**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ сучасних методів соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин**

**1.1. Теоретико-методологічні засади функціонування мотивації адиктів в процесі реабілітації**

Розкрито зміст поняття соціальнопсихологічної реабілітації хімічних адиктів та основних її моделей, проаналізовано теорії мотивації до вживання та до терапії, наведено основні підходи до мотиваційної роботи, побудовано власну теоретичну модель розвитку узалежнення.

Низький рівень мотивації до відмови від вживання психоактивних речовин та до терапії узалежнення у адиктів можна розглядати в рамках концепції хвороби та в рамках концепції здоров’я.

У концепції хвороби проблеми мотивації адиктів розглядаються через феномен анозогнозії, механізми якого представлено в рамках клініко-біологічного, патопсихологічного та клініко-психологічного підходів (Ю. Рибакова, Е. Трифонова, А. Яровинська).

У концепції здоров’я розглядається поступовий санологічний процес розвитку мотивації відмови від вживання та до терапії (Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. Ді Клементе, В. Ялтонскьий).

Сучасні моделі мотиваційної роботи базуються на гуманістичному підході, основними представниками серед яких є моделі мотиваційного інтерв’ювання (В. Мілер, С. Ролнік), систематичного мотиваційного консультування (W. Cox, E. Klinger), позитивних змін (Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. Ді Клементе).

В самому процесі комплексної терапії узалежнень реабілітація є одним з провідних її напрямків. H. Graham виділила три основні парадигми реабілітації, – одужання, утримання, ризиків. Т. Дудко поділив систему основних принципів реабілітації в наркології на три групи:

1) об’єктні (особистісні, властиві виключно хворому) – згода, відповідальність, відмова від вживання, аксиологічність, 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.

У західному підході H. Graham ввела наступні принципи:

1) мінімізація шкоди;

2) підхід «здоров'я населення»;

3) континуум типів послуг;

4) участь споживачів психоактивних речовин;

5) самовизначення споживачів пасихоактивних речовини;

6) доказова практика та політика;

7) партнерство та співпраця;

8) принцип кроскультуральності.

Можна побачити одну з основних відмінностей між підходами пострадянського сектору (включаючи Україну) та західного: у пострадянського сектору головна мета – це повне припинення вживання, у західному – зменшення шкоди (де повне припинення вживання може бути окремим випадком).

Більшість авторів схиляються до необхідності етапності реабілітаційного процесу (Т. Дудко, Т. Агібалова, С. Кулаков). Неоднозначною та заплутаною є ситуація з наповненням самого реабілітаційного процесу, яке може бути досить різноманітним.

З одного боку, існує велика кількість реабілітаційних технологій (медичних, психотерапевтичних, соціально-педагогічних, духовно-орієнтованих), багато з яких довели свою ефективність.

З іншого боку, не розроблено ні теоретичної системи, що інтегрує всі ці технології, ні методології, за якою можна рекомендувати відповідні технології відповідним групам клієнтів.

Це є прямим наслідком відсутності системної метатеорії узалежнень, яка б інтегрувала у собі основні теорії узалежнень. Тому створення такої інтегративної метатеорії узалежнень обумовлено не тільки науковим інтересом, але й край нагальною практичною актуальністю.

 В той же час всі основні теорії хімічної адикції, що представлено в сучасній науковій думці, розроблено в рамках чотирьох парадигм – нейроцентричної, когнітивно-поведінкової, гуманістично-екзистенційної та психодинамічної.

В п’ятій системній парадигмі на сьогодні поки відбувається тільки етап становлення теоретичного розгляду адикцій.

В рамках кожної з чотирьох парадигм можна виділити три кластери теорій, що умовно відповідають трьом основним концепціям адикції: концепції хвороби – специфічне адиктивне патопсихічне новоутворення; концепції самолікування – адиктивна поведінка як спроба подолати інші психічні проблеми або їх симптом; концепції прийняття рішень – адиктивна поведінка як наслідок проблем в системі свідомої регуляції психіки (M. Lewis).

В нейроцентричній парадигмі до першого кластеру відносяться моделі підтримуючого процесу (J. Stewart), участі фактору транскрипції ∆fos (E. Nestler), «глутаматна модель» (G. Koob) та інші нейробіологічні моделі позитивного підкріплення (R. Wise, J. Jaffe).

Другий кластер представляють нейробіологічні теорії, що розглядають узалежнення через «негативне підкріплення»: модель протилежних процесів (R. Solomon, J. Corbit), модель нейрональної конкуруючої мотивації та задіяння системи антивинагороди (G. Koob, M. Le Moal), модель компенсаторних реакцій (S. Siegel), модель виснаження синтезу «нейромедіаторів задоволення» та приглушення задоволення через активність фактору транскрипції CREB (S. McPherson), модель адиктивної ангедонії через рецепторну адаптацію, зокрема зменшення кількості D2 дофамінових рецепторів(N. Volkow), модель «обсесивного крейвінгу» (R. Ciccocioppo, N. Volkow, B. Everitt) та інші.

В третій кластер входять теорії, що пов’язують адикції з дисфункцією кортикальних зон та «великих» нейронних мереж (executive, default та salience networks), що на психологічному рівні відповідає спотворенню когнітивних процесів та функціонування свідомості (N. Volkov, R. Goldstein, M. Lewis, T. Chung, A. Zilverstand, Ж. Брюер).

Аналогічним чином сукупність теорій когнітивно-поведінкової парадигми також можна систематизувати в три кластери. Першій кластер 8 представляють теорії позитивного оперантного обумовлення (R. Wise, J. Orford), когнітивно-збуджувальна теорія (A. Ludwig, A. Wikler), модель очікування (G. Marlatt), модель подвійного впливу (T. Baker) та інші. Другий кластер теорій, що відповідають концепції самолікування, представляють модель негативного класичного обумовлення (A. Wikler, A. Ludwig, C. O’Brien), теорія свідомої мотивації до вживання W. Cox та E. Klinger, моделі вживання внаслідок стресу (Є. Харченко), моделі якості життя (J. Foster) ті інші.

 В третій кластер когнітивно-поведінкових теорій узалежнення входять моделі, що пов’язано зі зниженням функціонування системи психічної регуляції: модель афективної переробки негативного підкріплення (T. Baker), модель когнітивного процесінгу (S. Tiffany), модель пікоекономіки (H. Rachlin, J. Orford), моделі дефіциту системи прийняття рішень (B. Adinoff, A. Redish), моделі дефіциту копінгів (D. Kavanagh, R. Lazarus, Н. Сирота, Є. Пшук, В. Луньов).

В гуманістично-екзистенційній парадигмі першій кластер представляють теорії, що розглядають узалежнення через формування системи адиктивних цінностей та/або потреб (Б. Зейгарник, С. Бондирева, В. Зав’ялов, Б. Братусь). Кластер, що відповідає концепції самолікування, представляють теорії, які розглядають адиктивну поведінку як наслідок депривації «здорових» потреб, цінностей та змістів (Е. Фромм, К. Роджерс, Г. Олпорт, В. Франкл, І. Ялом, С. Самикіна).

До третього кластеру можна віднести теорії, що розглядають узалежнення в контексті загального зниження особистості – інфантилізм, егоцентризм, ціннісне сплощення та ін. (С. Самикіна, П. Шабанов, Б. Братусь, І. Кудрявцев, А. Маслоу, Т. Дмитрієва, Ц. Короленко, Е. Ейдемілер, О. Кондрат’єва).

В психодинамічній парадигмі до першого кластеру можна віднести теорію задоволення від вживання як від своєрідного сексуального оргазму (Ш. Радо), теорію адикції як символічної мастурбації (З. Фройд), теорію регресу на оральну або пренатальну стадію відношень (З. Фройд, Р. Севіт, Е. Зімель), теорії адикції як побудови своєрідного специфічного зв’язку з ідеальним об’єктом (Д. Шарф, Г. Кристал).

Другий кластер представляє група теорій, які розглядають узалежнення як спробу компенсувати внутрішні конфлікти та травми або як їх проявлення в якості саморуйнівної поведінки (Ш. Радо, К. Меннингер, Г. Розенфельд, Е. Ханзян, О. Фенихель, Г. Кристал, Х. Кохут). Остання група психодинамічних теорій узалежнення пов’язують адиктивну поведінку зі слабкістю Его (Г. Розенфельд, Е. Ханзян, Р. Севіт).

Засновуючись на проведеному системному аналізі існуючих теоретичних моделей адикцій представлено авторську «3+2» векторну модель узалежнень, де процес розвитку адикції можна описати за трьома психологічними векторами (вектор розвитку внутрішніх конфліктів, вектор адиктивного розщеплення, вектор зниження рівня функціонування свідомості), одним фізіологічним (в який входять класичні наркологічні синдроми та нейропсихічні прояви постабстинентного синдрому, психоорганічного синдрому, нейробіологічні механізми крейвінгу) та одним соціальним вектором (в якому враховується вплив оточуючої соціальної системи та рівень соціальних навичок особистості).

Хоча розвиток узалежнення за всіма цими векторами взаємопов’язаний, однак за кожен з них відповідають незалежні механізми, серед яких для трьох психологічних векторів можна виділити наступні.

1. У розвитку узалежнення по вектору внутрішніх конфліктів послідовно приймають участь механізми

а) зниження рівня емоційної регуляції;

б) підсилення вже існуючих внутрішніх конфліктів;

в) інтроекція зовнішніх міжособистісних конфліктів;

г) розвинення почуттів невротичної провини та сорому внаслідок вживання;

д) психічна травматизація негативними наслідками зловживання.

2. Розвиток узалежнення за вектором адиктивного розщеплення особистості на «нормативне Я» та «адиктивне Я» відбувається через:

а) адиктивну готовність особистості (Н. Максимова);

б) механізм фіксованої уяви (О. Фільц, К. Седих, С. Міхайлів), який відповідає за адиктивне розщеплення особистості на довербальному рівні потреб;

в) механізм утворення адиктивного симулякру через адиктивну фантазійну діяльність (власна концепція), який відповідає за адиктивне розщеплення особистості на вербальному рівні свідомих цінностей;

г) декомпенсацію «нормативного Я».

3. У розвитку узалежнення за вектором зниження функціонування свідомості послідовно приймають участь:

а) механізм когнітивного дисонансу (Л. Фестінгер);

б) механізм ілюзорно-компенсаторної діяльності (Б. Братусь);

 в) механізм розвитку вивченого безсилля (М. Салігман);

г) нейробіологічні механізми розвитку дисфункції кори та пригнічення її діяльності через ПТСР-подібні психічні стани.

Для легких форм адиктивної поведінки провідними може бути будь-який з цих п’яти векторів, однак для важких форм хімічного узалежнення провідним вектором є девальвація функцій свідомості та відповідне зниження рівня функціонування особистості.

Головним висновком з домінування вектору зниження функціонування свідомості для психотерапії хімічних узалежнень є те, що психотерапія набуває послідовності етапів з принципово різними стилями роботи та задіянням принципово різних концептуальних моделей: на першому етапі психотерапії узалежнень необхідно застосовувати системний підхід, на другому – когнітивно-поведінковий підхід, на третьому – гуманістичноекзистенційний підхід, надалі – психодинамічний підхід.

