**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИко-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення особливостей психологічної та фізичної реабілітації при хімічній адикції**

**1.1. Теоретичні засади вивчення впливу стресу на особистість при хімічній залежності**

У підрозділі описано концептуалізації феномену хімічної залежності, проаналізовано моделі її розвитку, розглянуто сучасний стан проблеми вивчення індивідуально-особистісних особливостей хворих із залежністю від психоактивних речовин, розкрито основні особливості проявів стресового навантаження в онтогенезі здорової і залежної особистості.

Виявлено, що сучасні моделі хімічної залежності враховують взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів (О.М. Балакірєва, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова).

Зазначено, що у процесі розвитку уявлень про адиктивну поведінку психологічні концепції затвердились у розумінні адикції як психологічного феномена, що має свої закономірності формування й розвитку, і який відноситься до різновиду девіантної поведінки, а девіація розуміється як межа між нормою і патологією, крайній варіант норми (В.Д. Менделевич, І.А. Новиков).

Проте, механізми формування залежної поведінки залишаються неясними й донині.

Засвідчено, що досі поняття «адиктивна поведінка» не підтверджено чіткими критеріями, не розроблений його понятійний апарат, не до кінця з’ясовано, що дає можливість феноменологічної диференціації адиктивних поведінкових патернів.

Підсумовано, що на сьогоднішній день не існує загально-психологічної теорії адикції, а кожна з них зосереджується на деяких аспектах залежності (загальні ознаки залежності, особливості виховання, преморбідні риси характеру, особистісні якості, психопатологічний фон, тощо), не визначено, як особистісні чинники впливають на розвиток хімічної залежності.

В.Д. Менделевич описав риси залежної особистості (низький рівень самосвідомості, невпевненість у собі, переважання мотивації втечі, несформованість функції прогнозу, екстернальний локус контролю, тощо), але не з’ясовано, в якій ієрархії, в якому зв’язку вони знаходяться в залежності від типу адикції.

Внесок кожної особистісної риси не є однаковим, але це не було предметом спеціальних досліджень. Тому, скоріше, йдеться про модераторну функцію кожного особистісного чинника.

Існують (О.С. Кочарян) два психотерапевтичних підходи до розуміння залежної поведінки:

1) теорія конфлікту, в межах якої необхідно визначити провідні інтрапсихічні конфлікти, їх типологію, хронологію, знайти «блоки» організмічного емоційного потоку (К. Роджерс) та особистісні чинники (риси), що є ресурсами, або, навпаки, предиспонуючими до розвитку адикції факторами. Теорія конфлікту описує невротичний рівень функціонування психіки;

2) теорія дефіциту, в більшій мірі пояснює розвиток адикції не інтрапсихічними конфліктами, а й наявністю структурних дефектів організації психічного простору (порушення біфокальності системи «Я», переважання примітивних, незрілих механізмів психологічного захисту, феномен «емоційної гемофілії», порушення взаємозв’язків між дитячими та дорослими частками психічного простору, тощо).

Межові особистісні розлади, за Н. Мак-Вільямс, Дж. Крейсман та Х. Страус, є характеристикою рівня функціонування психіки.

За умови зниження рівня психічного функціонування створюються умови до розвитку не тільки залежності, а й можливі інші варіанти маніфестації – порушення харчової поведінки, суїцидальні тенденції, депресивні розлади, самоушкодження тощо.

Ці два підходи орієнтують на різні стратегії та мішені психотерапевтичного впливу: у першому випадку – на занурення у конфліктні зони, виявлення прихованих переживань, у розуміння ролі значущих батьківських об’єктів, у виявленні найбільш «токсичних» типів виховання, таких, що призводять до формування адиктивного розладу; у другому – на заповнення дефіцитів, на «полив» сухих, мертвих зон. Звідси метафора «садівника» у К. Роджерса.

Показано, що серед соціально-психологічних чинників хімічної залежності особливе місце відводиться стресорам, їхнім якісним і кількісним характеристикам, а складність поставленої проблеми полягає у наявності зворотних взаємовідношень між стресом та адиктивною поведінкою.

В літературі (А.Є Бойков, А.О. Бухановський, П.В. Волошин, В. Ю Зав'ялов, І.В. Лінський та ін.) зазначено, що хімічна залежність розглядається як довготривалий, хронічний стрес.

З іншого боку, припущено можливість зворотного впливу, накладання стресовими подіями відбитку на поведінку і набуття нею характеру адиктивної, оскільки, згідно з літературними даними, вживання алкоголю і наркотичних речовин відбувається не тільки для отримання задоволення, але і для зняття психоемоційної напруги, пов'язаної з різними стресовими ситуаціями, такими як: загострення міжособистісних стосунків у сім'ї (О.А. Дегтярева, Г.І. Карпушина, Д.Х Кім, Л.Ф. Шестопалова, Е. Ян де Вільде та ін.), фінансові труднощі (С. Айллон, Н. Бассолс, Д. Гарвуд, К. Ренк), проблеми зі здоров'ям, хронічними хворобами (Дж. Ллойд, В. де Гроот, Б. Майерс зі співавт., К. Петрі), академічний стрес (Б.В. Бірон, П. Віджаяті, П. Зарей зі співавт.), стрес, пов'язаний з расовою дискримінацією (К. Броман, І. Метцгер зі співавт.).

Проаналізовано розвиток і сучасний стан дослідження проблеми хімічної залежності.

Незважаючи на те, що в огляді літератури широко представлені дослідження, присвячені психологічним особливостям взаємозв'язків між накопиченням негативними життєвими подіями ї адиктивною поведінкою, багато питань залишаються відкритими.

Отже, дослідження направлене на визначення модераторної функції особистісних чинників, особливостям міжособистісного стресу, на виявлення його видоспецифічних типів, що призводять до розвитку залежної поведінки, на типологію залежної особистості.

**1.2. Особливості психологічної допомоги у реабілітаційному процесі при хімічній адикції**

Система психологічної допомоги у реабілітаційному процесі при хімічній адикції представлена методиками: мотиваційної роботи, принципів психотерапевтичної роботи на першому етапі ремісії (до 3-х місяців тверезості), тренінгу профілактики потягу до вживання.

Їх можна застосовувати в будь-якій моделі реабілітації й індивідуальній роботі з клієнтом. Інтегративна модель мотиваційної роботи з хімічними адиктами.

Головним заданням розробки інтегративної моделі було не стільки винайдення нових технік і методів мотивування, скільки інтеграція вже існуючих моделей в одну цілісну концепцію.

Проблемою створення такої інтегративної моделі мотиваційної роботи є широкий континуум залежних клієнтів – від особистісно зрілих і соціально успішних людей з алкогольною залежністю, дебют якої відбувся в достатньо зрілому віці, до підлітків з ранньою полінаркозалежністю з високою поградієнтністю, обтяженою інтоксикаційними психозами, коморбідними станами та тяжкими особистісними розладами.

Для того, щоб урахувати цей континуум, було введено поняття мотиваційної готовності (МГ) та виділені 3 її рівні (високий, середній і низький).

До кожного рівня застосовувався відповідний підхід до мотиваційної роботі – інформаційний, конфронтаційний і реляційний підходи відповідно.

У термін “мотиваційна готовність” закладене значення готовності клієнта до змін у мотивації, тобто схильності до мотиваційної роботи з ним (а не рівня самої мотивації до терапії).

Клієнти з високим рівнем мотиваційної готовності “лояльні” до простих інформаційних мотиваційних утручань, їхня мотивація досить швидко змінюється та надалі є відносно стабільною.

Для клієнтів із середнім рівнем мотиваційної готовності необхідна експресивніша мотиваційна робота, мотивація в них змінюється повільно та стадійно, сформована мотивація є нестійкою, тому “мотиваційний супровід” повинен продовжуватися і під час терапії.

Клієнти з низьким рівнем мотиваційної готовності мало придатні до прямої мотиваційної роботи, з ними необхідно застосовувати більш директивні техніки примушення до реабілітації (тобто ефективнішою є робота з родичами), а надалі мотивування відбувається через побудову стосунків, а не через раціональні чи експресивні інтервенції.

Послідовність етапів у інтегративній моделі мотиваційної роботи є наступною.

1. Встановлення довірчих стосунків. На цьому етапі відбувається знайомство з клієнтом, у процесі якого і відбувається розвиток довіри.

Етап починається з прохання розповісти про себе, наприклад: “Мені хотілося б перед нашою подальшою бесідою трохи познайомитися з вами як з особистістю, можете, будь ласка, розповісти мені трохи про себе, щоб я склав враження про вас, як про людину”.

Далі спеціаліст використовує підхід активного слухання з віддзеркаленнями та відкритими запитаннями.

Загальні рекомендації до роботи на цьому етапі наступні: техніки активного слухання; опора на емпатію та рефлексію; демонстрація дружелюбності, інтересу, розуміння; відсутність конфронтації – по суті рекомендується застосовувати принципи підходу мотиваційного інтерв’ювання. Як показує практика, початок бесіди з більш-менш поглибленого знайомства особливо важливий з клієнтами, які від початку мають супротив до контакту, наприклад, прийшли на консультацію під тиском родичів.

У даному випадку етап знайомства з клієнтом не тільки відігравав роль становлення довірливих відносин, а й “збивав” заготовлену “програму опору”.

Такі клієнти зазвичай приходили на консультацію вже з планом виправдання свого вживання та протистояння тиску спеціаліста. Автентична відкритість і щирість фахівця, його орієнтація на “контакт з людиною”, а не конфронтація зловживання дезорієнтували клієнта в його емоційному намірі протистояти та були важливою базою для подальшої мотиваційної бесіди.

2. Дослідження відносин з ПАР. Пропонується наступна черговість тем дослідження.

- Вивчення позитивних сторін вживання та їх розвиток у часі: структура ейфорії, вторинні вигоди, седативні мотиви. Водночас важливим є не знецінювати позитивні ефекти від вживання, а намагатися якомога глибше зрозуміти їхній особистісний смисл і віддзеркалити це розуміння клієнту.

З деякими клієнтами необхідна навіть конфронтація знецінення ним своїх позитивних ефектів від вживання. У цьому процесі важливе переведення відчуття “невиразного дива” в зрозумілі “людські” мотиви. Наприклад, коли “опійний кайф” описаний у зрозумілих будь-якій людині відчуттях (найчастіше цими відчуттями для опійних адиктів були зняття відчуття глибинної провини, досягнення стану повної безтурботності, “відходять усі проблеми”, зняття душевного болю тощо), то зникають “магічність” цього стану, відчуття його невиразності та незрозумілості іншим, що само собою вже є мотиваційним фактором.

З клієнтами, в яких є проблеми вербалізації свого стану сп’яніння, корисними будуть техніки малювання свого “кайфу”. Якщо клієнт схильний до ізотерапії, то в якості подальшої інтервенції з ним використовуються техніки малювання бажаного тверезого майбутнього, а потім малюнки “кайфу” та “тверезості” порівнюються.

Найчастіше малюнок “кайфу” більш яскравий і привабливий, ніж малюнок “тверезості”. Далі клієнта просили зробити малюнок “тверезості” яскравішим, перенести на нього ті кольори, які є в малюнку “кайфу”.

