насамперед комунікаційних та інших навиків міжособистісної взаємодії, зокрема асертивної поведінки. Для дії цього фактору необхідний низка правил комунікації та взаємодії в центрі, тренінги навчання цим навикам, групи розбору складних ситуацій взаємодії, групи зворотного зв'язку. Загалом, терапевтичне середовище слугує своєрідним «полігоном» для дослідження

негативних і позитивних емоційних реакцій і випробування нових видів поведінки. Цей процес необхідно відстежувати та корегувати за допомогою зворотних зв'язків.

Надання інформації. Клієнтам необхідні знання про саме uzалежнення (розуміння його механізмів та рекомендації протидії їй), про основи психологічної грамотності, сімейна освіта, знання про соціальну взаємодію, сексуальна освіта тощо. Тому відповідні інформаційні групи є необхідною складовою процесу реабілітації.

Екзистенційні фактори. З нашого досвіду uzалежені клієнти є досить сприйнятливими до екзистенційних питань. Тому групи з групового обговорення питань близькості та відчуження, життя та смерті, свободи та рабства, смислу та відсутності смислу мають великий терапевтичний ефект. Можна говорити, що в чомусь саме uzалежнення цих клієнтів було спробою вирішення цих питань, тому їх явне підняття є необхідним фактором для одужання. Взагалі, uzалежені клієнти є досить схильними до питань практичної філософії (звичайно, які піднімаються в простій та зрозумілій для них формі), тому розвиток такого напряму є, на наш погляд, дуже перспективним.

Професійна психологічна та психотерапевтична допомога. Зрозуміло, професійна допомога психологів та психотерапевтів є одним з найважливіших факторів одужання. Така допомога може йти в трьох напрямках: 1) консультування з питань uzалежнення, включаючи когнітивно-поведінковий тренінг профілактики рецидиву та мотиваційне консультування; 2) тренінг особистісного розвитку, включаючи тренінги розвитку емоційного інтелекту, комунікаційної грамотності та асертивної поведінки, сімейних навиків, розвитку системи психічної регуляції та роботу з дисфункціональним мисленням; 3) психотерапевтична допомога у вирішенні особистісних та психологічних проблем, включаючи психотерапевтичну роботу з наявними психічними розладами (тривожним, депресивним і под.).

Що стосується способу керування та організації терапевтичного середовища в центрі реабілітації, то можна виділити два основних типи організації, які метафорично можна позначити як дві крайні точки континууму, де всі інші види організації терапевтичного середовища лежать посередині та є лише пропорційним поєднанням цих двох основних типів: 1) адміністративна система; 2) терапевтичні спільноти, побудовані за принципом демократичного самокерування.

Терапевтична спільнота

Багато авторів використовують поняття терапевтичного середовища і терапевтичної спільноти майже синонімічно. Так часто терапевтичну спільноту визначають як «особливий спеціалізований підхід, що використовує для лікування психологічні та соціальні феномени, властиві великим, чітко обмеженим групам людей, що живуть поруч» [3: 409]. Т. Дудко розуміє термін «терапевтична спільнота» як в широкому (будь-який заклад, де надаються можливості для відповідальної роботи, розвитку інтересів та можливостей, та участі в повсякденному житті закладу), так і у специфічному (заклад, де використовуються принципи та методи, заснований на лібералізмі, рівності, толерантності, неформальності відносин та ін.) [2]. Однак ми вважаємо за доцільне розділити поняття терапевтичного середовища (ТСе) та терапевтичної спільноти (ТСп). Терапевтична спільнота передбачає тією чи іншою мірою задіяння клієнтів стаціонарного центру в керування процесами цього центру. А під терапевтичним середовищем мається на увазі взагалі будь-яка терапевтично організована соціальна структура центру, тобто будь-який терапевтичний вплив середовища, однак не обов'язково демократично організованого. Тобто терапевтична спільнота є окремим випадком терапевтичного середовища, де соціального терапевтичного ефекту намагаються досягти демократизацією та делегуванням відповідальності за керування процесами центру самим клієнтам. А іншим варіантом терапевтичного середовища буде адміністративна система. У такому випадку ми можемо мати центр організований повною мірою за моделлю терапевтичної спільноти (повна демократизація процесу – центром керує вся спільнота), центр з елементами терапевтичної спільноти (клієнти центру мають тією чи іншою мірою вплив на керування центру, але адміністрація та терапевтичний склад має вищі повноваження та/або «право вето» – модель «демократичної монархії»), або центр, що працює повністю за адміністративною системою (клієнти не мають ніякого впливу на керування та організацію процесу).

О. Кернберг у своїй роботі аналізує аспекти та фактори ТСп [3: 410]. Так, як основні аспекти підходу ТСп можна виділити такі

- *Терапія як спільна справа.* Персонал та пацієнти, які діють як організована спільнота, спільно здійснюють лікування пацієнтів; пацієнти беруть активну участь у своєму лікуванні, будучи відповідальними співробітниками, а не пасивними хворими, яких лікують інші.

- *Терапевтична культура.* Усі справи та будь-які форми взаємодії спрямовані на одну мету: на навчання та соціальну реабілітацію пацієнтів. Оптимальне функціонування пацієнта у терапевтичній спільноті є першим кроком до можливості оптимально функціонувати у зовнішньому світі.
- *Конфронтація для навчання життю.* Відкритий потік спілкування між пацієнтами та персоналом здійснює миттєвий зворотний зв'язок, що стосується видимої поведінки та реакцій на неї. Дослідження функцій цієї поведінки «тут і тепер» і можливість експериментувати з новими формами поведінки вчить пацієнтів жити як у терапевтичному співтоваристві, так і у зовнішньому світі.

Т. Дудко виділяє такі чотири принципи ТСп: демократизація (спільне прийняття рішень), толерантність (терпимість до будь-яких проявів девіантної поведінки), конфронтація реальністю (по суті зворотні зв'язки), комуналізм (рівність прав та обов'язків усіх членів групи) [2].

Для реалізації мети ТСп використовуються такий засіб, як збори терапевтичної спільноти (ЗТС), де створюється клімат відкритого спілкування, здійснюється вплив групи, що підштовхує пацієнтів до соціалізації та реабілітації, і де є можливість для демократичного прийняття рішень. На ЗТС збираються всі пацієнти та всі співробітники для дослідження соціального середовища, в якому всі вони мешкають, його порушень та недоліків, щоб побачити розвиток антидемократичних та авторитарних тенденцій та вирішити ці проблеми.

О. Кернберг виділяє такі теоретичні гіпотези щодо терапевтичних змін в ТСп:

- пацієнти можуть допомагати один одному в терапевтичних змінах;
- пацієнти можуть зорганізуватися в «нормальну», адекватну та відповідальну групу, незважаючи на патологічну індивідуальну взаємодію поза груповим середовищем;
- персонал в авторитарній системі як група може функціонувати патологічно та антитерапевтично, незважаючи на те, що окремо це зрілі та досвідчені люди (наприклад, можна пригадати «ефект Зімбардо»);
- авторитарність загалом є антитерапевтичною і рішення, прийняті на основі «сили», а не «розуму», шкодять інтересам пацієнтів;
- демократизація процесу лікування терапевтична як така – вона підвищує самоповагу пацієнта, допомагає йому краще функціонувати, сприяє чесності у спілкуванні та безпосередньо створює умови для зростання (сам О. Кернберг ставить під сумнів

цю передумову, вважаючи, що демократизація процесу породжує як терапевтичні, так і антитерапевтичні наслідки);

- колективне прийняття рішень у відкритому середовищі загальних зборів є терапевтичним, оскільки живить демократичні, а не авторитарні процеси (з цим положенням О. Кернберг також не згоден);
- пацієнти можуть допомагати один одному індивідуально, і це вчить їх міжособистісним навичкам та творчості, а також посилює Его.

Узагалі, модель виключно терапевтичної спільноти для реабілітаційних центрів була дуже популярною в 90-х роках на пострадянському просторі [5]. Часто такі центри являли собою самоорганізовану комуну з «одужуючих наркоманів» без будь-якої програми самого «одужання». Також часто за принципом терапевтичної спільноти працюють релігійні центри. Однак згодом популярність підходу до реабілітації терапевтичної спільноти у «чистому вигляді» пішла на спад, та на сьогодні є досить рідким явищем. Більшість сучасних реабілітаційних центрів або не застосовують принципи терапевтичної спільноти взагалі, або застосовують у мінімальному наборі, часто просто у вигляді досить формальних груп ЗТС. В основі такого зміщення в бік авторитарної організації ТСе та знехтування механізмами ТСП лежать, на нашу думку, дві причини.

По-перше, це широке розповсюдження з кінця 1990-х / початку 2000-х рр. центрів з незаконним примусовим утриманням клієнтів, що є повністю несумісним зі застосуванням принципів ТСП. За нашими суб'єктивними оцінками, вже в середині 2010-х у переважній більшості центрів примусово утримували клієнтів без рішення суду. На кінець 2010-х років, завдяки активній громадській діяльності активістів, початку діяльності Національного превентивного механізму та діяльності правоохоронних органів (які нарешті зацікавилися цим питанням), рівень проблеми незаконного примусового утримання почав зменшуватися (хоча і не кардинально). Однак, на жаль, емпіричний досвід застосування принципів ТСП було втрачено: так, наприклад, реабілітаційним центрам, які відмовилися від практики примусового утримання вже важко почати застосовувати принципи ТСП у своїй діяльності за відсутності такого досвіду і в цих центрах продовжується авторитарно-адміністративний стиль управління процесом.

Інша причина полягає в регресивних процесах у центрі, що організовано виключно за принципом терапевтичної спільноти, які ми зараз розглянемо. Так, одним з авторів цього підрозділу (Старковим Д.Ю), знову ж на основі робіт О. Кернберга, було зроблено спробу аналізу можливих

регресивних процесів в терапевтичних спільнотах узалежнених осіб [6]. Тут ми розширимо зроблений аналіз регресивних процесів у терапевтичній спільноті та продовжимо його.

Розвиток псевдоморальної диктатури групи. У групі розвивається процес «етичної супресії» її членів, що ґрунтується на принципах примітивної моралі. Водночас ці супресивні примітивні псевдоморальні принципи декларуються групою як духовні. «Духовні висловлювання» носять проте холодний, декларативний зміст. Внутрішня моральна позиція підмінюється зовнішньою звичаєвістю. У цьому процесі відбувається моральна примітивізація одних членів групи та відторгнення інших членів, що не поділяють ці псевдоморальні принципи. Такий процес не має нічого схожого на процес ціннісного відновлення, скоріше він схожий на процес подальшого ціннісного сплюснення та психопатизації («з Біблією у руках і з каменем за пазухою»).

Створення умов для виникнення деструктивних лідерів. Зазвичай такі деструктивні лідери мають нарцисичні, параноїдні або асоціальні психопатичні риси особистості. Такі деструктивні лідери спростовують цілющу роботу групи, призводять до розколу та конфліктів, організують навколо себе деструктивні колективи або повністю «захоплюють» владу в групі. На жаль, часто такі особи після закінчення своєї реабілітації самі відкривають власні так звані «реабілітаційні центри» з відповідною «садистичною» моделлю організації, яка стає скоріше «продовженням» психопатичної структури її директора та засновника, чим хоч якось відповідає якимось реабілітаційним стандартам. Такі центри стають яскравими прикладами антигуманності та антитерапевтичності та, на жаль, створюють негативне ставлення до підходу реабілітації загалом.

Ідеалізація групи та знецінення іншого суспільства. Розвивається магічне очікування від цілющого ефекту групи (та програми, за якою працюють, найчастіше «12 Кроків» або релігійної) зі знеціненням власної відповідальності та інших форм допомоги (наприклад, психологічної). Крім того, створення ідеалізованого ставлення до групи перешкоджає процесам соціалізації (а нерідко, веде і до десоціалізації) за межами групи. Через це «випускники» таких програм стають їх «вічними волонтерами». Нерідко відбувається розщеплення та протистояння між Нами (тими, хто належить до Нашої спільноти та її ідеології) та Ними (іншими напрямками допомоги людям з узалежненням; тими, хто не має узалежнення; іншим світом тощо). Водночас часто відбувається реактивна інверсія: «це весь інший світ хворий, а не Ми».

Формалізація роботи та відторгнення емоційних проявів. Такі групові процеси можуть призводити до замовчування своїх проблем та обговорювати тільки «успіхи у роботі за програмою», «носіння масок одужання» тощо. Атмосфера в такому терапевтичному середовищі стає фальшивою, нещирою. Висловлювання щодо «успішного одужання» носять лише декларативний характер та не мають особистісного змісту.

Формування садистично/мазохістичних відносин у групі. Цей процес починається з агресивних зворотних зв'язків щодо «поганого одужання» та «проявів хвороби». У ще більш деструктивній мірі він починає набувати форми накладання садистично-принизливих санкцій на «неодужуючих» членів. У деяких випадках процес може дійти до проявів фізичної агресії або морального насильства (наприклад, санкції у вигляді «невидимості» – повний бойкот людини групою, коли поводяться з нею так, начебто її не помічають).

Групова регресія до стану нерозрізненості. У групі починаються заперечуватися індивідуальні відмінності членів. Вважається що «хвороба» одна, і всі «хворі» нею повинні бути подібними. Під впливом такого регресивного процесу відбувається «шаблонізація» її членів – вони дійсно стають схожі, говорять одні шаблонні фрази, поведуть себе однакового шаблонно тощо. Ті, хто проявляє індивідуальні відмінності або не розділяє (або не повністю розділяє) загальну концепцію «хвороби» (або «програми одужання»), стають мішенню для атаки групи. Їм присвоюють ярлики тих, хто заперечує, не одужує і под. Відбувається безцеремонне вторгнення групи в автономну та інтимну індивідуальну зону цих людей. Залежно від рівня регресу групи остракізм «інакших» може досягати різного рівню.

Примітивізація терапевтичного процесу. «Задачі одужання» стають формальними та банальними, у крайньому випадку зводяться до виконання «програмних» вимог («проходження кроків» та ін.) та позбавляються будь-якого особистісного індивідуального змісту. Заперечується існування якихось особистісних проблем, внутрішніх конфліктів, емоційних розладів, які не зводяться до проблеми uzалежнення. Будь що в людині стає проявом «головної проблеми – хвороби», а все життя так зводиться до процесу одужання.

Чим більшою мірою розвиваються регресивні процеси, тим більшою мірою падає терапевтичний ефект терапевтичної спільноти та зростає її антитерапевтичний або ятрогенний ефект. А за достатнього сильного розвитку усіх перерахованих регресивних процесів така «терапевтична» спільнота стає по суті деструктивною сектою.

На жаль, чим більшою мірою терапевтичне середовище схиляється до моделі терапевтичної спільноти, тим більшою мірою в такому середовищі можливе (особливо у разі невдалого керування) разом зі зростанням терапевтичних факторів одночасне зростання рівня регресивних процесів. Втрата контролю над регресивними процесами може призвести до нівелювання терапевтичних факторів та до розвитку антитерапевтичних та ятрогенних факторів. Оскільки керування центром з великою долею моделі терапевтичної спільноти є досить складна справа, яка потребує високої професійності, то більшість керівників реабілітаційних центрів віддають перевагу виключно адміністративній моделі. Ми вважаємо це другою причиною малого задіяння моделі ТСп у сучасній системі реабілітації в Україні.

Побудова терапевтичного середовища в реабілітаційному стаціонарі для хімічно uzалежнених осіб

Як ми вже зазначили вище, доцільно під час побудови терапевтичного середовища в реабілітаційному центрі використовувати «золоту середину» між адміністративною моделлю та моделлю терапевтичної спільноти. Скоріше за все, необхідний баланс між адміністративною моделлю та терапевтичною спільнотою визначається лише часом перебування в центрі. Модель терапевтичної спільноти є дієвою лише за великих термінів реабілітації, тому чим коротший термін реабілітації, тим більшою мірою повинна бути задіяна адміністративна модель, а чим довший термін, тим більшою мірою повинна застосовуватися модель терапевтичної спільноти. Так, реабілітація за програмою «28 днів» повинна бути побудована лише за адміністративним типом, а за довгострокової багаторічної реабілітації для підлітків повинна бути максимально задіяна модель терапевтичної спільноти. Терапевтичне середовище більшості інших центрів ми рекомендуємо будувати як комбінацію цих двох моделей з тією чи іншою долею кожної з них. Тобто, бажано, щоб терапевтичне середовище було побудовано за принципом «демократичної монархії», де спільноті клієнтів дається достатня кількість прав у вирішенні проблем центру, але головним є все ж таки терапевтичний склад з його «правом вето». Використання «права вето» та інше директивне управління терапевтичним середовищем з боку персоналу має застосовуватися обережно, коли в динаміці терапевтичного середовища почали проявлятися регресивні процеси або в інших необхідних випадках.

Пропонуємо такі загальні принципи для організації ефективного терапевтичного середовища:

Етичні принципи та норми. Так як узалежнення є «ціннісною хворобою» (у процесі розвитку якої відбувається значна деформація ціннісної та смислової сфери), то і одужання також повинно базуватися на ціннісному компоненті. Можливо саме за відсутності ціннісної орієнтації КПТ програми терапії узалежнення показують нижчі результати, ніж програма «12 Кроків». У будь якому разі в основу програми реабілітації повинні бути покладені певні етичні принципи, які мають розумітися всіма клієнтами, та які буде сповідати вся терапевтична спільнота. Наприклад, основними принципами в одужанні можуть бути *чесність, неупередженість та готовність до дії*. Ці принципи досить прості та зрозумілі, також їх усього три, що спрощує сприйняття клієнтами цих норм. Цих трьох духовних принципів (як їх часто називають у роботі з узалежненими особами) мають дотримуватися обидві сторони терапевтичного середовища, як клієнти, так і персонал. Чесність – бути чесним перед собою, чесним, щодо своїх рішень, щодо своїх можливостей. Неупередженість – «віра в те, що мені допоможуть». Одужання напряду залежить від віри клієнта в досягнення бажаного результату, звичайно, сприятлива атмосфера безпеки, в якій можна довіритись, відіграє важливе значення. Готовність до дії – готовність клієнта виконувати завдання, бути зацікавленим у процесі реабілітації з одного боку, відкритість, готовність надати підтримку – з боку персоналу. Принципи здорових взаємин, безпечної взаємодії і прийняття, також повинні бути основними у побудові терапевтичної спільноти.

Структурованість процесу реабілітації. Структурованість життя в центрі є одним з визначальних терапевтичних факторів. Кожен день повинен бути запланованим, розклад занять відомим чітко на тиждень вперед. Чіткий і передбачуваний графік щоденних дій важливий, він створює визначеність і цілісність. Структурованість процесу реабілітації повинна протистояти хаотичній організації життя в узалежненні, привчати адикта до здорового планування і відчуття ритму життя. Хаос і дезорганізація – синоніми адиктивної поведінки, тому сама собою структура є терапевтичним чинником у роботі з узалежненням. Відсутність структури підіймає тривожність і залишає місце нудзі, яка є небезпечним відчуттям для людей, що страждають узалежненням, оскільки за цим стоїть невміння конструктивного заповнення вільного часу, нудьга шукає виходу у вживанні або іншій узалежненій поведінці, проявами якої можуть бути лінь, негативне мислення, жалю до себе та ін.

Правила центру. Узалежненим особам властива імпульсивність – риса характеру, що виражається в схильності діяти без достатнього свідомого контролю, під впливом зовнішніх обставин або через емоційні

переживання. Аморфність зовнішніх і внутрішніх психологічних кордонів і розбалансування вольової сфери не дає можливості клієнтові дисциплінувати себе, як мінімум, на першому етапі реабілітації. Тому, важливо, щоб в центрі були позначені чіткі правила. На основі етичних принципів повинні бути складені правила центру. Правила центру складаються з чотирьох компонентів: правила поведінки, правила комунікації, режиму дня, привила заохочень та санкцій.

Система заохочень та санкцій. Найважливішим у створенні позитивної атмосфери є система заохочень за досягнення в одужанні. Отримання заохочення не повинно бути складним, так щоб його міг отримати кожен, хто виконує план одужання та не порушує правил. Система заохочення може бути бальною – кожен співробітник, група тощо можуть виставляти бали кожному клієнту (та знімати бали за порушення), потім бали підсумовуються та озвучуються на ЗТС. Самі заохочення можуть бути різними: позачергове право на солодке, додатковий виїзд, доступ до ігор на комп'ютері, похід в кінотеатр, додатковий час для тренувань, додатковий вільний час ін.. Застосування санкцій повинно бути виключенням (необхідно пам'ятати, що «кращою» санкцією є відсутність заохочення), та застосовуватися в особливих випадках, і навіть тоді санкції ні в якому разі не повинні бути принизливими. Ні в якому разі не можна застосовувати санкції у вигляді відчуження (наприклад, груповий бойкот). Крайнім проявом санкцій за грубі порушення може бути заборона виїзду з групою на культурну програму поза центром. Самими санкціями за порушення є окремі доповнення до основної програми, у вигляді: рефератів, де порушник правил аналізує свою поведінку, додаткового прибирання окремих об'єктів (наприклад, кухні).

Індивідуальні мотиваційні доповнення до програми. Йдеться про доповнення, що сприяють розвитку клієнта, або допомагають йому включитися в процес швидше. Наприклад, якщо клієнту важко почати говорити у загальному колі реабілітантів у групах, йому може бути запропоновано обов'язкове висловлювання у групі «щоденних роздумів» – читати текст і висловлювати свою думку першим. Або давати три обов'язкові зворотні зв'язки у великих групах (наприклад, ЗТС). Це може бути корисне учасникам процесу, які не відчувають впевненості у собі, мають страхи публічних виступів, не цінують свої погляди. Додаткові спортивні вправи можуть бути запропоновані клієнтам, які хочуть покращити свій фізичний стан і не наважуються на систематичні дії задля цього. Клієнт може підійти до консультанта, та поросити про додатковий контроль. На спеціальній інформативній дошці, яка має висіти на видному місці в кожному

реабілітаційному центрі, де знаходяться розклад занять, правила груп, правила будинку, права та обов'язки реабілітантів. Поруч розташовується план індивідуально мотиваційних доповнень. Такі заходи колективної підтримки створюють умови для клієнта, в яких він відповідальніше ставиться до виконання своїх дій та обов'язків. Індивідуальні мотиваційні доповнення визначаються персоналом і учасниками процесу на загальних терапевтичних зборах, вважаючи на труднощі та домінуючі проблеми характеру окремих реабілітантів, з ціллю покращення емоційного/фізичного стану клієнта, з погляду піклування про нього.

Контракт з клієнтом. З кожним клієнтом необхідно укласти контракт на проходження реабілітації, в якому чітко прописано правила виписки з центру, надана згода на дотримання правил центру. Клієнт може покинути центр, дотримуючись раніше прийнятих взаємних домовленостей. Наприклад, якщо клієнт хоче припинити реабілітацію, у нього є тиждень, щоб обміркувати своє рішення. Якщо, після закінчення обумовленого раніше в контракті часу, клієнт не змінив свого рішення, то він вільно може покинути реабілітаційний центр. Також з клієнтом складається його індивідуальний план одужання, в якому покладаються як загальні цілі програми одужання центру, так і індивідуальні цілі клієнта. Індивідуальний план періодично переглядається з психологом, що супроводжує клієнта.

Індивідуальний супровід. Рекомендовано, щоб кожного клієнта супроводжував психолог та консультант з хімічного uzалежнення. У задачі консультанта входять перевірка виконання стандартного плану одужання, робота психолога зосереджена на роботі з індивідуальними психологічними цілями.

Врахування індивідуальних особливостей в процесі реабілітації
Важливо пам'ятати, що кожна людина, яка прибула на реабілітацію індивідуальна. Потрібно враховувати різні чинники – вік, соціальний статус, стан здоров'я, вид uzалежнення, стадія uzалежнення, стаж вживання, коморбідність захворювань тощо. І виходячи з особливостей, формувати подальшу індивідуальну роботу з окремими клієнтами. Наведемо приклад підтримання певного середовища та індивідуального підходу в роботі з людьми похилого віку. Так, у реабілітаційні центри часто потрапляють пацієнти у віці від 55 років і старше. Як правило, це люди, які зловживають алкоголем. На жаль, робота з ними не завжди проводиться з урахуванням вікових психологічних особливостей цієї категорії населення. Іноді, люди похилого віку улаштовуються до центрів реабілітації через погрози з боку дітей позбавити їх можливості спілкуватися з онуками або, взагалі, залишити без уваги. З огляду на це літні пацієнти особливо гостро відчують страх,

образу, провину і вважають, що не заслуговують такого ставлення до себе. Зловживання алкоголем посилює психологічні та емоційні проблеми, які характерні для всіх людей похилого віку. Найбільш серйозні з них: вимушена самотність (у разі, якщо вони мешкають окремо від дітей); відчуття непотрібності через припинення професійної діяльності; втрата життєвих цілей; страждання від смерті близьких, друзів, іноді дітей; стурбованість погіршенням фізичного стану; нездатність адаптуватися до змін, що відбуваються в суспільстві; більша проти інших, стомлюваність; труднощі зі засвоєнням нових знань, що може виражатися в нерозумінні прочитаного матеріалу і неякісному виконанні домашніх завдань; у багатьох можуть бути порушення моторно-рухових функцій. Враховуючи ці особливості в роботі з такими клієнтами слід дотримуватися таких правил: обережно застосовувати методи конфронтації; ставитися з увагою і повагою до клієнтів, їх життєвої позиції і життєвого досвіду; проходження тем занять повинно бути за інтенсивністю нижче, ніж для інших вікових груп; звертати увагу на їх загальний фізичний стан; збільшувати перерви між заняттями; у разі необхідності надавати можливість залишати заняття для відпочинку. У роботі з почуттями та емоціями слід пам'ятати, що люди похилого віку в середовищі довіри і безпеки можуть виявляти глибокі переживання, пов'язані зі старими втратами, образами і розчаруваннями, що може викликати сильні емоційні реакції. Необхідність індивідуального підходу насамперед важлива також для людей із психічними захворюваннями, людей з хронічними прогресуючими захворюваннями, людей з яскраво вираженими відмінностями, порівняно з основною групою клієнтів.

Професійність персоналу. Здавалось би цей пункт є банальною та зрозумілою річчю, одна проблема професійної підготовки кадрів реабілітаційних центрів є катастрофічною. По-перше, це стосується складу консультантів із хімічного uzалежнення. Таким може вважатися лише фахівець, який має термін тверезості не менший за один рік та пройшов відповідні курси підготовки. По-друге, на жаль, психологи, що працюють в центрах реабілітації, також, найчастіше, не мають відповідної підготовки для роботи з цією категорією клієнтів. Крім того, до категорії професійності входить необхідність отримувати постійну супервізію та власну психотерапію. Також співробітники центру повинні відповідати своїм посадам не тільки з погляду підготовки, але й через особистісні риси. Як мінімум молодший склад працівників повинен бути достатньо зрілими для того, щоб стримувати прояви явної та неявної агресії та інших патологічних рис характеру. З розповіді пацієнта: «У нас в центрі був хлопець, автомеханік за професією, його постійно забирав з груп співробітник,

керівник терапевтичного процесу, у якого часто ламалася машина. Оскільки, групи для хлопця були не цікаві, і не зрозумілі їх завдання, спочатку він із задоволенням погоджувався допомагати. Але, оскільки, ніякої оплати за його працю не було, з часом він став злитися і замикатися, тому що відмовити не міг. Ми з хлопцями намагалися його підтримати, пропонували йому відмовлятися від роботи, але авторитет співробітника був занадто високим, щоб хлопець міг протистояти і відстоювати свою позицію, та й термін тверезості занадто малий. Через пару місяців перебування в центрі, хлопець розчарувався в реабілітації, поїхав і зірвався, більше повертатися не захотів». На цьому прикладі ми бачимо, що те, що називають у роботі з uzалежненими клієнтами «споживацьким ставленням» і «егоцентризмом» іноді транслюється самим персоналом. Так, спочатку вибудовуючи невірну систему цінностей в учасників процесу або підтримуючи вже наявну uzалежену систему переконань клієнтів. Головними принципами фахівців допоміжних професій є принципи ненанесення шкоди та розділення своєї частини відповідальності і відповідальності клієнта. Для того, щоб побудувати терапевтичний процес як належить, керівництву центру необхідно якісно підходити до вибору персоналу і піклуватися/контролювати розвиток не тільки клієнтів центру, а й співробітників.

