

Internet addicted users replaces communication with friends, family in real life with virtual communication. Symptoms of Internet addiction can be both psychological or physical, they are manifested in despair and anger, willingness to lie to friends and family, unwillingness to accept criticism of this way of life from relatives or leadership, willingness to tolerate their family destruction, loss of friends and social circle because of enthusiasm as for Internet, a sense of emotional recovery and a kind of euphoria when on-line, disregard for their own health, significant reduction of sleep duration, avoiding of physical activity or desire to cut it, neglect of personal hygiene, constant «forgetting» about the food, readiness to eat randomly and monotonous food. It was established that impact of Internet addiction severity on self-esteem and confidence depends on a self-esteem level: individuals with high levels of Internet addiction have low self-esteem, but there is no correlation between addiction severity and self-confidence. The correctional program in a training form is developed to reduce Internet dependence and to increase self-esteem and confidence for young people aged of 14-16 years.

**Key words:** Internet addiction, hacking, playing activity, communication activity on the Web, addictive behavior.

УДК 316.614.034; 316.624

## **ПСИХОГЕННІ ФАКТОРИ ТА ТЕХНІКИ НЕЙТРАЛІЗАЦІЇ ПОТЯГУ ДО ВЖИВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИХ У ХІМІЧНИХ АДИКТИВ**

**Старков Д. Ю.,**

молодший науковий співробітник лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

*У статті розглянуто участь патологічного потягу (ПП) до вживання психотропних речовин у синдромі хімічної адикції. Описано феноменологічну картину проявів ПП. Розглянуто наркологічну, біхевіоральну та когнітивно-поведінкову моделі ПП, показано їх недостатність у описі цього феномену. На основі теорії мотивації Ж. Нютена побудовано нову модель патологічного потягу, де адиктивна мотивація до вживання розглядається як закріплений досвідом інструментальний канал задоволення базових потреб. Показано первинну необхідність створення альтернативних «здорових» каналів задоволення потреб у роботі з ПП зокрема та у лікуванні адикції взагалі. Запропоновано принцип побудови роботи по нейтралізації ПП та наведено конкретні техніки.*

**Ключові слова:** патологічний потяг, хімічна адикція, техніки нейтралізації, психотропні речовини, адиктивна поведінка.

**Постановка проблеми.** Патологічний потяг (ПП) до вживання психотропних речовин відіграє значну роль у загальній картині біо-психосоціального синдрому хімічної адикції. Загострення ПП може бути причиною повернення до вживання, тобто перешкоджає досягненню мети-мінімум «лікування» адикції – досягнення стійкої довгострокової ремісії. Тому в усіх підходах психотерапії адикцій визнається важливість роботи з ПП. А в наркологічному підході ПП взагалі вважається центральною проблемою адикції: «основною мішенню – стрижневим розладом синдрому

256

залежності – є патологічний потяг» [4, с. 117]. Тому одним з важливих показників ефективності програм психотерапії адикцій є наявність дієвих психокорекційних технік роботи з патологічним потягом. З одного боку, як методологічна база для побудови таких корекційних методик, з іншого боку, для наукового розуміння природи ПП, важливим є створення моделі психогенезу патологічного потягу до вживання психотропних речовин.

**Метою** даної роботи є огляд існуючих моделей патологічного потягу до вживання психоактивних речовин, створення нової моделі психогенезу ПП, побудова на основі цієї моделі загальних принципів психокорекції та конкретних методик нейтралізації ПП.

**Аналіз останніх досліджень.** Феномен патологічного потягу часто визначається як спеціалістами, так і самими адиктами як нестримне бажання вжити психотропні речовини. Багатьма авторами, наприклад Т. Горським [3] (серед закордонних авторів), В. Чередниченко та В. Альтшулером [9] (серед пострадянських авторів), зазначається також процесуальний характер патологічного потягу, коли «нестримній» фазі потягу передують менш виражені по силі фази розвитку ПП. Так Т. Горський [3] виділяє наступні етапи процесу розвитку ПП: ейфорична пам'ять, позитивні очікування, обсесивна фаза (нав'язливі думки про вживання), компульсивна фаза (нав'язливе бажання вжити), тілесний потяг. Також зазначається що ПП є не єдиним механізмом повернення до вживання. Можна виділити ще такі наступні механізми [2]: 1.) «тимчасова амнезія» (адикт тимчасово забуває про своє рішення не вживати та про шкоду, яку нове вживання може завдати); 2.) затьмарення свідомості (мислення стає алогічним, початок вживання раціоналізується «безглуздими» доводами); 3.) «свідоме» вживання (адикт, не дивлячись на наслідки, свідомо вирішує почати вживання). Перераховані механізми переривання ремісії не супроводжуються загостренням потягу до вживання.