Такий підхід дає клієнтові на емоційному рівні зрозуміти важливу річ – проблема не в яскравості кайфу, а в тьмяності образу майбутньої тверезості.

- Дослідження негативних наслідків вживання. Процес вивчення мотивів вживання закінчується віддзеркаленням клієнтові розуміння спеціалістом їхніх людських смислів і підтвердженням їхньої значущості.

Наприклад: “Як я зрозумів, ви вживаєте для..., як мені здається, це є дійсно важливими мотивами для будь-якої людини, і я думаю, що багато з тих, хто не може досягти цих цілей і станів адекватними та не руйнівними засобами, могли б, як і ви, почати вживати.

Однак я твердо вірю в те, що за досягнення цілей шляхом вживання обов’язково потрібно платити. Я пропоную зараз дослідити, що ви платите за позитивні ефекти, які дають вам наркотики”. Постановка питання про наслідки вживання саме у вигляді “плати” є для більшості клієнтів важливою в розумінні своєї суб’єктності вибору: зловживання – не просто стан компульсії з негативними наслідками, але й особистісний вибір у досягненні певних цілей, та за цей вибір необхідно платити.

Також з багатьма клієнтами важливе дослідження розвитку негативних наслідків у часі, у такий спосіб клієнт приходить до розуміння ідеї про розвиток узалежнення та того, що подальші наслідки будуть ще гіршими.

- Дослідження подальших намірів і їхніх наслідків. На цьому етапі підсумовуються результати попереднього вивчення “плюсів і мінусів” вживання та в цьому контексті пояснюються подальші наміри клієнта: “Як я зрозумів, ви вживаєте заради наступних цілей..., але, з іншого боку, ви за це платите... Зараз мені цікаві ваші подальші наміри щодо вашого вживання”. Яка б не була відповідь клієнта (“буду продовжувати, як продовжував”; “хочу зменшити вживання та навчитися його контролювати”; “хочу кинути”), важливо прояснити, чому саме клієнт обрав саме такий варіант, а не інший.

Така послідовність відкритих питань з прагненням зрозуміти та безумовним прийняттям фахівцем сама собою може мати потужний мотиваційний ефект. На перших двох етапах роботи також бажано провести діагностику рівня мотиваційної готовності клієнта, стадії в моделі позитивних змін і провідних механізмів анозогнозії.

3. Інформаційна мотиваційна інтервенція. На цьому етапі подається інформація про узалежнення, його механізми, симптоми, розвиток тощо (як доповнення проводяться діагностичні методики, наприклад, порівняння з симптомами ДСМ-5).

Завданням цього етапу є не “встановлення діагнозу клієнту”, а надання йому повної свободи в самодіагностиці та висновках за допомогою наданої інформації. Неважливо, яку відповідь дав клієнт про свої подальші наміри щодо вживання (попередній етап мотиваційної роботи), спеціаліст показує клієнту, що ці наміри необхідно співвідносити з тим, чи є в нього фізіологічна залежність, чи ні: “Я зрозумів ваші подальші наміри та чому ви обираєте такий план, але мені здається дуже важливим для побудови подальшого плану вашого життя розуміння, чи є у вас фізіологічна залежність, чи ні. Мені цікаво, що ви знаєте про фізіологічну залежність для вашого розуміння, чи присутня вона у вас, чи ні”.

Зазвичай у клієнтів вкрай низьке знання про те, чим є фізіологічна залежність (хоча в практиці зустрічалися клієнти, вкрай обізнані з цієї теми, але найчастіше вони приходили на консультацію вже достатньо умотивованими на психотерапевтичну роботу).

Після прояснення рівня розуміння клієнтом, чим є узалежнення, спеціаліст у достатньо простій формі надає йому інформацію про біологічні механізми узалежнення.

Було виявлено, що найзрозумілішою концепцією для клієнтів є трикомпонентна біологічна модель узалежнення: формування наркотичних мотиваційних зв’язків, через які відбувається втрата контролю та розвивається потяг до вживання; виснаження центру задоволення, через що розвивається стан адиктивної депресії; зниження функціонування кори, через що знижується здатність керувати своїм життям.

Така інформація, що подається в простій формі, зрозуміла переважній більшості клієнтів, попри їхні освіту та розумові здатності (виключенням є люди з явним психоорганічним синдромом або іншою важкою патологією розумових процесів).

Головними висновками на цьому етапі для клієнтів є наступні:

а) узалежнення є зрозумілим феноменом, науково дослідженим, існують засоби допомоги; б) неможливість відновлення контрольованого вживання;

б) метою терапії узалежнення є не припинення вживання (це є лише необхідною первинною умовою), а відновлення здатності повноцінно жити без вживання ПАР.

4. Розвиток мотивації. Саме на цьому етапі мотиваційна робота для клієнтів з трьома рівнями МГ кардинально відрізняється. Для клієнтів з високим рівнем МГ на цьому етапі відбувається робота з постановки позитивних цілей тверезого життя.

З клієнтами середнього рівня застосовуються техніки конфронтації залежних переконань. Для клієнтів з низьким рівнем необхідний директивний примус до лікування через родичів, надалі мотиваційна робота продовжується через побудову стосунків. Ці три стилі мотиваційного консультування описані нижче.

5. Планування. Клієнту надається інформація про види терапії та разом з ним будується план подальших дій.

6. Підтримка. Навіть якщо була одинична консультація (наприклад, з клієнтом у соціальному центрі або приватному наркологічному прийомі), важливо через деякий час зателефонувати йому та поцікавитися виконанням плану.

Прояв такого звичайного людського інтересу та безумовної турботи може досить сильно підтримати мотивацію клієнта.

У тривалій терапевтичній роботі також потрібно постійно перевіряти мотивацію клієнта та використовувати техніки її підтримки, які зазвичай зводяться до постановки середніх цілей і аналізу їх досягнення з позитивним зворотним зв’язком.

Така послідовність мотиваційної роботи є універсальною, однак, як вже було зазначено вище, її наповнення та стиль роботи змінюються залежно від рівня мотиваційної готовності клієнта – використовується інформаційний, конфронтаційний або реляційний мотиваційний підхід.

Клієнти з високою мотиваційною готовністю потребують достовірної інформації про проблеми узалежнення та теплого ставлення фахівця (інформаційний мотиваційний підхід). Для них підходить стиль коротких мотиваційних інтервенцій.

Додатковою технікою є конфронтація провини за вживання (бо саме провина в цих клієнтів є одним з предикторів вживання та заперечення узалежнення).

Конфронтація провини зазвичай відбувається через концепцію хвороби: якщо алкоголізм – це хвороба, то і людина не може бути винною в проявах цієї хвороби, тобто своєму зловживанні, але її відповідальністю є лікування цієї хвороби: “ти не був винним у своєму зловживанні, поки не знав, що воно є наслідком хвороби алкоголізму, але коли ти вже знаєш про свій алкоголізм, то вже відповідальний за його лікування, твоя провина буде вже у відмові від терапії”.

Інший стиль застосовується в конфронтаційному мотиваційному підході. Клієнти з середнім рівнем МГ відрізняються не стільки когнітивними спотвореннями самої проблеми (заперечення), скільки емоційними та поведінковими (знецінення й опір).

Такі клієнти будують маніпулятивний контакт, насичений психологічними іграми (в розумінні Е. Берна), і раціональний стиль інформаційного підходу малоефективний.

З такими клієнтами рекомендується будувати не стільки теплий (який вони можуть сприймати як слабкість і/або удавання), скільки поважний контакт. У самій мотиваційної роботі пропонується використовувати різні мотиваційні експресивні техніки та глибоке дослідження конфліктів особистісних смислів тверезості/вживання.

Пропонуються наступні техніки мотиваційної роботи (частина з яких взята з МІ), які можна застосовувати в запропонованій послідовності:

1. Надання сенсу тверезого життя:

а) дослідження бажаних позитивних змін у житті в результаті можливого припинення вживання;

б) допомога в побудові позитивної тверезої життєвої перспективи;

в) дослідження причин вживання та пошук альтернативних шляхів вирішення в рамках тверезого життя;

г) вивчення побоювань припинення вживання (негативних наслідків, що можуть виникнути при припиненні вживання).

2. Прояснення можливих причин припинення вживання:

а) використання шкали важливості (оцінка рівня бажання припинення вживання та дослідження причин, чому цей рівень не нижче);

б) вивчення можливих причин гіпотетичного припинення вживання в майбутньому; в) подання негативного майбутнього при продовженні вживання.

3. Прояснення здібностей:

а) дослідження здібностей припинення вживання;

б) ілюстрація позитивних прикладів;

в) інформування про способи допомоги.

4. Дослідження цінностей: а) вивчення цінностей, потреб, смислів і їх підтримки/пригнічення вживанням; б) дослідження плюсів і мінусів вживання.

5. Провокація:

а) адвокат диявола – несподівано ставати на бік захисту вживання;

б) сократичний діалог – просити клієнта довести, що в нього немає залежності, а самим ставити провокаційні запитання.

6. Конфронтація узалежного мислення:

а) пряма конфронтація через недовіру – демонстрація клієнту недовіри щодо його висловлювань про вживання;

б) конфронтація через сумнів щодо належності залежних переконань клієнтові, дослідження того, звідки вони походять;

в) експресивні вправи з екстерналізації залежного мислення та розвитку амбівалентності між нормативними й адиктивними установками (написати собі лист від імені залежного мислення, робота на стільцях з АЯ і НЯ).

Стиль реляційного мотиваційного підходу виходить з того, що клієнти з низьким рівнем МГ страждають досить сильним зниженням тестування реальності та субпсихотичними порушеннями мислення, тому раціональні й експресивно-конфронтаційні техніки роботи з ними протипоказані. Як мотивуючий компонент з такими клієнтами працює побудова турботливого симбіотичного контакту.

При взаємодії з ними слід дотримуватися рекомендацій щодо роботи з психотичними клієнтами (уникнення двозначностей, простота висловлювань, емоційна відкритість тощо). Клієнту даються директивні рекомендації з чіткими та зрозумілими кроками дій.

Часто такі клієнти не здатні до виконання складеного плану дій, тому нормально фахівцю самому зв’язуватися з відповідними службами, куди перенаправляється клієнт. У тривалій роботі такі клієнти також мотивуються на тверезість не стільки через внутрішні мотиваційні предиктори, скільки через зовнішні стосунки (індивідуальні з психотерапевтом або з групою в стаціонарі).

Конструктивістський підхід до роботи з адиктами на першому етапі реабілітації. У проведеному дослідженні показано, що для тяжких форм хімічних узалежнень на першому етапі роботи з клієнтами (≈3 місяці) необхідно застосовувати системний підхід концептуалізації та відповідний стиль практичної роботи. Існують два схожих напрями в практичному втіленні системної парадигми – конструктивістська (побудована на теорії конструктів Д. Келі) та конструкціоністська (що ґрунтується на теорії А. Бергера та Т. Лукмана й акцентується на соціальному мовному процесі) терапії.