Узагальнюючим висновком «3+2» векторної моделі є те, що психологічна складова узалежнення розвивається за трьома векторами – вектором психологічних конфліктів, вектором адиктивного розщеплення особистості, вектором зниження функціонування свідомості.

При важких формах хімічного узалежнення вектор зниження функціонування свідомості є провідним. Зміни в процесі психотерапії узалежнення повинні відбуватися в зворотному напрямку відновлення функціонування свідомості та особистості загалом.

Виявлено п’ять векторів розвитку узалежнення: 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) проекція внутрішніх / інтроекція зовнішніх конфліктів;

г) почуття провини та сорому;

д) психічна травматизація. Мотивація до вживання обумовлена прагненням позбутися негативних афектів.

Вектор адиктивного розщеплення:

а) адиктивна готовність (Н. Максимова);

б) фіксована уява (О. Фільц 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 (Л. Фестінгер);

 б) ілюзорно-компенсаторна діяльність (Б. Братусь);

в) вивчене безсилля (М. Салігман);

г) ПТСР-подібні психічні стани. Мотивація до вживання обумовлена зниженням функцій свідомості та зміною структури організації мотиваційної сфери.

**1.2. Реабілітація як процес відновлення фізичного, психічного й духовного здоров’я особистості**

Пошук нових підходів до реабілітації наркозалежних осіб – це одне з важливіших державних завдань у сфері соціальної політики та охорони здоров’я.

Реабілітація наркозалежних осіб як процес відновлення їх фізичного, психічного й духовного здоров’я має забезпечити надання цим особам можливості поновити свій особистісний та соціальний статус, бути реінтегрованими у суспільство.

Головною метою реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, є стійка ремісія як повне утримання від вживання наркотиків, що може визначатися як суб’єктивними (особистісними) так і об’єктивними (нейробіологічними) факторами. Визначено, що оскільки проблема виникнення наркоманії, алкоголізму, ігроманії, залежності від комп’ютерних ігор та інших форм адиктивної поведінки є медичною, соціальною, морально-етичною та психологічною, то її розгляд потребує комплексного підходу.

Адиктивну поведінку визначено як таку, що характеризується наявністю непереборної потреби у зміні свого психічного стану за допомогою адиктивного агенту. Аналіз наукової літератури дав змогу визначити основні фактори формування адиктивної поведінки, а саме біологічні, соціальні, психологічні.

Визначено основні форми допомоги залежним, такі як детоксикація, лікарські консультації, замісна підтримувальна терапія, амбулаторні реабілітаційні програми, стаціонарні реабілітаційні програми, терапевтичні спільноти, стаціонарні програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації.

Реабілітація залежних може бути розглянута як сукупність різних за формою, напрямом і сферою застосування видів допомоги залежним, зокрема медичної, медико-соціальної, соціальної та психолого-педагогічної.

Головною метою реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, є стійка ремісія як повне утримання від вживання наркотиків, що може визначатися як суб’єктивними (особистісними), так і об’єктивними (нейробіологічними) факторами.

Виявлено найбільш перспективні моделі реабілітації наркозалежних осіб та розглянуто їх ключові особливості. Отже, ними є модель терапевтичних співтовариств (групи взаємодопомоги), Міннесотська модель лікування залежної поведінки, розвиваюча модель Т. Горські, розвиваюча модель Д. Піти.

Визначено, що реабілітація наркозалежних осіб – це тривалий процес, що передбачає не тільки використання наявних моделей допомоги, але й їх подальше вдосконалення, адаптування до сучасних українських реалій.

Аналіз робіт Т. Горські, Л. Завадської, С. Кулакова, В. Міллера, Д. Піти, С. Проценка, І. П’ятницької, М. Рябової, В. Шабаліної, дав змогу дійти висновку, що сьогодні не існує єдиного підходу до реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, а досягнення терапевтичної ремісії визначається кваліфікацією фахівців, вибором методів лікування й тактики соціалізації наркозалежних.

Саме тому вивчення зарубіжного досвіду та розроблення нових підходів до реабілітації та ресоціалізації наркозалежних є актуальним питанням як для українського суспільства, так і для світової спільноти.

Процес виникнення наркоманії, алкоголізму, ігроманії, залежності від комп’ютерних ігор та інших форм адиктивної поведінки є медичною, соціальною, морально-етичною та психологічною проблемою. Вперше термін «адиктивна поведінка» (від англ. “addiction” – «хибна звичка», «пристрасть до чого-небудь», «порочна схильність») було використано В. Міллером.

Адиктивна поведінка визначалась як процес зловживання різними речовинами, що змінюють психічний стан людини (психоактивні речовини, алкоголь, тютюн) і формують залежну поведінку [4, с. 105].

Розуміння поняття «адикція» науковцями В. Міллером та М. Ландрі близьке до розуміння цього поняття науковцем С. Кулаковим, який визначає адиктивну поведінку як таку, що характеризується наявністю фізичної та індивідуальної психологічної залежності [9].

Ц. Короленко підкреслює, що адиктивна поведінка управляє життям людини, робить її безпорадною та позбавляє можливості протидіяти адикціям [8]. Отже, термін «адиктивна поведінка» пов’язаний із терміном «залежність». Аналіз наукової літератури не дав змогу виявити єдиного визначення поняття «психологічна залежність».

В широкому сенсі залежність може розглядатися як внутрішній стан людини, що виявляється в нав’язливому прагненні постійно виконувати певні дії, які ведуть до дисгармонії особистості, хвороб і порушень здоров’я, а також руйнують індивіда [1].

В. Шабаліна визначає залежність як прагнення покладатися на когось або щось задля отримання задоволення від адаптації [13, с. 71]. В Десятому перегляді Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов’язаних зі здоров’ям (МКХ-10) [11], синдром залежності визначається як комплекс фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, за яких вживання психоактивної речовини або класу психоактивних речовин починає посідати більше місце в системі цінностей людини, ніж інші форми поведінки, які раніше були важливішими для неї.

З точки зору психоаналізу, за визначенням М. Рябової, залежність – це латентний суїцид, тобто спроба покінчити із собою, розтягнута в часі, спроба втечі від хвороби, психозу або прагнення подолання внутрішнього протиріччя [12, с. 50].

Сьогодні не існує єдиної класифікації залежностей. Однак деякі науковці [1; 5; 12] класифікують залежності таким чином:

– хімічні залежності: тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія;

– біохімічні залежності: анорексія (відмова від прийому їжі і хвороблива худорба) і булімія (неконтрольоване поглинання їжі);

– нехімічні види залежності: клептоманія, лудомания (залежність від азартних ігор), трудоголізм, шопоголізм, фанатизм, інтернет-залежність, спортивна адикція.

Незважаючи на те, що існує багато видів залежностей, залежна поведінка майже у всіх випадках має деякі спільні ознаки, такі як нав’язливе прагнення до певної поведінки; наростання напруги, якщо є перешкода для здійснення цієї поведінки; тимчасове зняття напруги під час завершення поведінки; циклічність цієї поведінки; специфічність певного патерну поведінки для кожного типу нехімічних адикцій; обумовлення виникнення кожного наступного циклу як внутрішніми, так і зовнішніми причинами; наявність неприємних емоцій на перших циклах подібної поведінки [10].

Наркоманія може бути розглянута як залежність від психоактивних речовин. Відповідно до визначення М. Рябової, психічна залежність від психоактивних речовин – це емоційний стан, що характеризується відчуттям нагальної потреби в психоактивному препараті, пов’язаним з його вживанням, або задля зняття негативних відчуттів, викликаних його зловживанням [12].

Наркоманія належить до хімічних залежностей, що мають специфічні ознаки. Відповідно до Десятого перегляду Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов’язаних зі здоров’ям (МКХ-10) [11], діагностичними критеріями синдрому залежності є сильне бажання або почуття непереборної тяги до прийому психоактивної речовини; труднощі в контролюванні поведінки, пов’язані з прийомом психоактивної речовини; фізіологічний абстинентний стан, що виникає, коли прийом психоактивної речовини припиняється або зменшується; ознаки толерантності, які проявляються в необхідності підвищення доз психоактивної речовини для досягнення попередніх ефектів від її дії; прогресуюче нехтування альтернативними задоволеннями або інтересами через вживання психоактивної речовини; збільшення часу, необхідного для придбання або прийому речовини і відновлення від її ефектів; поглинання вживанням психоактивної речовини, що проявляється в тому, що заради прийому речовини людина повністю або частково відмовляється від важливих альтернативних задоволень та інтересів; триваюче вживання психоактивної речовини всупереч явним ознаками очевидних шкідливих наслідків.

 Одним з індикаторів синдрому залежності є синдром відміни, тобто група симптомів різного поєднання й різного ступеня тяжкості, що виникають під час припинення або зменшення вживання психоактивної речовини, яка приймалась багато разів, як правило, протягом тривалого часу і/або у великих дозах [11].

Синдроми відміни седативних засобів мають багато спільних рис із алкогольним синдромом відміни, але можуть також включати м’язові болі й судоми, спотворення сприйняття і порушення схеми тіла.

Стан відміни опіоїдів супроводжується ринореєю (виділеннями з носа), сльозотечею, м’язовими болями, ознобом, «гусячою шкірою», а через 24–48 годин – м’язовими судомами й спазмами шлунку (поведінка, спрямована на пошук психоактивної речовини, вельми виражена й триває після того, як фізичні симптоми зникли).

Стан відміни стимуляторів описаний не так чітко, як синдроми відміни депресантів центральної нервової системи; виражена депресія, що супроводжується нездужанням, інертністю і нестійкістю. Усі фактори, що сприяють формуванню й розвитку хвороб залежної поведінки, можна розділити на такі три групи: біологічні, соціальні та психологічні. Вони існують у нерозривному взаємозв’язку.

Біологічні фактори, що сприяють формуванню й розвитку хвороб залежної поведінки, – це генетичні, конституціональні та психобіологічні особливості організму (спадкові, вроджені та набуті захворювання, особливості конституції, перш за все особливості емоційної сфери, ендокринної, нервової систем тощо), тобто проблеми, пов’язані з психічним і фізичним здоров’ям [10].

Соціальні фактори, що сприяють формуванню й розвитку хвороб залежної поведінки, традиційно поділяються на макросоціальні (традиції, звичаї, закони щодо споживання алкоголю та інших наркотичних речовин; нестабільність суспільного розвитку; невизначеність соціальних норм, терпимість до аморальних та антигромадських форм поведінки; позитивне ставлення до тютюну, алкоголю в різних прошарках суспільства; наявність у суспільстві міфів про алкоголіків і наркоманів, відсутність об’єктивної інформації; доступність алкоголю й наркотиків) та мікросоціальні (сімейні фактори (структура, економічне становище, позиції членів сім’ї до вживання психоактивних речовин, культурні, морально-етичні, моральні традиції, за якими відбувається виховний процес, патологічні форми виховання, такі як гіпоопека, гіперопіка, гіперпротекція); вплив соціальних груп (школа, ВНЗ, армія, дворова компанія, «тусовка» тощо)) [10].