На сьогодні найбільш розробленими та поширеними моделями етіології та механізму патогенезу ПП є модель патологічного потягу як обсесивно-компульсивного розладу, наркологічна, біхевіоральна та когнітивно-поведінкова моделі. Однак, як на думку автора, так і деяких інших дослідників адикцій [5], така модель не витримує критики. Так, патологічний потяг до вживання та обсесивно-компульсивні розлади обидва характеризуються нав'язливими думками (обсесіями), що переходять у дії (компульсії). Але на цьому їх схожість закінчується. У обсесивно-компульсивних розладах нав'язливі стани сприймаються особистістю якби тими, що нав'язано зовні (его-дистоніями); усвідомлюється їх повне безглуздя; особистість намагається чинити опір, але безсила протидіяти цим станам; боротьба мотивів не припиняється; ОКР завжди супроводжуються тривогою. Навпаки, патологічний потяг до вживання психотропних речовин сприймається особистістю як власне бажання (є егосинтонним); сам стан ПП сприймається не як в принципі безглуздим, а, скоріше, як забороненим обставинами (у ОКР я не хочу цього робити, але вимушений; у ПП – я хочу вжити, але мені не можна); особистість адикту, насправді, спроможна чинити опір будь-якому рівню потягу до вживання, але перестає це робити; спочатку припиняється боротьба мотивів, потім

починається вживання (можна сказати, що у ОКР людина програє боротьбу, у ПП людина здається); сам стан потягу може буди забарвлений будь якими емоціями, але частіше це супроводжується ейфоричними спогадами про вживання. Порівнюючи характеристики ОКР та ПП, можна зробити висновок по різну природу цих двох явищ. Особливо це стає очевидно при порівнянні характеру боротьби мотивів: при ОКР мотив чинити опір залишається до кінця, але відбувається зріст нав'язливого мотиву, який перемагає (хоча боротьба мотивів відбувається на всьому протязі нав'язливих дій); при ПП поступово пропадає мотив чинити опір, людина може почати вживати навіть при слабкому мотиві до вживання (нав'язливі дії починаються після припинення боротьби мотивів). Можна казати, що при ОКР стає надто сильним мотив до нав'язливих дій, а у ПП стає надто слабким мотив залишатися тверезим. Враховуючи інші механізми повертання адикту до вживання без загострення ПП, можна говорити про відсутність боротьби мотивів перед початком вживання як загальну характеристику переривання ремісії. Картина виявляється такою, що у адикту перед рецидивом вживання наче не бажання вжити є надто сильним, а мотивація залишатися тверезим є надто слабкою (незважаючи, загострюється ПП перед рецидивом вживання, чи ні). Тому модель ПП як ОКР нездатна достатньо описати як повну феноменологію самого ПП, так і інших механізмів повертання до вживання. Також достатньо ефективних технік нейтралізації ПП за допомогою цієї моделі не розроблено.

У наркологічній парадигмі як причина ПП розглядаються порушення процесів катехоламінової нейромедіації. Існує багато досліджень патогенезу потягу до вживання у стані наркотичного сп'яніння та абстинентного синдрому які підтверджують цей зв'язок (так, наприклад для людей у стані алкогольного абстинентного синдрому однозначним є зв'язок ПП з підвищеним рівнем дофаміну у синапсних щілинах, для «вимивання» якого необхідним є прийом алкоголю) [4, с. 13-32]. Хоча автор не зустрічав подібних біологічних досліджень зв'язку рівня ПП з нейромедіаторним механізмом для адиктів у тверезому стані, але є очевидним, що в наркологічній практиці імпліцитно приймається точка зору на виключно біологічну етіологію цього процесу. Як наслідок, як засоби купування ПП у стані ремісії також вибираються різні психотропні речовини (найчастіше різного виду антидепресанти) [4, с. 117-125], що впливають на ці нейромедіаторні процеси. Не виключаючи можливий зв'язок ПП у тверезому стані з порушенням нейромедіаторних процесів, слід зауважити, що потяг до вживання – це складний психічний процес, а пошук речовини для вживання може бути високоорганізованою діяльністю з багатьма компонентами (знаходження грошей, пошук самої речовини, забезпечення безпеки і т.д.), що організується навколо патологічного мотиву вживання. В той час як порушення нейромедіаторних процесів на психічному рівні може лише створити ті або інші неприємні дифузні відчуття, перехід цих відчуттів до предметного бажання вживання та далі до «адиктивної» діяльності (пошуку речовини і т.д.) може бути лише опосередкованим психічними процесами. Тобто для виникнення ПП мало порушення самих нейромедіаторних процесів, необхідне їх опредмечування у відповідній психічній діяльності, що «закріплено» за цими нейрохімічними процесами.