Вважаючи, що принципових відмінностей між цими двома теоріями не спостерігається, та враховуючи авторитетні думки, що конструкціонізм є окремим випадком конструктивізму, об’єднуємо ці й інші схожі напрями в одну парадигму, яку в цій роботі будемо надалі називати конструктивістською парадигмою психотерапії. Проте слід зазначити, що таке застосування цього терміну не є загальним.

Отже, конструктивістською парадигмою в психологічному консультуванні та психотерапії тут називаємо ті підходи, що побудовані на системній парадигмі роботи психіки.

До цієї парадигми включають конструкціоністську психотерапію, коучинговий підхід у психотерапії, герменевтичний, наративний та інші.

У специфіці роботи з адиктами до конструктивістського підходу можна віднести моделі, як-от системне мотиваційне консультування, психотерапія, орієнтована на рішення за Стівом де Шазером, програма “7 навичок” тощо.

У системному баченні для відмови від адиктивної поведінки необхідно:

а) виявити, які системні функції відіграє ця поведінка, та розподілити ці функції між іншими адекватними типами поведінки;

б) зруйнувати кластер вторинних поведінок, що підтримують адиктивну поведінку;

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

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

Виділимо основні принципи конструктивістського підходу до роботи з важкими формами хімічних узалежнень у системі соціально-психологічної реабілітації та надамо відповідні рекомендації.

− “Відкритий” стиль взаємодії. Клієнти на першому етапі становлення ремісії не можуть переносити класичну абстиненцію та нейтральність психотерапевта.

Тому важлива емоційна взаємодія не стільки у вигляді “спеціаліст-клієнт”, скільки на зразок “рівний-рівному” або “людина-людина”.

Саме тому в реабілітаційному процесі має значення участь консультантів з хімічної залежності зі власним досвідом узалежнення, яким легше прийняти таку позицію у взаємодії, ніж “класичним психотерапевтам”.

З іншого боку, наприклад, у конструкціоністській терапії вважається, що терапевт повинен позбуватися позиції знання та керівника. Така форма “відкритості” якраз і не підходить узалежненим клієнтам. Позицію “незнання” у випадку узалежненого клієнта ми рекомендуємо приймати лише символічно.

 З одного боку, реабілітаційний процес є дидактичним і директивним, з іншого – він повинен мати значну міру самоорганізації, тобто ми пропонуємо середню позицію між адміністративним керуванням і терапевтичною спільнотою (ТС).

ТС повинна мати права зміни правил, прийняття та відрахування з реабілітації тощо, проте терапевтичний склад – “право вето” на рішення ТС, коли вони приймають деструктивний характер. Тому під відкритим стилем взаємодії в роботі з узалежненими клієнтами йдеться про максимально відкриту емоційну позицію, відкрите турботливе ставлення, зняття “професійної маски”, демонстрацію емоційної зацікавленості в одужанні клієнта (але без співзалежного контролю та відкритих люків для маніпуляцій клієнтом через можливість зриву), відкритий прояв поваги.

Проте за такої умови спеціаліст експліцитно займає позицію “наставника”, “знаючого”, “того, хто веде”.

− Акцент на соціальному мовному процесі. Особлива увага приділяється стилю опису та побудові діалогів. У реабілітаційному центрі вводяться відповідні правила мови, до яких включаються принципи “Я-комунікації”, заборона нецензурної та кримінальної мови, навчання принципам здорового діалогу тощо.

У роботі психолога з описовими наративами увага звертається на стиль опису, робота акцентується на конструктивному описі проблеми, а не на ній самій. Тобто постулюється принцип більшої значущості форми мови над змістом (акцент на семіотиці, а не на семантиці).

− Робота з описовими конструктами. У процесі психотерапії виробляється новий набір описових конструкцій, водночас особливе місце займають два наративних конструкти, що відносяться до адикції та тверезого життя.

На відміну від КПТ, де наратив стараються переформулювати в короткому переконанні, тут немає наміру скорочення описового наративу до одного суттєвого твердження (оскільки клієнт у субпсихотичному стані може просто бути не в змозі виділити цю суть), а інколи навіть, навпаки, його намагаються розширити.

Також у конструктивістському підході пропонується м’якший, діалоговий стиль роботи з описовими наративами, ніж, наприклад, у КПТ: “...це процес формування значень, властивих певним типам відносин між терапевтом і клієнтом, у ході якого терапевт і клієнт співрозвивають значення за допомогою діалогу”.

Тобто неконструктивний наратив не атакується (як це робиться з дисфункціональними переконаннями в КПТ), він не оскаржується раціонально, а відбуваються “м’яка допомога” процесам конструювання та деконструювання описового наративу, їх спрямування (наприклад, техніками МІ, де альтернативні погляди тільки пропонуються, а не нав’язуються).

− Дидактичний стиль. Передбачає не тільки дидактичні заняття та наповнення інформаційними матеріалами, але й стиль відносин “наставникучень” (якого намагаються уникати в інших парадигмах психотерапії). Це говорить про важливість участі в реабілітаційному процесі спеціалістів з групи соціальних педагогів, фахівців із соціальної роботи, консультантів з хімічної залежності й інших, роботі яких притаманний такий стиль (на відміну від “класичних” психотерапевтів і психологів-консультантів).

− Позитивне мислення. Орієнтація на позитивне мислення та навчання його принципам є вкрай важливою для адиктів з їхньою схильністю до негативізму. Використовуються прості правила позитивного мислення, наприклад: “Коли не знаєш точно, як ставитися до людини (ситуації) – стався позитивно”.

У спільноті АА поширене використання дидактичних лозунгів, що корисно застосовувати і в соціально-психологічній реабілітації. Наприклад, наступні лозунги: “Тільки тут і зараз!”, “Насамперед – тверезість!”, “Чисті думки, почуття, дії!”, “Живи та дай жити іншим!”, “Просто почни!”, “Будь розумним і щасливим!”, “Будь простішим!”, “Відклади проблеми!”, “Думай позитивно!”, “Просто скажи Ні або Так!”, “Знай міру!”, “Будь усвідомленим!”.

− Спрямованість на цілі. Пропонується не акцентуватися на проблемах і їхніх причинах, а шукати цілі. Наприклад, замість занурення в причини виникнення узалежнення конструюємо образ повноцінного тверезого життя, якого бажає досягнути клієнт.

Цьому стилю відповідає систематичне мотиваційне консультування Cox & Klinger або орієнтована на рішення терапія Стіва де Шазера.

− Екологічна ніша. Одним з головних факторів ефективної реабілітації, з одного боку, є створення позитивної емоційної атмосфери, з іншого – структурованого процесу розвитку. Тобто така екологічна ніша повинна збалансовано підтримувати дві головні системні функції – гомеостазу й алостазу. Акцент лише на одній з них призведе до зниження ефективності реабілітації.

− Наповнення ресурсами. Хоча головним джерелом ресурсів є соціальне середовище (тобто позитивна атмосфера в ТС), проте реабілітаційний процес повинен бути насиченим ресурсними заняттями, особливо тілесною релаксаційною терапією. Опора на теорію 4Е (отілеснених, розширених, ситуативних, енактивних) когніцій. Передбачає роботу не з когніцією як такою (наприклад, як це робиться з дисфункціональним мисленням у КПТ), а з її тілесним відображенням, діями, соціальною підтримкою, ситуативністю.

Крім того, на першому етапі реабілітації пропонується широке застосування арт-терапевтичних методів роботи з мисленням (а не раціональних, які радять широко використовувати на другому етапі).

 Модель отілеснених когніцій дає спеціалісту-практику розуміння кардинальної залежності свідомості клієнта від тілесного стану.

Практичним наслідком є пріоритет тілесних релаксуючих практик над когнітивними втручаннями (наприклад, суб’єктивний погляд на ситуацію часто вдається кардинально змінити за допомогою простої дихальної релаксації). Концепція розширених когніцій пропонує модель кардинальної залежності стану суб’єкта від середовища, в якому він знаходиться. Тому критично важливі максимальне занурення клієнта в підтримуюче терапевтичне середовище та максимальне відчуження його від провокуючого середовища.

Загалом стан клієнта в цьому сенсі знову ж таки буде залежати не стільки від прямої роботи з ним, скільки від екологічної ніші, в якій він зараз перебуває. Особливого значення тут набуває не тільки професійна допомога, а й робота “рівний-рівному”.

Поняття ситуативних когніцій дає розуміння важливості знаходження клієнта “тут і зараз”, роботи “маленькими кроками”, розгляду конкретних ситуацій (без їх узагальнення) – загалом максимально ситуативної та конкретної роботи. І, нарешті, поняття енактивних когніцій дає концепцію “програми дій”. Тут усвідомлення тих чи інших моментів буде залежати не стільки від пізнавальної діяльності клієнтів, скільки від їхніх соціальних дій (як у гаслі АА “роби, а розуміння прийде потім”).

У цьому сенсі результативність підходів співтовариств взаємодопомоги АА/АН можна пояснити якраз тим, що вони інтуїтивно (та/або методом спроб і помилок) застосували принципи системного підходу й енактивізму, зокрема до практики “одужання” від узалежнення.

− Коучинговий підхід. Узагалі стиль роботи в реабілітаційному процесі є своєрідним лайф-коучингом тверезого життя.

Такий підхід лайф-коучингу передбачає наступний спектр мішеней: проактивність, прийняття рішень, цілепокладання, тайм-менеджмент, розвиток навичок самоефективності, навички здорового способу життя, асертивна комунікація. Пропонується активно використовувати метатехніки цього стилю: контракти, система винагород, тренінги (головними з яких є тренінги комунікації, здорового способу життя, проактивності, тайм-менеджменту), орієнтований на мету процес терапії.

Тренінг профілактики потягу до вживання ПАР. На жаль, наш досвід навчання консультантів з хімічної залежності, супервізій реабілітаційних центрів і психотерапевтичної роботи з клієнтами після реабілітації показує, що, як це не дивно, робота з профілактикою потягу до вживання в сучасних українських центрах організована дуже слабко.

У більшості випадків профілактика рецидиву зводиться до аналізу процесу зриву за моделлю, запропонованою Т. Горським. В українських центрах майже зовсім не застосовується тренінг профілактики крейвінгу, що, по суті, й має бути одним з ключових напрямів роботи з більшістю хімічних адиктів. Відповідно до сучасних поглядів щодо видів крейвінгу (англ. reward, relief та obsessive) виділяємо три типи потягу до вживання: ейфорійний, дисфорійний та обсесивний. Загальна методологія та послідовність роботи з кожним із цих трьох типів є однаковими, відрізняються лише конкретні техніки. Трохи адаптуючи КПТ підхід, виділяють наступну послідовність розвитку крейвінгу: тригер → думки → емоції → бажання → тілесні ефекти → поведінковий рівень. У такому вигляді робота з профілактики потягу зводиться до надання рекомендацій і проведення вправ з когнітивними, емоційними, мотиваційними, тілесними та поведінковими компонентами потягу, а також роботи з тригерними ситуаціями.