Психологічні фактори, що сприяють формуванню і розвитку хвороб залежної поведінки, – це особистісні особливості, що сприяють початку споживання психоактивних речовин і розвитку хвороб патологічної залежності. Насамперед психологічним фактором формування залежної поведінки є різні психопатії та акцентуації особистості (акцентуації епілептоїдного, нестійкого та психастенічного типу), алекситимії (труднощі з визначенням, вербалізацією почуттів).

Також слід звернути увагу на індивідуальні психологічні особливості, що сприяють формуванню залежності, такі як невпевненість у собі, занижена самооцінка, коливання настрою, невисокий рівень інтелекту, неприйняття соціальних норм і цінностей, прагнення протиставити себе суспільству, ігнорування моралі й понять про добро і зло, життєвий цинізм, залежна й аутоагресивна поведінка, життєва незрілість, відсутність самодостатності і несамостійність, несформованість цілей і сенсу життя, нерозвиненість комунікативних та адаптивних умінь; знижене перенесення труднощів повсякденного життя; прихований комплекс неповноцінності; страх перед стійкими емоційними контактами; прагнення говорити неправду; тривожність [10].

Залежність від психоактивних речовин розвивається відповідно до таких етапів [7, с. 8–15]: «точка кристалізації» – етап, який з’являється у зв’язку з переживанням інтенсивної позитивної емоції (або усуненням негативної) за певної дії; становлення адиктивного ритму (адиктивний ритм виражається у встановленні певної послідовності вдавання до засобів адикції); формування адикції як інтегральної частини особистості; повне домінування адиктивної поведінки.

Хімічні залежності інтенсивніше руйнують внутрішні органи й головний мозок людини. Для них характерний більш виражений синдром психічної та фізичної залежності. Як хімічні, так і нехімічні адикції мають свої негативні наслідки, зокрема поширення протиправних дій, високий суїцидальний ризик, серйозні соціальні і фінансові проблеми, психосоматичні проблеми.

Сьогодні в Україні існують такі форми допомоги залежним: детоксикація (в усіх наркологічних закладах), лікарські консультації (в усіх наркологічних закладах), замісна підтримувальна терапія (допомога наркозалежним), амбулаторні реабілітаційні програми, стаціонарні реабілітаційні програми, терапевтичні спільноти, стаціонарні програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації [3].

Частина реабілітаційних програм реалізується громадським сектором і зазвичай формується навколо груп анонімних алкоголіків (АА) або анонімних наркоманів (АН).

Всесвітня організація охорони здоров’я (WHO) визначає реабілітацію наркозалежних як «процес, у результаті якого особа, що вживає наркотичні засоби і психотропні речовини, досягає оптимального стану здоров’я, психологічних функцій і соціального благополуччя. Реабілітація слідує за початковою фазою лікування (яка може включати детоксикацію і медикаментозне і психіатричне лікування)» [17].

Управління ООН із наркотиків і злочинності називає реабілітацію «фазою запобігання рецидивам, орієнтовану на потреби осіб, які або пройшли курс детоксикації, або тих, хто не потребує проходження цієї фази лікування.

Мета програм реабілітації полягає у зміні поведінки реабілітантів та їх навчанні прийомам контролю своєї тяги до психоактивних речовин» [14].

Західна практика реабілітації залежних спирається на комплексний підхід, що включає діяльність узгодженої системи установ, які діють у межах кожного етапу реабілітації: від початкового етапу детоксикації до психотерапевтичної роботи в межах стаціонару.

В західній практиці діють програми реабілітації, що реалізуються як в умовах стаціонару (інтенсивні програми допомоги й медичного спостереження, які передбачають проживання в реабілітаційному центрі), так і в амбулаторних умовах, або лікування в умовах денного стаціонару (надання тих же терапевтичних послуг, що в умовах стаціонару, без необхідності проживання реабілітанта в лікувальному закладі).

Постреабілітаційний супровід може включати специфічні елементи допомоги, які як пов’язані з подоланням наркозалежності (консультування, в тому числі по телефону, участь у терапевтичних групах, зборах АН, групах самодопомоги тощо), так і не мають безпосереднього відношення до залежності (допомога в придбанні житла, в тому числі тимчасового, в отриманні освіти тощо), але значимі для формування у реабілітанта почуття соціальної захищеності і впевненості в майбутньому.

Отже, реабілітація залежних може бути розглянута як сукупність різних за формою, напрямом і сферою застосування видів допомоги залежним, зокрема медичної, медико-соціальної, соціальної та психолого-педагогічної.

Сьогодні діє безліч підходів до реабілітації та ресоціалізації наркозалежних осіб. Відповідно до мети статті виявлено найбільш перспективні, а саме модель терапевтичних співтовариств (групи взаємодопомоги); Міннесотська модель лікування залежної поведінки; розвиваюча модель Т. Горські; розвиваюча модель Д. Піти.

У 1935 р. були засновані перші товариства «Анонімні Алкоголіки» (модель терапевтичних співтовариств), що працювали відповідно до програми «12 кроків» [2].

Це стало проривом в галузі лікування алкоголізму. Сьогодні існує безліч подібних груп взаємодопомоги, в тому числі АН («Анонімні наркомани»), АІ («Анонімні ігромани»). Терапевтичне співтовариство (“Therapeutic community”) являє собою модель соціального навчання здоровому способу життя. Це організоване, певним чином структуроване співтовариство людей, що мають проблеми із залежністю.

В основу своєї діяльності принципи АН та інших груп допомоги взяли такі співтовариства, як “SMART Recovery”, “SOS” (“Save Our Selves”), “Women for Sobriety or Lifelong Secular Recovery”, “Monar”. Міннесотська модель лікування залежної поведінки виникла у США в кінці 40-х рр. ХХ ст. як наслідок надзвичайно високої ефективності груп АА та інших подібних рухів. На відміну від рухів самодопомоги, ця модель є професійним підходом до вирішення проблеми.

В ній духовні принципи роботи груп АА та АН, що використовували програму «12 кроків», об’єднані з досягненнями психології, психіатрії, соціології та інших наук.

Незалежно від різновиду терапевтичної системи – чи є вона центром цілодобового проживання (стаціонаром або громадою довготривалого лікування), денним стаціонаром або амбулаторією – процес лікування хімічно залежних людей, як правило, має такі фази: встановлення первинного контакту і створення мотивації до одужання; період детоксикації, метою якого є очищення організму від токсичних речовин і зміцнення життєво важливих внутрішніх органів; основна робота в терапевтичному співтоваристві (духовна, психологічна і соціальна реабілітація залежного, яка, як правило, включає індивідуальну роботу і групова роботу зі священиком (пастором), психологом, консультантом з видужуючих наркоманів, лікарем-психотерапевтом тощо (також проводиться робота із сім’єю залежного)); стадія ресоціалізації, або реінтеграції, на якій відбувається повернення людини в нормальне суспільство [6].

Розвиваюча модель Т. Горські побудована на довготривалій професійній роботі із залежним, яка поєднується з відвідуванням груп взаємодопомоги. Т. Горські виділяє в процесі одужання від хімічної залежності шість таких етапів: перехідний етап (на цьому етапі відбуваються усвідомлення проблем, що мотивують людину; визнання неможливості природного вирішення проблем; визнання провалу стратегії «контрольованого споживання»; усвідомлення необхідності утримання від об’єкта пристрасті); етап стабілізації (на цьому етапі відбуваються визнання необхідності допомоги; ліквідація прямих ускладнень алкоголізму і наркоманії; переривання патологічної заклопотаності; вивчення «нехімічних» методів управління стресом, розвиток надії і мотивації); початковий етап одужання (на цьому етапі відбуваються повне усвідомлене визнання хворобливої залежності; повне прийняття й визнання згубної звички; навчання залежного «нехімічним» способам вирішення проблем; невідкладна соціальна реабілітація; розвиток у залежного системи цінностей, заснованої на тверезості); проміжний етап одужання (на цьому етапі відбуваються розв’язання кризи деморалізації; виправлення соціальних збитків, викликаних згубною схильністю; створення саморегульованої програми відновлення; побудова гармонійного способу життя; вироблення уміння пристосовуватися до змін); заключний етап одужання (на цьому етапі відбуваються усвідомлення впливу набутих у дитинстві установок на процес одужання; дослідження проблем, пов’язаних із сімейним вихованням; свідоме дослідження дитинства; доповнення зроблених відкриттів до дорослого життя; зміна способу життя); етап підтримки ремісії (на цьому етапі відбуваються продовження програми відновлення уміння жити «день за днем»; безперервне зростання й розвиток залежного; розвиток здатності ефективно адаптуватися до змін у житті).

В основу розвиваючої моделі Д. Піти покладено теорію стадій психосоціального розвитку Е. Еріксона [16]. Відповідно до кожної стадії психосоціального розвитку, запропонованого Е. Еріксоном, одужання в рамках цієї моделі розглядається як еволюційна зміна особистості адикта.

Д. Пітою було розроблено такі цілі й завдання, які необхідно вирішити залежній людині для свого одужання: початок лікування (метою цієї стадії є згода з цілями лікування, припинення компульсії); зупинка компульсії (метою цієї стадії є звикання до тверезої поведінки); праця й розвага тверезим (на цій стадії залежному необхідно навчитися працювати й розважатися в тверезому стані); створення ідентичності, специфічної для тверезості (на цій стадії відбуваються визнання й прийняття: «Я алкоголік/наркоман/…»; відбувається початок ідентифікації духовного «Я» залежного); розвиток інтимності, специфічної для тверезості (на цій стадії залежному необхідно опанувати навички соціалізації і взаємовідносин); розвиток ідентичності (на цій стадії залежному належить відкрити, ким він/вона є зараз, свої позитивні сторони й потреби); інтимність у любовних стосунках (на цій стадії відбувається розвиток здатності любити здоровим, взаємно задовольняючим способом) [6].

В Україні, як і в інших країнах світу, використовується замісна терапія. Сутність замісної терапії (“Substitution treatment”/“Drug Replacement Therapy”) зводиться до заміни нелегальних наркотиків (найчастіше опіатів) легальними наркотичними засобами, що видаються за рецептом лікаря, як підтримуючої терапії для осіб з опіоїдною залежністю задля зменшення шкоди від вживання сильнодіючих наркотичних засобів.

Комплексний підхід до реабілітації залежних, що забезпечує «управління стійкою ремісією» [15], виявляється набагато більш ефективним. Такий підхід до реабілітації, що включає обов’язкові заходи, що сприяють надалі ресоціалізації залежних, на нашу думку, має бути націленим на відновлення фізичного, психічного, соціального здоров’я; формування соціальних, трудових, професійних навичок; сприяння у навчанні, розвитку професійної компетентності, відновленні трудових навичок; сприяння у вирішенні житлових питань; відновлення або розвиток соціально-побутових навичок; культурну, правову та соціальну адаптацію.

Таким чином, вивчення різних моделей та окремих реабілітаційних програм дає змогу дійти висновку про те, що вони продовжують розвиватися і вдосконалюватися. Багато з них не зовсім відповідають традиційній класифікації видів лікування або являють собою сукупність відразу декількох моделей. Реабілітація наркозалежних осіб являє собою тривалий і трудомісткий процес, що передбачає не тільки використання наявних методик і моделей реабілітації, але й їх подальше вдосконалення, адаптування до особливостей реабілітаційних процесів, медичних і соціальних можливостей суспільства України.