Зовнішня супервізія. Центр повинен проходити періодичну зовнішню супервізію, бажано раз на три місяця. Це необхідно для того, щоб прояснювати сліпі зони терапевтичного складу, які завжди є присутніми, якого б рівня не були працівники.

Регулярні колективні збори. Необхідно проводити щотижневі збори терапевтичного складу, на яких обговорюється кожен з клієнтів центру, загальний процес реалізації та інші нагальні питання.

Збори терапевтичної спільноти. Бажано щоб у ЗТС була достатня кількість прав в управлінні центром у товариства клієнтів. Поточні питання, які обговорюються на ЗТС і рішення, які воно приймає: розподілення заохочень та санкцій, прийом/випуск з реабілітації, рішення про перехід з етапу на етап, розподілення обов'язків на наступний тиждень, тиждене меню, обговорення проблем терапевтичного процесу, планування виїздів тощо. Терапевтичному складу рекомендується втручатися в хід ЗТС мінімально.

Створення здорових ритуалів. На необхідність створення здорових ритуалів вказують багато фахівців. Такими ритуалами можуть бути ритуали прийому новачка, випуску, початку та закінчення дня, тижня тощо. Особливо важливими є святкування днів народження, особливих днів тверезості (1

місяць, 3 місяці, півроку, рік) та інших свят. Особливу атмосферу в центрі реабілітації створює підготовка до святкування Нового року, Великодня. Спільне прикрашання будинку, складання меню, приготування страв, а також дружня атмосфера спільних приготувань і взаємопідтримки – все те, що об'єднує людей. Підготовка до таких подій, повертає клієнтів до періоду дитинства, який, найчастіше, був упущений або забутий. Необхідними є також ритуали, які об'єднують здорову сім'ю. Пройшовши цей етап у центрі, клієнт зафіксує його і зможе передавати своїм дітям, близьким, як спосіб здорового і позитивного проведення часу. Так, формується новий сценарій поведінки наступних поколінь. На дні народження клієнти центру готують сценки, роблять плакати і вітальні листівки для іменинників – це допомагає включати креативне мислення учасникам процесу і надає цінність вчинків, відволікаючи від зацикленості на матеріальних цінностях, що притаманне для uzалежнених осіб. У такий спосіб, одужуючі uzалежнені клієнти вчаться дарувати і отримувати емоції і від процесу підготовки подарунка і від його презентації. Цінність людської уваги і зусиль стає більш значущою. З розповіді клієнтки: *«Останні роки мого вживання наркотиків для мене не існувало свят. Я приїхала до реабілітації 2 січня, перед цим був новий рік, найкращім святкуванням якого для мене було закритись у кімнаті, вжити наркотик і, щоб мене ніхто не чіпав. Родичі вже не хотіли зі мною спілкуватися і, коли приїжджали до нас у гості, просто ігнорували мене, спілкуючись лише з іншими членами сім'ї. Щодо подарунків, тут все просто...дали гроші на дозу – значить ще люблять, не дали – погані родичі. У принципі, для мене це було вже звично...Мій перший тверезий день народження за останні 15 років в центрі реабілітації дуже вразив. Зранку мене розбудили і подарували квіти, потім показали сценку, яку готували спеціально для мене – це був сюрприз! Протягом усього дня мене чимось пригощали, приділяли увагу. Навіть проста листівка, намальована учасниками групи була цінним подарунком. Дуже хотілося віддячити і накрити стіл. Захотілось віддавати, тому що до цього я тільки вимагала чогось від інших. А тоді захотілось взаємодіяти. Таке ставлення пробудило в мені щось давно забуте...».*

Відстеження проявів насильства. Зрозуміло, що в центрі повинна бути заборона на прояв будь-якого насильства. Однак часто насилля є неявним, прихованим. Проявами цього приховано виду насильства необхідно приділяти особливу увагу. Таким психологічним тиском може бути знецінювання особистості клієнтів, неприйняття персоналом, або окремим співробітником вибору орієнтації клієнту центра, гендерної приналежності, релігійних вподобань тощо. Важливо розуміти, що непряма агресія з боку

персоналу може бути відображенням внутрішніх проблем окремих співробітників і свідчити про недостатній рівень толерантності та неготовність працювати з окремими клієнтами. За таких умов можливе перенаправлення клієнта до іншого співробітника. Насамперед, співробітникам реабілітаційного центру потрібно пам'ятати про запит, з яким звернувся саме клієнт до реабілітації. З розповіді психолога, який працював у центрі реабілітації uzалежнених осіб: «...у групі був хлопець з гомосексуальною орієнтацією, хлопець був впевнений у своїх переконаннях щодо вибору орієнтації, але готовий був працювати із своїм uzалежненням від ПАР. До центру хлопця переконали приїхати батьки, умовою була реабілітація uzалежненої поведінки. Батьки цього клієнта постійно наголошували на тому, що не приймають позицію/вибір сина, щодо його орієнтації. Керівник центру наполягав, за домовленості із батьками, щоб я, як психолог, переконав хлопця «схаменутися і стати нормальним». Проблема uzалежнення відходила на другий план. Співробітники центру постійно кепкували з хлопця, запрошуючи до такого ставлення і інших клієнтів центру, через що хлопець дуже страждав від неприйняття оточенням. Проблема uzалежнення і бажання продовжувати вживання наркотиків тільки збільшувались, зрештою хлопець поїхав з центру, але, чи захоче він надалі просити допомоги?...» Неконтрольовані емоції з боку співробітника центру, вибіркове ставлення до клієнтів, застосування фізичної сили – неприпустимі. На жаль, центри з проявами садизму на сьогодні є більше правилом, чим виключенням з нього. Часто доводиться слухати розповіді клієнтів про свій попередній досвід реабілітації, подібний такому: «Коли я висловив у групі своє невдоволення і те, що я не довіряю програмі, мені заборонили це говорити у групах. Я весь час хотів поїхати додому. Мене викликали в офіс і один із співробітників почав кричати на мене. Я почав кричати у відповідь і мене побили. Після цього мені і групі пояснили, що це були необхідні заходи і мене побили, бо я не хочу одужувати. Зі страху «отримати» знову, я більше не висловлював свою думку, а просто сидів і чекав, коли закінчиться мій термін перебування в центрі. Коли пізніше я дізнався, що двоє з тих, що мене били померли від передозувань, я навіть зрадів. Я піду на все, щоб не потрапити знову до реабілітації». Етичним є у такому випадку допомогти клієнту, за його бажанням, у зверненні до відповідних органів. Етичною відповідальністю самих працівників є звернення до Національного превентивного механізму з проханням перевірки такого центру.

Клуб випускників. Бажано роботи «малі» зустрічі випускників раз на три місяця, а «велику» зустріч раз на рік.

Творче дозвілля. Організація тверезого дозвілля так само важливе в центрі психосоціальної реабілітації, як і слідування режиму. Навички здорового відпочинку – невідомий або загублений процес для людей з uzалежненням. Тому, дуже важливо приділяти належну увагу проведенню заходів, на яких клієнти можуть вчитися відпочивати активно і весело, не вдаючись до легкого способу розслаблення – вживання ПАР. Такими заходами є різноманітні артгрупи, де клієнти навчаються вихлюпувати свої накопичені емоції за допомогою малюнків, рухових, танцювальних технік. Спільні ігри: у вихідні та вільний від занять час, клієнти можуть грати в настільні ігри які повинні бути в кожному центрі, щоб видужуючий від uzалежнення клієнт міг звикати до конструктивного проведення часу, одночасно тренуючи навички взаємодії з партнерами в іграх. Спортивні заходи: тренування в спортивному залі, на вулиці. Командні ігри в футбол, волейбол. Організація турнірів між учасниками різних тверезих спільнот, центрів або відділень. Важливим аспектом у соціалізації клієнтів центру – є виїзні заходи, такі як: відвідування культурних заходів (театр, кінотеатр, виставки мистецтва).

Виїзди до терапевтичних таборів – тестування тверезого відпочинку в терапевтичному співтоваристві в літній і зимовий час. Активне проведення часу – екскурсії, активні розваги (лижі, сноуборд, водні лижі, катамаран тощо), Пікніки на природі, спільне приготування м'яса на багатті, пісні під гітару. Такі виїзди допомагають учасникам терапевтичного процесу сформувати здорову модель поведінки у відпустці в майбутньому, не вдаючись до вживання ПАР.

Трудотерапія. Основна користь трудотерапії полягає в тому, що людина поступово повертається до буденного життя. Пов'язано це з тим, що під час трудового процесу клієнт відволікається від негативних думок, позбавляється своїх страхів, не думає про душевний і фізичний біль. Людина, перебуваючи в суспільстві людей зі схожими інтересами, перестає відчувати себе неповноцінним і ізольованим від суспільства. Трудотерапія – це лікування, яке допомагає відновити психічне, емоційне і фізичне здоров'я. Вона приводить людину в тонус, адаптує її до суспільства і навколишнього світу, змушує відволіктися від негативних думок. У разі наркотичного/алкогольного uzалежнення трудотерапія допомагає забути свою недугу. Якщо правильно поєднувати терапію працею, медикаментозними препаратами і бажанням самого пацієнта вилікувати згубну звичку, то через деякий час uzалежнення повністю зникає, людина

повертається до нормального життя в суспільстві. У центрах реабілітації пропонується прибирання прибудинкової території: сухе листя, чистка снігу взимку. У деяких центрах організація терапевтичного процесу включає в себе самостійне прибирання клієнтами місць свого проживання, чергування в столовій. Такі заходи є терапевтичними і допомагають одужуючим від uzалежнення відчувати себе частиною соціального механізму, з погляду користі та здорової взаємодії з оточуючими. Виконання трудотерапевтичних завдань допомагає: відчувати клієнтам себе частиною спільноти, а спільноту відчувати як «свою»; набуття необхідних навиків трудової відповідальності; виявленню та проробці багатьох міжособистісних проблем; підвищує моральну значимість (Дудко, 2002).

Головним фахівцем, який відповідає за створення терапевтичного середовища, є соціальний педагог. До його обов'язків входить організація переважної частини активності, що створюють групову атмосферу: трудотерапія, дозвілля, гуртки, виїзди.

Зауважимо, що створення ефективного терапевтичного середовища є головною задачею центру реабілітації. Саме від терапевтичного середовища в найбільше залежить загальна ефективність центру.

Список використаних джерел:

1. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества – основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями. *Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: в 3-х томах* / Гл. ред. Алтынбеков С.А. Павлодар: РГКП, 2003. Т.ІІ: Психотерапия и реабилитация зависимых с. 173-183.
2. Дудко Т.Н. Терапевтические сообщества. *Руководство по наркологии: в 2-х т.* / под. ред. Н.Н. Иванца. Москва: ИД Медпрактика, 2002 с. 271-289
3. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. Москва: «Класс», 2017. 464 с.
4. Кордуэлл М. Психология. А-Я: словарь-справочник / Пер. с англ. К.С. Ткаченко. Москва: ФАИР-ПРЕСС. 2000. 448 с
5. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий): справочное руководство / Под. ред. А.Л. Каткова. Павлодар: РГКП, 2011. 397 с.
6. Старков Д.Ю. Організація груп взаємодопомоги для залежних в структурі центрів соціальних служб. *Міждисциплінарні проблеми соціальної роботи: психологічні, соціологічні, правові аспекти: матеріали другої міжнародної науково-практичної конференції* Київ: Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, 2015. С 85-95.

4.4. Особливості групової роботи в умовах стаціонарної реабілітації

Олійник В.М.

Анотація. Надано класифікацію видів групової роботи за адаптованою схемою Дж. Флореса та надано огляд окремих моделей групової терапії. Розглянуто особливості групової терапії uzалежнених клієнтів та особливості проведення терапевтичних груп в умовах стаціонарної реабілітації. Наведено приклади основних групових заходів в центрі соціально-психологічної реабілітації uzалежнених клієнтів.

Вступ

Значна частина фахівців погоджуються, що найбільш продуктивною формою роботи з хімічно uzалежненими особами є групова. Вона може проводитися у вигляді дискусійних терапевтичних груп, поведінкових і соціально-психологічних тренінгів, мотиваційно-інформаційних групових занять та інших форм групової терапії. Перевага групової терапії в роботі з людьми, що страждають від хімічного uzалежнення, доведена багаторічним світовим досвідом роботи з адикціями. Одним з перших, хто застосував цілющий ефект групи у вирішенні проблеми uzалежнення, було співтовариство АА. Пізніше групову роботу з uzалежненими клієнтами почали використовувати і професіонали.

Транзактний аналітик R. Erskine, описуючи види терапій, відзначив такий вид, як «терапію групою» і описав його так: «...терапія групою: наприклад, Анонімні Алкоголіки. Група підтримує одне одного за принципами чесності, відповідальності, особистої залученості, інтегративності, рівності, запрошення ділитися своїми історіями. Розповідаючи один одному історії, і отримуючи емпатичну відповідь, травми можуть бути зцілені. Це модель Роджерса. Роль лідера моделювати емпатію, конгруентність без інтерпретацій. Особливо важлива у роботі з людьми, де травма пов'язана зі відкиданням та проживається як сором...». Ми розглянемо різні моделі групової терапії та виділимо найпродуктивніші методи роботи з uzалежненням за допомогою групи.

Теоретичні моделі організації групового процесу

Для класифікації видів груп ми будемо використовувати модель Дж. Флореса, доповнюючи та модифікуючи її (див. табл. 4.4.1) [6].

Таблиця 4.4.1

Модифікована модель класифікації групової роботи за Дж. Флоресом

	дослідження (ПДТ)	дослідження та зміни (ГЕТ)	зміни (КПТ)
груповий процес	Модель У. Біона	Модель І. Ялома	Групи взаємодопомоги
міжособистісна взаємодія	Модель З. Фукса	Модель К. Штайнера	Тренінг міжособистісної взаємодії
внутрішній процес	Модель «Геттінген»	Контекстний тренінг	Фокусний тренінг

Групи взаємодопомоги

Групи взаємодопомоги є одним з ключових компонентів комплексних програм терапії uzалежнення, а в деяких випадках єдиним таким компонентом (співтовариства взаємодопомоги). Групи взаємодопомоги відрізняються від груп, що ведуть професіонали (терапевтичні групи, тренінги тощо.) відсутністю ієрархічності: головна ознака таких груп – відносини рівний-рівному. Такі групи організуються на власному ентузіазмі та бажанні людей допомогти (та/або отримати допомогу) іншим людям зі схожою проблемою.

Як основні принципи організації таких груп можна виділити такі: самоорганізація (групи збираються на власному ентузіазмі та не підкоряються іншим організаціям), самозабезпечення (діяльність відбувається завдяки власним пожертвам), демократичність (немає ієрархічної системи влади, всі питання вирішуються більшістю голосів, усі необхідні посади виборні), анонімність (нерозповсюдження особистісної інформації), гомогенність (зазвичай такі групи орієнтовані на вирішення однієї проблеми), відкритість та ротаційність (на групу приймаються всі люди зі заявленою проблемою, вільне відвідування груп та вихід з них), волонтерська діяльність (необхідні адміністративні та організаційні функції виконуються на волонтерських засадах), непрофесійність (чітке розділення між професійною допомогою та самопомогою – до діяльності груп професіонали не залучаються, принцип допомоги на основі власного досвіду, а не професійного), інформування щодо діяльності (однією з основних задач групи є розповсюдження інформації щодо її діяльності для залучення нових членів).

Тренінг міжособистісної взаємодії

По суті, основним представником цієї групи є тренінг комунікації.

На першому етапі одужання необхідне навчання клієнтів «Я-комунікації» та вирішення за її допомогою різних ситуацій. Наприклад, темами груп тренінгу з «Я-комунікації» можуть бути: висловлювання почуттів, надання конструктивної критики, відмова («Сказати Ні!»), висловлення афірмацій, відповідь на звинувачення тощо. На наступних етапах одужання відбувається тренінг більш складних форм комунікації, зокрема, наприклад, вихід із взаємодії за трикутником Карпмана.

Зазвичай у проведенні тренінгу використовується схема циклу Колба, яка обробляється за схемою чотирьох етапів циклу Колба (власний досвід – осмислення власного досвіду – теоретичні концепції – застосування на практиці).

Структура група в такому випадку така:

1. Вступний шерінг.
2. Ініціація конкретного досвіду групи щодо заданої теми. Психолог задає тему та проводить групове обговорення конкретного досвіду учасників щодо цієї теми (наприклад, як кожний висловлює почуття в тренінгу «Висловлювання почуттів», або групи розбивається на дві підгрупи з завданням «Правильне висловлювання почуттів» та «Неправильне висловлювання почуттів»).
3. Групове обговорення досвіду власного вирішення проблеми, поставленої в темі групи.
4. Представлення теоретичної концепції та демонстрація (наприклад, ведучий демонструє, як правильно висловлювати почуття в різних ситуаціях).
5. Практичні вправи (наприклад, розбиття на двійки і трійки з завданням програти ситуації висловлюванням почуттів).
6. Завершальний шерінг.

Фокусний тренінг

Тренінг, який фокусується на проробці якоїсь конкретної внутрішньої проблеми. З таких тренінгів можна виділити: тренінг профілактики рецидиву, тренінг емоційної грамотності, тренінг профілактики стресу та подолання ситуацій ризику.

Модель І. Ялома.

І. Ялом в якості основних механізмів лікувальної дії групової психотерапії виділяє такі [10]:

1. Повідомлення інформації: отримання пацієнтом у ході групової психотерапії різноманітних відомостей щодо особливості людської поведінки, міжособистісної взаємодії, конфліктів, психічного здоров'я; з'ясування причин виникнення та розвитку порушень; інформація з приводу суті психотерапії та ходу психотерапевтичного втручання; інформаційний обмін між учасниками групи. Детальна інформація надходить не стільки дидактично, скільки в процесі спілкування з іншими та ознайомлення з їх проблемами.

2. Вселення надії: поява надії на успіх у лікуванні під впливом покращення стану інших пацієнтів та власних досягнень. Успішні пацієнти слугують іншим у якості позитивної моделі, відкриваючи їм оптимістичні перспективи. Найбільш сильно цей фактор діє у відкритих психотерапевтичних групах.

3. Універсальність страждань: переживання та усвідомлення пацієнтом того, що інші члени групи також мають проблеми, конфлікти, переживання, симптоми. Таке розуміння сприяє подоланню егоцентричної позиції та появи почуття солідарності з іншими, підвищенню самооцінки.

4. Альтруїзм: можливість у процесі групової психотерапії допомагати один одному, робити щось для іншого. Допомагаючи іншим, пацієнт стає більш впевненим у собі, він усвідомлює, що може бути корисним та потрібним, починає поважати себе та вірити у власні можливості. Особливо важливі такі переживання для пацієнтів із низькою самооцінкою.

5. Корируюча рекапітуляція первинної сімейної групи. Аналіз і переосмислення суті та причин проблеми через призму особливостей батьківської сім'ї пацієнта. Пацієнти виявляють в групі проблеми та переживання, що йдуть від батьківської сім'ї, почуття та способи поведінки, характерні для сімейних стосунків із батьками в минулому. Водночас виходять з того, що в групі пацієнт вступає у стосунки, грає ролі, подібні на ті, що були у нього у батьківській сім'ї. Його взаємостосунки зі психотерапевтом в певною мірою повторюють, або відтворюють його взаємостосунки зі батьками, а стосунки з іншими учасниками групи – стосунки з іншими членами сім'ї (братами, сестрами, інш.). Наприклад, у дитинстві пацієнт відчував недостатню увагу і любов зі сторони батьків. Ця потреба була фрустраційною і в подальшому його поведінка може бути спрямована на те, щоб отримати цю любов та визнання від оточуючих, навіть за рахунок «дорослих» потреб особистості. У групі такий пацієнт так себе веде, щоб привернути до себе увагу, добитися прихильності, прийняття та розуміння зі сторони психотерапевта. Аналізуючи особливості його взаємодії з психотерапевтом у групі, можна допомогти пацієнту побачити та

зрозуміти, коли раніше і до кого він мав такі почуття і поведив себе так само. Виявлення, аналіз і усвідомлення минулих емоційних стосунків та поведінкових стереотипів, що проявляються в групі, дає можливість їх терапевтичної реконструкції, корекції.

6. Розвиток техніки міжособистісного спілкування: пацієнти в групі мають можливість за рахунок зворотного зв'язку та власних переживань побачити свою неадекватну міжособистісну взаємодію, і в ситуації взаємного прийняття змінити її, виробити і закріпити нові, більш конструктивні способи поведінки та спілкування.

7. Імітаційна поведінка: пацієнт може навчатися більш конструктивним способам поведінки за рахунок уподібнення психотерапевту та іншим успішним членам групи. Найкращим взірцем для уподібнення, безумовно, є психотерапевт, і ця обставина накладає певні обмеження на його поведінку, висуває особливі вимоги до його самоконтролю та саморегуляції.

8. Інтерперсональний вплив: цей фактор є найважливішим та найбільш специфічним для групової психотерапії. Якщо всі інші фактори діють у індивідуальній психотерапії, то цей фактор характеризує основні механізми лікувальної дії саме групової психотерапії. У цьому факторі можна виділити три основних аспекти:

А) Отримання нової інформації про себе за рахунок зворотного зв'язку, що призводить до зміни та розширення уявлень про себе, образу Я, тобто конфронтація.

Б) Можливість виникнення в групі емоційно значущих ситуацій, які були у пацієнта раніше і з якими він у минулому не міг справитися, їх виділення, аналіз, усвідомлення та переробка, тобто коригуючий емоційний досвід.

В) Можливість побачити особливості своєї поведінки, її неефективність, а також навчання новим формам поведінки, їх закріплення в процесі групової психотерапії, тобто, навчіння.

9. Єдність групи: привабливість групи для її членів, бажання залишитися в групі, почуття приналежності до неї. Групова єдність розглядається в груповій терапії як фактор, аналогічний стосункам «психотерапевт-пацієнт» в індивідуальній психотерапії.

10. Катарсис: емоційне розвантаження, «очищення», прояв сильних почуттів у групі.

Модель К. Штайнера [8]

Бачення роботи з uzалежненими клієнтами Клода Штайнера дещо відрізняється від думки тих авторів, які вважають uzалежнення невиліковною хворобою: «Алкоголізм не хвороба, а тому рішення проблеми алкоголізму

не відноситься до сфери медицини. Ліки, лікарні та лікарі не мають особливої цінності у зціленні від алкоголізму». Він наголошує, що від алкоголізму можна вилікуватись, і деякі uzалежнені в минулому алкоголіки здатні без сумніву, як пише автор у своїй книзі «Лікування алкоголізму», повернутися до помірного вживання алкоголю, хоча, більшість інших або не можуть, або не хочуть цього робити. Штайнер описує хімічно uzалежнених так: «Специфічна комбінація фізичних, соціальних і психологічних факторів є унікальною для кожного алкоголіка. В цілому алкоголіки суттєво не відрізняються від інших людей. Вони представляють собою сектор населення, який характеризується крайніми і зовнішньо помітними проявами, які складаються в отруєнні свого організму різними хімічними препаратами, наркотиками і забруднюючими навколишнє середовище речовинами». Тому, слідуючи у роздумах за автором, я вважаю, доцільно звертати увагу, в роботі з uzалежненими, на зміну мислення в цілому, а саме формувати екологічне ставлення клієнта, як до свого організму, так і до навколишнього середовища.

На думку Штайнера, основний фактор, який спонукає до алкоголізму є залученість алкоголіка у коло типових ігор, які включають в себе три ролі: Жертву, Переслідувача, Рятівника («Трикутник Карпмана»). Допомогою для uzалежнених Штайнер вважає контроль поведінки, як клієнта, так і, насамперед, терапевта щодо попадання у кожну з цих ролей.

За цією моделлю роботи, для уникнення ролі Рятівника, терапевт повинен встановити з uzалежненими контакт, за яким повинен слідувати укладений на взаємній угоді контракт, щодо взаємовідносин терапевта із клієнтом/групою. Відмова від ролі Рятівника, вважає Штайнер, найліпший спосіб уникнути обов'язкове за цим послідує попадання в роль Переслідувача або Жертви. Відмежування від цих ігрових ролей є необхідною умовою ефективної взаємодії з uzалежненими. Будучи вільним від ігор, терапевт досягає своєї мети шляхом доброзичливої конфронтації, тобто, адекватної, об'єктивної інформації, яка надається в контексті любові та захисту. Тверезість, відверте обговорення життєвих проблем і вірогідних шляхів їх вирішення, а також способів отримання погладжувань, зміна способу харчування, емоційне розвантаження, тілесна терапія, формування Союзника (конструктивного, дбайливого внутрішнього батьківського его стану, натомість критикуючого, контролюючого внутрішнього батьківського его стану (Е.Берн), якого Штайнер називає Ворогом) і Антабус (Дисульферам) є високоефективними засобами допомоги у лікуванні від алкоголізму – вважає Клод Штайнер.

Контекстний тренінг

Тренінг, де за допомогою різних експресивних та метафоричних завдань досліджуються та обробляються різні типи внутрішніх конфліктів.

Структура цього тренінгу така. Спочатку задається метафора, потім учасника дається завдання на цю метафору, групове обговорення, зміна метафори.

Наприклад, на тему границі можна задати метафору дому. Клієнтів можна попросити намалювати дім (в модальності психодрами можна попросити побудувати свою домівку з підручних інструментів, які наявні в кімнаті психодрами). Потім відбувається обговорення (дебріфінг) домівки кожного, почуття до малюнку, що він може означати і т.д. Потім групі дається розшифрування метафори, та відбувається обговорення малюнків в розрізі розуміння метафоричного змісту. Далі можна запропонувати перемалювати малюнок так, щоб він подобався, та обговорити, що це означає в плані зміни кордонів.

Модель Біона

Концепція В. Біона. Теоретичні положення Біона важливі не лише історично з тими чи іншими видозмінами вони застосовуються в груповому аналізі і сьогодні, особливо в групах з масивними регресивними проявами. Як і всі кляйніанці, Біон концентрує свою увагу на найбільш ранніх порушеннях комунікації та поведінки і, відповідно до цього на найглибших основах ураження власної цілісності. У термінології М. Кляйн виражені форми регресії виявляють себе через тривогу і/або страх «психотичного рівня», тобто станів, у яких людина переживає загрозу втрати власної індивідуальності чи незалежності. Цей рівень – шизоїдно-параноїдного і наступної за ним депресивної позиції – відповідає превербальному періоду розвитку дитини (перший рік життя) і характеризується появою здатності до символізації. У концепції групового аналізу Біон розглядає будь яку групу у двоплановому розрізі. Психічні прояви регресивного (глибокого позасвідомого) рівня відповідають фройдівським первинним процесам, які регулюються потягами (trieb), принципи задоволення безпосередніх потреб (наприклад, я чогось хочу і мушу негайно знайти заспокоєння цій неясній або тривожній потребі). На цьому рівні, будь-яка спільнота людей діє як базово-позиційна група (Basic assumption group). У переживаннях поверхневого (усвідомленого) рівня відображаються вторинні процеси (мислення, доцільна поведінка); вони формуються під впливом вимог реального зовнішнього Світу (я хочу, але мушу себе тверезо й обдуманно стримати, оскільки моє бажання в цей момент не може бути заспокоєним). Такий рівень

Біон визначає як робочу групу (work group). Названі рівні перебувають у постійному динамічному протистоянні; їхня взаємодія проявляє себе як емоційно-афективна регуляція. З одного боку, початкова неструктурованість і неясність стосунків у групі викликає в учасників позасвідомі неспокій і тривогу, стимулюючи їх до пошуку «інтуїтивних» неусвідомлюваних форм самоорганізації перед обличчям небезпеки, безнадії чи безпорадності. Одночасно, свідоме поведінка і «робота» в групі блокується емоційним напруженням, яке і виникає з вказаних причин: труднощів у пропрацюванні групою компромісних форм захисту. Біон виділяє три базові позиції, що формуються у взаємодії двох рівнів функціонування групи: uzалежнення (dependency), боротьба і втеча (fight-flight), утворення пар (pairing). Названі базові позиції більшою мірою залишаються неусвідомлюваними, вказують на рівень регресії групи і є предметом опрацювання.

Перша базова позиція – боротьба і втеча – означає, що група намагається знайти образ ворога і, у такий спосіб здобути для себе необхідну однастайність, передусім в очікуваннях та помислах в ім'я самозбереження. Захистом цієї позиції є боротьба зі страхом втрати ідентичності.