Саме ця психічна діяльність, а не нейрохімічні процеси, і є «психічною основою» патологічного потягу. Якщо за цими ж нейрохімічними процесами буде «закріплена» інша психічна діяльність, що відновлює нейромедіаторний баланс (наприклад, релаксації), то порушення нейромедіаторного балансу буде призводити не до бажання вжити, а до бажання розслабитися (зміниться мотив та організована навколо нього діяльність). Про важливість врахування психічних процесів, що опосередковують перехід від нейрохімічних процесів до поведінки, зазначав ще Б. С. Братусь [1, с. 175]. Інше зауваження до наркологічної моделі є у тому, що хоча порушення катехоламінового балансу і може призвести до виникнення потягу, але не всі випадки потягу виникають внаслідок порушення цього балансу (тобто відповідні нейрохімічні процеси є достатньою, але не необхідною умовою виникнення ПП). Так у людини з наркотичною адикцією на достатню великому терміні ремісії може виникнути потяг, коли він поспілкується з «наркоманом під кайфом». У даному випадку зрозуміло, що тут феномен ПП є лише психічним явищем, а не нейропсихічним. Всі ці зауваження до наркологічної моделі опосередковано підкріплюються досить низькими показниками ефективності медикаментозної терапії ПП для досягнення стабільної довгострокової ремісії (де корегуються за допомогою тих або інших психотропних препаратів лише відповідні нейрохімічні процеси, а адиктивна діяльність по вирішенню проблем через вживання не корегується). Тому можна резюмувати, що наркологічна модель достатньо добре описує ПП у стані сп'яніння та абстинентного синдрому, але є мало придатною для опису ПП та роботи з ним у стані довгострокової ремісії.

У біхевіоральній моделі ПП пояснюється через принципи умовно-рефлекторного навчання, де адиктивна поведінка обумовлюється та підкріплюється стимулом задоволення від вживання. На основі цієї моделі побудовано аверсивні методи психокорекції потягу до вживання, де намагаються виробити негативний рефлекс до вживання психотропних речовин за допомогою різних негативних стимулів [4, с. 247]. Такі аверсивні методики купування ПП мають такий же низький результат, як і медикаментозні. Крім нереалізованості у дієвих практичних техніках поведінкова модель має й більш глибокі методологічні зауваження. Під час прогресування хімічної адикції спостерігається процес зменшення ейфоричного ефекту від вживання та збільшення негативних наслідків від нього. Так, дець всередині другої стадії хімічної адикції спостерігаємо або повну відсутність, або слабку та нетривалу ейфوریю, та тяжкі ефекти абстинентного синдрому. Виходячи з моделі оперантного обумовлення, у такий чин ПП повинен був би редукуватись природнім шляхом, втративши свій підкріплюючий позитивний стимул та отримавши негативний стимул (покарання). Але реально з прогресуванням адикції спостерігається і ріст рівня ПП, не дивлячись на загасання підкріплюючого ейфоричного ефекту від вживання. Отже поведінкова модель обумовлення не може пояснити (або, принаймні, не може в повній мірі пояснити) природу патологічного потягу до вживання.