Робота з тригерними ситуаціями. Класичний підхід до роботи з тригерами (як у TSF-програмах реабілітації, так і в КПТ підході) є наступним. На першому етапі разом з клієнтом складається список тригерних ситуацій (прямі тригери, люди, місця, поведінка, психічні та фізичні стани, стрес, звички тощо), що небезпечні для тверезості, засобів запобігання потраплянню (або його мінімізації) в тригерні ситуації та засобів поведінки, якщо потрапив у таку ситуацію. Реакція на тригер у цьому випадку розглядається через призму сформованого умовного рефлексу.

Класичний підхід рефлекторної реакції на тригер був розширений через системну парадигму. У такому випадку зв’язок виникнення крейвінгу з тригерами вже буде описуватися не просто класичною біхевіорістською формулою S→R (де S – асоційований зі зловживанням тригер, R – реакція крейвінгу на нього), а більш складною формулою ∆G→R (де ∆G – відхилення системи від гомеостатичної рівноваги, R – реакція системи з відновлення гомеостазу, що реалізується через потяг; тобто зловживання ПАР розглядається як гомеостатична системна функція).

Отже, необхідно запобігати не просто тригерним ситуаціям, асоційованим зі зловживанням, а всім обставинам, що відхиляють психічну систему від точки рівноваги настільки, що її гомеостатичних ресурсів недостатньо для повернення без задіяння зловживання. І хоча практично з клієнтом буде складатися та ж таблиця запобігання небезпечним ситуаціям, проте вона буде наповнена трохи іншим змістом і пояснювальними концептами.

Із системного підходу також випливає інший напрям “запобігання тригерам” – необхідний комплекс заходів зі стабілізації психічної системи. Як вже зазначалося вище, за такої умови необхідно визначити, які системні функції виконувало зловживання, та перерозподілити їх за іншими типами поведінки.

Крім того, необхідно створити таку зовнішню соціальну екологічну нішу, яка б ззовні також підтримувала виконання цих функцій. Наприклад, використовувалася наступна вправа. Клієнта просять перерахувати, які функції виконує його адиктивна поведінка. Потім пропонують для кожної з функцій знайти інші види поведінки, використовуючи принцип “одна функція – одна поведінка” (а не принцип адиктивної поведінки “одна поведінка – декілька функцій”).

Далі застосовувалася не стратегія запобігання (яка необхідна на перших етапах), а стратегія поступового розвитку самоефективності. У реабілітації клієнтові необхідно допомогти виробити стратегії байдужого ставлення до тригерних ситуацій щодо розвитку адиктивного потягу (“Як не включатися на тригер?”).

У плані психокорекційних методів можна використовувати поведінковий тренінг і психодраматичні техніки. У групі розігрується ситуація тригера (наприклад, коли пропонують випити). Послідовно з протагоністом і його заступником розігрується ситуація потрапляння в тригерну ситуацію (в асоціативній позиції, коли грає сам протагоніст, і в дисоціативній позиції, коли грає його заступник, а протагоніст спостерігає). Через етапи програвання ситуації формується нова реакція на тригер спочатку на поведінковому, а потім на внутрішньому психологічному рівні.

В індивідуальній роботі можна використовувати техніки монодрами або інших модальностей, наприклад, техніки помахів та інші подібні з практики НЛП роботи з узалежненнями [66]. Головне – орієнтація техніки на принцип розвитку самоефективності. Робота з узалежненим мисленням.

**1.3. Узалежнене мислення при хімічних адикціях: психологічний аналіз**

Під узалежненим мисленням розуміється будь-яке мислення, що тією чи іншою мірою виправдовує/ідеалізує вживання ПАР та/або знецінює тверезість.

Не обов’язково, щоб у мисленні був прямий посил до вживання, достатньо тенденцій і гіпотетичних умов (“Їм можна пити, бо вони не алкоголіки, а мені не можна!”). Відповідно до трьох форм крейвінгу, в основі узалежненого мислення були виділені три установки: “Стан сп’яніння – це щастя!”, “Стан тверезості – це страждання!”, “Я не зможу впоратися з життям без вживання!”.

Ці твердження мають силу надцінних ідей, проте відрізняються від них наступним: якщо останні стабільно присутні в психіці, то регуляторна функція адиктивних ідей може то “включатися”, то “виключатися”. Це можна пов’язати з переключеннями між НЯ й АЯ. Тобто можна сказати, що адиктивна ідея за своєю формою є дисоційованою надцінною ідеєю та набуває своєї регуляторної функції при переході особи в стан АЯ.

Дотримуючись моделі когнітивних вразливостей адиктів D. Redish і доповнюючи її соціальним міфом про нормальність вживання, систему адиктивних переконань і вірувань розширили до наступної:

− “тактична помилка” – вживання ПАР допомагає вирішити ситуативні проблеми;

− “стратегічна помилка” – вживання ПАР може зробити життя кращим;

− “ілюзія кайфу” – вживання ПАР приносить задоволення;

− “ідеалізація ПАР” – перебільшення можливих позитивних наслідків вживання ПАР;

− “знецінення тверезості” – применшення позитивних сторін тверезості;

− “помилка пам’яті” – збереження образів пам’яті про позитивні наслідки вживання та забуття негативних;

− “ілюзія контролю” – переконання в можливості повернення до контрольованого вживання;

− “ілюзія безсилля” – переконання в неможливості жити повноцінно без вживання або в надто складному шляху досягнення тверезості;

− “кинути вживати” – переконання в можливості припинити вживання “просто один раз вирішив це зробити без жодних зайвих зусиль”;

− “відмова від усвідомленості” – переконання в можливості тверезого життя без його повного перегляду, віра в тверезе “життя на автоматі”;

− “імпульсивність” – ставлення до рішень припинення/початку вживання як до ситуативних, а не як до стратегічних;

− “п’яне сприйняття” – ефекти ПАР оцінюються не через призму спотворення сприйняття реальності в сп’янілому стані, а як реальні ефекти;

− “нормальність вживання” – віра в нормальність вживання певних ПАР, наприклад, алкоголю.

Сама система узалежненого мислення будується за законами когнітивного дисонансу (а не психологічних захистів, наприклад, раціоналізації) та набуває форми розгорнутої адиктивної світоглядної системи, побудованої на паралогічних зв’язках.

Це розуміння є положенням, важливим для практичної роботи, бо її в такому разі необхідно проводити не з окремими адиктивними твердженнями або поодинокими помилковими світоглядними уявленнями, а з загальною патологічною світоглядною системою.

Цим можна пояснити принаймні один з факторів більшого успіху духовно-орієнтованих програм (“12 кроків” і релігійних), ніж професійних матеріалістично-спрямованих (КПТ узалежнень): вони пропонують нову ціннісну світоглядну ідеологію життя замість старої адиктивної, тимчасом як професійні психотерапевтичні підходи не можуть цього зробити через етичні принципи.

Проте зворотною стороною медалі використання духовноорієнтованих підходів є висока небезпека формування псевдодуховних надцінних ідей замість адиктивних і, відповідно, розвитку релігійного узалежнення (а не здорової духовності та/або релігійності). Перспективним може бути використання класичних філософських світоглядних систем (наприклад, філософії стоїцизму), тобто побудова чогось на кшталт філософсько-психотерапевтичного підходу.

На початку роботи з узалежненим мисленням пропонуються два психокорекційних напрями: робота з системою адиктивних переконань (описана вище); робота з ситуативними автоматичними думками, що проводиться в раціональному ключі з використанням стилю раціональноемотивної поведінкової терапії А. Еліса з техніками раціонального аналізу помилок мислення, оскарження думок тощо.

Також у цих автоматичних думках були виділені наступні основні паралогічні схеми:

− порівняння – порівняння своєї ситуації з ситуацією інших узалежнених, в яких вона набагато гірша;

− моралізаторство – переведення проблеми вживання в моральну площину; − мінімізація – зменшення проблем зі зловживанням;

− фантазування – побудова планів на майбутнє замість дій зараз;

− проєкція – пошук проблем зовні;

− контроль – думка про можливість впоратися за допомогою сили волі.

 В якості психокорекційних технік пропонується долучати експресивні вправи на роботу з мисленням через його екстерналізацію. Наприклад, використовувалася техніка листування. Клієнта просять сформулювати та написати свої думки, що виправдовують вживання та знецінюють тверезість, у вигляді листа з закликом до когось (до кого – не уточнюється, просили сформулювати так, щоб цей лист із закликом можна було відправити кому завгодно). Потім з клієнтом розігрувалася сцена, ніби цей лист прийшов до нього від анонімного відправника. Після прочитання цього листа з клієнтом обговорювали його реакції на нього (зазвичай прочитані власні думки звучать, як мінімум, вже не так переконливо). Якщо цю вправу проводили в групі, то після прочитання власного листа та шерінгу реакцій мінялися листами з одногрупниками та ділилися реакціями на чужі листи.

 Робота з емоційним рівнем потягу. Феноменологію наступного етапу розвитку потягу до вживання ПАР (емоційний рівень) також розглядаємо в концепції трьох видів крейвінгу.

Для ейфорійного типу маємо феномен так званої “ейфорійної пам’яті” (яскраві емоційні спогади про позитивні ефекти вживання ПАР – “ейфорійні флешбеки”).

Для дисфорійного типу маємо напад негативних емоцій, пов’язаних з тверезістю (нудьга, туга, похмуре роздратування). Особливим варіантом таких емоцій є провина за своє минуле вживання (“Я настільки винен, що не маю права залишатися тверезим і жити нормально”) та сором за тверезість (“Всі люди можуть пити, а я ненормальний!”).

Обсесивний варіант потягу характеризується сильною тривогою. Усі ці емоційні стани мають дисоційовану структуру, тобто емоційні образи, що пов’язано з тим, що позитивні наслідки вживання знаходяться в одному емоційному комплексі, а емоційні образи, пов’язані з негативними наслідками, – в іншому (кайф асоціюється з ПАР, а стан абстинентного синдрому – тверезістю).

Тому робота з цим видом потягу полягає в зведенні негативних і позитивних наслідків у один емоційний комплекс.

При ейфорійних спогадах клієнтам рекомендується пригадувати всі негативні наслідки вживання (відома рекомендація АА/АН), депресивних станах – навпаки, пригадувати гарне про себе (аналогічно при тривожних – пригадувати ситуації, коли вже справлявся з подібними проблемами).

Також клієнтам можна рекомендувати техніку самодопомоги “Зошит профілактики адиктивної ейфорії”.

В окремому зошиті на першому аркуші необхідно якомога яскравіше записати всі позитивні спогади про вживання, стани сп’яніння, позитивні наслідки тощо. Далі кожного дня необхідно записувати в зошит по одному конкретному негативному наслідку вживання (головна умова – щоб спогади про ці наслідки були болючими).

Після того, як записали новий негативний спогад, необхідно перечитати позитивні спогади та попередньо внесені негативні спогади. На принципі “руйнування дихотомії”, зв’язуванні розщеплених позитивних і негативних образів також рекомендується розробляти психокорекційні техніки.

Нижче наведена наша авторська психокорекційна техніка роботи з ейфорійними спогадами, побудована на комбінації методів EMDR та арт-терапії [19].

Аналогічним чином, змінюючи зміст малюнків, будуються техніки роботи з дисфорійним та обсесивним варіантами крейвінгу.