Друга базова позиція – uzалежнення характеризується відчуттям безумовної та безмежної безпеки, піклування і «прикриття», що забезпечують для учасників ідеалізований образ ведучого або групи загалом – подібні богу, всезнаючі та всеблагі. У цій позиції, однак, учасники неусвідомлено захищаються від необхідності бути автономними і вміти висловлювати свої переживання у незалежно.

У третій базовій позиції (утворення пар) група вибирає двох, а іноді й більше репрезентантів, яким делегується надія на здійснення нової «рятівної» стратегії. Ця позиція сигналізує про наявність у групі захисту від можливого розщеплення. Базові позиції і відповідне їм афективне напруження розглядаються як вираз спільних для всіх учасників (а нерідко, і ведучих) позасвідомих групових фантазій.

Особливістю динаміки груп Біона є високий «тиск» бажання учасників досягти конформної поведінки за вираженої глибинної схильності до регресії в бік деіндивідуалізації та дезінтеграції.

Очевидно, що за умови коли членам групи доводиться думати про самозбереження і бути зайнятими «життєвоважливими» переживаннями, їм начебто не резонно перейматися такими банальностями як розповідь про власні життєві колізії чи обмін інформацією щодо симптомів – на це не залишається ні місця, ні часу. Звідси і походить головний принцип концепції Біона (й інших кляйніанців), згідно з яким об'єктні стосунки в групі

формується не стільки між окремими учасниками, скільки між групою загалом і аналітиком. Інакше кажучи, драматургія групового аналізу за Біоном розгортається в надіндивідуальному полі, де здебільшого інтервенції й інтерпретації спрямовуються аналітиком на групу як цілість; лише через аналіз групової ситуації учасники мають шанс опрацювати свою приватну, делеговану в спільний процес, актуальну на цей час частку переживань.

Модель Фукса

Груповий аналіз у розумінні і баченні Фукса, завдяки збалансованому поєднанню теоретичних і практичних положень, є базовою моделлю, щонайменше для європейської психотерапевтичної культури. Нижче ми докладніше розглядатимемо окремі елементи групового аналізу саме за канвою Фукса; тому тут ознайомимося тільки з вузловими положеннями його концепції. В основі бачення Фукса – поняття трансперсональної групової матриці. «Як нейрон є елементом нервової системи, так і індивід є частиною групової матриці» – пояснює Фукс. Його пояснення виглядає надто спрощеним, але воно є необхідним для того, щоб не виникало жодних спокус інтерпретувати його розуміння матриці будь-як ірраціонально. Насправді, Фукс спирається у власній теорії на два джерела: а) гештальт-психологію, слідуючи паралельно з розвитком теорії поля К. Левіна; б) етнопсихологію Мак-Дугалла, в якій запозичає поняття «дух групи». Утім, якщо безпосередній зв'язок концепції Фукса з гештальтпсихологією є загальноновизнаним, то посилання на вплив (забутої сьогодні в середовищі етнопсихологів) монографії Мак-Дугалла «The Group Mind» сучасна література уникає. Мак-Дугалл, ще перед Фройдом наводить докладні характеристики колективних позасвідомих і напівсвідомих феноменів на зразок «групового самознання», «групової ідеї» і «лояльності», «групового почуття і моралі», Хоча сам Фукс, розглядаючи поняття групової матриці, не згадує роботу Мак-Дугалла, його цитування особливостей «духа групи» явно вказує на спорідненість із поглядами його попередника (втім і багато інших понять Фукса були ним запозичені в інших авторів). Названі джерела базового фукусового поняття «матриця» дозволяють лиш сьогодні краще розуміти широкі межі застосування групового аналізу. Сама собою матриця, що є «конденсатором» індивідуальних переживань в єдине, тісно переплетене між собою колективне позасвідоме, одномоментно відображає всі важливі пласти функціонування групи: персональний (кожного поокремого учасника), трансперсональний (взаємодії та взаємозв'язку учасників), цілісногруповий (базових позицій, описаних Біоном), соціальний (сім'я, інституція, соціум, етнос). Тому впровадження в концепцію групового

аналізу поняття матриці має ще й свій ширший теоретичний і методологічний зміст, а саме – визнання за індивідуумом фундаментальної потреби в спілкуванні та соціальній «зв'язаності». Істрапсихічна (внутрішньопсихічна) динаміка окремих учасників відбувається в групі, згідно з Фуксом, лише на рівні інтерперсональних (міжособистісних) феноменів і виявляє себе як множинні перенесення. Відповідно, групова дія (актуальні групові відносини за Фуксом) відображає багатоособову мережу (multipersonal network) психічних конфліктів. Отже, учасники групи є «опорними пунктами» цієї загальної мережі; вони одночасно і продукують матрицю і виражають своїми переживаннями – кожен, зокрема – колективне позасвідоме групи. Звідси, як справедливо вважає Фукс (і, зрештою, всі сучасні аналітики), висловлювання в групі не мають і не можуть мати вигляду вільних асоціацій. Їх слід розглядати як вільно плаваючі дискусії, які щораз більше центруються навколо безпосередніх стосунків у групі (тут і тепер). Завдяки цьому матриця створює безпечне поле для прямого вираження конфліктів носіїв всієї гами класичних психоаналітичних проявів: опору, захисних механізмів, множинних перенесень і відповідних форм регресії. Зрозуміло також, що аналіз групи здійснюється в моделі Фукса по чергово в двох напрямках: або в бік цілісної матриці, – коли інтервенції й інтерпретації спрямовуються на питання «як і що відбувається в групі?», або ж у напрямі по окремих учасників – задля реконструкції персональних переживань. У першому випадку ведучий працює з загальногруповим полем, у другому – з фігурами. Важливим вкладом у практичну частину групового аналізу є опрацювання Фуксом таких питань: рамкові умови (сеттінг), покази до терапії, склад і розмір групи; тривалість, частота і завершення роботи; можливості поєднання індивідуальної і групової терапії, а також ролі і функції ведучого.

Модель «Геттінген»

Серед визнаних і таких, що заслуговують на окрему згадку, необхідно визнати геттінгенську модель психоаналітичної групової психотерапії, опрацьовану низкою німецьких авторів. Головною відмінністю цієї моделі є принцип підпорядкування групової тактики різним типам хворобливих проявів чи проблем учасників. Технічні та позиційні варіанти стосуються всіх можливих аспектів групового аналізу. Карл Кеніг вказує такі модифікації.

«Прозорість» (транспарентність) терапевта – може простягатися від максимальної нейтральності до не приховування власних і актуальних переживань і епізодів власної біографії.

Спосіб комунікації ведучого – або з перевагою метафоричних, або ж безпосередньо описових чи, навіть, «натуральних» розмовних компонентів інтервенції.

Структуруючи аспекти терапевтичної поведінки. Вплив ведучого на членів групи може бути достатньо директивним, зокрема, коли він, наприклад, чітко декларує свої очікування від учасників. Однак, терапевт може досягти такого самого ефекту завдяки можливостям власної невербальної комунікації чи гнучкості у використуванні власної «прозорості».

Розподіл терапевтичної роботи між терапевтом і пацієнтами – може коливатися від полюса, на якому ведучий групи виконує більшу частину навантаження, до полюса, де значна роль у роботі відводиться самим учасникам (концепція Фукса).

«Поле сприймання терапевта, котре є «багатоплощинним», може розподілятися в різних напрямках. У певні моменти ведучий звертає увагу на ті феномени, які заперечують або підтверджують його теоретичні погляди і безпосереднє бачення групового процесу. Терапевт може змінювати «кут зору», сприймаючи на передньому плані загально групову сцену, або концентруватися на окремих, найгостріших інтеракціях чи зосередитися на деякий час на окремих проблемах.

Вибір теоретичних міркувань не слід розглядати як еkleктичне «розмивання» вибраної аналітиком концепції, а, радше, як можливість краще розуміти і пояснювати різні феномени з різних поглядів.

Чинники рамкових умов (setting), передусім такі, як частота занять групи тривалість однієї «години», амбулаторний чи стаціонарний варіанти роботи тощо, можуть зазнавати певних видозмін залежно від конкретних, але чітко обґрунтованих потреб групи. Наведені модифікації можна розширити на будь-які інші параметри групової терапії. Важливим, однак, є дотримання терапевтом відповідного концептуального «стилю» роботи. Геттінгенська модель передбачає два варіанти глибини опрацювання розладів, Психоаналітично орієнтований стиль уникає глибокої регресії в групі, фокусується радше на передсвідомих (Vorbewusste, pre-conscious) переживаннях, може «дозволити собі» прямі директивні, недирективні інтервенції і є спрямованим на подолання особистісних, характерологічних та невротичних проявів. Аналіз у групах (інтеракційний підхід) допускає масивні регресивні зсуви, є недирективним, концентрується навколо позасвідомих (Unbewusste, unconscious) процесів і застосовується для опрацювання психопатологічних розладів широкого спектра.

Особливості групової терапії хімічних адиктів

Іванов В. та співавтори вказують на такі особливості групової роботи з хімічними адиктами [1]. Ними, слідуючи за І. Яломом, виділяються такі моменти, що мають найбільше терапевтичне значення в роботі з узалежненими особами:

- катарсис – полегшення внутрішнього стану через вербалізацію своїх проблем;
- універсальність переживань – зникає відчуття унікальності своїх проблем через усвідомлення схожості їх з проблемами інших людей;
- участь в інтерперсональних стосунках – зникають почуття самотності, ізоляції та інші, пов'язані з комунікаційною депривацією, за допомогою участі у груповій дискусії;
- навіювання надії – усвідомлення можливості вирішити власні проблеми за допомогою спілкування з людьми, що вже вирішили їх;
- імітаційна поведінка – вибір позитивного образу поведінки серед учасників групи або ведучого і неусвідомлене наслідування йому;
- отримання достовірної інформації – головним джерелом інформації в групі повинен бути терапевт;
- розвиток здорової соціалізованої техніки – через засвоєння встановлених норм спілкування в групі відбувається позитивний розвиток власних комунікаційних здібностей.

Водночас позитивний вплив деяких чинників, що виділяє І. Ялом у груповій роботі з «нехімічно узалежненими», ставиться ними під сумнів.

Одним з таких чинників є групова згуртованість. На початкових стадіях одужання група узалежнених має тенденцію до об'єднання через «узалежнені» або «патологічні» частини особистості, що призводить до групового саботажу видужання. Тому не має сенсу проводити посилену роботу над об'єднанням групи, а в деяких випадках навіть варто робити інтервенції на зменшення групової згуртованості, свідомо поділяючи групу на два угруповання: тих, що «активно видужують» і таких, що «чинять опір одужанню». Інтервенції на групову згуртованість робляться на другому етапі реабілітації, коли з'являється можливість згуртувати групу, опираючись на нормативні, «здорові» частини особистості.

Наступний чинник, з впливом якого треба бути обережним, – це прояв клієнтами альтруїзму. Для адиктів людей характерним є розвиток співузалежнених патернів поведінки, одним з яких є патологічне зневажання власними проблемами заради вирішення чужих проблем. Тому важливим у видужанні узалежнених людей є розвиток навичок взяття відповідальності за своє видужання і прояв «здорового егоїзму».

Часто серед терапевтичних чинників групової роботи згадують аналіз коригувального впливу батьківської сім'ї. Іванов В., і співавтори вважають, що час для роботи з проблемами дитинства та корекції впливу батьківської сім'ї прийде не раніше, ніж через декілька років одужання. Передчасне звернення до цієї теми може призвести до негативних результатів.

Також слід бути уважним у груповій роботі з чинником зворотного зв'язку. Люди, що страждають uzалежненням, мають тенденцію давати досить деструктивний зворотний зв'язок як за формою, так і за змістом. Тому терапевтові слід обмежувати деструктивний зворотний зв'язок, заохочувати конструктивний, проводити інтервенції щодо навчання конструктивним формам зворотного зв'язку, давати власний зворотний зв'язок (який в деяких випадках може протистояти думці усієї групи). Враховуючи це, можна зробити висновок про необхідність активної і директивної позиції терапевта в груповій роботі на початкових стадіях одужання клієнтів. Валентик Ю.В., вказує на те, що терапевтові у роботі з uzалежненими необхідно бути більш директивним, ніж за подібної роботи з мотивованими клієнтами з «прикордонними» розладами. В. Іванов та співавтори вказують, що найбільш прийнятним у розподілі активності між терапевтом і усією іншою групою є відношення 50:50. Це зближує такий стиль роботи із стилем раціонально-емоційної поведінкової терапії.

Окрім активно-директивної позиції, керівникові групи слід брати на себе роль головного експерта у вирішенні питань, бути зразком для наслідування і фасилітувати групову роботу.

Особливості проведення груп в умовах стаціонару

Важливість координації

Г. Шепанк вказує на такі особливості та фактори проведення психотерапевтичної роботи в стаціонарних умовах. Характерним та специфічним для стаціонарної психотерапії є те, що вона має проводитися майже цілодобово у формі різноманітних підібраних та індивідуально дозованих (вербально і авербально) методів втручання, що організовані, теоретично обґрунтовані і скоординовані між собою. Тобто, найважливіше значення має перед усім кооперація усіх учасників терапевтичного процесу на спільних психотерапевтичних засадах. Це означає спеціалізацію обов'язків, докладний обмін інформацією згідно з відповідальністю і компетенцією, а також свідоме володіння конкретно терапевтичною концепцією, обґрунтованою науково й емпірично, і засобами досягнення поставленої терапевтичної цілі. До цих засобів належать і загальні рамки

внутрішнього режиму, єдині для всіх пацієнтів (та які ці рамки усвідомлюють та приймають), а також розпорядок дня, які клієнти центру проводять переважно у колективі [7: 22-23] .

Єдині групові рамки. Правила у групах, які входять у програму реабілітації, можуть відрізнятися, але існують єдині групові рамки, які являються основними для встановлення сприятливої терапевтичної атмосфери у роботі з uzалежненими клієнтами.

1. Правило конфіденційності – просимо вас не виносити почутих у групі відомостей про учасників, їх висловлювання і проблеми за межі групи.

2. Говоріть про себе від свого імені (вживаючи займенник «Я»), не кажіть про себе в другій або в третій особі (не вживати займенник «ми», «ти»).

3. У своїх висловлюваннях просимо акцентуватися на собі, на своїх почуттях, думках, вчинках, і менше на обставинах їх, що викликали.

4. Просимо вас ділитися вашим конкретним пережитим життєвим досвідом, а не знаннями, поглядами, припущеннями та іншим.

5. Просимо вас не пропагувати ваш особистий спосіб позбавлення від проблем, а просто розповідати про ваші переживання і про те, що ви конкретно застосовували для вирішення цих проблем у своєму житті.

6. У нашій групі не вітається зворотний зв'язок у будь-якій формі, можливий лише емоційний (що я відчуваю з приводу висловлювання інших) або асоціативний (що мені згадалося з власного життя) відгук.

7. У групі просимо обмежувати висловлювання з політичних, релігійних, національних, статевих і іншим подібних питань.

8. Головним у групі є ведучий, його рішення під час проходження групи не обговорюються. Ви можете висловити свої погляди і пропозиції ведучому після групи або обговорити проблеми, що виникли з представниками соціальної служби (з психологами консультантами з uzалежнення).

Особливості групової динаміки в умовах стаціонару

Іванов В., та співавтори вказують на такі особливості динаміки груп в умовах стаціонару [1]. У стаціонарному центрі використовується модель груп відкритого типу, коли нові учасники можуть входити в реабілітаційний процес на будь-якому етапі роботи групи (ротаційні групи). Це накладає істотні обмеження у роботі з групою динамікою. Відомо, що у роботі з групою найчастіше визначають чотири фази її розвитку: адаптації, формування та боротьби ролей, стійкої працездатності, розпаду. У

ротаційній групі такий розвиток групової динаміки практично неможливий. У такому разі, у роботі з групою динамікою головне завдання терапевта – це утримання рівня розвитку групи «між» першою і другою фазами. За таких умов група, з одного боку, не відторгає новачків, які можуть включитися в її роботу. З іншого боку, клієнти після закінчення першого етапу реабілітації виявляються здатними до роботи на другому етапі, де рівень розвитку групи підтримується терапевтом приблизно «між» другою і третьою фазами групової динаміки. Таке «заморожування» групової динаміки є істотною відмінністю роботи відкритої групи від роботи у закритих групах, де терапевт працює з розвитком групової динаміки у сформованій групі, що не змінює свій склад.

Основні завдання, що відносяться до питань групової динаміки, які необхідно вирішити терапевтові на першому етапі реабілітації:

- робота з особистісною тривогою учасників групи, пов'язаною з початком реабілітаційного процесу;
- первинна діагностика, формування стилю роботи і стосунків з кожним окремих реабілітантом і усією групою в цілому;
- подолання скептицизму і ворожості до процесу реабілітації;
- допомога реабілітантам в усвідомленні своїх бар'єрів в спілкуванні та конструктивному опрацюванні цих бар'єрів;
- демонстрація конструктивних способів спілкування і вирішення міжособистісних конфліктів;
- робота з агресивністю (найкращим способом є прийняття агресивного удару на себе з подальшою демонстрацією конструктивного виходу із конфлікту).

Основним завданням фахівця, що належить до питань групової динаміки, на другому етапі реабілітації є продовження вирішення деяких завдань першого етапу (допомога в усвідомленні бар'єрів в спілкуванні, заохочення відкритості і активності, демонстрація конструктивних способів вирішення конфліктів). Крім того, з'являються ще й такі завдання:

- фасилітація сприйняття конфліктів (як внутрішньоособистісних, так і міжособистісних) як сходинки для переходу на вищі рівні зрілості;
- подальше заохочення відкритості і активності учасників групи;
- робота з об'єднанням групи;
- фасилітація ширшої міжгрупової взаємодії.

Основні типи групової роботи в умовах стаціонарної реабілітації

Наведемо приклад програми заходів одного центру реабілітації, у якому авторка (Олійник В.М.) працювала психологом. Розклад занять може бути різним, так само, як і групи, найважливіше – це мета програми, а саме – одужання від uzалежнення.

Розподілення часу у розкладі повинно бути таким, щоб у учасників реабілітаційного процесу не виникало надлишкового часу, який не має конструктивної структури з одного боку, та достатній час для відпочинку з іншого. Для розуміння корисного балансу, можемо опиратись на рекомендації ВОЗ, щодо профілактики накопичення стресу, які передбачають 7-9 годин сну, обов'язкові перерви в процесі роботи/навчання, легка фізична активність 150-300 хв., на тиждень, щоденні прогулянки на свіжому повітрі, важка фізична активність 75-150 хв., на тиждень. Та пам'ятати про необхідність структурування часу, а у роботі з uzалежненими чіткість і розуміння подальших дій особливо важливий аспект. Тому, навіть прогулянки й інша активність потрібна «вбудовуватися» в структуру дня, тижня спочатку за допомогою режиму наданому центром, згодом як самостійне планування клієнтом.

Програма заходів:

1. Групова психотерапія – 3 заняття на тиждень тривалістю 2 години з перервою 15 хв.

2. Арттерапія – 1 заняття на тиждень тривалістю 2 години, включає в себе: аналіз за допомогою малюнка; казкотерапія; рухливі ігри на опрацювання впевненості; тілесна терапія – вправи на вираження гніву, витривалість; вправи на довіру в групі між учасниками; ігри – вивід напруги, що накопичується за тиждень.

3. Письмові роботи – 2 заняття на тиждень тривалістю 2 години з перервою 15 хв. Завдання: аналіз минулого, прописування і промовляння своїх проблем, самоаналіз, зворотний зв'язок.

4. Підсумок дня – 5 занять на тиждень тривалістю 2 години. Завдання: аналіз дня, самоаналіз помилок за день відповідно до 10 кроку. Формат: 3 помилки, почуття, дефект характеру, корекція.

5. Підсумок тижня – 1 заняття на тиждень тривалістю 2 години. Формат: 3 найбільш значущі ситуації за тиждень, почуття, дії. Відповіді на запитання з самоаналізу.

6. Інтерв'їзія – 1 заняття на тиждень тривалістю 4 години з перервою 15 хв. Суб'єктивна думка співробітників центру у роботі з клієнтами центру протягом тижня у БПСД сферах життєдіяльності. Групова робота зі зворотним зв'язком.

7. ЗТС (збори терапевтичної спільноти) – 1 заняття на тиждень, 3 години з перервою 15 хв. Аналіз минулого тижня: помилок і досягнень як клієнтів центру, так і співробітників. Групова робота зі зворотним зв'язком.

8. Профілактика зриву – 1 заняття на тиждень, 2 години з перервою 15 хв. Аналіз найбільш стресової ситуації за тиждень, яка може привести до зриву. Групова робота зі зворотним зв'язком.

9. Бібліотерапія – 2 заняття на тиждень, 1 година. Виховання моральних цінностей за допомогою вивчення і обговорення Біблії, або іншої відповідної літератури.

10. Фільмотерапія: програмне відео – 2 години 1 раз на тиждень (про шкідливість вживання ПАР); духовне відео – 2 години 1 раз на тиждень (виховання моральності).

11. Спорт заходи – 45хв, 2 р. на тиждень.

12. Саморозвиток – 45хв., 2р. на тиждень.

13. Трудотерапія – 6р. на тиждень, 1,5 години прибирання будинку.

14. Інформаційні заняття – 3р. на тиждень протягом 1 години. Інформація щодо хімічного uzалежнення. Наприкінці тижня написання контрольної роботи з пройдених тем на поточному тижні.

15. Щоденні роздуми – 6 груп на тиждень по 2 р. на день, 15хв., за книгою анонімних наркоманів/алкоголиків.

Далі, розглянемо окремі групи, більшість з яких запропонована у посібнику «Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю» В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков, також звернемо увагу на структуру їх проведення.

ЗТС: збори терапевтичного співтовариства.

Заняття присвячене тижневому аналізу змін психологічного стану, процесу видужання, соціальним питанням та ін. Ось перелік основних питань, які обговорюються на цій групі:

- Стосунки в групі і з фахівцями центру.
- Підведення підсумків тижневої роботи в реабілітації.
- Засвоєння/Аналіз самостійної роботи з одужання (планування-аналіз дня, ведення щоденника самоаналізу, робота з симптомами зриву, аналіз обмежень у тверезості).
- Аналіз тижневих змін і складнощів у психологічному стані.
- Планування подальших позитивних змін.
- Аналіз тижневих змін і складнощів у соціальному оточенні.
- Планування подальших змін.

- Підведення підсумків тижня і корекція свого плану видужання на наступний тиждень.
- Зворотний зв'язок від групи.

Аналіз дня

Підбиття підсумків прожитого дня є важливим елементом програми одужання, що дає можливість проаналізувати учасникам реабілітаційного процесу свої дії та вчинки. Підсумки дня відбуваються на вечірній групі, де клієнти центру мають можливість отримати зворотній зв'язок від учасників процесу та від ведучого, так само, як і дати зворотній зв'язок з метою допомоги. Пропоную приклад аналізу дня за такою схемою:

«Ми продовжували самоаналіз і, коли припускалися помилок, відразу визнавали це» – так звучить 10 крок (програма 12 кроків).

Зосередьтеся на тому, як Ви прожили сьогоднішній день. Самоаналіз допомагає орієнтуватися у своїх станах. Виберіть три найбільш важливі ситуації, що запам'яталися, за прожитий день. Детально опишіть:

- Ситуацію.
- Ті почуття, якими вона супроводжувалася.
- Дефекти темпераменту.
- Корекція.
- Симптом зриву.
- Профілактика.

«Пам'ятайте, що щоденне дослідження себе – це не іспит, і тут не може бути правильних та неправильних відповідей. Не турбуйтеся, якщо Ви думаєте, що могли б зробити це краще або Ви не зробили так, як Вам того хотілося».

Аналіз тижня.

У групі підсумків дня кожен учасник процесу має можливість проаналізувати свої зміни (емоційні, якісні, позитивні/негативні щодо одужання) і за допомогою зворотного зв'язку зробити висновки щодо своїх подальших дій і змін, з метою особистісного росту.

Приклад схеми підсумків тижня та питання, які допомагають поглянути на важливі для одужання речі.

1. Три найважливіші ситуації, що запам'яталися минулого тижня:
А – ситуація;
Б – почуття;
С – дії.
2. Що нового цього тижня я дізнався про себе
3. Яке інформаційне заняття мені запам'яталося найбільше

4. Що найбільше цього тижня мене вразило в групі
5. Цього тижня я застосовував отримані знання, коли...
6. Цього тижня я був радий звільнитися від впливу хвороби, бо...
7. Для мене зараз важливі такі речі:

За допомогою списку симптомів виберіть симптоми, які переважали найбільше цього тижня.

Профілактика рецидиву.

Вжиті мною дії для запобігання зриву (симптомів).

Групи взаємодопомоги

Бажання позбавитися негативних групових процесів, що відбуваються у групах взаємодопомоги, але водночас зберегти властивий тільки їм терапевтичний ефект, призвело до ідеї створення «м'якоконтрольованих» груп взаємодопомоги. Ідея полягає в створенні групи, що напряму підкоряється та контролюється професійною терапевтичною структурою (центром соціальних служб, психіатричною лікарнею, реабілітаційним центром), але цей контроль здійснюється м'яко та ненав'язливо, та полягає більше в моніторингу за груповими процесами та рідких необхідних втручань. Загалом процес такого контролю може здійснюватися завдяки підбору ведучого групи та супервізії його роботи (що відбувається на волонтерських засадах). У рідких випадках професіонали можуть бути присутніми на зібраннях групи з цілями моніторингу її роботи. Залучення на групу відбувається після консультації зі фахівцем. Також, людина що вносить деструктивний внесок у групові процеси, що може призвести до уходу інших членів групи, та коли на це неможливо вплинути іншими засобами, може бути виключена з групи. Тобто основними засобами контролю роботи такої групи є: підбір ведучого (з людей з проблемою uzалежнення, що бажає займатися такою волонтерською діяльністю) з необхідними якостями, супервізія роботи ведучого, моніторинг групових процесів, залучення у групу через консультацію фахівця, можливість відрахування з групи. За інших обставин – не втручаються у роботу групи та її групові процеси. У такий спосіб, з одного боку, можливо позбавитися антитерапевтичних групових процесів, що відбуваються завдяки спонтанній неконтрольованій динаміці, з іншого, зберегти всі терапевтичні ефекти групи саме взаємодопомоги (не зводячи таку групу до терапевтичної, роботою якою напряму керує професіонал)[4].

Тренінг профілактики рецидиву.

Робота з профілактики зриву проходить у вигляді дискусійної терапевтичної групи, яку відвідують реабілітанти першого і другого етапів реабілітації. У групі обговорюються загальні питання, пов'язані з процесом зриву і видужання, а також розбираються існуючі ознаки зриву і виробляються способи їх подолання.

Регламент групи 1,5 години, які містять:

- обговорення правил (ведучий нагадує правила групи – 10 хв.); відображення реабілітантами свого стану (озвучують своє розуміння процесу зриву, а також розповідають, як він проявлявся протягом тижня – 15 хв.);
- коротке інформаційне нагадування основних положень моделі зриву (10 хв.);
- інтерактивна бесіда, присвячена поясненню ознак розвитку певного симптому (15 хв.);
- аналіз ознак розвитку цього симптому і способів його подолання (30 хв.);
- завершальне підведення підсумків щодо способів профілактики зриву (ведучий підводить підсумок виробленим на групі способам подолання зриву – 5 хв.);
- завершальний дебрифінг (учасники говорять про свої почуття щодо проведеної групи – 5 хв.)

Основні специфічні терапевтичні цілі групи профілактики зриву:

- Навчитися відстежувати негативні тенденції у змінах психіки;
- Вироблення стратегій подолання тенденцій до негативних змін у психіці;
- Навчання стратегіям дій в ситуаціях високого ризику.

Основні специфічні завдання ведучого групи:

- утримувати дискусію у межах обговорення проявів симптомів і вироблення способів їх подолання, не даючи їй перерости в обговорення особистих проблем, не пов'язаних з розвитком зриву;
- забезпечувати дотримання правил групи і норм спілкування.
- під час цієї групи часто «виходять назовні» особистісні та соціальні проблеми, до вирішення яких реабілітанти ще не готові.