**1.3. Концепції психолого-педагогічної і соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації осіб, залежних від психоактивних речовин**

Виявлено провідні напрями наукових досліджень у галузі психології, до яких належать: загальні питання надання психологічної допомоги наркозалежним, зміст, форми і методи такої допомоги; вивчення психологічних характеристик осіб із залежністю, особливостей і поведінки співалежних членів їх родин; особливості психопрофілактичної роботи; психологічна корекція, реабілітація і ресоціалізація наркозалежних осіб.

Педагогічні дослідження проаналізовані у напрямі розробки педагогічних основ профілактики негативних соціальних явищ серед дітей і підлітків у соціальному середовищі.

Актуальність проблеми ресоціалізації наркозалежних осіб сьогодні не викликає сумніву, оскільки нині у наукових колах виявляється суперечність між необхідністю екстраполяції наукового терміну «ресоціалізація наркозалежної особи» як важливої наукової категорії для створення обґрунтованої концепції психолого-педагогічної і соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації, і відсутністю ґрунтовних теоретичних та методичних доробок для реалізації цієї концепції.

Сформувати об’єктивне уявлення про ступінь наукової розробки проблеми ресоціалізації наркозалежних осіб допоможе аналіз наукових і науково-методичних праць психологів А. Айвазової, С. Березіна, Е. Брюн, Ю. Власової, А. Цвєткова, І. Кіліної, С. Кулікової, І. Кутянової, І. Лисенко, К. Мілютіної, К. Фалковски, П. Шабанова, О. Штакельберг і психотерапевтів С. Ваісова, Н. Дмитрієвої, С. Зайцева, В. Москаленко, М. Яковлєвої та ін.

Аналізуючи наведені джерела, ми зробили спробу умовно їх класифікувати за висвітленням таких проблем:

1) загальні питання надання психологічної допомоги наркозалежним, зміст, форми і методи такої допомоги;

2) вивчення психологічних характеристик осіб із залежністю, особливостей і поведінки співзалежних членів їх родин;

3) особливості психопрофілактичної роботи;

4) психологічна корекція, реабілітація і ресоціалізація наркозалежних осіб. Вважаємо, що у науці сьогодні бракує узагальнюючого дослідження щодо ресоціалізації наркозалежних осіб.

В арсеналі психологів уже накопичено декілька фундаментальних робіт, які складають основу психологічної роботи з наркозалежними.

Так, у дисертаційному дослідженні І. Кутянової «Ресоціалізація наркозалежних: соціально-психологічний аспект» [7], було вивчено індивідуальні, соціально-психологічні, соціальні (культурні) аспекти, пов'язані з ресоціалізацією наркозалежних.

До них відносяться: дослідження загальнопсихологічних і соціальнопсихологічних характеристик, динаміка змін соціально-психологічних проблем наркозалежних у ході ремісії; трансформація їх соціальної та особистісної ідентичності; аналіз широти поля соціальної взаємодії та його структури; зміна рівня стигматизації наркозалежних; структури значущих відносин; аналіз впливу релігійного аспекту на ресоціалізацію наркозалежних.

У докторському дослідженні І. Лисенко «Динаміка і корекція патопсихологічних симптомокомплексів у осіб, залежних від алкоголю та наркотиків» авторка дійшла висновку, що для повноцінної ресоціалізації наркозалежних необхідно здійснювати корекцію патопсихологічних симптомокомплексів, які виникли внаслідок формування наркозалежності, оскільки вони утруднюють соціальну адаптацію хворого, призводять до постійного внутрішньоособистісного і міжособистісного конфліктів, що, в свою чергу, сприяє поверненню зловживання як способу ілюзорного вирішення конфлікту [8].

І. Лисенко також зазначає, що розробка ефективних психокорекційних програм, спрямованих на подолання наркотичної залежності, сприятиме одужанню та реадаптації хворих на наркоманію у суспільстві.

Зазначимо, що психофізіологічні аспекти розвитку наркозалежних у період їх ресоціалізації, але не в такому повному обсязі, як у попередніх працях досліджував у пілотному психологічному дослідженні В. Кульчицький [6].

До джерел, які становлять основу психологічної і психотерапевтичної робот з наркозалежними, в яких відображається зміст, форми і методи такої роботи слід віднести праці А. Айвазова.

Вивченню психологічних чинників виникнення наркоманії з метою своєчасного їх подолання присвячене дослідження О. Кривоногової [5]. Автором визначено значущість об’єктивних мікросоціальних чинників і суб’єктивних індивідуально-біологічних, індивідуально-психологічних і особистісно-психологічних факторів в виникненні наркозалежності в підлітковому віці. Виявлено причинно-наслідкові зв’язки опійної наркоманії з особливостями особистості та поведінки підлітків.

Г. Старшенбаумом досліджено основи діагностики і терапії залежної поведінки, аналізуються причини, що призводять людину до залежності, а також розглядаються проблеми взаємовідносин залежних особистостей з іншими людьми.

Особливого значення під час соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних, на наш погляд, мають питання, присвячені вивченню психологічних характеристик осіб із залежністю, особливостей і поведінки співзалежних членів їх родин.

Так, різноманітним аспектам даного напряму належать праці, присвячені особистісним характеристикам наркозалежних підлітків, наприклад, І. Кіліної (особливості ціннісно-змістових орієнтацій особистості підлітків), С. Кулікової (реакції емансипації у підлітків із наркозалежністю), Л. Щербіної (посилення мотивації самозміни при наркоманії); Є. Мілютіна звертає увагу на особливості життєвих диспозицій, емоційно-вольової регуляції залежних осіб, Ю. Власова вивчала динаміку психологічних захисних механізмів у наркозалежних після їх звільнення з пенітенціарних закладів. Психологи П. Андрух, С. Березін, М. Бітті, І. Гусєв, Л. Зоріна, Г. Клауд, В. Москаленко, С. Зайцев, А. Кляпець, О. Коцар, О. Савчук, М. Жидко також наголошують на врахуванні при наданні психологічної допомоги особливостей найближчого соціального оточення, а саме вивченні явища співзалежності як стану, що виникає у членів сім’ї хворого на наркоманією або з іншими залежностями (алкогольною, ігровою, трудогольною, харчовою тощо).

Цей стан супроводжується порушеннями внутрішньо-сімейних зв’язків, а також розладами внутрішньої структури особистості. На думку психолога І. Гусєва, співзалежність – це цілісна модифікація поведінки і свідомості, зумовлена присутністю в контексті з індивідом залежного суб'єкта [3].

Проведені психологами і психотерапевтами П. Андрухом (вивчення особливостей стосунків сімейної співзалежності для розробки основ психокорекційної роботи), В. Москаленко, С. Зайцевим (методичні рекомендації для співзалежних), дослідження, що стосувались різноманітних аспектів взаємодії членів співзалежної родини, виявили неадекватне відношення до хвороби самих хворих та безпосередньо їх найближчого оточення, що підтвердило наявність особливих стосунків у таких родинах, деформацію особистісних характеристик спізалежних осіб та необхідність психокорекційної і соціально-педагогічної роботи з усіма членами родини.

Окремі аспекти гендерної спрямованості досліджено М. Жидко (особистісні чинники формування відносин подружньої співзалежності у чоловіків) М. Куницею (психологічні аспекти допомоги співзалежній особі з деструктивної сімї), І. Гусєвим, (психологічні засоби корекції співзалежності у жінок) О. Кляпець (вивчення шлюбної залежності як чинника емоційного вигоряння), А. Коцар (особливості психосексуального розвитку жінок, які є співзалежними), О. Cавчук (соціально-психологічна корекція стану співзалежних жінок, які зазнали насильства в сім'ї), С. Фролової (психологічні чинники і динаміка формування міжособистісної залежності у жінок) та ін. Велика кількість психологічної літератури присвячена особливостям психопрофілактичної роботи з наркозалежними, серед якої варто відзначити роботи Н. Сироти щодо розробки і обґрунтування когнітивно-поведінкової моделі профілактики рецидиву при наркоманії, В. Сосніна щодо сучасних тенденцій профілактики вживання наркотиків, Н. Каспрік, яка вивчала психологічні засоби діагностики та профілактики схильності до наркотичної залежності в учнів професійно-технічних навчальних закладів.

Комплексний і міждисциплінарний процес ресоціалізації представлений у психологічній літературі в основному через вивчення супутніх і невід’ємних для ресоціалізації процесів корекції і реабілітації наркозалежних осіб.

При цьому психологи наголошують на таких етапах ресоціалізації: дезадаптація (втрата та не сформованість соціально значущих якостей), індивідуалізація (прояв власних поглядів, бажань, очікувань, настанов щодо соціуму), реабілітація (система соціально-психологічних заходів, спрямована на відновлення втрачених соціальних зв’язків, соціального статусу), інтеграція (налагодження нормальних відносин у соціумі), соціальна адаптація (засвоєння і виконання нової соціальної ролі).

Різноманітні аспекти психокорекційної роботи досліджено у наукових працях Г. Невєрової (роль особистісних ресурсів у реабілітації наркоманії) С. Томілової (вивчення психолого-педагогічного аспекту корекції самосвідомості підлітків-наркоманів), М. Яковлевої (особливості психокорекції при співзалежності).

Питання реабілітаційної роботи з наркозалежними стали предметом уваги дослідників А. Пілічева (духовний аспект реабілітаційної роботи з наркозалежними), П. Шабанова і О. Штакельберга (теоретико-методичні основи реабілітації наркоманій) та ін.

 Отже, проаналізований нами напрям психологічних досліджень є вагомим підґрунтям для розробки психологічної основи системи соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних осіб, оскільки сучасна психологія виходить переважно з питань надання психологічної допомоги наркозалежним, вивчаючи зміст, форми і методи такої допомоги; наголошує на необхідності врахування психологічних характеристик осіб із залежністю, особливостей і поведінки співзалежних членів їх родин; виділяє особливості психопрофілактичної роботи; здійснює психологічну корекцію і реабілітацію наркозалежних осіб.

Переходячи до розгляду педагогічного аспекту проблеми ресоціалізації, зазначимо, що в основному погляди на суть досліджуваної категорії формувалися в межах профілактичного напряму, оскільки сам процес повернення особистості в соціум радше стосується більш дорослих осіб, коли вже відбулися процеси десоціалізації і деформації ціннісної структури особистості.

Отже, представлений нижче огляд літератури стосується в основному розробки психолого-педагогічних основ профілактики негативних соціальних явищ серед дітей і підлітків у соціальному середовищі. У розвиток сучасних педагогічних ідей, присвячених різноманітним питанням подолання наркозалежності серед дітей та молоді значний внесок зробили В. Беспалько, В. Байкова, С. Бєлогуров, З. Коробкіна, В. Максимова, Н. Нагорна, А. Ройзман, О. Сорочинська, В. Гоголєва, А. Мысько, В. Долгій, Д. Єнікеєва, Л. Ніколаева, Д. Колесов, Н. Сирота, В. Ялтонский, І. Хажилина, Н. Відерман та ін.