1) Адикта просять намалювати на папері А5 образ позитивних наслідків вживання та вербалізувати почуття, які цей малюнок викликає (можна просити дорисовувати, поки не будуть намальовані всі позитивні наслідки та відчуття).

2) На іншому папері А5 просять намалювати конкретні негативні наслідки вживання та вербалізувати почуття. Під час малювання психолог може давати “сугестивні підказки”, наприклад, “а може ви згадаєте, що завдало вживання вашій родині, а може…”.

3) Два аркуші паперу необхідно розташувати на витягнутих руках перед очима на відстані між ними біля 50-70 см. Адикта просять переводити очі з одного аркуша на інший по клацанню пальців психолога (психологу необхідно провести 30 клацань пальцями з частотою біля 1 сек. – це трохи повільніше, ніж у класичному EMDR, з метою уникнення можливих епілептичних припадків).

4) Після виконання серії рухів очей адикта просять вербалізувати, як змінилося емоційне ставлення до кожного аркуша. Зазвичай десь на перших 3 серіях рухів очей зростає позитивне ставлення до рисунка з “потягом”, під час цієї техніки може збільшуватися і сам потяг.

 5) Адикта просять домалювати негативні наслідки (коли на деякому етапі він вже не може згадати нових колишніх негативних наслідків, його просять намалювати можливі майбутні наслідки), вербалізувати їх, і знову проводять серію рухів очима. Така процедура повторюється, доки не зникає позитивне ставлення до малюнка з потягом. Коли в адикта виникає стійке негативне ставлення до рисунка з “позитивними наслідками”, його просять подумати про вживання та чи виникає при цьому потяг. Якщо ні, то процедуру можна завершувати, попросивши останній раз 30 разів виконати рухи очима з одного малюнка на інший у зручному ритмі (закріплення).

6) Наостанок просять спалити аркуш з “позитивними наслідками” та залишити собі аркуш з негативними.

Ця техніка має різні рівні ефективності для різних груп клієнтів. Для “достатньо зрілих” клієнтів на великих термінах тверезості, які виробили в себе достатньо ефективні альтернативні навички задоволення потреб, що раніше задовольняло вживання (але водночас залишався великий рівень потягу – природним шляхом адиктивний канал не деактуалізувався), застосування техніки рухів очима мало дуже велику ефективність: у багатьох випадках потяг зникав зовсім на весь період доступного анамнезу (який у деяких випадках сягав більше року).

Навпаки, для “незрілих клієнтів” (переважно наркозалежної молоді) на малих термінах тверезості така техніка давала результат від тижня та більше зникнення потягу. Такі результати повністю узгоджуються з запропонованою теоретичною моделлю, де крейвінг розглядається як інструментальний канал реалізації інших потреб і цінностей або виконує системні функції [11].

Робота з мотиваційним рівнем потягу. Проблему мотиваційного рівня ПП (тобто явно виражених бажань вжити ПАР) ми пов’язуємо з дефіцитними уявленнями про час, коли негайні позитивні наслідки від вживання ПАР є мотиваційно навантаженими, тимчасом як віддаленіші негативні наслідки не мають жодного мотиваційного навантаження. Розширення часової перспективи в такому випадку й є мішенню роботи з цим рівнем ПП. Рекомендаціями для самодопомоги адиктам є емоційне уявлення віддалених наслідків (негативних при ейфорійному ПП, позитивних утримання від вживання ПАР для дисфорійного й обсесивного ПП). Висловлюючись сленгом спільноти АН, така техніка самодопомоги називається “крутити кіно до кінця”.

Психокорекційні техніки також рекомендується будувати, ґрунтуючись на принципі розширення часової перспективи. Як приклад наводимо авторську методику, побудовану на основі техніки Еріксонівського гіпнозу уявлення шляхів життя. Клієнта просять закрити очі й уявити метафоричне місце з розгалуженням життєвих шляхів – дві лінії альтернативного майбутнього, де він припиняє вживання і де продовжує.

Спочатку просимо його пройти вздовж дороги продовження вживання (в дисоціативній позиції, тобто спостерігаючи себе зі сторони). Ідучи цим шляхом, він бачить себе та своє життя з боку. Просимо робити кожен крок відповідним одному року життя й описувати з боку, як змінюється життя та сама людина через проміжки півроку-рік вживання, припущення, які почуття буде відчувати в цей рік життя, та почуття з боку до цього стану. Залежно від клієнта можна робити від 3 до 5 кроків (як показує практика, більшість клієнтів не уявляють собі проміжку більше трьох років).

Останній крок (останній рік вживання) повинен описувати повний деградований передсмертний стан людини (але не можна доводити до того, щоб він у візуалізації бачив свою смерть). Потім просимо повернутися до розгалуження та рухатися вже шляхом здорового життя, коли людина припинить вживати та буде розвиватися.

Аналогічно просимо робити по кроку на рік і описувати себе, своє життя з боку та почуття до цього. Кроків у обох шляхах має бути однакова кількість. У кінці повертаємося на місце розгалуження та виходимо з простору уяви. Бажано перед виходом перейти у візуалізацію ресурсного місця. Після вправи проводиться шерінг отриманого досвіду. Робота з тілесним рівнем потягу. На цьому рівні до психологічного бажання вжити приєднуються явно виражені тілесні ефекти – збудження для ейфорійного типу ПП, вітальні ефекти (відчуття пустоти, омертвілості тощо) – дисфорійно-депресивного, напруження – обсесивно-компульсивного.

Рекомендаціями є виконання тих чи інших тілесно-релаксуючих технік, наприклад, прогресивна м’язова релаксація за Якобсоном для ейфорійного ПП, аутогенне тренування за Шульцем – депресивного, протитривожне дихання – обсесивного.

Психокорекційні вправи рекомендується будувати на принципі формування нового тілесного рефлексу та десенсебілізації старого. Наводимо приклад авторської техніки “сомодинамічної десенсебілізації”. Клієнта просять описати тілесні відчуття тяги. Вибирається певна ділянка тіла, де локалізований потяг. Просять якомога докладніше описати: відчуття в цій ділянці тіла; напрузі яких м’язових груп це відчуття відповідає; яку тілесну конфігурацію ці відчуття спонукають прийняти; якби ці відчуття, напруги та конфігурація тіла були б емоціями, то якими; якби цей стан вимовляв фразу, то якою б вона була. Далі просимо знайти протилежну конфігурацію м’язів і тіла; подумати, яка протилежна позитивна емоція могла б бути; яку фразу хочеться вимовити при цьому положенні. Далі просимо повільно переходити з одного стану в інший, не затримуючись в жодному з них.

Водночас просимо уважно відстежувати рухи м’язів, зміну емоційного стану тощо. На піку кожного положення просимо вимовляти відповідну фразу (наприклад, при напрузі – “я повинен вживати”, розслабленні – “я можу бути вільним від наркотику”). У такий спосіб просимо здійснити до 10 рухів. Далі проводиться обговорення, якщо необхідно, допомагаємо скоригувати тілесні конфігурації, фрази й емоції, і виконуємо ще кілька циклів. Робота з поведінковим рівнем потягу.

Для дисфорійно-депресивного виду потягу маємо стан з ядром страждання в сукупності негативних афектів, які адикт неспроможний пережити (вини, сорому, образи, жалоби, нудьги тощо). Як цей стан описують самі адикти, в ньому є тільки три виходи – зійти з глузду, покінчити життя самогубством або вжити ПАР.

Для обсесивного виду потягу маємо дисоціативно-подібний стан, сам потяг буде відчуватися подібно до обсесивно-компульсивного розладу, ейфорійного потягу – маніакально-подібний стан.

Проте загальними для всіх трьох станів є відчуття втрати контролю над собою та своєю поведінкою, максимальне ослаблення установок на тверезість (можна сказати, що вживання починається не стільки через те, що мотив стає настільки сильним, скільки через те, що мотив залишатися тверезим стає надто слабким).

Рекомендаціями для подолання патологічного потягу на цьому рівні є добре відомі ще з руху АА/АН дії: інтенсивні фізичні вправи, прийняття їжі, спілкування.

Головною ідеєю запропонованої вище методології психотерапевтичної роботи з різними рівнями крейвінгу є не просто сукупність психокорекційних технік, а надання принципів їхньої побудови в різних модальностях.

Принципами роботи для кожного з компонентів крейвінгу є: для тригерів – робота з самоефективністю, узалежненого мислення – робота з його екстерналізації, емоційних спогадів – робота з асоціації дисоційованих негативних і позитивних емоційних образів, бажань – відбудова часової перспективи, тілесного компонента – формування нового тілесного рефлексу та десенсебілізація старого.

З іншого боку, маємо наступні можливі модальності побудови психокорекціної техніки: наративні техніки, візуалізації, ізотерапія, психодрама, тілесна терапія. За необхідності можемо побудувати психокорекційну техніку з будь-яким компонентом крейвінгу в будь-якій модальності роботи, розуміючи, який принцип ми повинні в ній реалізувати.

Наприклад, для розширення часової перспективи (робота з бажаннями) можемо застосувати запропоновану вище техніку візуалізації, проте також можна написати дві розповіді – про майбутнє вживання та майбутню тверезість (наративна техніка), намалювати малюнки про майбутню тверезість і майбутнє вживання (ізотерапія), розіграти майбутнє в психодрамі або монодрамі, уявляти тілесні переживання. Аналогічним чином можна діяти для будь-якого компонента крейвінгу.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ особливостей психологічної та фізичної реабілітації при хімічній адикції**

**2.1. Організація і методи дослідження**

У підрозділі запропоновано дослідницьку модель, яка обґрунтовує дизайн дослідження взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності, надано соціальнодемографічну характеристику вибірки, обґрунтовано психодіагностичний інструментарій.

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено дослідження хімічно залежних та здорових осіб.

Дослідницьку групу (ДГ) склали: особи з наркотичною залежністю, з алкогольною залежністю; середній вік – 29,6 років, чоловіків – 82,9%, жінок 17,1%; рівень освіти: середня – 17,1%, професійна (професійно-технічна) освіта – 29,0%, неповна вища – 13,7%, вища – 40,2%; одружені – 22,2%, цивільний шлюб – 17,9%, розлучені –19,7%, ніколи не були у шлюбі – 40,2%), що знаходяться на реабілітації за програмою «12 Кроків».

Особи з вираженими коморбідними психічними і соматичними розладами було виключено з дослідницької вибірки.

Контрольну групу (КГ) склали особи, які є соціально адаптовані, психологічно здорові.

Залучення їх до дослідження здійснювалося шляхом звернення до вищих навчальних закладів, державних та приватних компаній на основі анонімності та добровільності.

Запропоновано модель дослідження взаємодії стресу та особистісних факторів при хімічній залежності.

У якості основних чинників дослідження визначено: негативні події різних періодів життя, особистісні риси, що визначаються на рівні опитувальника та риси, що проявляються у проєктивній поведінці.

Для компонентів моделі («Негативні життєві події», «Особистісні риси», «Неусвідомлювані тенденції психіки») використано психодіагностичні методики, які дають можливість на емпіричному етапі комплексно дослідити формування хімічної залежності.