Ведучому необхідно уважно стежити за цим і утримувати групу від обговорення занадто складних для неї проблем, до рішення яких вона ще не готова.

Передбачена також робота з ознаками зриву за допомогою щоденника самоаналізу. І якщо потрібно, така робота проводиться на занятті з ведення щоденника самоаналізу або в індивідуальній формі.

Арттерапія. Переваги арттерапії перед іншими психотерапевтичними підходами, особливо з урахуванням деяких особливостей осіб з хімічним uzалежненням, неодноразово відзначалися у зарубіжній літературі. Так, ще в 1970-і роки Фульке і Келлер вказували на недостатню ефективність деяких традиційних моделей психотерапії, зокрема тих, які передбачають підвищену конфронтаційність у процесі індивідуальних або групових занять у їх використанні знаркоузалежненими, пов'язуючи це з їх підвищеною вразливістю у міжособистісних контактах та ригідними захистами. У зв'язку з цим вони підкреслювали цінність методів арттерапії, що дозволяють здійснювати процес лікування м'якіше і щадніше.

Зі свого боку, Адельман і Кастриконе вказують на таку характерну рису наркоузалежнених, як соціальна ізоляція, і підкреслюють цінність арттерапії як засобу її подолання, оскільки вона надає пацієнтам, що беруть участь у заняттях, можливість використовувати символічні засоби комунікації як більш психологічно безпечних інструментів спілкування в порівнянні з мовою. На основі отриманого досвіду символічної комунікації учасники занять можуть розвивати й інші форми контакту один з одним. На думку цілої низки арттерапевтів, символічна комунікація може служити альтернативною формою спілкування та соціальних трансакцій у тих випадках, коли словесне спілкування утруднене або неможливе, або, коли для нього існують виражені психологічні бар'єри, що, наприклад, характерно для пацієнтів з різними формами хімічного uzалежнення. Символічна експресія може переорієнтувати осіб із хімічним uzалежненням на опосередковані творчими процесами людські контакти. Альберт-Пулео і Джонсон підкреслюють здатність арттерапії підвищувати самооцінку та позбавляти відчуття власної неповноцінності осіб, обтяжених uzалежненням від алкоголю та наркотиків. Альберт-Пулео також вказує на характерні для осіб з хімічним uzалежненням труднощі у контролі над складними емоціями та схильність до їх імпульсного відреагування. Цей автор показує, як арттерапія може допомагати таким людям за допомогою символічної експресії поступово дистанціюватися від таких почуттів і досягати над ними контролю. Докладніше порівняння арттерапії з іншими психотерапевтичними підходами, що використовуються у лікуванні наркоманій і алкоголізму, проводиться у публікації Уоллер і Махоуні. Ці автори пов'язують переваги арттерапії перед іншими психотерапевтичними

методами з деякими особливостями пацієнтів з хімічним uzалежненням: характерними для них труднощами у вираженні почуттів, поганим контролем над емоціями, низькою самооцінкою, самотністю та внутрішньою порожнечою. На думку Уоллер і Махоуні арттерапія може бути ефективним засобом невербального вираження почуттів, розвитку навичок самоконтролю, подолання самотності та набуття навичок спілкування за допомогою участі в арттерапевтичній групі, подолання ескапістських тенденцій та почуття власної неповноцінності завдяки творчій самореалізації та підтримці з боку групи.

Лікування мистецтвом – це один з ефективних методів психологічної корекції пацієнтів з різними розладами. У випадку з uzалежненням, арттерапія – це ненав'язливий спосіб за допомогою малюнка, виліплювання тощо, поглянути учаснику процесу одужання на свої проблеми/переживання, які, зазвичай, досить важко признати та прийняти відверто. Арттерапія допомагає клієнтові подолати складні бар'єри в емоційному спілкуванні, вчитись проявляти себе і ставати більш впевненим. У цієї техніки немає протипоказань – її можна використовувати незалежно від віку, рівня інтелекту, тому такі спільні заняття поєднують групу і відтворюють рівність у колективі. Наприклад, малюнок бажано малювати, як трирічна дитина, тоді підвищується ефективність виконання техніки, так як не зациклюючись на якості і на порівнянні з іншими, клієнт може виразити справжні почуття.

Арттерапія – це ігрова форма роботи з важливими речами. Лікування «внутрішньої дитини» через повторне проживання вікових періодів та притаманним їм способам розвитку (бути, думати, робити...) у безпечній атмосфері, з метою прийняття своєї здорової спонтанності і самовираження. Існує багато арттерапевтичних технік роботи з uzалежненням, наприклад проєктивна методика «баранчик у пляшці», малюнки хвороби uzалежнення, малюнки «uzалеженого Я» і «тверезого Я», техніка «смітник», де всі учасники групи роблять спільний малюнок поганого із періоду вживання, а потім разом позбуваються цього малюнка, можна робити різні скульптури на теми «тверезе життя», «прощання з uzалежненням»... Але найголовніше, на мою думку – це безпечна атмосфера та дозвіл проявлятися на таких групах.

Динамічна психотерапевтична група

Групова динаміка – надзвичайно важливе поняття. Саме використання групової динаміки в лікувальних цілях визначає специфіку групової психотерапії як психотерапевтичного методу. Групова динаміка – це сукупність внутрішньогрупових соціально-психологічних процесів і явищ, що

характеризують весь цикл життєдіяльності малої групи і його етапи: утворення, функціонування, розвиток, стагнацію, регрес, розпад. Інакше, це вчення про сили, структуру і процеси, які діють у групі. Так, група розглядається як спільність людей, що характеризується обмеженим числом членів (до 20 осіб), безпосередніми контактами, розподілом ролей і позицій, взаємозалежністю учасників, загальними цілями, цінностями і нормами, а також постійним складом.

Термін «групова динаміка» використовується для: а) позначення напрямку в вивченні малих груп, заснованого на принципах гештальтпсихології; б) характеристики процесів, що відбуваються в групі відповідно її розвитку і зміни; в) опису причинно-наслідкових зв'язків, що пояснюють ці явища; г) позначення сукупності методичних прийомів, використовуваних у вивченні соціальних установок і міжособистісних відносин у групі. Термін «групова динаміка» стосується принаймні трьох психологічних дисциплін: соціальної, педагогічної та клінічної психології. У соціальній психології групова динаміка являє собою галузь досліджень предметом якої є індивід (вплив групи на його почуття, поведінку, когнітивні процеси), сама група (її вплив як надіндивідуальної єдності на індивіда й інші групи), а також інтеракції і взаємини між членами групи, групою та іншими групами і організаціями. У педагогічній психології групова динаміка позначає сукупність методичних прийомів, використовуваних одночасно для навчання і соціально-психологічних досліджень. У цьому випадку ті, хто навчаються є одночасно і учасниками, і спостерігачами-дослідниками групового процесу. Процес навчання відбувається не тільки в когнітивній площині, а й у формі інтенсивного власного досвіду. Предметом групової динаміки як галузі клінічної психології є теорія і технічні прийоми, спрямовані на зміну міжособистісних відносин у групі. Педагогічні та клінічні аспекти групової динаміки об'єднуються нині терміном прикладна групова динаміка. Перші дослідження групової динаміки були розпочаті Левінім.

У психотерапії групова динаміка являє собою наукову основу для психотерапевтичного процесу в групі, оскільки в терапевтичних групах знаходять своє вираження всі групові феномени. Стосовно групової психотерапії групова динаміка розглядається як сукупність взаємовідносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи і групового психотерапевта. Кратохвил визначає групову динаміку як сукупність групових дій, інтеракцій, що характеризують розвиток або рух групи у часі, яка є результатом взаємин і взаємодій членів групи, їх діяльності та впливу зовнішнього світу. До характеристик групової динаміки відносяться: цілі і завдання групи, групові ролі і проблеми лідерства, групова згуртованість,

напруга в групі, актуалізація колишнього емоційного досвіду, формування підгруп, фази розвитку психотерапевтичної групи.

Тренінги Life коучингу

Засновником коучингу вважається Джон Утори, який в 1992 році видав книгу «Коучинг високої ефективності». Уїтмор був успішним спортсменом, потім бізнесменом, але в 1970 р., продав бізнес і зайнявся вивченням психології. Він зацікавився психологією спорту, а потім і психологією бізнесу. Уїтмор розвинув ідеї Тіма Геллвея, творця теорії «Внутрішньої гри» (Inner Games) щодо психологічних тренувань спортсменів. Геллвей писав у своїх книгах з приводу душевного стану спортсмена, і головним завданням тренера бачив допомогу в подолання внутрішніх сумнівів і хвилювань. Джон Уїтмор спільно з Тімом Геллвеем заснували компанію Inner Games Ltd, яка займалася розробкою нових підходів до навчання в спорті, а потім і в бізнесі. На початку 1980-х рр., Джон Уїтмор з партнерами створив консалтингове агентство Performance Consultant, що спеціалізується на коучингу в бізнесі. Підхід, описаний у книзі Дж. Уїтмор «Коучинг високої ефективності», призначався для менеджерів, і коучинг представлявся як новий спосіб управління, заснований не на догматичному розпорядженні, а на співпраці з підлеглим у процесі досягнення спільної мети. Саме слова «співпраця» і «досягнення мети» є ключовими для розуміння сутності коучингу.

Виділимо основні принципи коучингу описані у різній літературі:

1. Принцип позитивності означає, по-перше, позитивне формулювання мети (забороняється використання частки «не» у формулюванні мети) і, по-друге, позитивний настрій самого коуча, його віру в можливість клієнта і досягнення позитивного результату.

2. Принцип спільності успіху: коуч сприймає клієнта не як пацієнта, а як співробітника в процесі спільного пошуку рішення і досягнення мети. Це передбачає рівність позицій у спілкуванні: коуч не домінує і не виступає в експертній позиції, не дає жодних порад і не говорить, що потрібно робити для досягнення мети.

3. Принцип активності та відповідальності за результат: активність клієнта є умовою проведення коучингу. Якщо клієнт не готовий працювати, коучинг не може проводитися. За результат відповідальні обидва учасники: коуч відповідальний за свою професійну позицію під час роботи, але за результат коучингу і виконання плану досягнення мети несе відповідальність клієнт. Заборона давати поради і готові рішення в процесі коучингу пов'язаний якраз з цим принципом: даючи людині раду, ви знімаєте з неї відповідальність за свій вибір, а отже, за результат ситуації.

4. Принцип творчості (відсутність догматизму): у коучингу розроблено безліч моделей і технік, які можуть використовуватися коучем, однак не можна ставитися до них як до догмат: кожна ситуація клієнта унікальна, і необхідно творчо ставитися до вибору стратегій і технік коучингу в кожен конкретний момент його проведення.

5. Принцип усвідомлення особистих ресурсів: усвідомлення – ключовий момент у коучингу. Можна сказати, що основна мета коучингу – посилення усвідомлення клієнтом своїх цілей, цінностей, своїх можливостей і альтернатив. Саме в цьому випадку можливе посилення мотивації і ефективне досягнення мети.

6. Системний підхід: у кожен момент проведення коучингу коуч усвідомлює, що і особа клієнта, і його ситуація в цілому – складна система, що складається з взаємозалежних елементів. Коуч повинен прораховувати можливі наслідки змін для системи в цілому і запобігати небажаним для системи рішенням.

Тренінг комунікації

Дефіцитарність комунікативної сфери uzалежнених вимагає особливої уваги до її опрацювання. Підвищена роздратованість і тривожність у поєднанні з відсутністю навичок самостійного опрацювання цих почуттів створюють необхідність у спілкуванні, що підтримує, і вербалізацію цих почуттів (у співтоваристві АА існує прислів'я: «ми хворі настільки, наскільки ми не виговорені»). Але підвищені почуття провини та сорому приводять до нездатності адекватно вербалізувати свої думки та почуття, що, зі свого боку, веде до їх пригнічення або до афективного викладу свого стану, спалахів агресії і подальшого наростання почуття провини та сорому. У зв'язку з цим виникає необхідність у проведенні тренінгу комунікативної сфери, основною мішенню якого є опрацювання вербальної поведінки, що пов'язана з почуттям провини і пригніченою агресією.

Основні теми для роботи: асертивна відмова, прохання про допомогу, визнання помилок, прийняття похвали, прийняття критики, адекватне вираження агресії, постановка меж, негативний зворотний зв'язок, вираження невдоволення, вербалізація негативних почуттів.

Наш досвід роботи показує, що реабілітанти першого етапу реабілітації (перші три місяці) є нездатними до прийняття вправ з особистим програванням модельованих ситуацій, психодрами та ін. Відбувається або опір вправі, або його зовнішнє прийняття без якої-небудь захопленості та внутрішнього опрацювання. Тому тренінговий інструментарій обмежується

інтерактивною бесідою, спонтанним «програванням» ситуацій за ініціативою клієнта, чітким поведінковим тренінгом конкретних навичок.

Це пояснюється тим, що в узалежнених заблокована самоспостерігаюча позиція (Его, що спостерігає). Реабілітанти нездатні відрефлексувати навіть просту тренінгову вправу, і сприймають її або просто як гру, або як ще один доказ своєї неповноцінності. Простіше кажучи, алкоузалежнені на початку видужання знаходяться у нульовій позиції сприйняття, тоді як багато тренінгових вправ вимагають як мінімум упевненості в першій позиції сприйняття і здатності переходити у другу позицію. Отже, щоб почати проводити з узалежненими повноцінний тренінг, необхідно сформувати у них першу позицію сприйняття. Тому практика психодраматичних та інших тренінгових вправ розпочинається тільки з другого етапу реабілітації, та й то в мінімально необхідному обсязі. Наша думка розходиться з досвідом інших реабілітаційних центрів, де декларується широке застосування психодраматичних та інших тренінгових вправ у процесі реабілітації. Можливо, ця розбіжність у поглядах пояснюється тим, що практика тренінгових вправ і елементів психодрами використовується в цьому випадку для клієнтів з меншими порушеннями або на пізніших термінах одужання.

В основу методичної роботи тренінгових заняттях була покладена групова інтерактивна бесіда ведучого і групи щодо різних ролей у трикутнику Карпмана: жертву, переслідувача, рятувальника (як неадекватні форми); а також асертивну поведінку (як адекватну форму), яка називається в процесі реабілітації відповідальною поведінкою, з подальшим засвоєнням конкретної поведінкової навички.

Регламент тренінгу 1,5 години, під час яких виконується:

- розминка (15 хв.);
- послідовне інтерактивне обговорення ролей жертви, переслідувача, рятувальника у межах ситуацій запропонованої теми; думок, емоцій, бажань і поведінки, що притаманні цій ролі, прикладів з життя (30 хв.);
- обговорення адекватної альтернативи – відповідальної (асертивної) поведінки – та перегляд своїх почуттів, бажань і мислення. За бажанням, програвання ситуацій із застосуванням асертивної поведінки (15 хв.);
- закріплюючі вправи (по одному і в парах – 15 хв.);
- завершальний шерінг (15 хв.)

У процесі реабілітації у тренінгу комунікативних навичок опрацьовуються такі теми:

- Асертивна відмова (сказати «Hi!»)
- Прохання про допомогу.

- Вербалізація почуттів (виговорювання, телефонна терапія).
 - Визнання помилок (вибачення).
 - Прийняття похвали.
 - Вираження вдячності.
- (Старков, Іванов).

Інформаційні групи

Експліцитною метою інформаційних занять є надання інформації щодо основи хвороби і видужання. Імпліцитною метою інформаційних занять є соціалізація до реабілітаційного процесу і зняття ситуаційної тривоги та провини з приводу своєї хвороби.

Враховуючи це, а також психологічний стан реабілітантів, лекції необхідно будувати за такими принципами: простоти, захопленості, особистого інтересу, компенсації матеріалу, що конфронтує, тим, що стабілізує (наприклад, інформацію про те, що алкоголік ніколи не зможе навчитися пити контрольовано, обов'язково супроводжувати інформацією щодо можливості навчитися жити повноцінно без ПАР). Також потрібна велика кількість конкретних прикладів (навіть логічно зрозумілий реабілітантами матеріал не завжди пов'язується з власним практичним досвідом).

У процесі реабілітації використовуються подальші теми інформаційних занять:

- Концепція хвороби. Симптоми.
- Безсилля. Втрата кількісного контролю.
- Психологічний захист хвороби. Заперечення як ознака хвороби.
- Міфи і труднощі на початку видужання.
- ПАС – постабстинентний синдром. Управління ПАС.
- Необхідність допомоги. Обмеження.
- Психологічне uzалеження. Проблема uzалеженого мислення.

Зцілення мислення.

- Узалежена поведінка. Компульсивна поведінка. Рекомендації щодо одужання.

Фільмотерапія

Фільмотерапія – це перегляд художніх кінофільмів з подальшим обговоренням у групі. У процесі перегляду кінофільму і аналізу власного сприйняття його образів учасник кінотренінгу досліджує свої особистісні особливості. Це творчий процес самопізнання, внаслідок якого виникає можливість переходу до свідомої корекції своїх дій. Вперше, цілющий ефект

від такого виду роботи з узалежненими виявив американський психолог Гарі Соломон, коли сам зіштовхнувся з узалежненням від алкоголю і наркотиків. Згодом, Соломон почав використовувати метод фільмотерапії і стосовно своїх клієнтів. Також, він визначав, що кінець фільму не обов'язково повинен бути позитивним, завдяки негативному фіналу, узалежнений може проаналізувати наслідки свого вживання та зробити відповідні висновки. Підбірка фільмів для групового перегляду може нести духовний характер, відображаючи справжні моральні цінності, принципи і суспільні норми. Корисними для програми реабілітації є і фільми, які показують проблеми, пов'язані із деструктивною поведінкою та наслідками вживання ПАР/ігрового узалежнення.

Бібліотерапія

У випадку роботи із узалежненням, бібліотерапія стає допоміжним засобом у груповій роботі. Наприклад, книга «Щоденні роздуми АА/АН» по чергово читається декількома учасниками групи і на основі прочитаного тексту, усі бажаючі висловлюють свої думки та погляди стосовно прочитаного. У цій групі існує правило «невірної думки не буває», що допомагає розкриватися і висловлюватися відверто та додає впевненості реабілітантам. З другого боку, сам текст програмує учасників процесу мислити у вірному напрямі щодо одужання, а системне проведення таких груп формує здорові погляди на тверезе життя. Книжки для таких груп обираються залежно від напрямку центру реабілітації. Важливо, щоб підібрана література для бібліотерапії несла мету одужання і формувала здорові принципи.

Сімейні групи

Групу сімейної терапії, яка проходить раз на тиждень, відвідують реабілітанти першого етапу реабілітації, реабілітанти другого етапу, а також їхні родичі.

Робота з родичами узалежнених, а також опрацювання поточних сімейних проблем є однією з найважливіших умов одужання, що виділяється багатьма авторами.. На перших етапах одужання сім'я є одним з головних чинників, що провокують вживання, тому роботу в цьому напрямі не можна недооцінювати.

Основні специфічні терапевтичні цілі групи сімейної терапії:

- ознайомлення з основними проблемами узалежненої сім'ї і способами їх вирішення;
- опрацювання основних сімейних конфліктів;

– навчання конструктивним способам поведінки в сім'ї.

Регламент групи 1,5 години, до яких входить:

- ознайомлювальна частина (знайомство з новачками, нагадування правил, цілей групи тощо – 10 хв.);
- коротка тематична інформаційна частина (невелика лекція на певну тему – 20 хв.);
- обговорення теми (учасники групи по колу висловлюються з приводу теми і розбирають незрозумілі моменти – 20 хв.);
- групова дискусія (організація тематичної групової дискусії з можливістю зворотного зв'язку – 30 хв.);
- підведення підсумків обговорення (10 хв.)
- правила поведінки у групі сімейної терапії такі ж, як і у терапевтичній дискусійній групі.

Основні специфічні завдання ведучого сімейної групи [1]:

- ознайомити учасників групи з прикладами деструктивної і конструктивної сімейної поведінки і їх наслідків;
- забезпечити дотримання правил групи і норм спілкування;
- тримати напругу між групами uzалежнені – співузалежнені на необхідному для роботи рівні: не давати їй піднятися до рівня відкритого конфлікту або опуститися до рівня замовчування і пригнічення міжособистісних і сімейних проблем.

Теми для групи сімейної терапії:

- Хімічне uzалежнення. Стадії хвороби.
- Втрата контролю над психологічним і соціальним життям.
- Психологічне uzалежнення. Емоції. Зцілення емоцій.
- Прийняття допомоги і дія.
- Самооцінка.
- Сім'я. Ознаки дисфункції в сім'ї.
- °Дзеркальність (паралельність) перебігу хвороби uzалежнених і співузалежнених.
- Ролі в узалежненій сім'ї. Трикутник Карпмана.
- Роль рятувальника – головного посібника хвороби і реакція хворого.
- Роль контролера, ката, переслідувача і реакція хворого.
- Роль жертви. Безвідповідальність. Дно. Неприйняття хвороби.
- Межі. Відділення.
- Проходження процесу втрати або процесу прийняття хвороби.

Список використаних джерел:

1. Іванов В.О., Безсмертний Ю.М., Старков Д.Ю. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: науково-методичний посібник. Київ : ПАТ «Віпол». 2013. 128 с.
2. Кочюнас Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия: учебное пособие. Москва: Академический проект, 2008. 464 с.
3. Пилипенко А.В., Соловьева И.А. Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты: психологический тренинг. Москва: Психотерапия, 2011. 192 с.
4. Старков Д.Ю. Організація груп взаємодопомоги для залежних в структурі центрів соціальних служб. Міждисциплінарні проблеми соціальної роботи: психологічні, соціологічні, правові аспекти: матеріали другої міжнародної науково-практичної конференції Київ: Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, 2015. С 85-95.
5. Фільц О. Груповий психоаналіз як метод. *Груповий психоаналіз: навчальний посібник* / за ред. О. Фільца, Р. Гаубля, Ф. Лямонт ; пер. з нім. Ю. Ковалів, О. Фільц. Львів: ВНТЛ-Класика, 2004. с. 41-50.
6. Флорес Ф.Дж. Групповая психотерапия зависимостей: Интеграция Двенадцати шагов и психодинамической теории / Пер. с англ. Т. Тверицкая, и др.; ред. Т. Тверицкая. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2014 736 с.
7. Шпенак Г. Стаціонарна психотерапія у ФРН: соціокультурні детермінанти, стадії розвитку, стан предмету, порівняльний аналіз психотерапії у різних країнах, рамкові умови. *Стаціонарна психотерапія та її рамки* / за ред. Г. Шепанка, В. Тресса. Львів: ВНТЛ-Класика, 2006. с. 21-52.
8. Штайнер К. Лечение алкоголизма / Пер. с англ. Я. Миронов, С. Рысев. Санкт-Петербург: прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. 224 с.
9. Ялом И. Групповая психотерапия: Теория и практика / Пер. с англ. Г. Пимочкина, Н. Шевчук. Москва: «Апрель-Пресс, Психотерапия». 2007. 576 с.
10. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия / Пер. с англ. Э. Мельник; ред., Е.°Олейник, М. Широкова. Москва: Эксмо, 2011. 480 с.

4.5. Реабілітаційні центри для наркоузалежнених: роль лікаря-психіатра

Фітькало О.С.

Абстракт. Розглянуто сучасний стан наркологічної допомоги в Україні та зроблено огляд аналогічного європейського досвіду. Висвітлено проблеми функціонування реабілітаційних центрів соціальної реабілітації з погляду психіатричної парадигми. Розглянуто питання участі лікаря-психіатра в реабілітаційному процесі узалежнених клієнтів.

Вступ

Нині Україна посідає одне з перших місць у Європі за рівнем наркотизації населення, де кількість споживачів наркотиків та наркоузалежнених невпинно збільшується, тимчасом як схеми організації наркологічної допомоги не відповідають сучасним вимогам. Програми сучасного лікування не задовольняють потреби пацієнтів, використовуючи неефективні, малорезультативні методи надання медичної допомоги. Серед причин неефективного подолання узалежнення, крім несприятливих соціально-економічних умов, слід назвати брак чітко окресленої структурної медичної одиниці, яка провадила би послідовну, спрямовану, правильно налаштовану роботу з надання психіатрично-наркологічної допомоги. Більшість профільних лікарів акцентовані на надання допомоги згідно з протоколами радянських часів, використовують до того ж науково необґрунтовані, неінноваційні методи лікування. Деякі спеціалісти, розуміючи ситуацію, яка є на сьогодні, намагаються самотужки, за зразком реабілітаційних центрів, організовувати заклади, які б проводили відновлення організму пацієнта після тривалого зловживання. Однак це важко назвати реабілітацією, оскільки, надання соціально-психологічних послуг в них не відповідає європейським стандартам та є практично неефективним [1, 3, 8].

Сучасний стан наркологічної допомоги в Україні

Сьогодні наркологічну допомогу надають в медичних закладах амбулаторного та стаціонарного типу.

Амбулаторна допомога це – наркологічні диспансери, районні кабінети, приватні наркологічні центри та наркологічні послуги вдома.

Стаціонарна медична допомога включає: наркологічні відділення при психіатричних лікарнях, диспансерах, приватні наркологічні клініки, приватні реабілітаційні центри, релігійні благодійні організації.

Допомога в цих закладах сконцентрована переважно на відновленні фізичного стану, який виникає на фоні відміни прийому психоактивних речовин. Знімаються хворобливі відчуття наслідків синдрому відміни (абстинентний синдром). Ефективність такої допомоги мінімальна, оскільки вона є лише тимчасовим заміщенням основної речовини препаратами прописаними лікарем-наркологом. Після припинення лікування пацієнт з новими силами повертається до вживання, впевнений, що не потребує систематичного прийому та контролює вживання психоактивних речовин [4, 6].

У зв'язку з цим багатогранність завдань, що стоять перед медичною реабілітацією uzалежнених осіб, потребує ефективного функціонування реабілітаційної системи як самостійного напрямку клінічної та соціальної медицини. Визріла нагальна потреба розробити та імплантувати в Україні на державному рівні єдину модель багатопрофільного реабілітаційного закладу для наркоuzалежнених.

Зрозуміло, що створення в сучасних реаліях ефективної системи реабілітаційних закладів в Україні у сфері відновлення здоров'я і працездатності осіб, що зловживають психоактивними речовинами, є актуальною та дуже складною для українського суспільства проблемою. Повноцінний розвиток сучасної системи реабілітаційних служб в Україні гальмується недооцінкою ролі інноваційних реабілітаційних заходів, які повинні здійснюватися в спеціальних реабілітаційних центрах.

Створення реабілітаційних центрів сучасного інноваційного спрямування – процес довготривалий та потребує кваліфікованих фахівців різного профілю, розширення державних програм, активного залучення сучасних технологій і інвестицій в реабілітаційний процес.

Вивчаючи світовий досвід з питань медичної, соціальної, професійної реабілітації, виявлено, що цим займаються такі авторитетні організації, як Організація Об'єднаних Націй та її спеціалізовані підрозділи; Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), яка також має свій дієвий Комітет експертів з медичної реабілітації, що ефективно втілює нові розробки з удосконалення цього напрямку тощо.

В Україні була спроба впровадити концепцію Державної цільової програми «Медична реабілітація на 2011-2015 роки», яка передбачала створення низки регіональних центрів медичної реабілітації. Однак ця концепція розпрацювання та функціонування реабілітаційних центрів не набула реального втілення, а протягом останніх років зовсім випала з поля зору фахівців.

14 листопада 2018 року на засіданні Уряду прийнято постанову Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанови Кабінету

Міністрів України від 4 жовтня 2017 р. № 741», якою внесено зміни до Типового положення про центр ресоціалізації наркоузалежненої молоді «Твоя Перемога», а координацію роботи з організації таких центрів перекладено на Міністерство соціальної політики України [2].

У нашій державі сьогодні розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним забезпеченням реабілітаційних закладів займаються науково-дослідні установи, зокрема НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Український НДІ медичної реабілітації та курортології (м. Одеса), Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ), Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності. Вищі навчальні заклади України нараховують 11 профільних кафедр і три кафедри в закладах післядипломної освіти [2, 6]. Працівники перелічених наукових закладів вважають, що повноцінний розвиток сучасної системи реабілітаційної служби гальмується у зв'язку з недооцінкою та ігноруванням функцій і завдань, які викладені в реабілітаційній теорії. Лише за науково-обґрунтованого підходу до проведення реабілітаційних заходів осіб із узалежненням, реабілітація може бути ефективною та виправдовувати витрачені на неї зусилля і кошти. Водночас створення, функціонування сучасних універсальних реабілітаційних центрів потребує передового досвіду таких країн, як США, Ізраїлю, де подібні центри працюють на повну потужність, забезпечуючи ранній початок реабілітаційних заходів, їх етапність, черговість і безперервність.