Більш розширена модель ПП представлено у когнітивно-поведінковому напрямку психотерапії адикцій [10]. КПТ модель патологічно потягу до

вживання також побудовано на принципах обумовлення, але враховується не тільки оперантне, а й класичне обумовлення. Крім того, в КПТ моделі застосовується розширена «формула» психічної реакції на зовнішні стимули  $S \rightarrow K \rightarrow R$  (стимул  $\rightarrow$  автоматичні думки  $\rightarrow$  реакція), на відміну від біхевіористичної  $S \rightarrow R$  (стимул  $\rightarrow$  реакція). У такий чин модель ПП у когнітивно-поведінковому наближенні виглядає наступним чином. Завдяки оперантному обумовленню закріплюється позитивна реакція на наркотик (патологічний потяг). Крім того, завдяки класичному обумовленню закріплюється позитивна реакція на інші стимули, що супроводжували вживання (асоційовані стимули), які називають «тригерами». У такий чин тригери (асоційовані стимули) завдяки ефекту класичного обумовлення можуть також визивати ПП. Далі, стимули у КП-моделі визивають реакцію не безпосередньо, а опосередковано через когнітивні схеми. Тому розвиток потягу до вживання буде описуватися наступною схемою: «тригер  $\rightarrow$  позитивні автоматичні думки  $\rightarrow$  потяг». Така модель має більш широкі практичні можливості. По-перше, вона передбачає у профілактиці ПП уникнення не тільки прямих стимулів (безпосередньо наркотику), але й асоційованих стимулів (які асоціюються з наркотиком та вживанням). Так для хімічного адикту на перших етапах тверезості є край необхідним дотримання певних «обмежень у тверезості» (уникати тригерів): не мати контакту з наркотиком та усім, що асоціюється з ним (не брати наркотик у руки; не відвідувати місця, де вживають; не спілкуватися зі людьми, що вживають; не відвідувати місця, що нагадують про вживання; змінити звички, що асоціюються зі вживанням і таке інше). Другою перевагою КПТ моделі потягу є врахування автоматичних думок, які є попередниками ПП: робота з позитивними автоматичними думками та ейфоричними спогадами про вживання є одним з основних напрямків роботи з ПП у цьому підході. Основними техніками при цьому є: нагадування про негативні наслідки вживання, пошук помилок у автоматичних думках та їх аналіз, оскарження автоматичних думок, що призводять до розвитку ПП. Крім того у КПТ підході практикуються техніки роботи безпосередньо з потягом – різноманітні десенсебілізації та релаксації (найбільш поширеною є «техніка опанування потягу», принцип якої полягає у «зведенні» ПП до тілесних відчуттів та роботі вже безпосередньо з ними). Також у КПТ моделі пропонуються «чисто поведінкові» методи роботи з потягом – відволіктися, переключитися на іншу діяльність і т.д. Однак, не дивлячись і на всі свої вагомні переваги, КПТ модель, не може уникнути того ж самого методологічного зауваження, що й біхевіористична модель – моделі, що побудовано на принципі обумовлення, не можуть пояснити підвищення рівня ПП з прогресуванням адикції (під час якого підкріплюючі стимули згасають, а наказуючі навпаки, зростають). Хоча й у КПТ моделі зроблено спробу пояснити цей ефект за допомогою негативного підкріплення абстинентним синдромом (тяжкі ефекти якого знімає наркотик), але у такий засіб неможливо пояснити виникнення потягу у тверезому стані, коли абстинентний синдром вже пройшов.

**Виклад основного матеріалу.** Отже, хоча розроблені раніше моделі (ОКР, наркологічна, біхевіоральна, когнітивно-поведінкова) і добре

описують окремі прояви ПП, але в повній мірі пояснити всю феноменологічну картину цього явища не в змозі жодна з них. У такий чин, стає питання про розроблення пояснювальної моделі патологічного потягу до вживання психотропних речовин у хімічних адиктів, яка б з одного боку пояснювала всі його феноменологічні прояви, з іншого була зручною методологічною платформою для створення практичних технік.