Для компоненту «Особистісні риси» використано особистісний Опитувальник NEO-PI-R (П.Т. Коста, Р. Мак-Крей), який розкриває особистість за такими параметрами (шкалами), як Нейротизм (N), Екстраверсія (E), Відкритість досвіду (O), Співпраця (A), Сумлінність (C), а також за підшкалами даних шкал (взагалі 5 основних та 30 допоміжних показників).

Для компоненту «Негативні життєві події», запропоновано тест «Події життя» (Д. Вассерман), де кожне питання було розроблено таким чином, щоб з'ясувати, що відбулося, і в який період життя респондента це сталося (0-6 років, 7-14, 15-18 та 19 років і більше) та як часто це відбувалося.

Оцінка в опитувальних листах NLE включала в себе підрахунок загального балу NLE (сума подій життя - SUMLE), який був розрахований з використанням спеціального програмного забезпечення, що використовує коефіцієнт відносної негативної цінності кожної події.

Для компоненту «Неусвідомлювані тенденції психіки» використано проективну методику «Будинок − Дерево − Людина» (Дж. Бук).

Взято систему кількісної оцінки методики, за якої ознаки у малюнках були об'єднані у симптомокомплекси:

1) ворожість;

2) конфліктність;

3) тривожність;

4) депресивність;

5) незахищеність;

6) недовіра до себе;

7) труднощі спілкування;

8) почуття неповноцінності (Р.Ф. Беляускайте);

9) агресивність;

10) негативізм (І.А Фурманов).

**2.2. Взаємодія особистісних особливостей і стресової травматизації, як фактор формування хімічної залежності**

У підрозділі представлено емпіричні дані проведеного дослідження.

Здійснено аналіз особистісних особливостей як чинників формування хімічної залежності та проведено вивчення стресового навантаження осіб з хімічною адикцією на різних етапах життєвого шляху, наведено типологію осіб з хімічною залежністю, обґрунтовано психокорекційні заходи, що специфічні для кожного типу.

Визначено особистісні чинники, які пов'язані з розвитком (наявністю) хімічної залежності – «нейротизм», «екстраверсія», «відкритість досвіду», «співпраця» та «сумлінність».

Для визначення ознак, за якими особи з хімічною залежністю відрізняються від групи контролю, було проведено дискримінантний аналіз за показниками опитувальника NEO-PI-R (5 шкал і 30 підшкал).

В результаті було виявлено, що групи відрізняються за вісьмома критеріями.

Наведено статистично значущі відмінності між ДГ та КГ за наведеними параметрами та їх складниками: для «нейротизму» – ознаки «ворожість», «імпульсивність» та «ранимість»; для «екстраверсії» – ознака «пошук збудження»; для «відкритості досвіду» - ознака «фантазії» (недостатність реалізму, життя у мріях); для «готовність до спілкування» - ознаки «альтруїзм» та «чесність»; для «сумлінності» - ознака «обдумування вчинків» (рефлексивність, антиципаційність).

Багатовимірна модель описується однією функцією, яка характеризується наступними статистичними параметрами: Λ = 0,492; χ2 = 161,823; df = 7.

Наведено формулу, що дозволяє прогнозувати належність до групи осіб з хімічною залежністю:

-0,038\*C6+0,044\*E5+0,027\*N2+0,034\*A3-0,034\*A2+0,037\*N6- 0,029\*O1+0,025\*N5 -4,128

Визначено наявність статистично значущих відмінностей між ДГ та ГК за вираженістю симптомокомплексів тесту БДЛ (Будинок – Дерево – Людина).

Значущі відмінностістосувалися таких симптомокомплексів, як «Конфліктність», «Негативізм», «Тривожність», «Незахищеність» й «Недовіра до себе».

Такі ознаки доповнюють характеристику залежної особистості, й, ймовірно, є як передумовою розвитку залежності, так й її наслідком.

В результаті створюється «порочне коло», коли особа спробує втекти від тривоги, незахищеності, тощо через вживання психоактивних речовин, й, навпаки, тим самим погіршує свій емоційний стан.

Чотири симптомокомплекси («Конфліктність», «Негативізм», «Тривожність», «Незахищеність») пов'язані з підшкалами «Тривожність» (N1) і «Ранимість» (N6) шкали «Нейротизм» (N) опитувальника NEO-PI-R, що свідчить про наявність деякого емоційного «ураження», яке спостерігається на різних рівнях – рівнях атитюдинальної та проективної поведінки.

Виявлено, що у осіб з хімічною адикцією спостережувана кореляційна картина свідчить про те, що у ДГ конфліктність пов’язана ( r= 0,203, р = 0,047) з параметром «Відкритість досвіду» опитувальника NEO-PI-R.

Отже, можна припустити, що «Відкритість досвіду» у хімічно залежних осіб є деструктивною характеристикою й не несе у собі «організмічного потенціалу» (К.Роджерс).

Встановлено роль стресових факторів в різні періоди формування особистості в ґенезі хімічних залежностей (наркоманія і алкоголізм) з урахуванням кількісних і якісних характеристик негативних життєвих подій.

На основі аналізу описових статистик сумарного показника негативних подій в групах порівняння (ДГ- M = 43,957; SD = 16,851; КГ - M = 16,957; SD = 13,515) визначено, що особи з хімічною залежністю сприймають своє життя, як таке, що більш навантажено стресовими подіями.

За допомогою дисперсійного аналізу показано, що відмінності за сумарними показниками стресового навантаження кожного з вікових періодів між групами ДГ та КГ є статистично значущими.

Сумарне стресове навантаження в осіб з хімічною адикцією в ранньому віковому періоді (0 - 6 років) майже в три рази більше (M = 5,274; SD = 4,582), ніж в групі здорових осіб (M = 1,726; SD = 2,402) (F= 55,002; ω²=0,192), а в старшому віковому періоді (19 і більше років) – в більш, ніж в 4 рази (M = 17,600; SD = 8,950;), ніж у КГ (M = 4,034; SD = 5,019) (F= 204,481; ω²=0,468).

За допомогою частотного аналізу встановлено характерний патерн негативних стресових подій, притаманний залежним особам:

1) емоційне і фізичне насильство з боку батьків;

2) виховання іншими людьми, а не батьками;

3) залежність батька від алкоголю, наркотиків або медикаментів.

Із негативних подій дитинства у контрольній групі переважали – розлучення чи від'їзд батьків на довгий час.

Для того, щоб відокремити внесок саме раннього періоду життя в адиктивну поведінку від подальших нашарувань, було проведено ієрархічний регресійний аналіз.

Включення подій першого з наведених вікових періодів (0 – 6 років) – покращує прогностичну цінність моделі на 19,2%; включення травмуючих подій, які сталися у віці 7 – 14 та 15 – 18 років покращує прогностичну цінність моделі незначно (відповідно на 8,8% і 7,7%); включення в модель подій, які сталися у період від 19 і більше років призводить до істотного поліпшення прогностичної цінності моделі - на 13,5%.

Фінальна лінійна модель, що зв'язує негативні життєві події і наявність хімічної адикції, характеризується високим коефіцієнтом детермінації R2 = 49,2. Логістична модель показала, що найбільш критичними віковими періодами щодо існування адикції є періоди: 0 – 6 та 19 і більше років.

Це можна пояснити тим, що, по-перше, ранні травми є передумовою розвитку стресовразливості у подальшому житті, а, по-друге, виникають серйозні труднощі впоратись з актуальними життєвими завданнями (побудова відносин з протилежною статтю, робота, навчання тощо) у віці 19 і більше років.

Порушення саме міжособистісних стосунків з батьками, тобто якість контактів, позбавлена «емпатично моделюючого» (Х. Когут) ставлення батьків до дитини.

Таке порушення не є специфічним по відношенню до змісту травми – воно стосується будь-якої травматичної події, та пов’язане з відсутністю емпатії, любові та тепла. Якість контакту будується на першому році життя та пов'язана з формуванням стилів прихильності.

При розбитті вибірки на дві підвибірки за значенням медіани (M = 57,00) за шкалою «Нейротизм» співвідношення коефіцієнтів регресії між навантаженням у ранньому віці та формуванням адикції становить (β = 0,492 та β = 0,372), що вказує на те, що в групі з низьким нейротизмом ранній стрес міцніше пов’язаний з адикцією, ніж у групі з високим нейротизмом.

Вплив чинника «Нейротизм», таким чином, не є лінійним: його надвисокі показники є фактором, що ретардує розвиток хімічної залежності в подальшому житті.

Це, ймовірно, пов'язано з тим, що високі показники тривоги, надчуттєвості, сенситивності, притаманні нейротизму, здатні загальмувати патологічний розвиток, пов'язаний з формуванням хімічної залежності. З метою побудови класифікації досліджених осіб з хімічною адикцією, нами проведено двокроковий кластерний аналіз.

Розбіжності між кластерами визначались за допомогою F-критерію Фішера.

Найбільш оптимальною виявилася трьохкластерна модель. Виявлено, що всі залежні особи поділяються на три кластера: «вразливо – конфліктні», «тривожно – агресивні» та «імпульсивно-реактивні».

До першого кластеру («вразливо – конфліктні») увійшли особи, яким притаманні такі ознаки, як чутливість до негативного ставлення з боку інших, соціальна дезадаптованість, знижена самооцінка та толерантність до стресу тощо.

Для них була властивою інтеріоризація зовнішніх конфліктів у внутрішні з трансформацією ворожого ставлення до інших у недовіру до себе.

До другого кластеру («тривожно – агресивні») увійшли особи, для яких притаманні такі ознаки, як часті відчуття негативних афективних станів, схильність до занепокоєння, полохливості, підозрілості, неадекватне сприйняття іншої форми поведінки.

У третій кластер («імпульсивно-реактивні») увійшли особи, для яких притаманні імпульсивність, зайва комунікабельність, нав’язливість у спілкуванні, різке зниження антиципаційних ресурсів у спілкування, інтенсивне переживання самотності, безпорадність, ажитація, коливання настрою, безладна рухова активність тощо.

**2.3. Система психологічної та фізичної реабілітації при хімічній адикції**

Реабілітація хімічних адиктів є одним з найважливіших засобів терапії адикцій, однак, попри це, досі є труднощі з визначенням методології реабілітаційного процесу [18].

 Термін “реабілітація” прийшов у психологію та соціальну роботу з медицини, де розуміється як комплекс медичних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених або повністю втрачених в результаті хвороби або травми нормальних психічних і фізіологічних функцій (потреб) людського організму, його працездатності. Запозичивши з медичної галузі, термін реабілітація, в психології та соціальній роботі почали наповнювати його своїм змістом.