Ми проаналізували досвід створення реабілітаційних центрів у США та країнах Європи. Досить ґрунтовним виявився досвід США, Канади, Великої Британії, побудований на наданні послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах, переважно приватного типу. Вивчаючи досвід цих країн, бачимо, що надання медичної допомоги базується на комплексному підході, який водночас не суперечить індивідуальному наданні відповідної допомоги для кожного конкретного пацієнта з урахуванням характеру протікання захворювання.

Щодо досвіду інших країн, то слід згадати найпопулярніші у країнах Центральної Європи, передусім у Польщі, реабілітаційні центри на базі Асоціації терапевтичних спільнот «Монар». Аналізуючи зарубіжні напрацювання, вважаємо, що процес ресоціалізації у суспільстві потребує прискіпливого вивчення як зарубіжного досвіду, так і розуміння дії механізмів ресоціалізації, направлених на те, щоб наркоузалежна особа сама стала спроможною повноцінно усвідомлювати й переосмислювати особистий досвід, набувати вмотивованості щодо корекції й відновлення повноцінного

функціонування в суспільстві, що сприятиме її соціальній адаптації та інтеграції в суспільство надалі. Поняття «ресоціалізація», як процес «вторинного» входження індивіда в соціальне середовище, вперше впровадили американські вчені А. Кеннеді (A. Cannedy) та Д. Кербер (D. Carber), яке з часом набуло широкого міждисциплінарного значення.

Прикро, що на відміну від закордонних держав, в Україні до наркоузалужнених ще й сьогодні застосовують адміністративні заходи. Досить часто uzалежнена від наркотиків особа підлягає кримінальній відповідальності без альтернативи позбавлення волі, хоча факт визнання наркотичного uzалежнення захворюванням зареєстроване у Міжнародному класифікаторі захворювань 2010 року і є важливим моментом сприйняття uzалежнення як хвороби.

Європейський досвід переконує, що підвищення ефективності лікувально-профілактичних і оздоровчо-реабілітаційних процесів неможливе без скоординованих дій різних державних структур і відомств, завданням яких є формування стратегії і тактики, організації і забезпечення заходів, спрямованих на збереження і укріплення здоров'я населення. На сьогодні в Україні створена низка різноманітних служб та закладів допомоги uzалежненим, які необ'єднані в єдину мережу в рамках якої би поширювалися спільні норми та стандарти роботи. Потребує уваги використання та об'єднання позитивного досвіду закордонних програм, власних напрацювань, які були б адекватними сучасним реаліям і водночас ефективними.

Наявні сьогодні спеціалізовані реабілітаційні центри не мають затвердженої типової програми, а також стандарту регламентування порядку отримання послуг з використанням індивідуальних програм реабілітації. Саме тому реабілітаційні центри потребують переосмислення сучасних підходів надання допомоги, спрямованої на координацію психічних та поведінкових розладів, викликані вживанням психоактивних речовин, що сприятиме зміні руйнівної uzалежненої поведінки, зниженню попиту на споживання наркотиків, проведенню ефективної профілактики, подоланню стигми, лікуванню, реабілітації та ресоціалізації наркоузалужнених осіб.

Ефективне функціонування Програми надання довгострокової допомоги та реабілітації, орієнтованої на стійкий кінцевий результат – повернення до якісного, ефективного, повноцінного життя осіб, що звернулись за допомогою до реабілітаційних центрів, можливе лише з врахуванням усіх складових: нормативно-правових, організаційно-методологічних підходів, технічного і, особливо, кадрового забезпечення таких закладів.

На наш погляд, для досягнення ефективності у поверненні наркоузалежненої особи в суспільство необхідна координація зусиль усіх структур, що стосуються профілактики і подолання цієї недуги, а саме: всіх суб'єктів правоохоронних органів, психолого-педагогічних, соціологічних, медичних працівників та ін. У минулому, традиційно, проблема повернення осіб, узалежнених від наркотиків, вирішувалася в основному фахівцями медичної галузі – наркологами, які займалися майже виключно детоксикацією – фактично тільки усуненням фізичних наслідків уживання наркотиків [5].

Вважаємо, що повноцінна ресоціалізація наркоузалежнених (відновлення та посилення індивідуумом соціальних зв'язків, духовних, моральних цінностей) повинна відбуватися з домінуванням інтегративного підходу. Крім того, у наданні кваліфікованої допомоги необхідна апеляція до особистості, яка страждає найбільше. Враховуючи що, патопсихологічні симптомокомплекси, які виникли внаслідок формування узалежнення, ускладнюють соціальну адаптацію хворого, призводять до постійного внутрішньоособистісного і міжособистісного конфліктів, що, зі свого боку, сприяє поверненню до зловживання як способу ілюзорного вирішення конфлікту.

Пацієнти з алкогольним та наркотичним узалежненням практично в 100% мають відхилення психічного характеру різного ступеня вираженості, який в діапазоні є достатньо широкий – від різновиду розладу адаптації (початковий прояв дезадаптивних розладів) до реактивних станів (психогенний психоз, реактивний психоз) – найбільш тяжких форм психогенної патології. Симптоматика перелічених порушень поліморфна, вона розглядається в рамках емоційно-вольових розладів, нападів паніки, фобій, унікаючої поведінки, істеро-конверсійних дисфункцій, соматовегетативних розладів, асоціальної та агресивної поведінки. Зазначені явища набувають найбільшої вираженості після тривалого вживання психоактивних речовин: кілька тижнів, місяців і навіть років перебування під впливом цих речовин. Подібні стани описують як «донозологічні», оскільки вони не відповідають усім критеріям чинних класифікацій психічних хвороб. Так, адиктивна поведінка, притаманна майже кожній наркоузалежненій особі, потребує лікування, реабілітації й ресоціалізації. Враховуючи, що медична реабілітація передбачає лікувальні заходи, спрямовані на відновлення здоров'я хворого і психічну підготовку особи до необхідної адаптації, реадaptaції чи перекваліфікації, структура консультативно-діагностичних центрів повинна складатись із мультидисциплінарних бригад, до складу яких мають входити нарколог,

психіатр, психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник/робітник.

Така бригада визначає спрямованість і обсяг психологічної корекції, терапевтичних втручань та маршрут медико-соціальної реабілітації в кожному конкретному випадку. Мультидисциплінарна команда розробляє індивідуальну програму реабілітації для кожного пацієнта з урахуванням можливостей та його потреб і вимог родини, а також можливостей цього закладу, здійснює моніторинг надання всієї медико-соціальної допомоги. Координація у наданні допомоги наркозалежному на кожний поточний момент покладається на фахівця, якого першочергово потребує пацієнт. Враховуючи, що реабілітація та ресоціалізація – надзвичайно некомфортний етап, що складається з психологічно болючих процесів, комплекс послуг з надання різнопланової допомоги насамперед повинен бути направлений на збереження фізичного та психічного здоров'я пацієнта, де відповідно вплив на таких пацієнтів може будуватися через мотиваційний тип комунікації. Тому сьогодні з'явилися нові важливі функції та обов'язки психіатрів, де на першому місці стоїть відмова від використання негуманних і принижуючих гідність людини методів лікування. Налагодження комунікації з пацієнтом, узалежненим від ПАР з урахування його особливостей – це першочергове завдання, яке формує взаємовідносини довіри і появу у пацієнта навіть не мотивації, а скоріше інтересу до продовження контакту. Зустріч повинна проводитись у безпечній обстановці, в якій пацієнт буде почувати себе комфортно і впевнено у спілкуванні з лікарем, обговорюючи свої проблеми або питання. Психіатр під час бесіди з пацієнтом вивчає причини, які спровокували та призвели до появи тих чи інших форм психічних розладів, викликаних узалежненням. Важливим і дуже складним завданням в роботі психіатра є встановлення правильного діагнозу при відхиленнях психіки у узалежнених пацієнтів. Для цього, як правило, необхідні тривале спостереження за пацієнтом та правильне трактування виявлених симптомів, що є підставою для втручання психіатра. До таких належать:

- стійке бажання постійного вживання «допінгу» (тютюн, алкоголь, наркотичні препарати тощо);
- страх перед проблемами, вирішення яких раніше давалося з легкістю (щодо виникаючих перешкод або з'являється виражена агресія, або повна апатія);
- постійна тривога, не обумовлена ніякими чіткими обґрунтуваннями;
- порушення концентрації уваги, проблеми з пам'яттю;

- виникнення некерованих станів (слізливість, безпричинна образливість, страх спілкування з людьми, паніка, агресія тощо).

На підставі загального стану пацієнта психіатр проводить огляд конкретного пацієнта на предмет виявлення актуального ступеня дієздатності і здоров'я психіки. Психіатр контролює психічні функції пацієнта: сприйняття, пам'ять, мислення, емоційні переживання шляхом анкетування. І тільки при порушенні психічних функцій його втручання є обов'язковим. Необхідність у такому спеціалістові пов'язана із значним ступенем адиктивних порушень у uzалежнених пацієнтів, а також за недостатньої ефективності психотерапії чи відсутності у пацієнта можливості або небажанні отримувати немедикаментозну психотерапевтичну чи психологічну допомогу. Компетенція цього фахівця дозволяє йому не тільки консультувати пацієнтів, але в кожному конкретному випадку призначати необхідні препарати для ліквідації патологічних психічних станів для покращення здоров'я. Так, психіатр, який працює синхронно з усією мультидисциплінарною командою з метою ресоціалізації, призначає та контролює прийом лікарських засобів, необхідних конкретній особі для покращення психічного здоров'я, звичайно ж тільки за його добровільної згоди. За умови наявності в нього відповідної освіти (сертифікат психотерапевта) може виступати також як психотерапевт.

Психотерапія повинна бути спрямована на:

- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності;
- афективну переоцінку наслідків зловживання;
- відновлення відчуття цінності власної особистості;
- відновлення здатності подальшого існування в соціумі.

Виходячи із вищевикладеного, зазначимо: лікування та реабілітація пацієнтів із uzалежненням має бути комплексним та диференційованим з урахуванням усіх цих відхилень. Обов'язкова психіатрична допомога для цієї категорії пацієнтів передбачає діагностику, що дозволить виявити наявні психотравмуючі фактори, доклінічні та клінічні прояви психічних відхилень, провести їх синдромологічну і нозологічну ідентифікацію, а також дати клінічну оцінку з урахуванням особистісних властивостей індивіда та його соціальної адаптації. На донозологічному рівні психічних відхилень, за якого психічний розлад ще не сформований, переважно застосовують психокорекцію, а за наявності сформованого психічного захворювання – психотерапію.

Психологічна корекція – система психологічних впливів, спрямованих на зміну особливостей (властивостей, процесів, станів, рис) психіки, що відіграє певну роль у виникненні захворювання, патогенезі, ймовірності

рецидивів, загострень та інших наслідків соціальної дезадаптації. Психологічна корекція не спрямована на зміну симптоматики та загалом на клінічну картину алкогольного чи наркотичного uzалежнення. Психолого-психіатрична допомога базується на нейропсихіатричному підході, біопсихосоціальної парадигмі та включає ефективну профілактику і соціальну реадaptaцію та реабілітацію. У цьому і полягає її важлива відмінність, яка реалізується тільки лікарем-психіатром.

Завдання, які постають перед лікарем-психіатром в реабілітаційному закладі, такі:

- проводити регулярні профілактичні психіатричні огляди;
- оцінити психічний стан та задекларувати виявлені симптоми психічного захворювання, диференціювати психогенні, ендogenous, екзогенно-органічні психічні та психосоматичні розлади;
- виявляти психічні порушення за клінічними та параклінічними ознаками під час проведення скринінг-тестування;
- запобігти виникненню та розвитку можливих органічних розладів у наркоuzалежненої особи, встановити їх первинність чи загострення під час обстеження;
- за наявності розладу психотичного рівня, суїцидальних тенденцій, інших станів, що становлять небезпеку для самого хворого чи його оточення, направити пацієнта до спеціального медичного закладу для надання відповідного лікування;
- призначати психотропні препарати або психотерапію (у разі потреби) відповідно до прийнятих стандартів та клінічних і локальних протоколів;
- роз'яснити пацієнтові хід лікувального процесу в контексті обов'язків, що мають бути ним дотримані;
- здійснювати за потреби експертизу психічного стану особи, за винятком судово-психіатричної експертизи.

До основних методів, які використовуються у роботі з психіатричними пацієнтами, відносяться усі ті, які застосовують для інших категорій хворих.

Початок комплексного тривалого терапевтичного втручання в поєднанні з фармакотерапією повинен бути максимально раннім і довготривалим. Фармакологічна терапія, яку призначають лікарі, – нарколог та психіатр, визначається особливостями клінічної картини, наявністю коморбідних розладів, особистісними характеристиками пацієнта з використанням:

- антидепресантів (насамперед СИЗС);
- транквілізаторів;
- снодійних препаратів;
- тимостабілізаторів;

- ноотропних і ГАМК-ергічних препаратів;
- β -адреноблокаторів
- нейролептики (за показаннями).

Методик та практик надання допомоги в цих закладах також є велике розмаїття. Вони різняться тривалістю (короткострокові — від 2-х годин при «кодуванні» та довгострокові — від 1-го до 5-ти років у терапевтичній спільноті), ступенем професіоналізму (від сільських знахарів до нейрохірургів у великих медичних центрах), місцем реалізації (вдома у клієнта, в лікарні, в реабілітаційному центрі громадської організації чи у «сільській комуні»). А ще можна побачити комбіновані підходи («детокс» + терапевтична спільнота або підшивка + «Програма 12 кроків» або будь-які інші комбінації).

Незважаючи на досить велику кількість цих методик у сфері надання наркологічної допомоги, є низка проблем і недоліків у лікуванні та реабілітації, які впливають на ефективність і якість отримання медичної допомоги цієї категорії пацієнтів.

Власний досвід переконує, що більшість наркозалежних, які зіткнулися з наркологічними службами (жорстка централізованість, бюрократизм системи), надалі категорично відмовляються від їхньої допомоги. Інший негативний бік державних наркологічних центрів, це — недостатня розвиненість мережі реабілітаційних закладів, неузгодженість їхньої діяльності та брак правового регулювання, а також низька зарплатня спеціалістів, формалізм вимог до якості надання послуг, яка є причиною низького рівня вмотивованості спеціалістів, що призводить до нестачі висококваліфікованих кадрів. Усе це робить державну політику в сфері надання послуг наркозалежним особам неефективною.

На нашу думку, можливість переходу від процесу реабілітації до процесу адаптації залежить від того, наскільки виконуються завдання з реабілітації, що їх надає мультидисциплінарна команда, тобто наскільки задовольняються базові потреби наркозалежної особи (стабілізація фізіологічного стану, психоемоційна рівновага, задоволеність соціальним статусом і становищем в групі тощо).

Отже, реабілітація uzалежнених пацієнтів — процес довготривалий, який потребує кваліфікованих фахівців різного профілю, розширення державних програм, активного залучення сучасних технологій в реабілітаційний процес та створення універсальних реабілітаційних центрів.

Висновок. Система надання допомоги наркозалежним особам потребує реформування з використанням наявних ресурсів, поновлення стандартів та протоколів надання комплексної допомоги,

мультидисциплінарного підходу до оцінки ризиків формування uzалежнення.

Ефективність лікувально-реабілітаційних заходів залежать від роботи фахівців, які зможуть надавати кваліфіковану медикаментозну терапію, психотерапію (переважно когнітивно-поведінкової спрямованості) і провести психологічну корекцію.

Список використаних джерел:

1. Анічин Є.М., Дикань З.В., Сєдих С.М. Допомога наркозалежним в Україні: довідник реабілітаційних центрів. Київ: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2014. 68 с.
2. Голяченко А.О. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 / Нац. мед. академія післядип. освіти ім. П.Л. Шупика. Київ, 2008. 32 с.
3. Руценко И.П., Кузьминов В.Н. Первичная профилактика наркомании в Украине: обзор опыта и постановка проблемы. *Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты*. Итоговые материалы международного проекта «Organizational and methodical aspects of drug prevention among youth Measures in Ukraine, Germany, Spain and Russia» / Сост. И. П. Руценко. Харьков: Финарт, 2002. Часть. 2, гл. 1. С. 73–83.
4. Возний Д.В. Аналіз існуючої системи організація наркологічної допомоги в Україні на національному і регіональному рівнях, локально-клінічному і позаклінічному етапах. *Психічне здоров'я*. 2015. Вип. 1(46). С. 64-66.
5. Болотова З.Н., и др. Этапы развития наркологической службы в Украине и основные направления её реформирования. *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии*. 2010. Т. 5. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper008.htm>.
6. Заварова Н.В. Організація діяльності закладів соціальної реабілітації системи освіти України. *Вісник Луганського національного університету ім. Т. Шевченка. Педагогічні науки*. 2012. № 19, ч. 2. С. 75-81.
7. Зільберблат Г. М., Тімен М. Є., Рибак Ю. Я., Соколова М. О. Проблеми наркологічної служби крізь призму психіатричних проблем. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 3 (92). С. 5-7.
8. Горбань А.Є., Закрутько Л.І., Дзюба О.М., Білан Л.Г. Моніторинг засобів інноваційного забезпечення у сфері охорони здоров'я України з проблеми захворюваності на найбільш соціально небезпечні та соціально значущі хвороби за 2011-2014 рр. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. №2. С. 76-80. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2015_2_15

4.6. Центр «Сходи» (м. Одеса) як приклад організації стаціонарної соціально-психологічної реабілітації наркоузалежнених клієнтів

Ахмеров О.Ю.

Абстракт

Підрозділ присвячено історії створення та функціонуванню першому в Україні стаціонарному центру соціально-психологічної реабілітації наркоузалежнених клієнтів.

Історія організації

Історія Міжнародної благодійної організації «Реабілітаційний центр «Сходи» (далі – МБО «РЦ «Сходи»)) почалася понад 30 років тому, коли його керівник – лікар-психіатр, кандидат медичних наук Сергій Дворяк – у 1989 р. взяв участь у Літній школі алкогольних досліджень, Університету Ратгерс, Нью Джерсі, США, де познайомився з терапевтичною програмою «12 Кроків», з американськими реабілітаційними центрами для хворих на хімічне uzалежнення та разом з психологом, психоаналітиком, Олександром Ахмеровим вирішив створити подібний Центр в Україні. «Сходи» зберігають тісні професійні відносини з американськими та європейськими реабілітаційними центрами. Керівник Центру та співробітники проходили стажування в різних навчальних і лікувальних установах Сполучених Штатів Америки і Західної Європи. Президент МБО РЦ «Сходи» О.Ю. Ахмеров є доцентом кафедри психології ОНУ імені І.І. Мечникова та протягом більш ніж 15 років читає курс лекцій «Психологія залежної поведінки» на психологічних факультетах університетів, проводить тренінги для психологів-адиктологів та консультантів з реабілітації.

Реабілітаційний Центр «Сходи» зареєстрований як Міжнародна благодійна громадська організація. Центр почав свою роботу в 1991 році як мале підприємство, хоча завжди був по суті некомерційною організацією. За цей час організовані: амбулаторна програма, стаціонарна програма та програма денного стаціонару; на постійній основі надається психологічна допомога родинам хворих на хімічне uzалежнення, проводиться сімейна терапія та сімейна освіта; ведеться підготовка і навчання професійних консультантів з числа колишніх пацієнтів; виходить Всеукраїнський журнал «Сходи», присвячений питанням одужання та профілактики хімічної залежності; розробляються методичні матеріали з реабілітації хімічного uzалежнення; ведеться наукова робота. МБО РЦ «Сходи» є колективним членом Європейської асоціації терапевтичних спільнот Euro TC.

Місія організації – розвиток і поширення ефективних, науково-обґрунтованих нерепресивних підходів і технологій у сфері профілактики, лікування, реабілітації, підтримки та зниження шкоди від хімічного uzалежнення (uzалежнення від алкоголю та наркотиків) і пов'язаних з ним проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, ін.).

Організація **брала участь у багатьох проєктах, наприклад:** *«Розробка науково-обґрунтованих заходів для підвищення ефективності надання медичної допомоги засудженим за здійснення злочинів, що вживають наркотичні засоби»*, що фінансувався Міністерством науки і *«3-я Міжнародна літня школа «Проблеми хімічної залежності»*, за підтримки МФ «Відродження» (1-а Школа проведена в 1992 і 2-а – у 1997).

У 1999 році відбулася перереєстрація і зміна статусу організації. Нині «Сходи» є Міжнародною благодійною організацією, діяльність якої поширюється на територію України та США, де у 16 регіонах працюють представники Центру. За сприяння Центру «Сходи» у Києві, Чернігові, Житомирі, Вінниці, Харкові створені реабілітаційні центри подібного типу.

Сьогодні організація приділяє особливу увагу удосконаленню програм лікування і реабілітації, а також оцінці ефективності упровадженої програми.

Основна мета та напрями діяльності МБО «РЦ «Сходи»

Міжнародна благодійна організація Реабілітаційний центр «Сходи» діє в інтересах суспільства й окремих категорій громадян, що потребують допомоги, на основі поваги до прав і свобод особи.

Основна мета організації – розвивати нерепресивні, соціально-психологічні методи реабілітації в наркології; у сфері ВІЛ/СНІД; сприяти розвитку науки й утворення в галузі медичної психології, психотерапії, наркології та ВІЛ/СНІД.

Ця мета досягається шляхом здійснення широкого спектра діяльності за шістьма **основними напрямками**:

1. Психосоціальна реабілітація та підтримка людей з патологічним uzалежненням і членів їхніх родин, зокрема **просвітницька та освітні програми, реабілітація та підтримка ВІЛ-позитивних клієнтів, профілактика** патологічного uzалежнення та ВІЛ/СНІД.

2. Сприяння розвитку місцевої, регіональної та національної **політики**, спрямованої на впровадження ефективних підходів і технологій у сфері профілактики, зниження шкоди, лікування та підтримки, реабілітації хімічного uzалежнення та пов'язаних з ним проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, ін.), **налагодження політичного діалогу**.

3. **Підтримка** суспільних **ініціатив** на території України та країн Європи і близького зарубіжжя у сфері профілактики, зниження шкоди, лікування й підтримки, реабілітації патологічного uzалежнення та пов'язаних з ним проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, ін.) – впровадження та підтримка ефективних моделей.

4. **Програми захисту прав** людей з хімічним uzалежненням і людей, що живуть із ВІЛ/СНІД.

5. **Освітньо-методична діяльність:**

а) науково-практичні конференції, семінари, тренінги та стажування (зокрема, і дипломна практика студентів ЗВО і коледжу соціальної роботи) для підготовки, перепідготовки й обміну досвідом фахівців, що працюють у сфері хімічного uzалежнення і ВІЛ/СНІД;

б) видавництво навчальних посібників, просвітницьких і освітніх матеріалів для широкого кола громадськості;

в) розробка, впровадження та читання курсу лекцій «Групи самопомогі: психологічні аспекти залежності» (36 годин) в Одеському національному університеті ім. І.І. Мечникова та «Психологія залежної поведінки» (48 годин) у Київському Інституті психології та психотерапії та ін. МБО РЦ «Сходи» є базовою організацією для проходження виробничої практики студентами-психологами.

6. Відстоювання верховенства прав людини, **розвиток професійної етики та культури надання послуг** у сфері профілактики, зниження шкоди, лікування та підтримки, реабілітації хімічного uzалежнення та ВІЛ/СНІД.

Структура та кількісний склад організації

МБО «РЦ «Сходи» – некомерційна, недержавна організація, вищим органом керування якої є **Загальні збори** членів організації. Також до органів керування належать **Правління організації** (5 осіб) на чолі з Президентом, кандидатом фізико-математичних наук, Ахмеровим Олександром Юрійовичем, і **Наглядова рада** (3 особи): Недоступ В.І, Полтавець Д., Морозова А.Г.

Програма реабілітації

Місія програми – методами соціально-психологічної реабілітації допомогти пацієнтам (мешканцям усіх областей України та зарубіжжя) інфікованим ВІЛ, із психічними та поведінковими розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин, припинити, або значно зменшити, прийом будь-яких психоактивних речовин, відмовитись від uzалеженої поведінки (ігроманія) і поліпшити якість свого життя.

Філософія програми:

Хімічне uzалежнення (наркоманія) є:

- *хронічним, рецидивним, тобто рецидиви можуть траплятися протягом усього, життя;*
- *прогресуючим, оскільки, як правило, веде до деградації та загибелі;*
- *мультимодальним, що уражає uzалеженого фізично, ментально та духовно;*
- *мультифакторним, тобто виникаючим через різні (генетичні, сімейні, соціальні) причини захворювання.*

Через сукупну природу хвороби, оптимальне **лікування** повинно **фокусуватися** на фізичних, емоційних, духовних і міжособистісних потребах пацієнта.

Два найважливіших **елементи філософії** цієї програми:

- а) визнання моделі хвороби,*
- б) розуміння, що існує духовний вимір одужання.*

Саме ці елементи відрізняють цей підхід від інших типів лікування хімічного uzалежнення, що використовуються сьогодні. Модель захворювання припускає, що uzалежнення – хронічна хвороба, що не дозволяє людині контролювати те, що відбувається з нею, а не просто моральна деформація, за якої вона може вільно вибирати для себе визначену модель поведінки.

Компонент духовності є загальним поняттям і не стосується якої-небудь визначеної релігії. **Три** головних **принципи духовності** відповідно до філософії Анонімних Наркоманів – чесність, відкритість і готовність до змін. Програма заохочує всебічний розвиток особистості, що означає – одужання це шлях до високої самооцінки через чесність із самим собою й іншими.

Цілі програми:

- *повне утримання від уживання усіх видів наркотиків та азарту;*
- *поліпшення фізичного, емоційного та психологічного стану здоров'я пацієнта;*
- *формування плану медичного спостереження та моніторингу за плином ВІЛ-інфекції;*
- *поліпшення сімейних і інших міжособистісних відносин пацієнта;*
- *поліпшення в сфері трудової зайнятості та навчання.*

Завдання програми:

1. Проводиться первинний добір пацієнтів з числа тих, які звернулись за допомогою. Особам, що не мають мотивації до спільної роботи, рекомендується попереднє відвідування зборів АН (Анонімні

Наркомани), АА (Анонімні Алкоголіки), АГ (Анонімні Гравці) або груп самопомоги для ЛЖВ.

2. Усім пацієнтам проводиться докладний опис проблем, пов'язаних із uzалежненням, на кожного заповнюється історія хвороби.
3. З усіма пацієнтами проводиться індивідуальне психологічне консультування за стандартизованою схемою.
4. Усі пацієнти беруть участь у груповому консультуванні не менш 5-ти 1,5 годинних сесій на тиждень.
5. Усі пацієнти беруть участь у групових освітніх сесіях, не менш 6-ти 1,5 годинних сесій на тиждень.
6. Кожен пацієнт проводить не менш 2-х годин разом із психологом або консультантом для складання лікувального плану.
7. Усі пацієнти беруть участь у самостійній роботі з освоєння програми 12 Кроків в індивідуальному та груповому форматі не менш 9-ти годин на тиждень (письмова робота за «Журналом одужання»).
8. За необхідності кожен пацієнт одержує консультацію лікаря-терапевта, інфекціоніста або психіатра (не пізніше ніж через 12 годин з моменту, коли виникла необхідність).
9. За необхідності пацієнт одержує призначення від лікарів-консультантів з лікування опортуністичних інфекцій, ВІЛ-інфекції та проходить діагностику.
10. Кожен пацієнт разом із соціальним працівником складає програму, за якою він буде вирішувати соціальні проблеми: працевлаштування, житлові питання, взаємини з правоохоронними органами і т.п.
11. Усі пацієнти під час проходження терапевтичної програми відвідують збори груп самопомоги для ЛЖВ або АН, АА, АГ не менш 3-х зборів на тиждень.
12. До терапевтичної й освітньої програм залучаються родичі та значимі для пацієнтів люди, яких заохочують до програми Ал-Анон.

Методи програми:

- всім учасникам програми проводиться докладний опис проблем, пов'язаних із uzалежненням і ВІЛ-інфекцією,
- кожному учасникові програми складається план лікування.