До найвагоміших робіт сьогодення можна віднести праці В. Беспалька і А. Нагорної «Профілактика наркоманії серед підлітків», «Профілактика опійної наркоманії серед учнів навчальних закладів, в яких проаналізовано сучасний стан проблеми наркоманії в Україні та країнах СНД, наведено загальні характеристики наркоманії та токсикоманії, основних наркотичних та психоактивних речовин.

Автори дослідили питання симптоматики найбільш розповсюджених отруєнь (передозувань) психоактивними речовинами, визначили основні чинники дитячої та підліткової наркотизації, напрямки профілактики наркоманії і токсикоманії серед дітей та підлітків, представили перелік законодавчих та нормативних актів України стосовно забезпечення умов здорового способу життя населення [2, 5].

У монографії А. Нагорної і В. Беспалька «Наркоманія: адаптація молоді до праці та життя» розглянуто проблему наркоманії серед молоді та питання її адаптації в сучасному суспільстві, висвітлено механізми адаптації та дезадаптації наркозалежних осіб.

Проаналізовано роль мотиваційних, соціальних, біологічно-конституційних, спадкових чинників у формуванні та перебігу наркотичної залежності людини. Описано профілактичні технології запобігання дитячій та підлітковій дезадаптації, а також їх адиктивній поведінці [10].

У навчальному посібнику З. Коробкіної і В. Попова «Профілактика наркотичної залежності у дітей і молоді» подано всебічний аналіз причин споживання дітьми та молоддю алкоголю, наркотиків, тютюну та інших психоактивних речовин, проаналізовано основні шляхи подолання цього негативного соціального явища. Найбільшу увагу приділено антинаркотичній освіті дітей і молоді в освітньому середовищі та сім'ї. Викладено сутність первинної, вторинної та третинної профілактики наркозалежності, що забезпечують досягнення позитивного результату при використанні соціальних, педагогічних, медичних та законодавчих заходів [4].

До аналогічних праць можна віднести наукові та науково-методичні праці та навчальні посібники В. Байкової, С. Бєлогурова, А. Гаранського «Наркоманія: методичні рекомендації з подолання наркозалежності» [1], у науково-популярному контексті висвітлено проблему наркоманії у роботі російського історика-гуманіста Є. Ройзмана «Місто без наркотиків» [13], книгах під редакцією Ю. Тарути «Наркоманія: тонкощі, хитрощі, секрети» [11], та Ю. Пакіна «Наркоманія та алкоголізм: проблеми та нові можливості лікування» [12].

У наукових статтях і науково-методичних працях Н. Максимової, Л. Потапової, Л. Середи, висвітлено сучасні проблеми зловживання наркотичними та психоактивними речовинами серед дітей та підлітків. Особливу увагу приділено мотиваційним чинникам, що сприяють початку наркотизації: медичним, психологічним, біологічним, педагогічним, соціальним, правовим. Розглянуто типи психоактивних речовин, що вживаються в Україні, наведено їх класифікацію.

Висвітлено питання щодо психологічної діагностики наявності особистої схильності до наркоманії у неповнолітніх та ступеня її сформованості. Обговорено особливості надання невідкладної допомоги (догоспітальної та госпітальної) у випадку передозування наркотичними та психоактивними речовинами.

Шляхи профілактики ВІЛ/СНІДу, наркоманії та токсикоманії серед дітей та підлітків визначено Б. Віленчик, Л. Потаповою, В. Сорочинською, О. Удаловою, Л. Щипіциною, В. Штифураком.

Окремі питання профілактики нарозалежності у дітей та молоді за участю сім’ї як чинника, соціального інститута та суб’єкта профілактики висвітлено у працях Н. Суворової, Г. Мисько, В. Долгія, педагогічної профілактики у середовищі школи – роботи А. Гоголєвої, Д. Єнікеєвої, Л. Ніколаєвої, Д. Колесова, ціннісні орієнтири у профілактиці негативних явищ і передумови для збереження здоров’я серед дітей і підлітків розкриваються О. Бондаревською, А. Донцовим, В. Караковським, В. Костицьким.

Зазначимо, що в педагогічному плані проблеми формування особистості, яка здатна протидіяти впливу негативних явищ належать превентивній педагогіці, окрім численних кандидатських дисертацій, щодо розробки основ антинаркотичного виховання особистості як основи її позитивної соціалізації Т. Помиткіної, С. Халіпаєвої, О. Селіванової, О. Юрічки; використання здоров’язберігаючих технологій як основи профілактики наркозалежності й обґрунтування ролі фізичної культури і спорту в профілактиці наркоманії і шкідливих звичок серед підлітків і молоді А. Щелкунова, І. Єрохіної та ін.

Цілу низку дисертаційних робіт присвячено педагогічній профілактиці наркозалежності, а також різним видам адикцій серед дітей і підлітків, а саме, авторів В. Фролова, І. Шишової, Т. Беркалієва, В. Кузьмінова та ін. Наведені наукові праці містять важливу інформацію щодо питань виховання у дітей і молоді ціннісного ставлення до здоров’я, спрямовані на використанні різноманітних форм, методів та засобів формування антинаркотичної установки у педагогічному середовищі та в позаурочній діяльності.

Водночас деякі дослідники стверджують, що суто педагогічних засобів виявляється недостатньо для подолання проблеми призвичаювання підростаючих поколінь до наркотиків, що створює передумови для інтеграції різних галузей педагогіки, зокрема, виділяючи її соціально-педагогічний аспект. Висновки і пропозиції.

Таким чином, майже всі представлені дослідження психолого-педагогічного напряму з питань профілактики, соціальної адаптації та ресоціалізації наркозалежних одностайно визначають поняття, об’єкт, предмет, принципи, основні категорії, форми, методи і засоби виховної і профілактичної роботи з підростаючими поколіннями.

Зазначені наукові і науково-методичні праці містять важливу інформацію з питань антинаркотичного виховання, технологій здоров’язбереження в освітньому та сімейному середовищах.

Узагальнення поглядів учених із проаналізованих педагогічних праць дозволяє стверджувати, що найбільш розробленою частиною педагогіки є превентивна педагогіка, де створено, теоретично обґрунтовано та апробовано методичний і технологічний інструментарій щодо профілактики наркозалежності серед дітей і молоді.

Однак, педагогічний напрям дещо обминає питання ресоціалізації наркозалежних осіб через вікові обмеження у предметі самої педагогіки, власне, як науки.

Це означає, що для соціально-психологічного дослідження істотне значення мають фундаментальні дослідження інших гуманітарних наук, що вивчають процеси розвитку, соціальної адаптації та соціалізації особистості, що є перспективним напрямом дослідження даної проблеми.

**Розділ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ психологічних особливостей осіб, залежних від психоактивних речовин**

**2.1. Дослідження динаміки мотиваційної сфери хімічно-узалежнених осіб**

 було визначено методику дослідження, визначено вибірку, отримано експериментальні підтвердження «3+2» векторної гіпотези розвитку хімічного узалежнення, досліджено динаміку мотивації в процесі становлення ремісії до двох років тверезості.

Сформовано декілька груп дослідження. Основна експериментальна група представлена 20 особами з різними видами хімічних адикцій (з симптомами важкої рівня узалежнення по DSM-5) та різними термінами ремісії (від декількох тижнів до двох років).

Характеристики групи: середній вік 32±8,4 роки, середній термін зловживання ПАР 14,5±7,3 роки.

Для порівняння параметру адиктивного розщеплення було сформовано контрольну групу (студенти психологічного факультету ВУЗу), які не мають проблем із зловживанням ПАР (60 осіб; середній вік 18±1,5 роки).

Також було сформовано додаткову групу з 13 осіб з термінами абсолютної ремісії від 5 до 7 років (середній вік 40±11 років) для формулювання попередніх гіпотез про головні фактори довгострокової ремісії.

Для дослідження емоційного образу сп´яніння та тверезості використовувались методи малюнків задоволення від вживання та стану тверезості через п’ять років, де такі параметри несвідомої мотивації як привабливість, бажаність та намір визначалися через кольорову насиченість, структурованість та присутність себе на малюнку.

Для дослідження ієрархії мотивів було використано адаптований кольоровий тест ставлень О. Еткінда.

Для дослідження свідомих уявлень про образи сп’яніння та тверезості було використано наративні методи – розповідь про те, що подобалося в задоволення від дії речовин та про бачення свого тверезого життя через 5 років – де такі параметри свідомої мотивації як привабливість, бажаність та намір визначалися через об’єм, динаміку та присутність себе у наративі.

Для дослідження вираженості циклічного часу (через семантику невизначеності «завжди», «все» і т.д.) та ієрархії потреб, цінностей та смислів було використано адаптований метод незакінчених речень М. Нютенна.

Для дослідження напруженості в сфері внутрішніх конфліктів було використано авторську анкету оцінки емоційних копінгів.

Для оцінки відношення позитивної мотивації (мотивації досягнення) та негативної мотивації (мотивації уникнення) на початку, всередині та у кінці зловживання психоактивними речовинами було використано авторську анкету динаміки мотивів вживання.

Для дослідження відображення динаміки сфери внутрішніх конфліктів у мотивах вживання було використано авторську анкету вираженності мотивів вживання.

Для дослідження ціннісної ієрархії та іншої інформації про ціннісно-смислову сферу було використано адаптований тест смисло-життєвих орієнтацій Д. Леонтьєва.

В процесі дослідження динаміки мотиваційної сфери під час становлення ремісії було виявлено декілька ключових точок змін динамік різних величини з часом ремісії виходячи з чого виділено основні етапи становлення ремісії.

Основні результати дослідження на етапі ремісії перші три місяці тверезості.

Образ ейфорії від вживання: стабільне високе значення величини кольорової насиченості, величини структурованості, зменшення величини присутності себе на малюнку ейфорії від тверезості; зростання величини об’єму та динамічності, стале низьке значення величини суб’єктності оповідання про стан ейфорії.

Образ майбутньої тверезості: стале високе значення величини кольорової насиченості, структурованості, виразне зростання величини присутності себе на малюнку майбутньої тверезості; стале значення величини об’єму, виразне зростання величини динамічності, стале високе значення величини суб’єктності оповідання про майбутню тверезість.

Когнітивні параметри: виразне зростання величини об’єктивного бачення тверезості; стале високе значення величини циклічності часу. Цей етап характеризується високою мотивованістю на абсолютну відмову він вживання психоактивних речовин, розвивається віра у можливість повноцінного тверезого життя.

Також пригнічено когнітивне функціонування та функція усвідомлення реальності.

Ядром мотиваційного конфлікту є амбівалентність між край бажаним станом ейфорії від вживання та бажаною майбутньою повноцінною тверезістю, при цьому як усвідомлений, так і неусвідомлений намір розпочати вживання є низьким, а продовжувати тверезість – високим.

Тобто основною причиною зривів на цьому етапі є ситуативний ейфорійний потяг, який відбувається до того ж на тлі нейрокогнітивних порушень.

Основні результати дослідження на етапі ремісії від трьох місяців до півроку тверезості.

Образ ейфорії від вживання: стала висока величина кольорової насиченості, стала величина структурованості, стала низька величина присутності себе на малюнку ейфорії від тверезості; зростання величин об’єму та динамічності, суб’єктності оповідання про стан ейфорії.