Види та визначення реабілітації:

- соціальна реабілітація – це сукупність заходів, спрямованих на захист соціальних прав громадян, що включає в себе з одного боку процес передачі індивіду соціального досвіду, включення його в систему суспільних відносин, з іншого боку, процес особистісних змін;

- соціально-медична реабілітація – це відновлення або формування у людини нових навичок повноцінного життя і допомога з організації побуту і ведення домашнього господарства, що включає в себе відновну і реконструктивну терапію;

- соціально-психологічна реабілітація – це відновлення психічного і психологічного здоров’я суб’єкта, оптимізації внутрішньогрупових зв’язків і відносин, виявлення потенційних можливостей особистості і організації психологічної корекції, підтримки і допомоги;

- соціально-педагогічна реабілітація – це організація і здійснення педагогічної допомоги при різних порушеннях здатності людини до отримання освіти, певна робота по створенню адекватних умов, форм і методів навчання, а також, відповідних методик і програм;

- професійна і трудова реабілітація – формування нових або відновлення втрачені людиною трудових і професійних навичок і згодом його працевлаштування;

- соціально-середовищна реабілітація – відновлення у людини почуття соціальної значущості всередині нового для неї соціального середовища.

Крім того, популярним також є термін “абілітація” (від лат. habilis – зручний, пристосувальний) – в широкому сенсі слова, підготовка до якогонебудь роду діяльності.

Отже, реабілітація – це відновлення втрачених можливостей і здібностей, а абілітація – розвиток потенційних можливостей і здібностей (термін абілітація найчастіше застосовується при роботі з неповнолітними адиктами).

Близьким за значенням до соціальної реабілітації є термін “ресоціалізація” (повторна соціалізація, підготовка до повернення індивіда у звичну культуру, середовище, відновлення соціальних зв’язків шляхом зміни в установках, цілях, нормах і цінностях його життя) [85].

Терміни реабілітація та ресоціалізація також часто застосовуються не як синоніми, а як назви етапів, наприклад, етап медичної терапії та вторинної профілактики (детоксикація), етап стаціонарної соціально-психологічної допомоги та третинної профілактики (реабілітація), етап амбулаторної соціально-психологічної допомоги та реадаптації (ресоціалізація).

Реабілітаційні програми можуть бути як на стаціонарні, так і амбулаторні. На заході популярні амбулаторні реабілітаційні програми, які не прив’язано до однієї організації, і є комплексом послуг (робота з психологом, психологічні групи та тренінги, тренінги з відновлення/набуття професійних навичок, медичні терапевтичні послуги, групи взаємодопомоги, консультації профільних спеціалістів тощо), що надається різними суб’єктами соціальних, психологічних та медичних послуг, а керує цим процесом фахівець із соціальної роботи, який здійснює соціальний супровід – система, відома під назвою голландська модель [13].

Розглядаючи зміст та наповненість соціально-психологічної реабілітаційної програми, можемо стверджувати про відсутність однозначності.

 Існує велика кількість програм та технологій, різних за змістом та орієнтацією, в яких можна умовно виділити три основні напрямки: психотерапевтичний, духовно-релігійний, ресоціалізаційний.

Однак, на сьогодні реабілітаційних центрів, які б представляли лише одну з трьох орієнтацій, не існує, і ми маємо зазвичай якусь їх комбінацію.

У літературі одужання також описується як нелінійний процес постійного зростання, “через шлях отримання інформації” (англ. whereby the pathway is informed by) про персональні унікальні сильні сторони, уподобання, потреби, 28 досвід та культурне походження. Інакше кажучи, основним параметром в парадигмі одужання є особистісний/духовний розвиток.

Виходячи з цього визначення зрозуміло, що одужання є сутнісно особистим і, отже, не може бути “надано”, стандартизовано або тиражовано в контексті обслуговування, так само як інші не можуть змусити людину “одужувати” [18].

Це зауваження є вкрай важливим, бо з нього випливає, що в парадигмі одужання не може бути примусової реабілітації.

 Узагалі модель реабілітації, що побудована на моделі одужання, спирається на наступні практичні принципи:

1) заохочує самовизначення та самоуправління здоров’ям та добробутом;

2) передбачає індивідуальну, персоналізовану та орієнтовану на розвиток сильних сторін турботу, яка є чутливою до унікальних сильних сторін, обставини, потреб та вподобань людей;

3) підтримує людей у визначенні їх цілей, бажань та прагнень;

4) передбачає цілісний підхід, який стосується цілого ряду факторів, що впливають на добробут людей, таких як житло, освіта, зайнятість, сімейні та соціальні відносини;

5) підтримує соціальне включення людей та участь громади.

Організація SAMHSA пропонує 10 принципів одужання: надія, персональну орієнтацію, багатошляховість, холістичність, взаємопідтримка, відносини, культура, роботу з травмою, ресурси та відповідальність (як персональні, так і соціального оточення), повагу (англ. Hope, Person-Driven, Many Pathways, Holistic, Peer Support, Relational, Culture, AddressesTrauma, Strengths/Responsibility, Respect) [23].

Друга парадигма реабілітації адиктів – парадигма утримання (англ. The desistance paradigm), що розуміється як припинення зловживання та утримання від наркотиків та злочинів, пов’язаних з наркотиками [24]. Тобто в цій парадигмі більш прагматично та просто дивляться на проблему терапії адикції, ніж у парадигмі одужання, та зводять її лише безпосередньо до факторів припинення зловживання (розглядаючи ці фактори з точки зори позитивної психології, а не крізь патопсихологічну призму).

У цьому є свій сенс, бо так не має небезпеки гіпергенералізувати процес терапії адикції на процес “терапії всього” та всеохоплюючого розвитку, яка присутня у моделі одужання.

Крім того, модель утримання обходить іншу пастку моделі одужання – так як важко дати загальне визначення особистісному розвитку (який є визначальним параметром в парадигмі одужання), то маємо користуватися його специфічним визначенням та декларувати якусь програму цього особистісного або духовного розвитку, яку буде використовувати реабілітаційний центр, наприклад, “12 Кроків” [9] або “7 навиків” [88].

У парадигмі утримання ж наявність якоїсь “програми одужання” виключено взагалі, вона є по суті виключно індивідуально-орієнтованою (що з іншого боку, це є одночасно і її недоліком в порівнянні з моделлю одужання).

У парадигмі утримання науковці намагаються зрозуміти специфічні фактори припинення зловживання наркотиками та просоціальних змін. Аналізуючи відповідну літературу, Graham виділяє наступні такі фактори: вік та зрілість (англ. ageandmaturity), ролі та відповідальність (англ. roles and responsibility), наратив ідентичності (англ. narrative and identity), добробут та особиста безпека (англ. welfare and personal security), персональні ресурси та спроможність (англ. human capital and capacity), соціальні ресурси та взаємність (англ. social capital and reciprocity), мотивація та відповідальність (англ. motivation and responsivity), надія та можливості (англ. hope and possibility), взаємна компенсація та вдячність (англ. paying back and generativity), можливості та мобільність (англ. opportunity and mobility), культура та етнічність (англ. culture and ethnicity), релігія та духовність (англ. religion and spirituality), відпочинок та творчість (англ. recreation and creativity).

Цю парадигму втілено в моделі реабілітації покращення життя (англ. The Good Lives Model – GLM). У цій моделі, основним параметром, на який спрямовано інтервенцію, є якість життя.

Важливість параметру якості життя в становленні ремісії у адиктів вивчали також українські дослідники [6-8]. Виділяють одинадцять факторів якісного життя: життя (включаючи здорове життя та фізичне функціонування); знання (наскільки добре поінформована людина відчуває важливі для неї речі); досконалість у грі (хобі та розважальні заняття); досконалість у роботі (включаючи досвід майстерності); досконалість у суб’єктності (тобто самостійність, влада та самокерованість); внутрішній спокій (тобто свобода від емоційних потрясінь і стресів); спорідненість (включаючи інтимні, романтичні та сімейні стосунки); спільнота (зв’язок із ширшими соціальними групами); духовність (у широкому значенні пошуку сенсу та мети в житті); задоволення (добре самопочуття тут і зараз); творчість (вираження себе за допомогою альтернативних форм) [26].

Третьою парадигмою є парадигма ризиків (англ. The risk paradigm), яка в західних країнах на сьогодні стала домінуючою в осмисленні процесів реабілітації. У центрі парадигми ризику стоїть два питання “що?”:

1) що спричиняє чи сприяє наркозлочинності та зловживання наркотиками?

2) що сприяє зниженню ризику повторного порушення і рецидиву та факторів ризику, пов’язаних із цим? У цій парадигмі втручання та реакції спрямовані відповідно ризикам, тобто ресурси і професійна увага, а також втручання мають тенденцію іти слідом за ризиком.

У парадигмі ризиків побудовано модель реабілітації “ризик-потреба-відповідальність” (англ. Risk-Need-Responsivity – RNR), яку було сформульовано Andrews&Bonta в книзі “Психологія злочинної поведінки”. Як це випливає з назви модель RNR орієнтується на використання трьох принципів у корекційній реабілітації: ризику, потреби та відповідальності.

Принцип ризику посилається на припущення, що поводження з правопорушниками повинно бути організоване відповідно до рівня ризику, який вони становлять для суспільства – чим вищий рівень ризику, тим більшим повинно бути дозування та інтенсивність виправного лікування. Принцип потреби стосується припущення, що найбільш ефективним підходом до поводження з правопорушниками є орієнтація на динамічні фактори ризику, які складають “центральну вісімку”: кримінальна історія, антисоціальний тип особистості, прокримінальне ставлення, соціальна підтримка злочину, зловживання наркотичними речовинами, сімейні стосунки, школа/робота, просоціальна рекреаційна діяльність. Принцип відповідальності покладається на те, що інтервенції мають відповідати характеристикам, демографії та обставинам особи.

Слід особливо зазначити, що домінування RNR моделі (де, по суті увага приділяється не самому зловживанню, а кримінальній активності, що пов’язана з наркотиками) можливо в західній парадигмі лише за умови значної декриміналізації та легалізації вживання наркотиків (та вже це робить модель слабко пристосованою для сучасних українських умов).

Тобто по суті RNR модель не є моделлю роботи з адиктами, а є моделлю роботи з деліквентами, і складається враження, що автори цієї моделі взагалі забули про такий феномен, як втрата контролю над вживанням наркотиків внаслідок об’єктивно існуючого адиктивного розладу.

З іншого боку, RNR модель подає нам приклад зовсім іншого рівня роботи з деліквентною поведінкою, її елементи та принципи (враховуючи високий рівень деліквентності серед адиктів) необхідно застосовувати і при розробці моделі реабілітації, орієнтованої на наше соціокультуральне середовище.

Якщо переходити до загальних принципів організації реабілітації, то необхідно, по-перше, навести рекомендації однієї з провідних організацій США по дослідженню узалежнень – Національного інституту адиктивних розладів (National Instituteon Drug Abuse – NIDA):

1. Не існує лікування, яке б підходило всім пацієнтам.

2. Доступ до лікування повинен бути легким.

3. Ефективне лікування приділяє увагу різним потребам, а не тільки проблемам, пов’язаними з вживанням наркотиків.

4. План лікування повинен постійно проходити оцінку і змінюватися, щоб забезпечити мінливі потреби клієнта.

5. Щоб лікування було ефективним, вкрай необхідно продовжувати його протягом досить тривалого часу.

6. Психологічне консультування (індивідуальне та/або в групі) та інші види поведінкової терапії вкрай важливі.