Зрозуміло, що модель ПП повинна спиратися на ту чи іншу теорію мотивації. В іншій роботі автор використовував теорію мотивації Ж. Нютена для опису динаміки ціннісної сфери у синдромі залежності. Здається доцільним, використати теорію Ж. Нютена і для моделювання ПП [8]. Сама теорія Нютена [6] досить велика, і викладення всіх її положень у цій статті як не є доцільним, так й неможливим із-за обмеженого об'єму. Тому тут буде надано тільки ті положення теорії Ж. Нютена, які є необхідними для створення теоретичної моделі ПП. По-перше, Ж. Нютен запропонував трьохфазну модель поведінки: 1.) активізація потреби (при чому, потреба у теорії Ж. Нютена це значно складніше поняття, ніж у класичному розумінні, у статті вимушено примітивізуються модель мотивації Ж. Нютена та її поняття, для отримання більш широкої уяви про цю теорію читача необхідно відіслати до оригіналу [6]); 2.) фаза когнітивної переробки – конкретизація (або, як ще називав Ж. Нютен «каналізація потреби») у когнітивну ціль; 3.) поведінка, спрямована на досягнення цілі. У такий чин, теорія Ж. Нютена істотно відрізняється від теорії обумовлення (у біхевіоральній формі  $S \rightarrow R$ , чи у когнітивно-поведінковій формі  $S \rightarrow K \rightarrow R$ ) тим, що: 1.) первинною у виникненні мотивації є «активована» потреба, а не зовнішній стимул; 2.) виникненню мотивації передують когнітивний процес переробки потреби у ціль; ; 3.) людина є активним суб'єктом свого мотиваційного процесу. Також основним поняттям теорії Ж. Нютена є інструментальні мотиви – це закріпленні досвідом «поведінкові інструментальні канали» задоволення внутрішніх потреб. Тоді процес конкретизації потреби у ціль у конкретній ситуації проходить наступним чином: при «активізації» потреби відбувається процес когнітивної переробки її у поведінкову ціль, в якому враховуються доступні інструментальні мотиви (закріплення досвідом «поведінкові інструментальні канали») та вимоги середовища. У такому випадку два рівноцінні «поведінкові канали» можуть конкурувати між собою, що проявляється у мотиваційній боротьбі у шляхах задоволення однієї і тієї ж потреби. Принцип обумовлення тут грає вторинну роль закріплення того чи іншого інструментального мотиву (інструментального поведінкового каналу) за тією чи іншою потребою.

Пояснення механізму ПП за допомогою теорії мотивації Ж. Нютена полягає у наступному. Як вже зазначалось у роботі [8], вживання не стає базовою потребою, а закріплюється досвідом як інструментальна мотивація – виробляється інструментальний поведінковий канал задоволення базових потреб (наприклад, таких як безпека, прийняття, повага, самореалізація та ін.) за допомогою споживання психотропних речовин. При цьому у процесі прогресування залежності інші «здорові» канали задоволення цих потреб руйнуються. Патологічним потягом і є активація такого адиктивного каналу задоволення базових потреб при їх депривації.

Така модель пояснює всі феноменологічні прояви ПП, які не було в повній мірі пояснено в інших моделях, а саме:

1.) Зменшення рівня «тверезої» мотивації у боротьбі мотивів. Цей феномен легко пояснюється тим, що «здорові» канали тверезого задоволення потреб виявляються дефіцитарними. Постійно не задовольняючи базові потреби «твереза» інструментальна мотивація стає все слабкішою, і людина зрештою може почати вживання навіть при слабкому рівні потягу – слабкий адиктивний інструментальний канал «виграв боротьбу мотивів» у ще слабкішого «тверезого» інструментального каналу. У такий чин пояснюються також і інші механізми повернення до вживання, у яких ПП не активізується. Тому ніякі техніки «закриття» патологічного адиктивного каналу не будуть ефективно працювати без вироблення альтернативних «здорових» інструментальних каналів задоволення потреб (підвищення рівня тверезого функціонування та створення системи «копінгів» - навиків впорюватися з проблемами та задовольняти свої потреби у тверезості [7]). Кажучи простою мовою, адикта необхідно в першу чергу вчити жити тверезим життям, а робота з ПП є вторинною ціллю.

2.) Процесуальний характер ПП. Поступове наростання ПП пояснюється по перше тим, що адиктивна мотивація зростає пропорційно зростанню рівня незадоволення базових потреб і є переважно поступовим процесом (за винятком ситуацій, коли базові потреби стрімко сильно фруструються, та, отже, і ріст ПП буде різким). Але, скоріше за все, процес зростання потягу до вживання може бути обумовлений більш складним механізмом. Після припинення вживання адиктивний канал може бути негативно обумовленим наказуючим стимулом у вигляді проблем, які це вживання принесло (ведемо поняття «капсульований»). Тому у першій період тверезості (в основному це стосується алкогольних адиктивів) потяг до вживання не виникає. Однак «пошкодженні» «здорові» інструментальні поведінкові канали задоволення базових потреб не можуть задовольнити їх у повній мірі, тому з часом тверезості зростає рівень депривації цих потреб. Зі зростанням рівня депривації йде процес когнітивної переробки потреб у можливі поведінкові цілі. Коли таких прийнятних «здорових» шляхів задоволення потреб не знайдено, починається процес когнітивного відновлення адиктивного каналу: спочатку з'являється та посилюється надія чи мрії на відновлення контрольованого вживання, потім слабшає рішення припинення вживання «назавжди», з'являються позитивні очікування від вживання, ейфоричні спогади, наступним етапом є поява нав'язливих думок, ще наступним – саме компульсивний потяг. Отже поступове зростання потягу може бути обумовлено не лише процесом поступового зростання депривації базових потреб, а й поступовим процесом когнітивного відновлення («розкапсулювання») адиктивного каналу.