 Образ майбутньої тверезості: стала висока величина кольорової насиченості, зменшення величини структурованості, виразне зменшення величини присутності себе на малюнку майбутньої тверезості; стала величина об’єму, виразне зменшення величини динамічності, зменшення величини суб’єктності оповідання про майбутню тверезість.

Когнітивні параметри: стала величина об’єктивного бачення тверезості; стала висока величина циклічності часу. Хоча майбутня тверезість залишається привабливою, різко починають спадати параметри наміру до неї та її бажаності.

Починає пропадати віра у власні можливості досягнення повноцінного тверезого життя. Спадає ейфорійний стан та починає поступово розвиватися стан адиктивної депресії та ангедонії.

До попередньої структури мотиваційного конфлікту додається стратегічне зниження суб’єктності бачення майбутньої тверезості (спадає суб’єктна мотивація до психотерапевтичної роботи) та з’являється ситуативно-обумовлена свідома мотивація розпочати вживання.

Починає розвиватися дисфорійний потяг. Головною небезпекою для зриву є ситуативно обумовлене свідоме рішення розпочати вживання. Основні результати дослідження на етапі ремісії півроку-рік тверезості.

Образ ейфорії від вживання: виразне спадання величини кольорової насиченості, стала величина структурованості, виразне зростання величини присутності себе на малюнку ейфорії від тверезості; у оповіданні про стан ейфорії спостерігається зростання величини об’єму, величина динамічності зростає до 9 місяців, там досягає свого максимуму і потім починає плавно спадати, зростає величина суб’єктності.

 Образ майбутньої тверезості: стала висока величина кольорової насиченості, зменшення величини структурованості, стала низька величина присутності себе на малюнку майбутньої тверезості; стала величина об’єму, зростання величини динамічності, зменшення приблизно до 9 місяців тверезості, та подальше зростання величини суб’єктності оповідання про майбутню тверезість.

Когнітивні параметри: стала величина об’єктивного бачення тверезості; стала висока величина циклічності часу.

На періоді 6-12 місяців тверезості свідомий конфлікт «залишатися тверезим – розпочати вживання» перейшов з ситуативного в стратегічний. Хоча повноцінне тверезе життя ще залишається привабливим, клієнти розчаровуються в можливості його досягнення як на свідомому, так і несвідомому рівні, і пропадає бажання та намір прагнути до нього.

Адикти залишаються тверезими лише через страх негативних наслідків вживання, але й цей негативний образ майже вже стерався з пам’яті та на періоді 9-12 місяців майже втрачав свою рушійну силу. Виразно зменшується ейфорійний потяг та зростає дисфорійний потяг.

Залишаються високими сила адиктивної депресії та ангедонії. Основні результати дослідження на етапі ремісії один-два роки тверезості. Образ ейфорії від вживання: зростання величини кольорової насиченості, стала величина структурованості, присутності себе малюнка ейфорії від тверезості; зменшення величини об’єму, динамічності, суб’єктності оповідання про стан ейфорії. Образ майбутньої тверезості: зменшення величини кольорової насиченості, стала низька величина структурованості, присутності себе на малюнку майбутньої тверезості; стала величина об’єму, зростання величини динамічності, суб’єктності оповідання про майбутню тверезість.

Когнітивні параметри: стала величина об’єктивного бачення тверезості; виразне зменшення величини циклічності часу. Період після одного року тверезості характеризується розвиненням важкої екзистенційної кризи, посиленням системи внутрішніх конфліктів, дисоціацією свідомих та несвідомих процесів. Відбувається зменшення свідомого позитивного ставлення до вживання, зростання свідомого бажання та наміру залишатися тверезим.

Однак, на неусвідомленому рівні емоційній образи пам’яті про стан вживання навпаки досягають своєї максимальної яскравості та суб’єктності, а образи майбутньої тверезості, навпаки, мінімальної яскравості, структурованості та суб’єктності, з чого випливає, що мотиваційний конфлікт із свідомого стає несвідомим: на свідомому рівні людина хоче залишатися тверезою, а на неусвідомленому емоційному – ні.

Відбувається також поступове наростання розщеплення усвідомлених та неусвідомлених мотиваційних процесів. Якщо до року ремісії рецидив є більш менш усвідомленим актом, то після року ремісії він обумовлений неусвідомленими механізмами.

Мотиваційний конфлікт описується формулою «не хочу залишатися тверезим, але повинен (усвідомлена частина) – хочу вживати, але не можна (неусвідомлена частинна)».

Для шкали присутності себе значення 1 відповідає присутності себе на 100% малюнках, для інших шкал 4 є максимально можливим значенням.

Шкали наративної методики співвідносяться з вербальним образом майбутньої тверезості (об’єм оповідання зі свідомою привабливістю, динамічність – з бажаністю, суб’єктність – зі свідомими наміром), шкали малюнкової методики співвідносяться з невербальним образом майбутньої тверезості (кольорова насиченість – з несвідомою привабливістю, структурованість – з несвідомою бажаністю, присутність себе – з несвідомим наміром).

Після одного року тверезості спостерігається різноспрямованість динамік вербальних та невербальних величини, що відповідає дисоціації когнітивних та емоційних процесів.

Додатково проаналізовано данні по динаміці з терміном зловживання величин, що відповідають адиктивному розщепленню: величина відмінності малюнків тверезості та вживання є постійною до 15 років зловживання, а далі йде її спадання, в той час як величина контрасту оповідань про тверезість та стан сп’яніння зростає до 20 років зловживання, де досягає свого максимуму, а далі починає спадати. Це відповідає запропонованій моделі різних механізмів адиктивного розщеплення на вербальному та невербальному рівнях.

**2.2. Система психологічної реабілітації осіб з хімічною адикцією**

 Представлено систему психологічної реабілітації та окремі методи психотерапевтичного втручання у вигляді принципів конструктивістського підходу, методик мотиваційної роботи, профілактики потягу до вживання.

 В системі психологічної реабілітації, яку названо Інтегративною особистісно-орієнтованою розвивальною моделлю, як головна мішень розглядається послідовне відновлення базового рівня функціонування особистості.

Процес психологічної реабілітації та постреабілітаційної психотерапії узалежнень складається з послідовності етапів, кожному з яких відповідає своя теоретична парадигма (та відповідна парадигма психотерапії), в послідовності системний підхід, когнітивно-поведінковий підхід, гуманістично-екзистенційний підхід, психодинамічний підхід.

З додатковими завершальним та посттерапевтичним етапами Інтегративна особистіно-орієнтована розвивальна модель включає наступні етапи:

1) стабілізаційний (системна парадигма);

2) психокорекційний (когнітивно-поведінкова парадигма);

3) реінтеграційний (гуманістична парадигма);

4) глибинний (психодинамічна парадигма);

5) завершальний (парадигма філософії екзистенціалізму);

6) посттерапевтичний (духовно-філософська парадигма).

Запропоновану модель включно до третього реінтеграційного етапу було апробовано в роботі центру психологічної реабілітації алкозалежних «Сенс» (під керівництвом медичного психолога, адиктолога В. Іванова).

На першому стабілізаційному етапі психологічної роботи з узалежненням застосовується системний підхід.

Головна мета - стабілізація стану клієнта та фасилітація розвиваючих сил особистості. Застосовувалися «прямі» техніки роботи з проявами узалежнення (залежним мисленням, потягом до вживання, постабстинентним синдромом і т.д.), ресурсні та стабілізаційні техніки, психоедукація, директивні та сугестивні техніки, установка меж та рамок.

Також великий акцент приділявся встановленню підтримуючого контакту та мотиваційній роботі.

В центрі реабілітації на першому етапі проводилися наступні групові заняття: мотиваційно-аналітичні завдання, ведення щоденника самоаналізу, терапевтична група, інформаційне заняття, сімейно-комунікаційний тренінг, група аналізу тижня, група профілактики зриву, світська група взаємодопомоги, група взаємодопомоги Анонімних Алкоголіків. Заняття проходили 6 разів на тиждень.

Основною метою психокорекційного етапу, який базується на когнітивноповедінковій моделі було відновлення системи регуляції психіки.

Головними в психотерапії були стійкість терапевта, робота з границями, розвиток менталізації і копінг ресурсів (як для межових клієнтів).

В роботі пропонується використовувати психотерапевтичні моделі «мовчазного контейнерування», тренінгу самоаналізу зі включенням аналізу «прихованих схем» реагування, наративні методи допомоги проживання втрат через зловживання.

У профілактиці рецидиву акценти зміщувалися з роботи з крейвінгом на роботу з профілактики стресу.

На другому етапі заняття проходили два рази на тиждень та включали в себе три основних активності – мотиваційно-аналітичні завдання, групу щоденника самоаналізу, терапевтичну групу.

Реінтеграційний етап, який базується на гуманістичній парадигмі психотерапії, характеризується кризою повернення адикта до стосунків із соціальністю.

Головна мета психотерапії – відновлення здорової нарцисичної рівноваги і здатності до автентичних стосунків.

Методами психотерапевтичної роботи були контейнерування з вербальними інтерпретаціями, експресивні вправи по екстерналізації внутрішнього конфлікту, методики розвитку автентичних почуттів, методики розвитку здатності до менталізації, відбудова наративу життя.

Група третього етапу тривалістю 3 години проводилася раз у 2 тижня. На четвертому глибинному етапі пропонується індивідуальна психотерапія в психодинамічній парадигмі.

Використовувалися технології реконструкційної психотерапії та генетичних інтерпретацій, роботи з системою перенесенняконтрперенесення, аналізу неусвідомленого невербального рівня стосунків.

Адиктивні клієнти часто мають в основі своєї особистісної патології нарцисичні розлади та тяжкі дитячі травми, тому необхідно використовувати відповідні моделі їх концептуалізації та психотерапії.

На цьому етапі необхідно орієнтуватися більше на індивідуальність клієнта, а не на його адиктивну історію, тому якісь загальні протоколи роботи з адиктивними клієнтами на цьому етапі надати неможливо.

Специфікою роботи з адиктами є інтерпретація узалежнення через призму часткових об’єктних стосунків та глибинна проробка імпліцитної пам’яті про «кайф». На п’ятому завершальному етапі окрім переосмислення всього шляху психотерапії, специфічною роботою з узалежненими клієнтами є акцент на екзистенціальні питання (свободи, сенсу, смерті, близкості) з розглядом минулого зловживання як спроби їх вирішення в своєму житті.

Пропонується також умовний духовно-філософський посттерапевтичний етап, який виконує також підтримуючу функцію, де відбувається практичне осмислення головних філософських питань життя і розвиток відносин з собою, іншими людьми, світом на осмисленій «духовній» основі.

Крім системи психологічної реабілітації запропоновано, також, окремо інтеграційну модель мотиваційної роботи, тренінг профілактики потягу до вживання та принципи конструктивістської психотерапії, які можуть бути використані в інших моделях реабілітації та у індивідуальній роботі. Інтегративна модель мотиваційної роботи спирається на три рівні мотиваційної готовності, до кожного з яких застосовується свій стиль мотиваційної роботи (інформаційний, конфронтаційний, орієнтований на стосунки).