7. Медикаментозне лікування є важливим елементом лікування багатьох клієнтів, особливо в поєднанні з поведінкової терапією.

8. Люди з психічними розладами повинні отримувати комплексне лікування.

9. Детоксикація – це всього лише перший етап лікування залежності та сам по собі має незначний вплив на тривале невживання наркотиків.

10. Щоб лікування було ефективним, воно не обов'язково має бути добровільним.

11. Можливе вживання наркотиків під час лікування має безперервно відслідковуватися.

12. Програми лікування повинні надавати оцінку щодо ВІЛ/СНІДу та інших інфекційних захворювань, а також консультування з допомоги зміни поведінки, яка піддає їх або інших людей ризику інфікування.

13. Одужання від наркотичної залежності є тривалим процесом і часто необхідно провести кілька курсів лікування.

Принципи реабілітації:

1) добровільність участі хворого в лікувально-реабілітаційному процесі;

2) доступність і відкритість реабілітаційних установ;

3) довірливість і партнерство;

4) єдність соціально-психологічних і медико-біологічних методів цільового впливу;

5) різноманіття та індивідуалізація форм (моделей) реабілітаційних заходів.

Крім того, ними виділяються наступні основні умови та вимоги проведення реабілітаційного процесу:

1) відмова хворого від вживання ПАР;

2) особиста відповідальність за успішну реалізацію реабілітаційного процесу;

3) опора на позитивні, особистісно значущі для пацієнта соціальні цінності;

4) забезпечення правової та організаційної регламентації реабілітації;

5) створення в реабілітаційній установі єдиної “бригади” (“команди”) фахівців [22].

Система основних принципів реабілітації в наркології:

1) об’єктні (особистісні, властиві виключно хворому) – згода, відповідальність, відмова від вживання ПАР, аксіологічність, морально-когнітивні принципи;

2) об’єктно-суб’єктні – довіра, партнерство, підготовка консультантів, відкритість, легітимність;

3) суб’єктні (виконавці лікувально-реабілітаційного процесу, матеріальна база, програми) – мультидисциплінарність, єдність (комплексність) медикопсихолого-соціальних методів роботи, спадкоємність етапів, довгостроковість, антипатерналізм, інтегрованість [38].

Крім того, наводяться умови ефективності реабілітації:

1) наявність особистісного реабілітаційного потенціалу, який стимулює хворого до участі в реабілітаційному процесі;

2) особиста відповідальність пацієнта за успішну реалізацію реабілітаційного процесу;

3) опора на позитивні, особистісно значущі для пацієнта соціальні цінності;

4) забезпечення правової та організаційної регламентації реабілітаційного процесу;

5) створення в реабілітаційному відділенні (центрі) єдиної “бригади” (команди) фахівців: лікар – психолог – фахівець із соціальної роботи – соціальний працівник;

6) залучення до процесу реабілітації колишніх (одужуючих) пацієнтів, які пройшли реабілітаційну програму [56].

Тобто парадигма реабілітації та взагалі система роботи з адиктивними розладами (зокрема наркологічна служба) на пострадянському просторі націлена лише на індивідів з невідновною втратою контролю над споживанням алкоголю та інших ПАР (тобто людей з алкоголізмом та наркоманією в прямому біологічному сенсі цієї нозологічної одиниці), та майже не орієнтована на людей з проблемами зловживання ПАР з інших причин.

Наслідком є, наприклад, типова ситуація, коли підліток зі вживанням ПАР внаслідок перехідного віку, потрапляє в реабілітаційний центр (який націлено на роботу з тяжкими наркоманіями), та після реабілітації він здобуває травмованості на рівні ПТСР та його подальший адиктивний шлях після такого “лікування” тільки фіксується.

Недоліком більш широкого підходу може бути зниження якості послуг особам з нозологічною формою залежності. Оскільки нас насамперед цікавить вивчення медико-соціальної та соціально-психологічної реабілітаційної роботи саме з нозологічними наркоманіями, крім того, саме в нашому соціокультуральному середовищі, надалі, будемо зосереджуватися саме в цій галузі, концентруючись на досвіді реабілітації на пострадянському просторі.

Складнішою є ситуація з виділенням мішеней роботи. Найчастіше [56, 66] для реабілітації застосовується система з 5 груп мішеней:

1) клінічні психотерапевтичні мішені (психотерапевтичні мішені нозологічної специфіки);

2) мішені, специфічні для індивідуально-психологічних та особистісних особливостей пацієнта;

3) мішені, специфічні для психотерапевтичного процесу;

4) психотерапевтичні мішені, специфічні для клінічної ситуації;

5) мішені, специфічні для психотерапевтичного методу.

В реабілітації наркозалежних найменш розробленими є мішені 2-й, 4-й і 5-ї груп, що в основному пов’язано з поширеністю межової особистісної організації в адиктів.

Більшість авторів схиляються до необхідності етапності реабілітаційного процесу [37, 56, 65, 66, 85]. Виділяють предреабілітаційний період (з основними завданнями діагностики, детоксикації, мотивації), саме реабілітаційний період, який поділяється на три етапи: адаптаційний, інтеграційний та стабілізаційний, після якого йде постреабілітаційний амбулаторний період з підтримуючою та корекційною психотерапією.

На відміну від стаціонарних реабілітаційних центрів, в амбулаторній реабілітації адикт не має повної ізоляції від суспільства, що знімає проблеми “процесу повернення” в соціум та синдрому “госпіталізма”, а також має перевагу апробації вивчених в процесі реабілітації нових патернів в реальному житті (а не в штучному підтримуючому середовищі стаціонарного центру).

Тому більшість спеціалістів, за умови спроможності підтримувати тверезість адиктом в амбулаторних умовах, вважають амбулаторні форми реабілітації кращими за стаціонарні. Крім того, амбулаторна реабілітація значно дешевша за стаціонарну реабілітацію.

Загалом загальні принципи роботи амбулаторної реабілітації мало чим відрізняються від стаціонарної [5, 35, 39, 94].

У даному контексті також можуть бути цікавими данні щодо динаміки психопатологічних феноменів у вимушених ремісіях. Вчені виділяють три етапи динаміки психопатологічних розладів в період ремісії залежно від наркотиків, які вживають засуджені. Перший етап – гострих абстинентних розладів (абстинентний синдром). Другий етап – постабстинентних розладів (постабстинентного стан). На цьому етапі у клініці переважає психопатоподібна симптоматика зі швидким виснаженням афективних спалахів і переважанням астенічної та іпохондричної симптоматики. Афективна лабільність і погіршення настрою, як правило, рівня субдепресії без оформлення в клініку класичної депресії. Тривалість перебігу до 1 місяця. Третій етап – період ремісії наркотичної залежності (тривалість 1-3 роки з хвилеподібним перебігом).

Провідними синдромами у віддаленому періоді ремісії є астеноіпохондрична симптоматика з млявістю, апатією і періодичним загостренням патологічного потягу до наркотиків. Досить добре вивченими є психологічно-особистісні прогностичні параметри успішного становлення ремісії (які можна гіпотетично інтерпретувати і як можливі динамічні параметри успішної реабілітації): рівень реабілітаційного потенціалу [21, 38], рівень тривожних і депресивних показників життя [25, 48], рівень внутрішньоособистісного конфлікту й адаптаційних здібностей [30], ставлення до хвороби [2], ставлення до здоров’я [60], ціннісні орієнтації [61], рівень соціальних навичок [19], рівень усвідомленості життя [84, 98, 99].

З головних проблем системи соціально-психологічної та медикосоціальної реабілітації можна виділити залучення до реабілітації адиктивних осіб, далеких від медицини та професійної психотерапії (особливо масове залучення параспеціалістів з числа самих наркозалежних, які часто страждають серйозним порушеннями адаптації та нерідко вираженою психіатричної патологією, і не проходять необхідного навчання для роботи з клієнтами) та освоєння “ринку” реабілітаційних послуг всілякими комерційними структурами, які охоче “експлуатують хворобу”.

Однак найважливішою проблемою роботи системи реабілітації є проблема мотивування хімічних адиктів на її проходження. Особи з хімічним узалежненням характеризуються високим рівнем анозогнозії [13], амбівалентністю та нестійкістю мотивації до терапії [19]. Із цього випливає центральне місце мотиваційної роботи в комплексній терапії адикцій загалом та системі реабілітації зокрема. Гостроту проблеми мотивування адиктів до реабілітаційного процесу відображає проблема масового незаконного примушення до проходження реабілітації та незаконного утримання клієнтів. Виходячи з даних кластерного аналізу, визначено відповідні психокорекційні стратегії для представників кожного з кластерів, що дозволяє специфікувати корекційний вплив та розробити відповідні заходи у межах програми «12 кроків».

Для осіб, які належать до першого кластеру («вразливо – конфліктні») робота спрямована на формування моральних орієнтирів, самооцінку, вміння конфліктувати.

Використовуються техніки активної уяви («Прощення», «Залишити симптоми під деревом», тощо) (О.С. Кочарян, М.Є. Жидко, Л. П. Рогулева) та казкотерапії («Янтарне місто», «Казка про лісове озеро», «Притча про щастя», тощо) (Т.Д. Зінкевич-Євстигнєєва).

Для осіб, які належать до другого кластеру («тривожно – агресивні») робота спрямована на самоствердження в очах оточуючих, зменшення проявів агресивної поведінки, розширення і зміцнення зовнішніх та внутрішніх ресурсів особистості для нівелювання проявів агресивної поведінки.

Використовуються техніки активної уяви («Гірська прогулянка», «Судно, на якому пливу», «Метелик», тощо) (І.В. Вачков) та засоби ігротерапії («Асоціації», «Смітник», «Шлюбне оголошення», «Зустріч», Вибір шляху», «Довіряю», «У кого яка маска», тощо) (О.В. Пилипенко, І.А. Соловйова).

Для осіб, які належать до третього кластеру («імпульсивно-реактивні») робота спрямована на редукцію ажитації, імпульсивності, високого рівня збудження, розвитку антиципаційних ресурсів комунікації, вміння робити паузи та контролювати свої емоції, тощо.

Використовуються техніки активної уяви («Чарівне дерево», «Водоспад», «Зустріч», «Подорож на острів», тощо) та елементи танцювально-рухової терапії, в якій роль психолога трансформується з «ідеального учасника» до координатора й спостерігача, який стимулює власну активність учасників групи.

Ефективність наведених психокорекційних заходів розглядалася за двома критеріями:

1) об’єктивним – добровільна відмова від споживання психоактивних речовин;

2) суб’єктивним – поліпшення емоційного стану та якості життя.

За психологічними та поведінковими позитивними змінами стежили через соціальні мережі, спільноти, систематичність відвідування зборів Анонімних наркоманів (АН) та Анонімних алкоголіків (АА), щорічні конференції та обов'язкові зустрічі.

Визначено, що 70,2% осіб, хто пройшов реабілітацію, підтримують зв'язок з центром до сьогоднішнього дня.

Для осіб, які повністю пройшли курс реабілітації, ремісія спостерігалась у 45%, понад 2-х років – у 35%; «зриви» рідше трапилися у тих залежних осіб, які систематично відвідували групи АН та АА.