Структура програми:

Професійна програма реабілітації «12-кроків» цілком відповідає «Реабілітаційному комплексові 1» Уніфікованих стандартів наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних установах України, затверджених Міністром Охорони здоров'я України від 27.07.1998 (зараз

вже відмінених) та дійсному «Стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин», затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 01.10.2020 № 677, і включає:

- а) індивідуальні, групові і сімейні консультування та психотерапію;*
- б) участь у групах самодопомоги і/або групах самодопомоги ЛЖВ;*
- в) освітню програму.*

Освітня програма:

- інформаційні заняття за концепцією хвороби та одужання;
- інформаційні заняття з проблем життя з ВІЛ;
- інформаційні заняття з профілактики інфекційних захворювань (гепатит, туберкульоз і подібне);
- сімейна освіта;
- сексуальна освіта;
- філософія духовності;
- антистресова програма;
- арттерапія.

Ми рекомендуємо усім, у кого є проблеми з психоактивними речовинами, азартом і ВІЛ відвідувати збори співтовариств АН (Анонімні Наркомани), АА (Анонімні Алкоголіки), АГ (Анонімні Гравці) і/або групи самодопомоги для ЛЖВ.

Очікувані результати:

Пацієнти, що пройшли повний курс реабілітації, характеризуються такими ознаками:

- зовсім не вживають психоактивні речовини (далі – ПАР) як мінімум протягом 3-х місяців;
- не повертаються до гри;
- мають професійно погоджений план підтримуючої терапії та подальшої роботи зі своїми психологічними проблемами;
- опанували базовими поняттями про хімічне uzалежнення і способи профілактики рецидивів;
- підготовлені до регулярного відвідування зборів груп самодопомоги для ЛЖВ або АН, АА (Анонімні Алкоголіки), АГ (Анонімні Гравці), участі в протирецидивній програмі;
- орієнтовані на подальшу соціалізацію і поліпшення сімейних відносин.

Через 3 місяці після завершення програми більше 50% пацієнтів не повертаються до систематичного вживання ПАР (оцінюється на підставі огляду й інтерв'ювання членів родини), поліпшили своє здоров'я та

соціальний статус (на підставі документів й лікарського огляду), готові або частково готові до прийому антиретровірусних препаратів.

Персонал терапевтичної програми:

Керівник терапевтичної програми (клінічний психолог або психотерапевт):

- несе відповідальність за роботу всіх реабілітаційних програм, якість і безперервність послуг, що надаються;
- проводить індивідуальну та групову терапію для пацієнтів;
- проводить освітні програми та сімейне консультування;
- приймає рішення про прийом і дострокову виписку пацієнтів;
- проводить наради співробітників, присвячені оцінкам статусу пацієнтів і виробленню лікувального плану;
- відповідає за профілактику «згоряння» персоналу;
- за необхідності, проводить індивідуальну терапію та навчання співробітників програми;
- проводить регулярні наради співробітників з обговорення окремих терапевтичних випадків (за прикладом балінтовських груп);
- здійснює супервізію;
- проводить тестування на професійну придатність співробітників;
- головує на робочих нарадах персоналу.

Лікар – консультант:

- відповідає за фізичне здоров'я пацієнтів і санітарний стан приміщень центра;
- проводить первинний медичний огляд і реєструє медичний статус в індивідуальній статистичній карті пацієнта;
- стежить за фізичним станом пацієнтів, проводить регулярні огляди пацієнтів і проводить лікування з приводу незначних медичних проблем;
- за необхідності направляє пацієнтів на додаткове консультування з фахівцями або на обстеження;
- проводить тестування на зміст наркотичних речовин за допомогою стандартних тест-систем;
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінці статусу пацієнтів і виробленню лікувального плану;
- робить доповіді про стан пацієнтів;
- бере участь у робочих нарадах співробітників.

Лікар-інфекціоніст:

- робить огляд пацієнтів, пов'язаний із проблемою ВІЛ-інфекції;
- проводить консультації з означеної проблеми, за необхідності направляє на діагностичне обстеження і призначає лікування.

Психолог-терапевт:

- проводить групову терапію;
- за необхідності проводить індивідуальну терапію та консультування;
- проводить освітні програми;
- проводить арттерапевтичні заняття;
- заповнює індивідуальну картку пацієнта;
- складає разом з пацієнтом індивідуальний план лікування;
- відповідає за ведення повної документації під час реабілітаційного процесу;
- здійснює контроль і керує діяльністю волонтерів, як складовою частиною пост-амбулаторного процесу;
- проводить навчання співробітників;
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінці статусу пацієнтів і виробленню лікувального плану;
- робить доповіді про стан пацієнта;
- бере участь і/або головує на робочих нарадах співробітників.

Ведучий малої групи:

- проводить індивідуальне та групове консультування в малих групах;
- при прийомі пацієнта до Центру заповнює індивідуальну картку пацієнта (розділ «Загальна інформація»);
- проводить роботу в малих групах (письмові й усні заняття);
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінці статусу пацієнтів;
- робить доповіді про стан пацієнта;
- бере участь у робочих нарадах співробітників.

Інструктор з одужання (Counsellor):

- надає консультації всім, хто звернувся до Центру;
- фіксує інформацію про всі звертання до Центру;
- підтримує базу даних протягом своєї зміни;
- відповідає за порядок і щоденну роботу всіх програм;
- спостерігає за поведінкою пацієнтів, за необхідності проводить індивідуальні бесіди;
- за необхідності надає допомогу ведучим малих груп (проводить письмові заняття з пацієнтами);
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінці статусу пацієнтів;
- робить доповіді про стан пацієнта;
- бере участь у робочих нарадах співробітників.

Черговий інструктор з одужання:

- відповідає за дотримання розпорядку дня в Центрі та за щоденну роботу у вечірній і нічний час;
- спостерігає за поведінкою пацієнтів;
- за необхідності проводить індивідуальне консультування і/або індивідуальні бесіди; проводить підсумкове заняття за 10-м Кроком;
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінці статусу пацієнтів;
- робить доповіді про стан пацієнта;
- бере участь у робочих нарадах співробітників.

Поетапна схема програми реабілітації

Програма може бути умовно розділена на 4 етапи:

1. Етап, що передує надходженню до Центру («дореабілітаційний»).
2. Етап активної терапевтичної інтервенції.
3. Етап формування стійкої ремісії.
4. Етап протирецидивної та підтримуючої терапії.

Кожний з етапів має власну стратегію та відрізняється від інших змістом і тривалістю. Разом з тим, усі етапи складають одне ціле та спрямовані на досягнення головної мети і тому, варто мати на увазі, що поділ значною мірою умовний.

1-й етап

Дореабілітаційний

Тривалість дореабілітаційного етапу варіюється від 1 до 4 тижнів. На цьому етапі пацієнт відвідує збори груп самопомогі і дві консультативні сесії з інструктором, співробітники проводять бесіду з членами родини (чоловік/жінка, батьки).

Завдання «дореабілітаційного» періоду – забезпечити мотивацію та готовність до співпраці пацієнта і, за можливості, залучити членів його родини в процес одужання.

На цьому етапі пацієнт і його родина знайомляться з принципами та завданнями програми, погоджують свої інтереси та очікування з можливостями програми, одержують консультацію співробітника телефоном або під час індивідуальної бесіди, знайомляться з літературою. У випадку недостатньої умотивованості пацієнта та високої імовірності того, що він не втримається в реабілітаційній програмі, рекомендується відвідування зборів груп самопомогі, а також, повторна консультація через 2–4 тижні після першого звернення.

Успішність цього етапу **оцінюється** за готовністю пацієнта брати участь у реабілітаційній програмі, що підтверджується підписанням

контракту. Додатковими показниками успішності служать відвідування пацієнтом зборів груп самопомоги, груп самопомоги й освітніх програм Центру (за умови невживання їм наркотиків протягом 24 годин).

Примітка.

Оскільки uzалежнений часто амбівалентний стосовно своєї хвороби, то лікування повинно бути доступним для нього в будь-який момент, коли він відчуває потребу, виражає достатню умотивованість і готовність почати лікування. У такому випадку *пацієнт може бути прийнятий у програму реабілітації вже при першому звертанні до Центру*. Перед зачисленням до реабілітаційного Центру для проходження реабілітаційної програми, пацієнт проходить сесію індивідуального та сімейного консультування з інструктором або терапевтом.

2-й етап

Етап активної терапевтичної інтервенції

Активна інтервенція, починається з моменту вступу пацієнта в програму реабілітації (відповідає програмі стаціонару або денного стаціонару). **Тривалість** етапу 1,5–2 місяці.

Метою етапу активної інтервенції є подолання пацієнтом його заперечення й амбівалентності, а також досягнення та збереження абстиненції, навчання первинним навичкам життя без наркотиків.

У цей період **контакти** пацієнта зі звичним навколишнім середовищем **зводяться до мінімуму**. Як правило, обмежуються відвідування родичів, виключаються перегляд телепередач і розважальних фільмів, читання художньої літератури.

Активне психотерапевтичне втручання не відкладається до моменту, коли в пацієнта зникнуть симптоми гострого абстинентного синдрому, а починається з моменту надходження до стаціонару.

Увесь час і всі зусилля персоналу, присвячені одному: змінити поведінку, мотивацію, переконання, емоційні реакції пацієнта, так, щоб максимально підсилити ефективність терапії, і сприяти утриманню пацієнта в програмі.

Однієї з перших інтервенцій є **докладний опис проблем**, що привели пацієнта до Центру. Цей процес виглядає як **спільне заповнення індивідуальної статистичної картки** пацієнта (історії хвороби) співробітником і пацієнтом (є складовою частиною індивідуального консультування), однак, у той же час переслідує визначені психотерапевтичні цілі. Під час опису хвороби консультант структурує інформацію, отриману від пацієнта, так, щоб той мав можливість усвідомити

в повномув обсязі, які розлади мають місце у всіх сферах його життя. Опис торкається не тільки питання медичного або суто психологічного характеру, але й проблем пов'язаних з порушенням закону, фінансами, працевлаштуванням, які водночас мають тісний зв'язок з вживанням ПАР. Часто стан пацієнта в перший день не дозволяє закінчити опис, тоді робота продовжується в наступні дні. У середньому процес опису хвороби займає не менш 3-х годин.

Теми індивідуального та групового консультування:

1. *Люди, місця, речі, що викликають у пацієнта бажання вживати ПАР.*
2. *Структура особистого часу.*
3. *Прагнення до вживання.*
4. *Ситуації підвищеного ризику.*
5. *Соціальний пресинг до вживання.*
6. *Змушена сексуальна поведінка.*
7. *Гострі симптоми, що виникають після відмови від уживання звичного наркотику, способи їхнього подолання.*
8. *Вживання інших наркотичних речовин (алкоголю, ліків, не прописаних лікарем, і под.).*
9. *Життя з ВІЛ.*
10. *Участь у групах самодопомоги.*

Крім того, групове консультування включає покрокову роботу за програмою «12 Кроків».

Тема для обговорення на кожній сесії може бути задана або консультантом, або бути обрана відповідно індивідуальних потреб пацієнта на цьому етапі лікування. Однак, **під час консультування повинні бути розглянуті всі зазначені теми.**

Освітня програма охоплює такі галузі:

- *інформаційні заняття за концепцією хвороби;*
- *інформаційні заняття з тем «Життя з ВІЛ»;*
- *сімейну освіту;*
- *сексуальну освіту;*
- *філософію духовності;*
- *антистресову програму;*
- *профілактику інфекційних захворювань (гепатит, туберкульоз тощо).*

Метою проведення освітніх програм є зміна ставлення пацієнта до вживання ПАР і формування уявлення про вживання, як про патологічний потяг, яким можна навчитися керувати.

Основні теми інформаційних занять за концепцією хвороби і одужання:

1. Наркоманія, алкоголізм – хвороба.
2. Природа uzалежнення.
3. Ознаки uzалежнення.
4. Симптоми uzалежнення.
5. Форми психологічного захисту uzалежнених.
6. Психологія uzалежнених людей.
7. Лімбічна система. Нейробіологічна теорія uzалежнення.
8. Програма одужання груп самопомогги ЛЖВ і АН.
9. Негативні особистісні характеристики.
10. Рецидиви (зриви) і стратегії їхньої профілактики.
11. Психологічні фактори формування uzалежнення.
12. Сором і провина.

Основні теми інформаційних занять з теми «Життя з ВІЛ»:

1. Розвиток і плин ВІЛ-інфекції.
2. Опортуністичні інфекції і їхня профілактика.
3. Психологічні фактори, що впливають на плин ВІЛ-інфекції.
4. Харчування при ВІЛ-інфекції.
5. Альтернативні методи лікування.
6. Антиретровірусна терапія.
7. Прихильність лікуванню АРВ.
8. Скринінг і діагностика.

Основні теми інформаційних занять з блоку «сімейне виховання»:

1. Наркоманія – хвороба сімейна.
2. Дисфункціональні родини. Що це?
3. Співузалежнення: ознаки та симптоми.
4. Інтервенції.
5. Залишити з любов'ю. Як члени родини можуть допомогти uzалежненим.
6. Зайнятися собою. Що це означає?
7. Вплив родини на тверезість.

Основні теми інформаційних занять з блоку «сексуальне виховання»:

1. Узалежнена сексуальна поведінка.
2. Комплекси.
3. Дилема провини в сексуальній поведінці.
4. Сексуальний сценарій.

5. Сексуальна агресія.
6. Полюбити своє тіло.
7. Мастурбація.
8. Сексуальне утримання.
9. Любов, закоханість і uzалежнення.
10. Інтимність.
11. Близькість як якість психологічної зрілості особистості.

Основні теми інформаційних занять за блоком «філософія духовності»:

1. Поняття духовності.
2. Три основних компоненти одужання: чесність, відкритість, готовність намагатися.
3. Духовні потреби та цінності.
4. Концепція Вищої Сили в процесі одужання.

Антистресова програма:

Мета проведення антистресової програми – навчити пацієнтів справлятися з напруженими життєвими ситуаціями та технікам розслаблення без вживання ПАР.

Заняття з профілактики інфекційних захворювань:

Метою цих занять є інформування пацієнтів про інфекційні захворювання, що супроводжують уживання ПАР, і методам профілактики, формування в пацієнтів відповідальності за їхнє здоров'я і здоров'я інших людей.

Оцінка ефективності 2-го етапу: успішність цього етапу оцінюється за готовністю пацієнта зберігати абстиненцію та брати участь у подальшій терапевтичній програмі, за ступенем залученості в процес терапії, за змінами, що відбуваються з особистістю пацієнта (мислення, емоційне реагування, поведінка, фізичне здоров'я).

3-й етап

Формування стійкої ремісії.

Тривалість етапу складає від 3 до 4 місяців. У цей період пацієнт проходить програму денного стаціонару (варіант 2), амбулаторну програму та програму підтримуючої терапії. Програма передбачає участь пацієнта в груповому й сімейному консультуванні, освітніх сесіях, ведення щоденника емоційних станів, роботу з кроками, відвідування зборів груп самопомогі і роботу з провідником (консультант, що забезпечує соціальний супровід) за програмою 12 Кроків.

Метою цього етапу є формування в пацієнта нового стилю життя без наркотиків, розуміння своїх цінностей і життєвих задач на новому вищому рівні та навчання техніці профілактики рецидивів.

Пацієнт поступово входить у сімейне та соціальне середовище. За допомогою співробітників і членів терапевтичного співтовариства він опановує нові для себе або забуті прийоми міжособистісного спілкування, емоційного реагування, навички рішення можливих конфліктів, освоює моделі тверезого поведіння, установлює нові соціальні зв'язки, що не пов'язані з вживанням ПАР.

На цьому етапі пацієнт має постійну можливість одержувати підтримку персоналу та співтовариства груп самопомогі ЛЖВ або АН, консультуватися з питань наслідків своєї поведінки й емоційних реакцій, розвивати інші, у порівнянні з минулими, соціальні зв'язки.

Важливою складовою частиною етапу є активне (не менш 5-ти раз на тиждень) відвідування зборів груп самопомогі і робота зі спонсором (провідником). До моменту закінчення етапу пацієнт повинний підготувати разом з консультантом (психологом) розгорнутий план підтримуючої терапії та подальшої роботи, з виявленими в процесі лікування, психологічними проблемами (емоційні, персональні, поведінкові).

Теми індивідуального і групового консультування:

1. *Інструменти запобігання рецидиву.*
2. *Визначення процесу рецидиву, його початок і розвиток.*
3. *Взаємини в одужанні.*
4. *Розвиток способу життя, вільного від наркотиків.*
5. *Духовність і релігійність. Система цінностей.*
6. *Сором і провина.*
7. *Особистий досвід, особистісний ріст, самооцінка.*
8. *Недоліки характеру.*
9. *Розуміння та задоволення власних потреб.*
10. *Подолання гніву та злості.*
11. *Релаксація та час відпочинку.*
12. *Робота та керування грішми.*
13. *Трансформація uzалежненої поведінки, пошук нових моделей.*
14. *Сам-турбота. Асертивна поведінка.*
15. *Життя з ВІЛ.*

Крім того, групове консультування **включає покрокову роботу за програмою 12 Кроків.** Зокрема:

1. *Робота з 1-м Кроком. Капітуляція та визнання.*

2. Робота з 2-м Кроком. Покладання на здорове оточення, групові сили.

3. Робота з 3-м Кроком. Готовність визнати Вищу Силу, свідоме відмовлення від спроб контролю свого щиросердечного стану.

4. Робота з 10–11 Крокami. Постійна готовність намагатися, прагнення до зміни свого стану, Життя сьогоднішнім днем, принцип Зараз.

Тема для обговорення на кожній сесії може бути задана або консультантом, або бути обрана відповідно до індивідуальних потреб пацієнта на цьому етапі лікування. Однак під час консультування **повинні бути розглянуті всі зазначені теми.**

Освітня програма третього етапу повторює теми другого етапу на заглибленому та розширеному рівні.

Індивідуальний план одужання. Під час надходження на лікування пацієнта знайомлять зі стандартним лікувальним планом, відповідно до якого він працює до моменту складання індивідуального плану, що складається співробітником (психотерапевтом або психологом) протягом 7–10 днів.

За два тижня до моменту закінчення активної фази лікування та переходу на програму підтримуючої терапії пацієнт разом з керівником терапевтичної групи (за необхідності, з керівником терапевтичної програми) корегує індивідуальний план одужання з урахуванням необхідних заходів психотерапевтичного, соціального й освітнього характеру.

Індивідуальний план одужання (далі – ІПО) повинний відповідати таким вимогам:

1. Розроблено індивідуальні завдання подальшої реабілітації, визначені лікувальні модальності, визначені галузі, що вимагають інтенсивної додаткової роботи. Визначено метод оцінки лікувального процесу пацієнта.

2. Індивідуальний план одужання також включає деякі завдання та питання первинного лікувального плану, що залишаються актуальними за подальшого одужання.

3. ІПО заснований на мультидисциплінарному підході, як і програма реабілітації, тому повинен містити підхід, що допоможе пацієнтові одержувати адекватні види допомоги з різних джерел.

4. Містить індивідуальні завдання пацієнта й оцінки цих завдань.

5. ІПО розробляється протягом 14 днів. ІПО переглядається і, за необхідності, коректується кожні 3 місяці (наприклад, на 3-ому, 6-ому, 9-ому, 12-ому місяцях одужання).

Протягом останнього тижня перебування в Центрі пацієнт разом з консультантом або психологом **складає план подальшої роботи з одужання**. План включає такі пункти: протирецидивна підтримуюча програма, робота з психологічними проблемами (гнів, страх, незручність, емоційна незахищеність тощо), робота з проблемами в сфері інтерперсональних відносин і робота із соціальними проблемами, а також схема дій.

Оцінка ефективності 3-го етапу: усвідомлений вибір пацієнта жити без наркотиків, успішне проходження 1, 2, 3 кроків. Активне залучення в співтовариство груп самопомоги ЛЖВ або АН.

4-й етап

Протирецидивна та підтримуюча терапія

Програма підтримуючої терапії включає періодичні зустрічі зі співробітниками Центру (1–2 рази на місяць, але не рідше ніж 1 раз на 2 місяці) для обговорення проблем, що виникли та корегування складеного раніше плану й регулярне відвідування, не менш 3-х разів на тиждень, зборів груп самопомоги ЛЖВ або АН.

Співробітники не менш 2 разів на місяць телефоном або поштою довідуються про стан пацієнта в членів родини і за необхідності активно запрошують його для індивідуального/сімейного консультування.

Тривалість етапу 8–9 місяців.

Ефективність 4-ого етапу оцінюється:

- 1) за здатністю пацієнта вирішувати соціальні, особистісні і міжособистісні проблеми;
- 2) за залученістю в роботу співтовариств груп самопомоги ЛЖВ або АН;
- 3) за зміною якості життя пацієнта при збереженні абстиненції.

Знайомство з Додатками №1, 2, 3 потребують деякої передмови для уникнення непорозуміння в термінології. Справа в тому, що на момент формулювання Етичного кодексу консультанта в Україні не існувало професії консультанта реабілітаційного центру, і за приклад було взято американський досвід. На той час у Моделі Мінесота консультантами були тільки професійні психологи, а основним персоналом були тверезі алкоголіки (термін не менш, ніж 5 років), що пройшли спеціалізацію з узалежнення, і вони називались помічниками (провідниками) одужання.

4.7. Реабілітаційний центр «Сенс» (м. Київ) як зразок організації амбулаторної програми психологічної допомоги алкоузалежненим клієнтам у мережі центрів соціальних служб

Іванов В., Безсмертний Ю., Старков Д.

Абстракт. Надано опис унікального в Україні проєкту функціонування амбулаторної психологічної реабілітації алкоузалежнених клієнтів в структурі центру соціальних служб.

Вступ

Центр амбулаторної психологічної реабілітації алкоузалежнених «Сенс» є прикладом унікального досвіду в нашій країні. Є багато прикладів співробітництва (вдалих і не дуже) районних центрів соціальних служб з громадськими організаціями, які надають допомогу узалежненим особам. Однак на відміну від останніх центр «Сенс» є не окремою організацією, а структурним підрозділом самої соціальної служби (Дніпровський районний в місті Києві центр соціальних служб). Тобто, досвід центру «Сенс» є прикладом повної узгодженості в роботі на всіх рівнях системи соціально-психологічної допомоги узалежненим людям в масштабі окремо взятого району міста.

Другим аспектом унікальності центру «Сенс» є методологічна основа його роботи: на сьогодні його можна вважати українським «ноу-хау», що відзначається авторським методологічним підходом до психотерапії та психологічної реабілітації хімічно узалежнених людей з науковим обґрунтуванням та доказовою ефективністю. Саме в центрі «Сенс» було розроблено Інтегративну особистісно-орієнтовану розвиваючу (ІООР) модель психологічної реабілітації та психотерапії адикцій. Програму реабілітації на основі ІООР моделі (за якою з 2013 року працює центр «Сенс») було ухвалено Міністерством соціальної політики України (департамент сім'ї та дітей, 24.12.2013, № 4508/0/205-13/57). Усього було опубліковано понад 15 наукових праць [1-17], що пов'язані з ІООР моделлю та роботою центру «Сенс», видано науково-методичний посібник [1], написано та захищено кандидатську дисертацію [4].

Центр «Сенс» було засновано медичним психологом, фахівцем з адиктивної поведінки Володимиром Олексійовичем Івановим у 2006 р. Спочатку в основу реабілітаційної програми центру було покладено психотерапевтичну інтерпретацію підходу «12 Кроків» Анонімних Алкоголиків, адаптовану до реальності роботи консультантами та психологами в межах соціальної служби.

Поступово, завдяки професійному зростанню фахівців виникло бажання вийти за межі 12-крокового підходу та розпочати розробку власної програми, що і було зроблено у 2011 році трьома фахівцями: В.О. Івановим, Ю.М. Безсмертним та Д.Ю. Старковим. У 2013 році центр повністю переорієнтувався на роботу за IOOP моделлю, в тому ж році був виданий науково-методичний посібник, а програма центру була схвалена та рекомендована до використання Міністерством соціальної політики України.

Надалі ми опишемо роботу центру у 2014-2017 рр., коли в центрі працював увесь штат розробників програми.

Реабілітація в центрі «Сенс» відбувалася в три етапи, що відповідають першим трьом етапам в IOOP моделі. Тривалість першого етапу реабілітації становила 3 місяці, другого – 9 місяців, тобто проходження першого та другого етапів займає приблизно 1 рік. Важливо зазначити, що проходження першого етапу реабілітації в центрі «Сенс» було безкоштовним. Третій етап спочатку проходив у вигляді психотерапевтичних груп тривалістю 3 години зі періодичністю раз на 2 тижні (ведучий – Д.Ю. Старков). Наразі третій етап проходить у вигляді двогодинних груп із періодичністю раз на тиждень (ведучий – Ю.М. Безсмертний).

Терапевтично-реабілітаційну роботу в центрі вели три основні фахівці зі психологічною освітою та неформальною психотерапевтичною освітою (Іванов В.О. – сертифікований гештальттерапевт, Безсмертний Ю.М. – екзистенційний психотерапевт, Старков Д.Ю. – сертифікований транзакційний аналітик), а також волонтери-консультанти з хімічного uzалежнення. Волонтери-консультанти зі хімічного uzалежнення були колишніми клієнтами центру, які пройшли два перших етапи реабілітації (тобто мали термін тверезості не менше одного року). Волонтери вели групи з мотиваційно-аналітичними завданнями та групи взаємодопомоги на першому етапі. Другий і третій етапи вели виключно основні фахівці.

Прийняття до програми реабілітації відбувалося після первинного інтерв'ю з психологом. Зазвичай перша консультація проходила у вигляді короткострокової інформаційно-мотиваційної роботи. Проводилося коротке діагностичне інтерв'ю, клієнту надавалася інформація щодо моделі хвороби та пропонувалися діагностичні методики оцінки стану uzалежнення у нього (наприклад, тест на uzалежнення DSM-5). Використовувалися техніки мотиваційного підсилення, а потім клієнтові надавали рекомендації щодо проходження реабілітації. Взагалі більшість клієнтів, які відвідували консультацію, приходили на первинне інтерв'ю вже мотивованими та не потребували глибокої додаткової мотиваційної роботи. Коли у клієнтів спостерігалася амбівалентність у питанні проходження реабілітації, то їм

пропонували пройти випробувальний тиждень, а потім прийняти рішення щодо подальшого проходження програми. У більшості випадків такі клієнти «заряджалися» позитивною атмосферою в групі та самим процесом реабілітації, тому й не потребували якихось додаткових мотиваційних інтервенцій. Після проходження випробувального тижня з клієнтом підписували контракт.

Про важливість позитивної психологічної атмосфери центру говорять такі регулярні випадки: коли деякі клієнти відчували важкий стан або небезпеку зриву, вони приїжджали до центру соціальних служб задовго до початку груп та просто сиділи в пустому залі. Потім вони зазначали, що «самі стіни заспокоювали».

Особливою групою клієнтів були матері зі загрозою позбавлення батьківських прав, яких направляла Служба у справах дітей. Для цих клієнтів проходження реабілітації було «умовно добровільним», і мотивація до проходження була виключно формальною – отримання «сертифікату» про проходження реабілітації заради повернення дитини з центру тимчасового утримання дітей. У цій групі були очікувано нижчі за ефективністю результати, ніж в основній групі клієнтів. Проте у 2013 році ми активізували співпрацю з фахівцями з соціальної роботи, що здійснювали соціальний супровід таких клієнтів. Був налагоджений постійний контакт, для фахівців із соціального супроводу провідними співробітниками програми «Сенс» були організовані навчальні семінари, супервізії, інтервізійні групи. За рік такої тісної співпраці фахівців ефективність роботи з матерями, у яких тимчасово вилучили дітей, значно зросла. Головне, що підвищилася їхня мотивація до тверезого життя. На жаль, така співпраця була мінімізована через реорганізацію соціальних служб у 2014 року та масове звільнення фахівців (тоді штат центру соціальних служб був скорочений на 90%). Проте попередні результати свідчать про важливість правильно організованої роботи соціального супроводу та його впливу на ефективність реабілітації. Попередні висновки було опубліковано в роботі [17].

Перший етап реабілітації.