Послідовність мотиваційної роботи складається з етапів:

1. Побудови довірчих стосунків;

2. Дослідження вживання ПАР (позитивних ефектів, негативних наслідків, намірів до подальшого вживання);

3. Інформаційної мотиваційної інтервенції;

4. Розвитку мотивації (через цілепокладання або конфронтацію узалежнених переконань);

5. Планування;

6. Підтримки.

Тренінг профілактики потягу до вживання зводився до роботи з тригерами, ідеаторними, емоційними, мотиваційними, тілесними та поведінковими компонентами ейфорійного, дисфорійного та обсесивного типу крейвінгу.

Принципами роботи з кожним компонентом крейвінгу були: підвищення самоефективності для роботи з тригерами, асоціації дисоційованих негативних та позитивних емоційних образів для роботи з емоційним компонентом, відбудова часової перспективи для роботи з мотиваційним компонентом, формування нового тілесного рефлексу та десенсебілізація старого для соматичного компоненту. На основі запропонованих принципах побудовано систему психокорекціних технік та рекомендацій для самодопомоги.

На першому етапі становлення ремісії в процесі соціально-психологічної реабілітації пропонувалося дотримуватися наступних принципів конструктивістської психотерапії: відкритий стиль взаємодії, акцент на соціальному мовному процесі, робота з описовими конструктами, дидактичний стиль, позитивне мислення, спрямованість на цілі, екологічна ніша, наповнення ресурсами, опора на теорію 4Е когніцій, коучинговий підхід.

Для відмови від адиктивної поведінки необхідно:

1) виявити які системні функції відіграє адиктивна поведінка та розподілити ці функції між іншими адекватними типами поведінки;

2) зруйнувати кластер вторинних звичок, які підтримують адиктивну поведінку;

3) стабілізувати поведінкову систему, поки відбується її перебудова (відновити функцію гомеостазу);

4) допомогти системі почати розвиватися (відновити функцію алостазу).

Інтегративна особистісно-орієнтована розвиваюча модель психологічної реабілітації пройшла апробацію в Центрі реабілітації.

Про ефективність свідчать наступні дані про роботу: перший етап закінчило 65%, безперервну тверезість протягом більше двох років з них набуло 30% (при цьому з тих, хто пройшов тільки 1-й етап реабілітації залишилося тверезими тільки 15%).

 З тих, хто пройшов другий етап реабілітації (терміни тверезості 5-7 років) мали абсолютну тверезість 75% (21 з 28 осіб).

З дослідження параметрів мотиваційної сфери респондентів зроблено попередній висновок про наступні головні фактори збереження довгострокової ремісії: інтеграція адиктивного розщеплення, позитивні уявлення про подальше тверезе життя, відновлення системи емоційної регуляції, відновлення часової перспективи та уявлень про час, реконструкція ціннісно-смислової сфери.

**2.3. Реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин, в інституційному вимірі**

Реабілітацію наркозалежних в Україні проаналізовано з точки зору різних підходів до визначення соціального інституту: організаційного, структурно-функціоналістського, правового, біхевіористського та аксіологічно-нормативного.

Тепер в Україні триває становлення нової структури суспільства та соціальних інститутів. Складовою цього процесу можна вважати розвиток сфери допомоги людям із залежністю від психоактивних речовин.

Примітно, що сфера реабілітації наркозалежних розвивається як з ініціативи держави, так і на основі потреб суспільства та активності громадського сектору (лікарів, психотерапевтів, підприємців та самих залежних).

У різних країнах процес інституціоналізації реабілітації залежних відбувався неоднаково.

В Україні він має низку особливостей, вивчення яких може становити як науковий інтерес, так і практичну цінність для тих, хто займається розвитком системи наркологічної допомоги.

Загалом, в останні роки інституціоналізм як напрям у соціологічному мисленні став предметом вивчення багатьох науковців, зокрема, С. Макєєва [1], В. Матусевича [2], Ю. Чернецького [3], які аналізували класичні тлумачення і сучасні підходи до вивчення соціальних інститутів.

Так, Ю. Чернецький вважає, що для аналізу будь-якого соціального інституту можна сформулювати кілька необхідних щаблів.

Це, зокрема, визначення меж інституту та його засадових функцій, характеристика відповідної сукупності соціальних статусів, ролей і норм поведінки, інституційної спільноти, комплексу специфічних організацій та плетива особових та організаційних мереж [3, с. 44].

Слід також відзначити доробок М.Л.Кона, В.Паніотто, В.Хмелька та ГоФунг Гунга щодо соціальної структури України в період трансформації, який надає розгорнуту картину змін, які відбуваються в будові суспільства України [4].

Також важливо відзначити те, що в останні роки було проведено низку досліджень процесу інституціоналізації окремих явищ (соціальної роботи, безперервної освіти тощо).

Зокрема, в дослідженні Ю. Бєлоусова щодо інституціоналізаці профілактики наркотизму було проведено аналіз ситуації в Україні порівняно з певною «ідеальною моделлю».

Науковець вивчав нормативну базу, діяльність суб’єктів, а також взаємодію між ними, що дало підстави для оцінки ефективності діяльності суб’єктів профілактики наркотизму [5].

Л. Люта, досліджуючи інституціоналізацію спорту, аналізує динаміку структурних змін у цій сфері: етапи інституціоналізації, які спостерігалися в інших країнах, ті етапи, котрі проходило українське суспільство, а також тенденції, які можна спостерігати тепер.

Актуальний стан інституту спорту в країні оцінювався за триступеневою шкалою рівня розвинутості інституції, а також на основі вивчення суб’єктів діяльності (персонального складу, рівня підготовки кадрів, системи фінансування і т. д.) [6].

Водночас, досі самостійного дослідження реабілітації залежних як соціального інституту проведено не було. Тому в цій статті представлено загальний аналіз реабілітації наркозалежних як соціального інституту, окреслено основні характеристики його становлення в Україні.

Насамперед зазначимо, що поняття соціального інституту є достатньо широким, в науковому обігу послуговуються різними його тлумаченнями.

Так, на думку Д Ньюмана, соціальний інститут постає тоді, коли «формуються стабільні комплекси статусів, ролей, груп і організацій, які забезпечують підґрунтя для задоволення фундаментальних соціальних потреб». Соціальні інститути є зразковими способами розв’язання проблем і задоволення вимог певного суспільства.

Хоча може виникнути конфлікт між тим, чого суспільство «потребує», і тим, як краще задовольняти відповідні потреби, усі суспільства повинні мати певний систематичний спосіб організації різноманітних аспектів повсякденного життя. До ключових соціальних інститутів у сучасному суспільстві західні соціологи відносять сім’ю, освіту, політику, економіку та релігію [7, с. 26].

Також Д.Ньюман наголошує на тому, що соціальні інститути завжди відображають певні культурні цінності, притаманні тому чи іншому суспільству. Також, хоча соціальний інститут виникає буцімтозпотребисуспільствавньому, обов’язковою його рисою є сплата людям за служіння інституційним цінностям, тобто своєрідна винагорода, яка може бути матеріальною або мати іншу природу [8, с. 16].

Науковці (зокрема, сучасний польський дослідник М. Маліковський) виокремлюють кілька типів визначень соціального інституту. Перший тип називають біхевіористським, і згідно з ним інститут розуміють як усталений, організований спосіб дії, що регулярно відтворюється у повсякденній життєдіяльності людей.

Другий тип називають аксіологічно-нормативним – він зосереджує увагу не на діях як основній складовій, а на способах організації дії, на зразках і правилах поведінки, які концентруються навколо головних цінностей, визнаних суспільством.

Третій тип визначень розглядає інститут як соціальну роль, особливо важливу для існування спільноти, тобто як структуру, спрямовану на виконання певної функції в суспільстві. Таке визначення називають структурно-функціоналістським.

Так званий організаційний тип визначень розглядає соціальний інститут як формальну організацію, як об’єднання людей, покликане реалізувати виразно окреслені цілі і забезпечити для цього необхідними засобами. У схожий спосіб аналізуються будь-які організації в межах теорії управління та соціології організацій.

Насамкінець, п’ятий тип визначень вважається правовим, оскільки згідно з ним інститут розглядають, перш за все, як суспільне утворення, створене та санкціоноване державою, забезпечене нею необхідними засобами, зокрема й нормативними.

Таким чином, соціальний інститут покликаний утілювати в життя правові вимоги, підтримувати їх від імені держави, здійснювати контроль за їх виконанням та, в разі потреби, застосовувати відповідні санкції [9].

Наведені визначення відрізняються одне від одного, що свідчить про багатоплановість явища соціального інституту, а також про неоднозначність поглядів на нього в західній науковій традиції.

Український науковець Ю. Бєлоусов зазначає, і з цим можна погодитися, що у вітчизняній соціології не склалося достатньо визначеного тлумачення окремих соціальних явищ.

Деякі представники соціальних наук розглядають соціальні інститути як сукупність елементів різного рівня й порядку: інститути як суб’єкти діяльності, предмет діяльності або функції. В іншому випадку як соціальний інститут приймаються будь-які компоненти або істотна властивість, що конституюють певне соціальне явище в соціальний інститут.

 У межах такого підходу інститут визначається як певна форма соціальності, як організована група людей, функціонально єдина система установ, політична організація, стабільне утворення.

 Однак, можна сказати, загальною у визначеннях соціальних інститутів є функціональна спроможність їх налагоджувати громадське життя й підсумовувати соціальний порядок шляхом узгодження, об’єднання, організації й інтеграції намірів поведінки соціальних суб’єктів, структурних і функціональних компонентів суспільної системи [5, с. 6].

Після розгляду всіх цих визначень може видатися спокусливим спробувати сформулювати одне універсальне визначення, яке б охоплювало всі ключові риси соціального інституту та передавало саму сутність цього поняття. Однак, видається доцільнішим зберегти всі розглянуті визначення в тій формі та в межах тих концепцій, де вони виникли, що надало б змогу якнайповніше охопити явище соціального інституту в його багатогранності.

Організаційно-правові та структурно-функціоналістські аспекти реабілітації наркозалежних Розглянемо реабілітацію наркозалежних в Україні насамперед із позицій організаційного підходу.

Можна відзначити, що наркологічна допомога в Україні почала створюватися з кінця 1959 р., коли було організовано відділ наркології Українського психоневрологічного інституту, а в структурі колишньої 36-ї київської міської лікарні було відкрито спеціалізоване наркологічне відділення [10, с. 6].

 За даними МОЗ України, станом на 01.01.2007 р. функціонувало 48 територіальних наркологічних установ та 4 наркологічні лікарні.

На сьогодні в Україні наявні такі форми допомоги наркозалежним: детоксикація (в усіх наркологічних закладах), лікарські консультації (в усіх наркологічних закладах), замісна підтримувальна терапія (9 пунктів), амбулаторні реабілітаційні програми (декілька, здебільшого у великих містах), стаціонарні реабілітаційні програми (приблизно 50 центрів), терапевтичні спільноти (приблизно 20 центрів), стаціонарні програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації (приблизно 40 центрів) [10, с. 6]. До того ж, значна частина програм реабілітації реалізується громадським сектором, а також часто центри допомоги залежним так чи інакше співпрацюють зі спільнотою «тих, хто одужує», яка формується навколо груп анонімних наркоманів (АН) [11, с.13].