3.) Феномен ПП на великих (багаторічних) термінах ремісії. Нерідкою картиною є те, що у адикту з часом тверезості не згасає рівень бажання вжити, але він навчається впорюватися з ним та залишатися тверезим. Така картина пояснюється відсутністю «капсуляції» адиктивного каналу, але при цьому «тверезі» інструментальні канали здатні задовольняти

потреби на необхідному рівні (і тому виграється «боротьба мотивів» без «боротьби»). Такий феномен ще раз підкреслює те, що важливішим у збереженні тверезості є наявність альтернативних «здорових» «тверезих» інструментальних каналів задоволення потреб, а не деактуалізація ПП.

Отже, підсумовуючи вище сказане, у психологічній парадигмі «основною мішенню» роботи з патологічним потягом зокрема, та лікування адикції взагалі, є вироблення альтернативних вживанню тверезих засобів задоволення базових потреб (навчання тверезому життю), а не купування цього ж самого патологічного потягу. Однак при цьому не можна знехтувати важливістю роботи по деактуалізації патологічного потягу як вторинної мети. Тому наступною задачею є виявлення на основі побудованої теоретичної моделі принципу «капсулювання ПП».

У запропонованій моделі «закріплення» чи «відкріплення» того чи іншого інструментального каналу задоволення потреби відбувається на етапі когнітивної переробки. У цьому когнітивному процесі «порівнюється» «плюси» та «мінуси» задоволення потреби цим шляхом, що напряду впливає на рівень інструментальної мотивації цього каналу. Виходячи з цього, принципом деактуалізації інструментального каналу буде створення умов для переважання в процесі когнітивної переробки «мінусів» над «плюсами». Найбільш відомою такою технікою є «кодування», де адикту навіюються вагомі «мінуси» (найчастіше – страх смерті). Однак техніка кодування є малоприйнятною, бо по-перше, в ній застосовується неетичний принцип обману клієнта, по-друге, у цій техніці заохочується регрес клієнта, що суперечить основній меті «психологічного лікування» адикції – навчання тверезим навичкам життя, що можливо лише у прогресивній позиції (ситуація, коли тактичні цілі терапії ставляться поперед стратегічних).

Інший шлях йде через розуміння, чому у природному процесі когнітивної переробки потреби у поведінкову ціль вживання не враховуються реальні мінуси (наслідки вживання), та корекція цього процесу. Поясненням, чому при когнітивній переробці «плюси» вживання переважають над «мінусами» може бути те, що позитивні наслідки вживання йдуть відразу за ним, а негативні – віддалені часом. Тому «мінуси» не враховуються у цьому процесі як ті, що відносяться до вживання: «вживання та його плюси» знаходяться в одному емоційному комплексі, а «мінуси» в іншому. У такий чин психокорекційною задачею є «перенесення мінусів» в один комплекс зі вживанням (можна сказати, емоційне зв'язування вживання та його віддалених негативних наслідків). Така задача не може бути вирішена простим логічним розумінням та раціональним аналізом, так як цей когнітивний процес відбувається на доопераційному (або, навіть, на сенсомоторному) рівні, а не на понятійному. Тому для вирішення цієї задачі необхідні техніки того чи іншого рівня регресування.

Найбільш простою та доступною технікою є «живе» нагадування собі негативних наслідків вживання (наприклад, емоційне згадування свого найтяжчого абстинентного синдрому), або емоційне уявлення можливих негативних наслідків нового вживання. Така техніка є добре відомою і поширеною в спільнотах взаємодопомоги адиктів («Анонімних Алкоголіків», «Анонімних Наркоманів» та ін.). Авторською варіацією цієї техніки є «зошит



профілактики потягу». Суть полягає у тому, що у звичайному зошиті на першій сторінці записуються «плюси» вживання (у формі спогадів чи того, що може принести вживання). Далі кожен день в цей зошит записуються емоційні негативні спогади про наслідки вживання (головна умова – негативна емоційна насиченість цих спогадів). Перед додаванням кожного нового спогаду перечитуються записані раніше спогади. Такий зошит можливо вести на протязі півроку, або можливо, і року. Для більш складних випадків актуалізації ПП необхідні техніки більш глибокого регресу, ніж прості емоційні спогади.