На першому етапі реабілітації заняття проходили щоденно (крім неділі), з понеділка по п'ятницю з 17:00 до 20:30 та у суботу з 18:00 до 19:30. Клієнти центру мали право на індивідуальні безкоштовні консультації зі фахівцями центру, проте користувалися цією нагодою нечасто.

У роботі центру «Сенс» використовувалася модель груп ротаційного типу, коли нові учасники можуть входити в реабілітаційний процес на будь-якому етапі роботи групи. Це накладало істотні обмеження на роботу з групою динамікою. Відомо, що у роботі з групою найчастіше визначають

чотири фази її розвитку: адаптації, активної напруги, стійкої працездатності, розпаду. У ротаційній групі такий розвиток групової динаміки практично неможливий. За такої умови в роботі з груповою динамікою головне завдання терапевта – це утримання рівня розвитку групи між першою та другою фазами (на першому етапі реабілітації). Так група, з одного боку, не відторгає новачків, які можуть включитися в її роботу, з іншого, – клієнти після закінчення першого етапу реабілітації виявляються здатними до роботи на другому етапі, де рівень розвитку групи підтримується терапевтом приблизно між другою та третьою фазами групової динаміки. Таке «заморожування» групової динаміки є істотною відмінністю роботи ротаційної групи від роботи закритих груп, де терапевт має справу з розвитком групової динаміки у сформованій групі, що не змінює свого складу. Для виконання цього завдання зворотний зв'язок між реабілітантами на першому етапі максимально обмежувався. Комунікація переважно відбувалася у зв'язці «ведучий-клієнти». У правилах центру особлива увага зверталася на заборону агресивних і будь-яких інших некоректних висловлювань у бік інших членів групи. Усі конфлікти в групі розбиралися на консультаціях зі співробітниками центру, а не в груповому процесі.

Кожний реабілітаційний вечір починався з короткого 30-хвилинного шерінгу, де кожен клієнт читав свій ранковий контракт на тверезість: «Я, тільки сьогодні, які б ситуації не трапилися та який би в мене не був стан (перелік ситуацій та станів ____), все одно маю право, можу, хочу та буду тверезим, а в складних ситуаціях буду звертатися за допомогою». Потім клієнт коротко розповідав про день за спеціальною формою плану/аналізу дня та доповідав одну ситуацію зі щоденника самоаналізу. Слід зазначити, що планування дня було однією з «неулюбленим» видом активності, і клієнти часто його саботували («У мене кожен день той самий!», «Навіщо планувати, якщо не вдається виконати!», «Я планую в голові!» тощо), тому за виконанням цієї активності необхідно було слідкувати особливо.

На першому етапі проводилися такі групові заняття: мотиваційно-аналітичні завдання (2 рази на тиждень), ведення щоденника самоаналізу (1 раз на тиждень), терапевтична група (1 раз на тиждень), інформаційне заняття (1 раз на тиждень), сімейно-комунікаційний тренінг (1 раз на тиждень), група аналізу тижня (1 раз на тиждень), група профілактики зриву (1 раз на тиждень), світська група взаємодопомоги (1 раз на тиждень). Додатково раз на тиждень реабілітанти відвідували збори АА. Докладний опис усіх занять можна знайти у нашому науково-методичному посібнику [1], тут буде наведений лише їхній короткий опис.

Мотиваційно-аналітичні завдання є розробленим курсом з 24 робіт, які складаються з інформаційної частини та питань, на які необхідно дати письмову відповідь. Теми завдань: принцип «тут і зараз», обмеження у тверезості, концепція хвороби, види алкоголізму, цінності, плюси та мінуси вживання, постабстинентний синдром, втрата дозового контролю, профілактика тяги до вживання, прихована тяга до вживання, міфи та переконання про алкоголь, uzалежене мислення, повинність, uzалежена пам'ять, механізми втрати ситуаційного контролю, алкоголізм – хвороба емоцій, uzалежені емоції, опір одужанню, соціальна складова uzалеження, провокації близьких, біопсихосоціальна хвороба, HABITS (здорові звички), небезпеки зриву, план подальшого одужання. Група була розділена на дві частини (45 хв. кожна) – написання завдань та їх групове обговорення.

Група ведення щоденника самоаналізу. У цій групі з кожним клієнтом докладно розбиралася як мінімум одна ситуація з його життя за допомогою схеми щоденника самоаналізу, також додатково давалися знання з емоційної грамотності тощо.

Терапевтична група проходила один раз на тиждень, і у ній могли брати участь клієнти з другого етапу реабілітації (це забезпечує принцип спадковості, полегшуючи перехід з одного етапу реабілітації на наступний, «обмін досвідом» між різними «поколіннями» реабілітантів, підтримує надію у клієнтів першого етапу та впевненість у своїх силах у клієнтів другого етапу). Регламент групи – 1,5 години, які включають представлення, обговорення правил, вступний шерінг, вибір протагоніста, роботу з протагоністом (вербалізація проблеми та надання зворотного зв'язку, відреагування протагоністом і групою), завершальний дебрифінг. Ведучому групи необхідно пам'ятати про те, що група складається з регресивних клієнтів (в IOOP моделі їх пропонується розглядати як таких, що знаходяться на субпсихотичному рівні функціонування), тому йому необхідно дотримуватись деяких рекомендацій: директивно стежити за дотриманням правил групи та норм спілкування, за необхідності просити учасників групи переформулювати свої висловлювання, спробувати дати зворотний зв'язок в іншій формі, компенсувати деструктивний зміст дискусії, не давати занурюватися в глибокі конфлікти (оскільки учасники групи не здатні до опрацювання глибоких внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів).

На *інформаційних заняттях* експліцитною метою було надання інформації щодо основи хвороби й одужання, імпліцитною – соціалізація до реабілітаційного процесу, зняття ситуаційної тривоги та провини з приводу своєї хвороби. Враховуючи це, а також психологічний стан реабілітантів,

інформаційні заняття будувалися за такими принципами: простота, захопленість, особистий інтерес, компенсація конфронтаційного матеріалу стабілізаційним. Також необхідною була достатня кількість конкретних прикладів (навіть зрозумілий матеріал не завжди пов'язувався реабілітантами з власним практичним досвідом). Саме заняття складалося з двох рівних за часом частин – лекційної й обговорення. У процесі реабілітації використовувалися такі теми інформаційних занять: концепція хвороби; втрата кількісного контролю; психологічні захисти; міфи та труднощі на початку одужання; постабстинентний синдром; необхідність допомоги; психологічне uzалежнення; uzалежена поведінка; профілактика процесу зриву; профілактика стресу; опір у процесі реабілітації.

На *сімейно-комунікаційному тренінгу* відбувався розвиток навичок здорової комунікації в сім'ї. У цю групу також запрошувалися родичі тих, хто проходив реабілітацію. Теоретичною основою цього тренінгу є комунікативна та біхевіоральна сімейна терапія. На першій теоретичній частині групи учасників знайомили зі запланованою темою, що стосується сімейних відносин, так чи інакше пов'язаних з проблемами uzалежнення. Далі демонструвалася одна з технік здорової комунікації, потім відбувалося опрацювання техніки у двійках і трійках, завершуючись груповим обговоренням.

Група аналізу тижня була присвячена тижневому аналізу змін психологічного стану, процесу одужання, соціальним питанням тощо. У групі обговорювалися такі теми та питання: підсумовування тижневої роботи в реабілітації, засвоєння матеріалу, стосунки в групі та з фахівцями центру, аналіз самостійної роботи з одужання (планування-аналіз дня, ведення щоденника самоаналізу, робота з симптомами зриву, аналіз обмежень у тверезості). Також на цьому занятті відбувалися: аналіз тижневих змін та складнощів у психологічному стані, планування подальших позитивних змін, аналіз тижневих змін і складнощів у соціальному оточенні, планування подальших змін, підбиття підсумків тижня та корекція свого плану одужання на наступний тиждень, зворотний зв'язок від групи.

Група профілактики рецидиву проходила з методологією профілактики зриву. Клієнти заповнювали таблицю, куди вносили найважчі ситуації, що відбулись протягом тижня. Потім їх класифікували за ступенем тяжкості й обговорювали, що робити зі залишковою психологічною напругою, яка після них залишилася.

Світська група взаємодопомоги була внутрішньою групою, відвідувати яку мали право лише учасники реабілітації або випускники принаймні першого етапу реабілітації. Групи взаємодопомоги були

важливим компонентом комплексної терапії uzалежнення. Цей вид груп не могли замінити групи професійної психотерапії. Раніше реабілітанти центру відвідували лише групи АА. Проте згодом керівництвом центру було прийняте рішення про відкриття власної закритої групи взаємодопомоги. Аргументи на користь організації альтернативних груп взаємодопомоги наведено в роботі [10].

Другий та третій етапи реабілітації

На другому етапі реабілітації заняття проходили два рази на тиждень: один день група тривалістю три години (18:00-21:00), другий день – півтори години (19:00-20:30). Усього другий етап охоплював три основних заняття: мотиваційно-аналітичні завдання, група щоденника самоаналізу, терапевтична група.

Основною задачею фахівця на другому етапі реабілітації у роботі з клієнтами було продовження вирішення деяких завдань першого етапу (допомога в усвідомленні бар'єрів у спілкуванні, заохочення відкритості й активності, демонстрація конструктивних способів вирішення конфліктів). Крім того, з'являлися ще й такі завдання: допомога у сприйнятті конфліктів (внутрішньоособистісних і міжособистісних) як сходинок для переходу на вищі рівні зрілості, подальше заохочення відкритості й активності учасників групи, робота з об'єднанням групи, допомога у кращій взаємодії між членами групи. На цьому етапі динаміка групи була на вищому рівні: заохочувався зворотний зв'язок у межах правил комунікації у групі. З іншого боку, динаміка групи не переходила на рівень, притаманний звичайним терапевтичним групам. Протистояння та відкриті конфлікти суворо припинялися, їх вирішення відбувалося на індивідуальних консультаціях, а не в груповому процесі.

Мотиваційно-аналітичні завдання. Завдання з глибокого опрацювання історії свого зловживання виконувалися вдома та обговорювалися на групі. Загалом це була емоційно насичена група, де реабілітанти могли «підсумувати» свої втрати за час зловживання.

Щоденник самоаналізу. Ця група була спрямована на розвиток системи регуляції психіки й відбувалася у вигляді когнітивно-поведінкового тренінгу. У першій частині групи проходила перевірка опису ситуацій у щоденнику самоаналізу з минулої теми та їх обговорення. Потім надавалася інформація з нової теми та виконувалася експресивна вправа. Далі наводилися приклади розбору ситуацій у щоденнику за її допомогою. Домашнім завданням було написання ситуацій у щоденнику за новою схемою.

Терапевтична група. Група з динамічного обговорення життєвих ситуацій. На відміну від групи першого етапу, в цій групі активувалися більш жива динаміка та зворотний зв'язок.

Група третього етапу тривалістю 3 години проводилася раз на 2 тижні. Перша частина групи була спрямованою на роботу з груповою динамікою. Друга частина присвячувалася розкриттю заздалегідь обраної групою теми через експресивні групові вправи (використовувалися техніки психодрами, арттерапії, метафоричних карт тощо).

Ефективність роботи центру.

Статистика ефективності роботи центру «Сенс» з 2014 року (дані на березень 2018 р.). У 2014 році на реабілітацію потрапили 25 осіб, закінчили 1-й етап 17, пішли на 2-й і закінчили його 6 осіб (ніхто не перервав проходження), на березень 2018 р. певно тверезі (тверезість від 3 до 4 років) 7 осіб (з них 5 осіб закінчили 2-й етап і 2 особи – тільки 1-й). У 2015 році на реабілітацію потрапили 32 особи, закінчили 1-й етап 21 особа, пішли на 2-й і закінчили його 8 осіб (ніхто не перервав проходження), на березень 2018 р. певно тверезі (тверезість від 2 до 3 років) 10 осіб (з них 8 осіб закінчили 2-й етап і 2 особи – тільки 1-й етап). У 2016 році на реабілітацію потрапили 32 людини, закінчили 1-й етап 20 осіб, пішли на 2-й етап і закінчили його 5 осіб (ніхто не перервав проходження), на березень 2018 р. певно тверезі (тверезість від 1 до 2 років) 10 осіб (з них 5 осіб закінчили 2-й етап і 5 осіб – тільки 1-й етап). У середньому 1-й етап закінчують 65%, безперервну тверезість понад рік набувають 30% (водночас з тих, хто пройшов 2-й етап реабілітації, залишилися тверезими 90% протягом 3-х років, а з тих, хто пройшов тільки 1-й етап реабілітації, залишилися тверезими 15%) (табл. 30.1). Опитування наприкінці 2020 року показало, що абсолютно тверезими з термінами ремісії від 3 до 8 років залишилися випускники 2-го етапу реабілітації – 21 особа з 28 (тобто 75%).

На жаль, точне порівняння роботи цього центру з періодом, коли програма в ньому була орієнтованою на програму «12 Кроків» та був відсутній 2-й етап реабілітації, ускладнене, оскільки неможливо відновити втрачені картки клієнтів соціальної служби. Залишилися тільки загальні дані статистики, що у 2009-2010 рр. реабілітаційну програму закінчували менш як 30% тих людей, що її починали. Дані щодо подальшої ремісії серед них відсутні.

Дані щодо 3-го етапу. У 2016-2017 рр. (ведучий Д.Ю. Старков) 3-й етап пройшли 9 осіб. В одного з учасників на початку проходження був одноденний зрив з повним поверненням до тверезості та проходження психотерапії. Після закінчення групи на цей час (квітень 2020 р.) 7 учасників

з усієї групи мають безперервну ремісію (середній термін тверезості 5 років). В одного учасника був зрив з поверненням до тверезості, один учасник групи повернувся до вживання. У 2018-2019 рр. (ведучий Ю.М. Безсмертний) третій етап пройшли 8 осіб. В одного з учасників на початку проходження був тривалий зрив (1,5 місяці) з повним поверненням до тверезості та психотерапії. Усі учасники групи на сьогодні знаходяться в ремісії.

Таблиця 4.7.1.

Дані ефективності центру реабілітації алкозалежних «Сенс»

Роки	Потрапили на реабілітацію	Закінчили перший етап	Залишилися на другий етап	Закінчили другий етап	Ремісія після першого етапу (2018 р.)	Ремісія після другого етапу (2018 р.)
2014	25	17	6	6	2	5
2015	32	21	8	8	2	8
2016	32	20	5	5	5	5
Загалом	89	58	19	19	9	18
м		(65 %)	(32 %)	(100 %)	(15 %)	(95 %)
Примітка. На кінець 2020 р. з 28 випускників 2-го етапу абсолютну тверезість 3-8 років має 21 випускник (75 %).						

Якщо підсумувати результати, то можна зробити висновок, що IOOP модель ефективніша за модель реабілітації, орієнтовану на програму «12 Кроків», як мінімум, у тому, що значно більше клієнтів затримуються в програмі та закінчують її (65% проти 30%). Водночас слід зазначити, що програма IOOP порівнюється не з діяльністю груп АА (таке порівняння просто неправомірне), а саме з реабілітаційною програмою, орієнтованою на програму «12 Кроків». Другим важливим висновком є те, що тривалість терапії як мінімум протягом року відіграє значну роль у становленні довгострокової ремісії (90% без рецидивів протягом 3 років або 75% без рецидивів протягом п'яти років і далі). Складно сказати, чи дає 3-й етап значне поліпшення в статистиці тривалої ремісії (оскільки переважна більшість тих людей, які закінчили 2-й етап, потім пішли на 3-й етап), проте безперечно підвищує якість життя.

Список використаних джерел:

1. Іванов В.О., Безсмертний Ю.М., Старков Д.Ю. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: науково-методичний посібник. Київ: ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.

2. Старков Д.Ю. Використання щоденника самоаналізу у підвищенні рівня осмислення життя девіантів (на прикладі корекції адиктивної поведінки). *Методи роботи з девіантами в умовах сучасного соціокультурного середовища: методичні рекомендації* / ред. Н.Ю. Максимової. Київ: Педагогічна думка, 2015. Розділ IV. С. 57-72. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/10359>
3. Старков Д.Ю. Вплив соціального оточення на становлення ремісії у залежних від алкоголю *Міждисциплінарні проблеми соціальної роботи: психологічні, соціологічні, правові аспекти*: матеріали другої міжнародної науково-практичної конференції. Київ: Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, 2014. С. 94-96.
4. Старков Д.Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ, 2021. 308 с.
5. Старков Д.Ю. Діяльнісний підхід до функціонування співзалежних відносин. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. Том XI. Вип. 12. С. 531-539.
6. Старков Д.Ю. Застосування інтегративної особистісно-орієнтовної розвивальної моделі терапії адикцій в умовах амбулаторної реабілітації осіб, залежних від алкоголю. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2020. Том XI. Вип. 21. С. 353-385. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i21/24.pdf>
7. Старков Д.Ю. Интегративная модель мотивационной работы с аддиктивными клиентами. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2021. Т. 12, N. 1. С. 136-149. DOI: 10.34883/PI.2021.12.1.012
8. Старков Д.Ю. Интегративная мотивационная семейная психотерапия химических зависимостей. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2017. Том XI. Вип. 15. С. 510-518.
9. Старков Д.Ю. Концепція метапереконань: переконання про глибинні переконання. *Психотерапія і свобода*: матеріали XXV науково-практичної конференції УСП та субконференції з дитячої та юнацької психотерапії (м.°Тернопіль, 27-30 червня 2019 р). Тернопіль, 2019. С.96-100.
10. Старков Д.Ю. Організація груп взаємодопомоги для залежних в структурі центрів соціальних служб. *Міждисциплінарні проблеми соціальної роботи: психологічні, соціологічні, правові аспекти*: матеріали другої міжнародної науково-практичної конференції Київ: Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, 2015. С 85-95.

11. Старков Д.Ю. Психогенні фактори та техніки нейтралізації потягу до вживання психотропних речовин у хімічних адиктів. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. Том XI. Вип. 13. С. 256-267. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i13/30.pdf>
12. Старков Д.Ю. Психологічні механізми підвищення рівня осмисленості життя у соціально дезадаптованих підлітків. *Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища: монографія* / ред. Н. Ю. Максимової. Київ: Педагогічна думка, 2015. Розд. 3. С. 64-85. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/10062>
13. Старков Д.Ю. Психотерапія адиктивного розщеплення особистості uzалежнених клієнтів. *Актуальні питання психотерапії та психології*: збірник матеріалів XXIV науково-практичної конференції з міжнародною участю (Чернівці, 29 червня – 1 липня 2018). Чернівці, 2018. С. 147-150.
14. Старков Д.Ю. Роль соціального оточення у процесі становлення ремісії адикту. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. Том VII. Вип. 39. С. 369-378. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i39/37.pdf>
15. Старков Д.Ю. Формування мотивації до терапії у хімічно залежних осіб. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2016. Том XI. Вип. 14. С. 161-181. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i14/18.pdf>
16. Старков Д.Ю., Іванов В.О., Безсмертний Ю.М. Місце амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для залежних від алкоголю в структурі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді міста Києва. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2013. Том VII. Вип. 31. С. 251-258. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i31/33.pdf>
17. Старков Д.Ю., Іванов В.О., Забава С.М. Особливості соціального супроводу сімей з алкогольною залежністю. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2014. Том VII. Вип. 35. С. 274-281. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i35/32.pdf>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1.

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС КОНСУЛЬТАНТА З ХІМІЧНОГО УЗАЛЕЖНЕННЯ

Рекомендовано дивізіоном «Адиктологія» Національної психологічної асоціації України до обов'язкового дотримання в реабілітаційних, наркологічних центрах та інших аналогічних установах.

Консультант з хімічного uzалежнення – це співробітник реабілітаційного та наркологічного центру (або аналогічної установи), що має відповідну професійну підготовку в сфері консультування uzалежнених клієнтів (але може не мати спеціалізованої професійної вищої освіти).

Найчастіше консультанти із хімічного uzалежнення мають в минулому власний досвід uzалежнення та одужання від нього, але водночас для роботи консультантом з хімічного uzалежнення термін абсолютного утримання від прийому будь-яких психоактивних речовин повинен бути не меншим за 1 рік.

Консультант із хімічного uzалежнення є молодшим та допоміжним персоналом в психотерапевтичному складі реабілітаційного центру. Консультант із хімічного uzалежнення не може застосовувати методи психологічного та психотерапевтичного впливу, але може, в межах своєї компетенції, надавати емоційну підтримку, проводити інформаційну роботу, допомагати розвивати компетенції здорового життя, навчати навичкам утримання тверезості та самопомоги у кризових станах (тобто проводить коучингову та тренерську роботу, що допомагає клієнтові сформувати компетенції здорового тверезого життя).

Етика є тією головною базою, на якій будується вся інша робота будь-якої допомагаючої професії, зокрема і консультанта з хімічного uzалежнення. Консультант, який не розуміє етичних принципів та не будує на їх основі свою практику не може вважатися спеціалістом.

Головними етичними принципами допомагаючих спеціалістів, на яких будується вся інша етична система, є чотири принципи біомедичної етики:

А.) **Мінімізація шкоди («не зашкодь»)**: спеціаліст повинен обдумувати можливі негативні наслідки своєї роботи та будувати її так, щоб виключити або принаймні мінімізувати можливу шкоду для клієнта.

Б.) **Благодіяння («приноси благо»)**: спеціаліст працює тільки на благо свого клієнта, та під час побудови цілей та планів своєї роботи, обов'язково співвідносить їх з об'єктивним покращенням соціального та психологічного

життя клієнта (обов'язково враховуючи його індивідуальність) та з підвищенням його суб'єктивного відчуття щастя.

В.) **Автономія:** неможливо допомагати клієнту без його бажання, будь-яка робота з допомоги є договірною, за небажання клієнта здійснювати ти чи інші зміни консультант може використовувати лише мотиваційні інтервенції.

Г.) **Справедливість:** клієнт не використовується для будь-яких інших вигод (окрім явно оговорених у контракті та трудовому договорі з центром) фінансового, трудового, психологічного, соціального та іншого плану.

Ще одним етичними принципом, на якому будується «техніка» консультативної роботи, є принцип **безумовної поваги** до клієнта, його гідності, прав та свобод, безумовного прийняття та безоціночного ставлення до його особистості.

На цих п'яти головних та універсальних етичних принципах (мінімізації шкоди, благодіяння, автономії, справедливості, поваги) і побудовано всю іншу етичну систему роботи консультанта з хімічного uzалежнення.

Етичні принципи роботи консультанта з хімічного uzалежнення

Основними характеристиками етичної поведінки консультанта з хімічного uzалежнення є доброзичливі, щирі, правдиві стосунки з клієнтом; врахування цінностей, життєвих принципів, особливостей особистості клієнта; суворе дотримання договірних зобов'язань; розмежування особистих і професійних відносин з клієнтом; попередження і недопущення конфліктів; уважне врахування реакції клієнта на дії консультанта, налагодження постійного зворотного зв'язку; терпиме ставлення до негативної поведінки клієнта; недопущення формалізму, встановлення позитивних емоційних відносин. Водночас консультант у своїй роботі повинен дотримуватися таких етичних принципів:

Повага. Повага цінності і особливостей особистості, гідності, прав і свобод клієнта. Консультант з однаковою повагою повинен ставитись до людей незалежно від їхнього віку, статі, сексуальної орієнтації, національності, приналежності до певної субкультури, етносу і раси, віросповідання, мови, соціально-економічного статусу, фізичних можливостей, хвороб, а також його вчинків у вживанні, морального регресу, особливостей особистості, обмежень. Консультант уникає діяльності, яка може призвести до дискримінації клієнта. Консультант зберігає доброзичливе ставлення до клієнта, визнає його право на негативну поведінку, стежить за своїми емоційними реакціями. Консультант дотримується принципів безумовного прийняття і безоціночного ставлення до особистості клієнта. Консультант проявляє повагу до клієнта, спілкується

з ним без осуду. Консультант повинен бути доступним, відкритим і уважним щодо клієнтів.

Контрактність. Одужання від uzалежнення – це добровільний процес зі взаємними домовленостями. Необхідно давати клієнту повну інформацію про процес одужання в центрі, обговорювати з ним цілі роботи, правила і рамки, та всі зміни в процесі реабілітації. Також необхідно пам'ятати, що одужання – це процес ведення клієнта до мети, обумовленої і встановленої разом з ним.

Безпека. Консультант зобов'язаний попереджувати нанесення шкоди клієнтові і максимально мінімізувати її. Консультанту слід так організувати свою роботу, щоб ні її процес, ні її результати не завдавали шкоди здоров'ю, психологічному і соціальному стану клієнта і пов'язаних з ним осіб. Водночас необхідно приділяти увагу взаємодії з родичами клієнта.

Законність. Робота консультанта з хімічного uzалежнення повинна відповідати чинному законодавству та правовим нормам держави. Консультант повинен бути ознайомленим з відповідними правовими актами, що відносяться до його роботи (Основи законодавства України про охорону здоров'я, закони України «Про психіатричну допомогу», «Про соціальні послуги», «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», наказ МОЗ України №199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу») та неухильно дотримуватися них.

Професійність. У своїй освіті консультант повинен здобути такі загальні професійні компетенції: базові навички психологічного консультування (активне слухання), навички мотиваційного консультування (що включає в себе методику мотиваційного інтерв'ювання), достатню інформацію про біо-психо-соціальну природу uzалежнення та навички донесення цієї інформації клієнтам, методики профілактики рецидиву, методики самопомогли у стресових станах. Консультант повинен також досконально розбиратися в філософії програми центру, де він працює, та бути достатньо освіченим в альтернативних програмах. Консультант повинен регулярно проходити супервізію у старших колег та відвідувати інтервізійні групи. Консультант повинен постійно професійно розвиватися, відвідуючи відповідні навчаючи тренінги, читаючи професійну літературу, переглядаючи відеоматеріали та ін., та робити все можливе для підвищення компетенції своєї роботи та зниження ризиків для клієнтів. Також консультант повинен чітко розуміти межі своєї компетенції: не використовувати техніки психологічного та психотерапевтичного впливу, такі як гіпноз, регресивні методики, арт-терапію, роботу з переконаннями, психодраму, техніки групової динаміки, техніки візуалізації, тілесну терапію,

не ставити діагнози та ін. Консультант має право на інформаційну роботу, емоційну підтримку, роботу з щоденниками планування та самоаналізу, перевірку зошитів одужання, проведення груп взаємодопомоги, проведення базових технік релаксації, навчання технікам самодопомоги під час адиктивного потягу, ділитися власним досвідом одужання, навчати технікам лайф-коучингу, навчати принципам програм самодопомоги uzалежненим (наприклад, «12 Кроків»). Консультант повинен використовувати всі ці навички тільки після навчання та опрацювання під супервізією компетентніших спеціалістів. У разі виникнення ситуацій з клієнтом, вирішення яких не входить в компетенцію консультанта або виникненні складних питань, консультант повинен перенаправляти клієнта до компетентніших спеціалістів (керівника центру, психолога, психотерапевта, психіатра та нарколога). Консультант повинен бути частиною єдиної команди, дотримуватися загальної терапевтичної стратегії центру, не обговорювати дії інших спеціалістів з клієнтами, а всі непорозуміння, пропозиції до змін та інші питання вирішування на робочих зібраннях.

Відсутність насилля та експлуатації. Консультант не має права застосовувати щодо клієнтів будь-які засоби фізичного, психологічного та сексуального насильства або тиску, та повинен захищати клієнтів від психологічних та фізичних травм в процесі знаходження в центрі. Консультант не має права експлуатувати клієнтів для досягнення своїх особистих цілей (фінансових, моральних, психологічних та інших). Також консультант не повинен вирішувати свої особисті проблеми за рахунок центру, його клієнтів та співробітників, та не використовувати майно центру для досягнення особистих цілей і задоволення власних потреб.

Гнучкість та індивідуальний підхід. У роботі з клієнтами консультант повинен проявляти гнучкість та практикувати індивідуальний підхід з урахуванням психологічного стану клієнта, його інтелектуальних здібностей, ціннісних орієнтацій, можливостей клієнтів з психічними та фізичними обмеженнями та інших індивідуальних особливостей. Консультант не повинен «нав'язувати діагноз» uzалежнення клієнтові, даючи йому власний вибір. Консультант також не повинен нав'язувати принципи програми центру, використовуючи принцип привабливості, а не тиску.