Водночас структурно-функціоналістський тип визначень соціального інституту дає нам підстави вести мову про амбівалентний характер реабілітації залежних від наркотичних речовин. В Україні проблемою залежності займаються, з одного боку, правоохоронні органи (виконуючи каральну функцію), а з іншого, медичні та реабілітаційні установи, підпорядковані Міністерству охорони здоров’я, Міністерству у справах сім’ї, молоді та спорту та місцевим органам влади, які займають позицію підтримки та допомоги.

Таким чином, хоча українське суспільство усвідомлює потребу в підтримці власної стабільності та захисті від небезпеки, яку становлять узалежнені, однак на сьогодні в суспільній свідомості недостатньо визначено, яким чином цей захист має здійснюватися – чи це має бути покарання та ізоляція, чи віра в те, що залежна людина може реабілітуватися та бути продуктивною частиною суспільства.

У правовому визначенні реабілітація залежних від наркотичних речовин в Україні є дещо відокремленою від ініціатив держави.

Зокрема, досі немає окремого закону, який регулював би сферу реабілітації залежних в Україні. Періодично здійснюються спроби нормативно визначити діяльність у сфері допомоги залежним, однак на сьогодні єдиним нормативно-правовим актом, який регламентує безпосередньо реабілітаційні послуги, є

Постанова Кабінету Міністрів України «Про розвиток мережі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» [12].

У цьому документі описано організаційні засади, на яких може працювати реабілітаційний заклад, однак специфіка наповнення реабілітаційного процесу та механізм контролю за якістю послуг залишаються поза увагою держави.

Цей документ скоріше офіційно визнає вже наявні практики, ніж є джерелом норм для них. Найчастіше, найбільш зацікавленими в тому, щоби розвивати цю сферу, є самі залежні та їхні родичі.

Тому, хоча й існує велика кількість різних реабілітаційних програм, вони не утворюють єдиної системи. Нормативне забезпечення в цьому разі є не джерелом практики, а навпаки, практика потребує державного правового захисту. Отже, можна говорити про те, що в Україні виникає все більше установ, які в різних формах працюють із проблемою залежності, і разом вони поступово формують розгалужену систему допомоги, хоча вони підпорядковані різним відомствам і не мають належного державного регулювання.

Розглядаючи реабілітацію наркозалежних у біхевіористському розумінні соціального інституту, слід наголосити, що у стандартах надання послуг із реабілітації (тобто документах, що встановлюють вимоги до належної професійної поведінки фахівців), поширених у західних країнах, система допомоги залежним є досить формалізованою: це означає, що обов’язки та повноваження всіх учасників реабілітаційного процесу є достатньо визначеними [14].

У світовій практиці функціонує кілька типів установ, які здійснюють реабілітацію наркозалежних, кожна з яких відповідає на конкретні потреби клієнтів. Найпоширенішими поміж них є: центри детоксикації (де надають термінові медичні послуги), стаціонарні реабілітаційні програми (де клієнтів госпіталізують на тривалий час), терапевтичні спільноти (передбачають тривале перебування клієнтів та їх високий рівень відданості спільноті, що сприяє здійсненню так званої «терапії середовищем»), місцеві групи самодопомоги, програми замісної терапії, амбулаторні та консультативні заклади, а також програми допомоги з працевлаштуванням [14, с. 19].

Реабілітаційні програми відрізняються не лише за формою, а й за змістом, тобто баченням того, що саме допомагає клієнту найкраще. Найпоширенішими є дванадцятикрокові програми (в основі дієвості – ідея віддавання власної волі «вищій силі» в тому значенні, яке кожен вкладає в це поняття), релігійні програми (базовані на вірі), психотерапевтичні програми (покладаються на науково обґрунтовані методи групової та індивідуальної роботи).

Останні поділяються за теоретичним підгрунтям на психоаналітичні, когнітивно-поведінкові та клієнт-центровані. Часто в конкретних програмах ці методи поєднуються та втілюються одночасно. У західній практиці реабілітації залежних «ідеальною» вважається модель реабілітаційного центру або узгодженої системи установ, де представлено всі «кроки» реабілітації: від початкового етапу детоксикації до психотерапевтичної роботи в межах стаціонару (що містить психокорекцію, групову терапію, тренінги та ін.), та згодом до підтримувального консультування щодо конкретних питань життя в суспільстві (амбулаторна допомога).

Практика реабілітації в Україні поступово прямує до таких форм організації (про це свідчить структура програм у більшості реабілітаційних центрів). Ці ідеї також можна простежити в низці публікацій щодо проблеми розвитку сфери допомоги наркозалежним, зокрема, вони сформульовані в законопроекті «Концепція державної політики України щодо наркотиків та алкоголю», розробленому Вовкогон О. Ю. Реабілітація залежних від наркотичних речовин: інституційний вимір 2006 р. [15, c. 8] та в збірці методичних рекомендацій з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних Державного інституту проблем сім’ї та молоді Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту [16].

В Україні реабілітаційним програмам притаманний формалізований розподіл повноважень та інструкцій [16]. Однак на практиці межі можуть розмиватись, а окремі працівники змінювати одне одного, або ж місце роботи. Це пов’язано з тим, що поширеною є практика залучати клієнтів, які пройшли програми, до роботи в тому самому центрі, а це містить небезпеку розмивання професійних меж [11, с.13; 16].

Слід звернути увагу на те, що наявні реабілітаційні центри в Україні є розрізненими і не послуговуються загальним стандартом діяльності, досі не існує фахової асоціації, покликаної здійснювати професійне регулювання реабілітаційних програм. Насамперед, у різних нормативних документах одні й ті самі дії фахівців мають різні формулювання й визначаються і як «реабілітація», і як «ресоціалізація», і як «лікування», що не сприяє поширенню фахових підходів. По-друге, чинні стандарти надання наркологічної допомоги дають змогу при тотожних станах застосовувати різні препарати та заходи [10, с. 8].

Тепер усі медичні, психологічні та соціально-реабілітаційні програми лікування від наркотичної залежності залучено до тимчасових стандартів діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги в Україні. Ці стандарти містять різні методи детоксикації, замісну терапію, психологічні реабілітаційні програми (12 кроків тощо).

Однак, на думку фахівців, цими стандартами майже не користуються. Причинами цього називають складність та плутаність вказівок до лікування, застарілість пропонованих методик, а також те, що контроль за дотриманням стандартів фактично не здійснюється [10, с. 15–17].

З іншого боку, українські лікарі мають доступ до методичних матеріалів Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), Спеціальної агенції ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та інших оранізацій, наприклад Національного інституту вивчення наркотичної залежності (США), що розробив загальні принципи (стандарти), якими мають послуговуватися фахівці, котрі працюють із проблемою залежності.

Ці принципи, здебільшого, фокусуються на повазі прав людини та гідності наркозалежного, на професіоналізмі послуг, на поєднанні медичної допомоги з іншими видами (психологічними та соціальними інтервенціями, профілактикою рецидивів і т. д.) [13].

Ці ідеї значною мірою відрізняються від українських стандартів наркологічної допомоги. Таким чином, в Україні засвідчені державою інструкції та стандарти є досить відірваними від практики та середовища, де вони здійснюються. Однак, як і в інших країнах, в українських реабілітаційних центрах навчання персоналу відбувається в процесі практики, а сертифікація та професійна освіта здобуваються згодом [11, c. 5].

Тому, попри певні труднощі, у спільноті працівників реабілітаційних центрів виробилась певна система дій, які призводять до позитивних наслідків (у цьому конкретному випадку до тривалої ремісії у клієнтів). Цьому сприяють і практика спілкування між колегами, і навчальні семінари та тренінги. Так, наприклад, типовими формами роботи в реабілітаційних центрах є терапевтична група та індивідуальна консультація чи персональне «наставництво».

 Хоча за змістом ці види діяльності можуть різнитися залежно від центру чи конкретного спеціаліста, формат здебільшого витримується.

Загалом можна визначити, що в Україні формується відносно виразна ієрархія та розподіл повноважень та обов’язків між працівниками реабілітаційних центрів, діє низка нормативних документів, які певною мірою регулюють реабілітаційні заходи в Україні.

Реабілітація людей із залежністю, з огляду на аксіологічно-нормативне визначення соціального інституту, базується, передусім, на понятті про права людини та переконанні, що залежність від наркотиків є захворюванням.

Такі уявлення є звичними для західних суспільств (де були сформульовані і принципи лікування та психологічної підтримки наркозалежних (ВООЗ), і звідки, зокрема, походить програма одужання «12 кроків», в якій однією з ключових ідей є те, що залежність є хворобою). В українському суспільстві до залежних переважає ставлення радше як до небезпечних елементів, від яких краще було б дистанціюватися, або яких варто навіть ізолювати.

Проілюструвати це можуть, зокрема, результати дослідження, проведеного громадською організацією Клуб «Квітень» у 2000 р. серед журналістів низки полтавських обласних газет та телерадіокомпаній. Метою цього дослідження було виявити ставлення до наркозалежних у середовищі тих осіб, які безпосередньо формують громадську думку. Було застосовано метод «симпатичної дистанції», який виявляє рівень готовності до соціального контакту з особами, про яких відомо лише те, що вони вживають наркотики.

Було проведено анонімне анкетування, де респонденти мали відповісти «так», «ні» або «не знаю» на низку запитань про можливості контакту з людиною, яка вживає наркотики.

Наприклад, чи міг би респондент запросити таку людину в гості, чи міг би працювати з нею в одному колективі тощо. Дослідження засвідчило, що в середовищі журналістів побутують упередження щодо споживачів наркотиків, і респонденти значною мірою відмовили б залежним у правах людини. Показовим є те, що 73% опитаних відзначили, що заборонили б наркозалежним мати дітей, а 22 % погодилися з твердженням «Я не випускав би їх на свободу» [11, с. 9].

Тобто можна підсумувати, що питання про те, чи потрібно залежному допомагати, чи карати його, на рівні переконань та цінностей суспільства в нашій країні досі не розв’язано, що ускладнює становлення реабілітації наркозалежних як соціального інституту.

Узагальнюючи викладене, зауважимо, що є всі підстави розглядати реабілітацію наркозалежних як соціальний інститут. Водночас, у західних країнах вона має чітко простежувані ознаки інституту, а в українському суспільстві наявні лише певні риси цього інституту і відбувається його розвиток.

Важливою перешкодою до інституціоналізації сфери допомоги наркозалежним в Україні є ідеологічна неготовність до впровадження програм допомоги залежним як до засобу гарантування безпеки суспільства.

Також становлення інституту реабілітації уповільнюється через розрізненість окремих закладів та програм, брак стандартів роботи та професіоналізації сфери, а також державного визнання практики допомоги залежним як професії, що має цінність.

Оскільки система допомоги залежним не стандартизована на державному рівні та не існує професійних асоціацій, які б забезпечували дотримання якості послуг та правил поведінки, складно розробити такожі систему санкцій, які б регулювали реабілітаційний процес.

Однак, оскільки практика роботи в програмах існує, важливим було б дослідити, яким саме чином вона регулюється. Подальше дослідження установок різних груп населення щодо того, яким чином потрібно вирішувати проблему залежності, також дало б широке поле для вдосконалення системи допомоги.