У своїй практичній діяльності автор зупинився на двох таких регресивних підходах. По-перше, це підхід Еріксонівських трансівних станів (Еріксонівський гіпноз). У цьому підході адикт вводиться у трансівний стан, у якому він «проводиться» по шляху прогресування залежності: спочатку як прогресувала залежність у минулому (особливо її негативні наслідки та втрати, які вона принесла), далі продовжується шлях у можливе майбутнє, де адикт у трансі уявляє можливу майбутню шкоду. Важливою умовою є дисоційована позиція – у трансі спостерігати себе зі сторони, а не самому проходити цей шлях. Застосування цієї техніки потребує від психолога володіння навичками Еріксонівського гіпнозу.

Іншою регресивною технікою є застосування десенсебілізації та переробки рухами очей. Автор використовує цю техніку в поєднанні з арт-терапевтичною методикою. Кроки нейтралізації ПП у цій техніці наступні:

1.) Адикта просять нарисувати на папері А5 образ позитивних наслідків вживання та вербалізувати почуття, які цей малюнок викликає (можна просити дорисовувати, поки не буде намальовано 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 на витягнутих руках розташувати перед очима на відстані між аркушами біля 50-70 см. Адикта просять переводити очі за 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 випадків).

4.) Після виконання серії рухів очей адикта просять вербалізувати, як змінилося емоційне ставлення до кожного аркушу. Зазвичай, десь на перших 3-х серіях рухів очей зростає позитивне ставлення до рисунку з «потягом», може зростати і сам потяг під час цієї техніки.

5.) Адикта просять дорисувати негативні наслідки (коли на деякому етапі адикт вже не може згадати нових колишніх негативних наслідків, його просять намалювати можливі майбутні наслідки.), вербалізувати їх та знову проводять серію рухів очима. Така процедура повторюється, доки не зникає позитивне відношення до рисунку з тягою. Коли у адикта виникає стійке негативне ставлення до рисунку 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 іншій у зручному ритмі (закріплення).

б.) На останок, просять спалити аркуш з «позитивними наслідками» та залишити собі аркуш за негативними.

Ця техніка має різні рівні ефективності для різних груп клієнтів. Для «достатньо зрілих» клієнтів на великих термінах тверезості, що виробили у себе достатньо ефективні альтернативні навички задоволення потреб, що раніше задовольняло вживання (але при цьому залишався великий рівень потягу – природним шляхом адиктивний канал не деактуалізується), застосування техніки рухів очима мала дуже велику ефективність: в багатьох випадках потяг зникав зовсім на весь період доступного анамнезу (який в деяких випадках сягав більше року). Навпаки, для «незрілих клієнтів» (у більшості, наркозалежної молоді) на малих термінах тверезості така техніка давала результат від тижня і більше зникнення потягу. Такі результати повністю узгоджуються із запропонованою теоретичною моделлю, де головною умовою стійкої дезактуалізації ПП є рівень «здорового» інструментального каналу, а не капсуляція адиктивного.

**Висновки.** Потяг до вживання психотропних речовин є результатом закріплення досвідом інструментального адиктивного каналу задоволення базових потреб. Повернення до вживання обумовлюється не стільки рівнем патологічного потягу, скільки дефіцитарністю альтернативних вживанню «здорових» «тверезих» каналів задоволення потреб. Первинною ціллю роботи з адикцією є розвиток «тверезих» навичок задоволення потреб, нейтралізація потягу – вторинною ціллю. Принцип нейтралізації патологічного потягу полягає у зв'язуванні негативних та позитивних наслідків вживання у один емоційний комплекс. Так як процес когнітивної обробки у цьому випадку відбувається на доопераційному рівні та нижче, то така процедура можлива за допомогою лише регресивних методик (наприклад, «Еріксоновських трансів» чи «Десенсебілізації та переробки рухами очей»), а раціональний підхід не є достатньо дієвим.