Відсутність подвійних та особистісних відносин. У момент проходження реабілітації консультант повинен уникати будь-яких подвійних відносин з клієнтами центру. Хоча контакт консультанта з клієнтом може буди більш відкритим та дружнім, ніж контакт психолога або психотерапевта, однак консультант повинен пам'ятати про першочерговість своєї професійної ролі та не вступати з клієнтом в особистісні відносини (що включає в себе відсутність інтимних стосунків, особистісних конфліктів,

грошових та товарно-трудових відносин, прийняття подарунків, обговорювання співробітників та інших клієнтів, азартних ігор, загальних секретів, угод та парі та ін.).

Професійна поведінка та комунікація. Консультант в своїй комунікації з клієнтами повинен притримуватися професійних та культуральних норм: не втягуватися в провокаційні розмови, не використовувати ненормативну лексику, не дозволяти собі підвищувати голос, не проявляти знецінення та ін. Зовнішній вигляд консультанта повинен бути достатньо охайним, не зухвалим, та відповідати його професійному статусу. Консультант повинен пам'ятати, що він своєю поведінкою, комунікацією та зовнішнім виглядом подає клієнтам приклад здорового тверезого життя.

Конфіденційність. Консультант зобов'язаний піклуватися про збереження анонімності особистості клієнта і конфіденційності отриманої від нього інформації за межами центру, зокрема під час збереження, складання та використання історії хвороби, в будь-якій формі.

Результативність. Консультант повинен розуміти, що єдина мета роботи центру – це благо клієнта (позитивні зміни в психологічному стані і житті клієнта). Будь-яка програма одужання, яка використовується, є лише одним із засобів для досягнення цієї мети, а не є самоціллю як такою.

Особистісна психотерапія. Консультант повинен проходити свою особистісну психотерапію, працюючи з психологом чи психотерапевтом (в індивідуальній чи груповій формі). Одужання в програмі взаємодопомоги (наприклад, проходження програми «12 Кроків») не є заміною особистісної психотерапії.

ДОДАТОК 2.
ДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ

АССИСТ*

Скринінговий профілактичний інструмент (опитувальник) щодо вживання психоактивних речовин

<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text>

Інтерв'юер П.І.Б.:	_____
Пацієнт П.І.Б.:	_____
Дата:	_____

Вступ (текст звернення представника закладу до пацієнта/пацієнтки)

Дякуємо Вам за участь в цьому короткому інтерв'ю, що охоплює вживання алкоголю, тютюнових виробів та інших наркотичних речовин.

Я збираюся поставити Вам декілька запитань, що стосуються Вашого досвіду вживання цих речовин протягом всього вашого життя, зокрема і за останні три місяці.

Ці речовини можуть застосовуватися різними шляхами: куріння, ковтання, нюхання, вдихання, введення у вигляді ін'єкцій або вживатися в пігулках (покажіть карту наркотиків). Деякі з цих речовин можуть призначатися лікарем (наприклад, транквілізатори або знеболюючі).

У цьому інтерв'ю ми не враховуємо препарати, призначені Вашим лікарем. Проте, якщо Ви вживаєте такі препарати не за призначенням лікаря, або вживаєте їх частіше, або у вищій дозі, ніж було призначено, – будь ласка, скажіть мені про це.

Оскільки ми цікавитимемося вживанням Вами заборонених до поширення наркотиків, пам'ятайте про те, що отримана від Вас інформація такого роду залишиться суто конфіденційною.

Бланк А

Запитання № 1 (На подальших візитах звіряйте поточні відповіді пацієнта з відповідями на 1-е запитання під час 1-го візиту. Будь-які відмінності у відповідях мають бути досліджені)

Протягом Вашого життя чи приймали Ви будь-коли такі речовини? (без призначення лікаря)	Ні	Так
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн тощо)	0	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	3

е. Інгаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	3
и. Інші речовини - які конкретно:	0	3

Якщо всі відповіді негативні – спробуйте поставити таке запитання:
«Навіть коли вчилися в школі?»

Якщо на кожен пункт була дана відповідь «Ні» – припиніть інтерв'ю. У разі відповіді «Так» в будь-якому з пунктів, поставте 2-е запитання з кожної відміченої речовини.

Запитання № 2

За останні три місяці, як часто Ви вживали відмічені Вами речовини (Перша речовина, друга та інші)?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	2	3	4	6
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	2	3	4	6
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	2	3	4	6
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	2	3	4	6
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	2	3	4	6
е. Інгаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	2	3	4	6
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	2	3	4	6
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	2	3	4	6
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	2	3	4	6
и. Інші речовини – які конкретно:	0	2	3	4	6

Якщо в кожному з пунктів 2-го запитання відмічено «Ніколи» – продовжуйте з 6-го питання.

Якщо будь-яка з речовин, перерахованих в 2-му запитанні, вживалася в попередні три місяці, – продовжуйте відповідати на 3, 4, 5 запитання для кожної з відмічених речовин.

Питання № 3

За останні три місяці, як часто Ви відчували надмірно сильний потяг	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз на тиждень	Щодня або

спожити речовину (Перша речовина, друга та інші)?					майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	3	4	5	6
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	3	4	5	6
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	3	4	5	6
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	3	4	5	6
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	3	4	5	6
е. Інгаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	3	4	5	6
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	3	4	5	6
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	3	4	5	6
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	3	4	5	6
и. Інші речовини – які конкретно:	0	3	4	5	6

Запитання № 4

За останні три місяці, як часто вживання Вами речовини призводило до проблем зі здоров'ям, із людьми, які Вас оточують, із законом або фінансами?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	4	5	6	7
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	4	5	6	7
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	4	5	6	7
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	4	5	6	7
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	4	5	6	7
е. Інгаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	4	5	6	7
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	4	5	6	7
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	4	5	6	7

з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	4	5	6	7
и. Інші речовини – які конкретно:	0	4	5	6	7

Запитання № 5

За останні три місяці як часто Вам не вдавалося зробити те, що зазвичай Ви робите, через вживання речовин (Перша речовина, друга та інші)	Ніколи	1 раз або двічі	Раз місяць	Раз на тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	5	6	7	8
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	5	6	7	8
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	5	6	7	8
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	5	6	7	8
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	5	6	7	8
е. Інгаланти (клеї, бензин, нітросполучення та інші)	0	5	6	7	8
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	5	6	7	8
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	5	6	7	8
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	5	6	7	8
и. Інші речовини – які конкретно:	0	5	6	7	8

Поставте 6 і 7 запитання відносно кожної речовини, відміченої в 1-му запитанні

Запитання № 6

Чи висловлював будь-хто з Ваших друзів або родичів побоювання з приводу вживання Вами речовин (Перша речовина, друга та інші)?	Ні, ніколи	Так, за останні три місяці	Так, та не за останні три місяці
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	6	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	6	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	6	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	6	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	6	3

Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб.

е. Інґаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	6	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	6	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	6	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	6	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	6	3

Запитання № 7

Чи бували у Вас будь-коли невдалі спроби контролювати вживання, знизити дозу або зовсім припинити вживання речовини (Перша речовина, друга та інші)?	Ні, ніколи	Так, за останні три місяці	Так, та не за останні три місяці
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	6	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	6	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	6	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	6	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	6	3
е. Інґаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	6	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	6	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	6	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	6	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	6	3

Запитання № 8

	Ні, ніколи	Так, за останні 3 місяці	Так, не за останні три місяці
Чи вводили Ви будь-коли собі наркотики ін'єкційно? (БЕЗ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРЯ)	0	2	1

Примітка: Пацієнтки, які вводили собі наркотики ін'єкційно за останні три місяці, мають бути опитані про частоту і дозування ін'єкцій протягом цього періоду для визначення групи ризику

Частота ін'єкцій	Тип інтервенції
Раз на тиждень або рідше або менш ніж три дні поспіль	Коротка профілактична інтервенція, включаючи роботу з «бланком ін'єкційного ризику»
Частіше ніж раз на тиждень або три і більше днів поспіль	Подальший аналіз міри uzалежнення та інтенсивності лікування з лікарем-наркологом*

Як визначається міра uzалежнення від певної наркотичної речовини?

Для кожної наркотичної речовини (від а. до и.) підсумовуйте бали, отримані за запитаннями 2, 3, 4, 5, 6, 7 (перше і восьме запитання в цей підрахунок не включаються). Наприклад, набрані бали для канабіса підраховуються так: $B2в + B3в + B4в + B5в + B6в + B7в =$

Примітка: у 5-му запитанні бали для тютюнових виробів не підраховувалися, т. ч. підрахунок буде таким: $B2а + B3а + B4а + B6а + B7а$.

Тип інтервенції визначається ступенем uzалежнення пацієнта від певної наркотичної речовини

	Кількість набраних балів	Інтервенції не потребує	Потребує короткострокової інтервенції	Потребує інтенсивнішої терапії
а. Тютюн		0 - 3	4 - 26	27 +
б. Алкоголь		0 - 10	11 - 26	27 +
в. Канабіс		0 - 3	4 - 26	27 +
г. Кокаїн		0 - 3	4 - 26	27 +
д. Амфетаміни		0 - 3	4 - 26	27 +
е. Інгаланти		0 - 3	4 - 26	27 +
є. Заспокійливі		0 - 3	4 - 26	27 +
ж. Галюциногени		0 - 3	4 - 26	27 +
з. Опіати		0 - 3	4 - 26	27 +
і. Інші речовини		0 - 3	4 - 26	27 +

Примітка: *Подальший аналіз міри uzалежнення і більш інтенсивне лікування можуть бути здійснені лікарем-наркологом.

Б. Бланк відповідей пацієнта

Бланк відповідей – психоактивні речовини

а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)
б. Алкогольні напої (пиво, вино, горілка та інші)
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)
е. Інгаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)

ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)

з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)

и. Інші речовини – які конкретно:

Бланк відповідей (запитання 2 - 5)

Ніколи: не вживала / вживав за останні 3 місяці

Один раз або двічі: 1 або 2 рази за останні 3 місяці

Щомісячно: від 1 до 3 разів на місяць

Щотижня: від 1 до 4 разів на тиждень

Щодня або майже щодня: 5 - 7 разів на тиждень

Бланк відповідей (питання 6 - 8)

Ні, ніколи

Так. Але не за останні 3 місяці

Так. Протягом останніх 3 місяців

В. Бланк зворотного зв'язку пацієнта

П.І.Б.: _____

Дата

Міра uzалежнення від психоактивної речовини

Психоактивна речовина	Бали	Міра ризику
а. Тютюн	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока
б. Алкоголь	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока
в. Канабіс	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока
г. Кокаїн	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока
д. Амфетаміни	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока
е. Інгаланти	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока
є. Заспокійливі	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока
ж. Галюциногени	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока

з. Опіати	0 - 4 - 26 27 +	низька середня висока
и. Інші речовини	0 - 3 4 - 26 27 +	низька середня висока

Що означають Ваші бали?

Низькі	-	Ризик для здоров'я (та інших проблем) від вживання Вами психоактивних речовин – незначний
Середні	-	Ви ризикуєте здоров'ям (і появою інших проблем) через вживання Вами психоактивних речовин
Високі	-	Ви – у групі високого ризику і маєте сформоване uzалежнення та безліч серйозних проблем (із здоров'ям, людьми, які Вас оточують, фінансами, законом та ін.) через вживання наркотиків.

Чи стурбовані Ви через вживання Вами психоактивних речовин?

а. тютюн	Ризик появи у Вас наведених нижче ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Куріння тютюнових виробів пов'язане з:	(позначте)		
Передчасним старінням, зморшкуватою шкірою				
Інфекційними захворюваннями дихальних шляхів та астми				
Підвищеним тиском та діабетом				
Інфекційними захворюваннями дихальних шляхів, алергії та астми у дітей курця				
Викиднями, передчасними пологами, низькою вагою новонароджених в тих жінок, які курять під час вагітності				
Хворобою нирок				
Хронічними обструктивними захворюваннями легенів				
Хворобами серця, інсультами, захворюваннями судин				
Хворобами серця, інсультами, захворюваннями судин				
Онкологічними захворюваннями				
б. алкоголь	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне зловживання алкоголем пов'язане з:	(позначте)		
Похміллям, агресивною і запальною поведінкою, нещасними випадками і травмами				
Зниженням сексуальної потенції, передчасним старінням				
Проблемами із травленням, виразками, запаленням підшлункової залози, високим тиском крові				
Тривогою і депресією, самогубством, порушенням спілкування, фінансовими і професійними проблемами				
Погіршенням пам'яті і здатності вирішувати життєві проблеми				

Захворюваннями мозку новонароджених у жінок, які вживають алкоголь під час вагітності
Інсультами, поступовим пошкодженням мозку, м'язовими і нервовими розладами
Хворобами печінки і підшлункової залози
Онкологічними захворюваннями

Відповідно до наказу Інструкції про профілактичний наркологічний огляд та його обов'язкові обсяги, затвердженої наказом МОЗ України від 28 листопада 1997 року, зареєстрованого в Мін'юсті України від 11 грудня 1997 року за № 586/2390 одна стандартна доза алкоголю приблизно дорівнює 10 г абсолютного етилового спирту, тобто 1 стандартна доза містить: 330 мл пива, 100 мл вина, 25 мл горілки чи коньяку.

в. канабіс	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання препаратів конопель пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями уваги та мотивації				
Тривогою, маревними розладами, панікою, депресією				
Погіршенням запам'ятовування і здатності вирішувати життєві проблеми				
Підвищенням тиску крові				
Астмою, бронхітом				
Психозами у разі схильності до шизофренії				
Хворобами серця і хронічними обструктивними захворюваннями легенів				
Онкологічними захворюваннями				
г. кокаїн	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання кокаїну пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями сну, серцебиттям, головним болем, зниженням ваги				
Відчуттям оніміння кінцівок, липкої шкіри, розчосами та подряпинами				
Нещасними випадками і травмами, фінансовими проблемами				
Порушеннями мислення				
Коливаннями настрою – тривогою, депресією або манією				
Агресивністю і мареннями				
Виразеним потягом до наркотика, хронічним стресом				
Психозами унаслідок вживання високих доз				
Раптовою смертю внаслідок захворювань серця				
д. амфетаміни	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання амфетамінів пов'язане з:	(позначте)		

Порушеннями сну, втратою апетиту і зниженням ваги, зневодненням				
Судомами м'язів обличчя, головним болем, біллю в м'язах				
Коливаннями настрою – тривогою, депресією, збудженням, манією, панікою, параноєю				
Тремтінням в тілі, порушенням ритму серця, задухою				
Нападами люті та агресії				
Психозами унаслідок вживання високих доз				
Постійним пошкодженням мозкових клітин				
Хворобами печінки, мозковими кровотечами, інколи – раптовою смертю (екстазі)				
е. інгальянти	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання інгальянтів пов'язане з:	(позначте)		
Запамороченнями і галюцинаціями, постійною сонливістю, порушенням орієнтування, погіршенням зору				
Симптомами застуди, синуситами, носовими кровотечами				
Порушеннями травлення, виразками шлунку				
Нещасними випадками та травмами				
Втратою пам'яті, затьмаренням свідомості, депресіями, агресивністю				
Порушеннями координації, сповільненою реакцією, гіпоксією				
Деліріозними розладами свідомості, судомами, комою, пошкодженнями внутрішніх органів (серця, легень, печінки, нирок)				
Смертю від серцевої недостатності				
є. заспокійливі	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання седативних пов'язане з:	(позначте)		
Постійною сонливістю, запамороченнями і затьмареннями свідомості				
Послабленням концентрації уваги і запам'ятовування				
Нудотою, головним болем, нестійкою ходою				
Порушеннями сну				
Тривогою і депресією				
Швидким зростанням толерантності і появою uzалежнення незабаром після початку вживання				
Важкою абстиненцією				
Передозуванням і смертю в разі одночасного вживання з алкоголем, опіатами або іншими заспокійливими засобами.				
ж. галюциногени	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий

	Регулярне вживання галюциногенів пов'язане з:	(позначте)		
Галюцинаціями (приємними або неприємними) – зоровими, звуковими, тактильними, сенсорними				
Порушеннями сну				
Нудотою і блюванням				
Прискоренням серцебиття і підвищенням тиску крові				
Коливаннями настрою				
Тривогою, панікою, маревними розладами				
Нав'язливими спогадами				
Погіршенням перебігу психічних розладів				
з. опіати	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання опіатів пов'язане з:	(позначте)		
Нудотою і блюванням, свербінням шкіри				
Сонливістю				
Закрепами, захворюваннями зубів				
Погіршенням концентрації уваги і запам'ятовуванням				
Зниженням сексуального потягу, імпотенцією				
Порушеннями міжособового спілкування				
Фінансовими і професійними проблемами, порушень закону				
Швидким зростанням толерантності і появою uzалежнення, важкою абстиненцією				
Передозуванням і смертю від дихальної недостатності				

Г. Бланк ін'єкційного ризику

Інформація для пацієнта

Введення наркотиків в ін'єкціях значно підсилює шкоду, що наносить організму їх вживання. Ця шкода надходить через:

Наркотичну речовину:

при ін'єкційному шляху прийому наркотику значно зростають шанси виникнення uzалежнення;

якщо Ви вводите амфетаміни або кокаїн – значно зростають шанси розвитку психозу;

якщо Ви вводите героїн або інші седативні – значно зростають шанси передозування;

Процес ін'єкції:

роблячи ін'єкції, Ви пошкоджуєте свою шкіру і вени, інфікуєте їх;

ін'єкції призводять до формування рубців і шрамів, синців, набряків, абсцесів і виразок;

вени втрачають еластичність і починають спадатися;
ін'єкції наркотика в судини шиї призводять до інсульту;
Спільне використання засобів для ін'єкцій:

У разі спільного використання голки і шприців (а також ложок, фільтрів та ін.) зростає загроза захворювання і поширення таких вірусних інфекцій, як Гепатит В, Гепатит С і ВІЛ.

Аби уникнути означених вище ускладнень – краще взагалі ніколи не робити ін'єкцій

Якщо Ви все ж таки вживаєте наркотики в ін'єкціях:

використовуйте завжди чисте (стерильне) устаткування (наприклад, голки і шприци, ложки, фільтри та ін.);

використовуйте завжди лише нові голки і шприци;

використовуйте лише своє особисте обладнання для приготування наркотику і ін'єкцій, ні з ким його не поділяйте;

місце приготування і введення наркотику має бути завжди чистим;

ретельно мийте свої руки;

обробляйте місце ін'єкції;

кожного разу змінюйте місце ін'єкції;

робіть ін'єкції повільно;

використані голки і шприци кладіть в окремий контейнер і викидайте їх в призначених місцях.

Якщо Ви вживаєте стимулятори (амфетаміни або кокаїн) – такі кроки знизять ризик розвитку у вас психозу:

уникайте ін'єкцій і паління наркотику;

уникайте щоденного вживання наркотику;

Якщо Ви вживаєте наркотики-депресанти (наприклад, героїн) – такі кроки знизять ризик розвитку у вас передозування:

уникайте паралельного вживання інших наркотиків, особливо седативних або алкоголю;

використовуйте невелику кількість наркотику, завжди робіть «пробу» нового наркотику;

намагайтеся, аби поруч завжди хтось знаходився під час ін'єкції;

уникайте ін'єкцій в таких місцях, де Вас буде важко знайти в разі передозування;

завжди тримайте при собі телефонні номери «Швидкої допомоги».

* Усі спеціалісти, залучені до проведення скринінгу, мають пройти відповідне навчання для забезпечення ефективності скринінгової програми.

Опитувальник DSM-5 розладів вживання психоактивних речовин (ПАР)

(адаптовано з «Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.»)

Розлад вживання ПАР: проблемний патерн уживання ПАР, що призводить до клінічно значущих порушень або дистресу, які виявляються щонайменше двома з поданих нижче ознак упродовж 12-місячного періоду:

1. ПАР часто вживають у більших кількостях або впродовж тривалішого періоду, аніж було у намірах.

2. Стійке бажання або невдалі спроби зменшити чи контролювати вживання ПАР.

3. Значна частина часу витрачається на дії, необхідні, щоб отримати ПАР, вживати ПАР або відновлюватися після її впливу.

4. Непереборний потяг або сильне бажання чи внутрішнє спонукання до вживання ПАР.

5. Повторюване вживання ПАР, що призводить до невиконання основних рольових зобов'язань на роботі, у навчанні або вдома.

6. Продовження вживання ПАР, попри постійні чи періодичні соціальні чи міжособистісні проблеми, спричинені або загострені впливом ПАР.

7. Зменшення участі у важливих соціальних, професійних та рекреаційних заходах через вживання ПАР або відмова від них.

8. Повторюване вживання ПАР у ситуаціях, які становлять фізичну загрозу.

9. Вживання ПАР продовжується, попри усвідомлення постійної або повторювальної фізичної чи психологічної проблеми, яку, імовірно, спричинила або загостила ПАР.

10. Зростання толерантності, яку визначає будь-яка з таких ознак:

а. Потреба у помітно більшій кількості ПАР для досягнення сп'яніння чи бажаного ефекту.

б. Помітне зменшення впливу ПАР у разі продовження вживання тієї самої її кількості.

11. Синдром відміни, який визначає будь-яка з таких ознак

а. Характерний синдром відміни для цієї ПАР.

б. Щоб полегшити або уникнути симптомів відміни, вживають ту ж саму або близьку ПАР.

Стан важкості:

Легкий: наявність 2-3 симптомів.

Помірний: наявність 4-5 симптомів.

Важкий: наявність 6 або більше симптомів.

Опитувальник DSM-5 розладу азартної поведінки

(адаптовано з «Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.»)

Розлад азартної поведінки: стійка та повторювана проблемна азартна поведінка, що призводить до клінічно значущого погіршення або дистресу, на який вказує сама особа і який має чотири (або більше) з таких ознак упродовж 12-місячного періоду:

1. Потреба грати в азартні ігри зі зростанням грошових ставок, аби досягти бажаного збудження.
2. Неспокій або дратівливість у разі спроб зменшити або припинити грати.
3. Неодноразові безуспішні зусилля, щоб контролювати, зменшити чи припинити грати.
4. Надмірна перейнятість грою (наприклад, постійні думки про повторне переживання минулого досвіду гри, зважування шансів на виграш чи планування наступної ігрової авантюри, обмірковування способів, як отримати гроші для гри).
5. Потреба часто грати в азартні ігри під час переживання дистресу (наприклад, безпорадності, провини, тривоги, пригніченості).
6. Часті спроби відігратися іншого дня після програшу (надолужити/повернути втрачене).
7. Брехня, щоб приховати ступінь залученості в азартні ігри.
8. Загроза втратити або втрата важливих стосунків, роботи або освітньої чи кар'єрної можливості через азартні ігри.
9. Сподівання отримати гроші від інших осіб, щоб розв'язати фінансові проблеми, спричинені азартними іграми.

Стан важкості:

Легкий: відповідність 4-5 критеріям.

Помірний: відповідність 6-7 критеріям.

Важкий: відповідність 8-9 критеріям.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, чекаючи на прийом лікаря. Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальноомедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

- 3 Постійно.
- 2 Велику частину часу.
- 1 Час від часу і не так часто.
- 0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

- 3 Зовсім не відчуваю.
- 2 Дуже рідко.
- 1 Іноді.
- 0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише зрідка це так.
- 3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

- 3 Практично весь час.
- 2 Часто.
- 1 Іноді.
- 0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

- 0 Зовсім не відчуваю.
- 1 Іноді.
- 2 Часто.
- 3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

- 3 Безумовно це так.
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
- 1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
- 0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

- 3 Безумовно це так.
- 2 Напевно, це так.
- 1 Лише в деякій мірі це так.
- 0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

- 0 Точно так само, як і зазвичай.
- 1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
- 2 Значно менше, ніж зазвичай.
- 3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

- 3 Дуже часто.
- 2 Досить часто.
- 1 Не так уже часто.
- 0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

- 0 Часто.
- 1 Іноді.
- 2 Рідко.
- 3 Дуже рідко.

«Ключ»

Субшкала Т –«тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д –«депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: «тривога» (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Опитувальник симптомів ПТСР PCL-5

(адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.)

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця:

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові щодо близької людини)	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
5	1 Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
6	1 Те, що ви дуже ризикуете або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
7	1 Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
8	1 Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
9	1 Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
0	2 Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Бали:

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання. _____

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання. _____

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання. _____

Критерій E, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання. _____

Загальна кількість балів: _____

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

Підрахунок за кластерами симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та E.

Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Старков Денис Юрійович, кандидат психологічних наук, сертифікований психотерапевт з напряму транзакційний аналіз (СТА-р-ЕАТА), навчаючий тренер та супервізор з напряму психотерапії uzалежнення Української спілки психотерапевтів, майстер соціальної роботи, президент Українського інституту практичної адиктології, досвід роботи з uzалежненням з 2009 року

Максимова Наталія Юріївна, доктор психологічних наук, професор, провідний науковий співробітник лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, досвід роботи з uzалежненням з 1992 року

Ахмеров Олександр Юрійович, кандидат фізико-математичних наук, психолог, доцент кафедри психології Одеського національного університету імені І.І. Мечникова, психоаналітик, президент МБО РЦ «Сходи», досвід роботи з uzалежненням з 1990 року

Жидко Максим Євгенович, кандидат психологічних наук, доцент, декан гуманітарно-правового факультету Національного аерокосмічного університету ім. М.Є. Жуковського «ХАІ», член Єдиного професійного реєстру психотерапевтів Європи, досвід роботи з uzалежненням з 2001 року

Фітькало Олег Степанович, кандидат медичних наук, лікар-нарколог вищої категорії МОЗ України, доцент кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького, психіатр, психотерапевт, досвід роботи з uzалежненням з 2005 року

Михайлів Світлана Вікторівна, PhD (0.53: психологія), сертифікований психотерапевт (ЕАР) з напряму психоаналіз, навчаючий ко-терапевт у напрямі психотерапії uzалежнення, досвід роботи з uzалежненням з 2006 року

Тітяєв Володимир Миколайович, кандидат психологічних наук, доцент, професійний сертифікований коуч ICF, досвід роботи з uzалежненням з 2018 року

Седих Сергій Миколайович, психолог, экс-директор РЦ «Новий поворот», навчаючий терапевт Інституту психотерапії залежностей (м. Полтава), досвід роботи з uzалежненням з 1986 року

Тимошенко Олександр Володимирович, практичний психолог, досвід роботи з uzалежненням з 1998 року.

Іванов Володимир Олександрович, медичний психолог, сертифікований психотерапевт, навчаючий тренер та супервізор з напряму гештальт-терапії, майстер соціальної роботи, засновник РЦ «Сенс», досвід роботи з узалежненням з 2000 року

Безсмертний Юрій Михайлович, психолог, віце-президент УАЕКТ, екзистенційний консультант, майстер соціальної роботи, керівник РЦ «Сенс», досвід роботи з узалежненням з 2004 року.

Олійник Вікторія Миколаївна, практичний психолог, досвід роботи з узалежненням з 2015 року

Марнауз Ганна Леонідівна, психолог, сертифікований психотерапевт в напрямі позитивної психотерапії, досвід роботи з узалежненням з 2016 року

Осипян Артем Левович, психолог, національний тренер з психічного здоров'я (mhGAP), досвід роботи з узалежненням з 2017 року

Третьяк Юлія Анатоліївна, практичний психолог, досвід роботи з узалежненням з 2018 року

Єнчева Надія Юріївна, практичний психолог, досвід роботи з узалежненням з 2019 року.

Наукове видання

Старков Денис Юрійович
Максимова Наталія Юріївна
Ахмеров Олександр Юрійович
Жидко Максим Євгенович
Фітькало Олег Степанович
Михайлів Світлана Вікторівна
Тітяєв Володимир Миколайович
Седих Сергій Миколайович
Тимошенко Олександр Володимирович
Іванов Володимир Олександрович
Безсмертний Юрій Михайлович
Олійник Вікторія Миколаївна
Марнауз Ганна Леонідівна
Осипян Артем Левович
Третьяк Юлія Анатоліївна
Єнчева Надія Юріївна

ОРГАНІЗАЦІЯ
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ

науково-методичний посібник

Підп. до друку 11.09.2023. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 39,53. Зам. № 1109-23.
Наклад 100 прим.

Видавець і виготовлювач ТОВ «7БЦ»
03067, м. Київ, вул. Олексі Тихого, 84
e-mail: 7bc@ukr.net, тел: (044) 592-00-80
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК №5329 від 11.04.2017