#### **Список використаних джерел:**

1. Братусь Б. С. Аномалии личности / Братусь Б. С. – М. : Мысль, 1988. – 301 с.
2. Горский Т. Остаться трезвым / Горский Теренс Т. – CENAPS. – 2008. – 235 с.
3. Горский Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / Горский Теренс Т. – М. :Институт общегуманитарных исследований – 2012 – 160 с.
4. Лекции по наркологии / под. ред Иванца. – М. : Медпрактика, 2001. – 344 с.
5. Менделевич В. Д. Об интерпретации аддиктивного влечения как обсессивно-компульсивного расстройства / Менделевич В. Д. // Наркология. – 2013. – № 8 – С. 88-91.
6. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Нюттен Ж. – М. : Смысл, 2004. – 608 с.
7. Старков Д. Ю. Використання щоденника самоаналізу у підвищенні рівня осмислення життя девіантів (на прикладі корекції адиктивної поведінки)

[Електроний ресурс] / Старков Д. Ю. // Методи роботи з девіантами в умовах сучасного соціокультурного середовища : методичні рекомендації; за ред. Н. Ю. Максимової. – К. : Педагогічна думка, 2015. – С. 57-72. Режим доступу : <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10359>

8. Старков Д. Ю. Психологічні механізми підвищення рівня осмисленості життя у соціально дезадаптованих підлітків [Електроний ресурс] / Старков Д. Ю. // Психологічні механізми адаптації девіантів до сучасного соціокультурного середовища : монографія ; за ред. Н. Ю. Максимової. – К. : Педагогічна думка, 2015. – С. 64 - 85. Режим доступу : <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10062>

9. Чередниченко Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Чередниченко Н. В., Альтшулер В. Б. // Вопросы наркологии. – 1992. – №3-4. – С. 14-17.

10. Baker A. A brief cognitive behavioral intervention for regular amphetamine users : A treatment guide. / Baker A., Kay-Lambkin F., Lee N. K., Claire M., Jenner L. // Australian Government Department of Health and Ageing, Publication, No 3382. – 2003. – 80 p.

#### REFERENCES:

1. Bratus, B. S. (1988). *Anomaly lychnosty [Anomalies of personality]*. Moscow: Mysl. [in Russian].

2. Gorski, T. (2008). *Ostatsia trezvyim [Staying Sober]*. Moscow: CENAPS [in Russian].

3. Gorski, T. (2012). *Put vyzdorovleniya. Plan deistvyi dlia predotvrashcheniya sryva [Passages through recovery: an action plan for relapse preventing.]* Moscow: Instytut obshchehumanytarnykh yssledovanyi [in Russian].

4. Yvanyts, N.N. (Eds.). (2001). *Lektsyy po narkolohyyi [Narcology lectures]*. Moscow: Medpraktyka [in Russian].

5. Mendelevych, V.D. (2013). Ob ynterpretatsyy addyktivnoho vlecheniya kak obsessyvno-kompulsyvnoho rasstroistva [About the interpretation of addictive craving as obsessive-compulsive disorder]. *Narkolohyia – Narcology*, 8, 88-91 [in Russian].

6. Nuttin, J. (2004). *Motyvatysya, deistvye y perspektyva budushcheho [Motivation, actions and time perspective]*. Moscow: Smysl [in Russian].

7. Starkov, D. Yu. (2015) Vykorystannia shchodennyka samoanalizu u pidvyshchenni rivnia osmyslenniia zhyttia deviantiv (na prykladі korektsii adyktivnoi povedinky) [Self-analysis' diary using for the life's meaningfulness level increasing of deviants (for example, for addictive behavior correction)]. *Metody roboty z deviantamy v umovakh suchasnoho sotsiokulturnoho seredovyshcha [Methods of work with deviant behavior in modern social cultural environment]*. Maksymova, N.Yu. (Ed.). Kyiv: Pedahohichna dumka. Retrieved from: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10359> [in Ukrainian]

8. Starkov, D. Yu. (2015) Psykholohichni mekhanizmy pidvyshchennia rivnia osmyslenosti zhyttia u sotsialno dezadaptovanykh pidlitkiv [Psychological mechanisms of life's meaningfulness level increasing among socially disadapted adolescents]. *Psykhologichni mekhanizmy adaptatsii deviantiv do suchasnoho sotsiokulturnoho seredovyshcha [Psychological mechanisms of adaptation of deviants to the modern sociocultural environment]*. Maksymova, N.Yu. (Ed.). Kyiv: Pedahohichna dumka. Retrieved from: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10062> [in Ukrainian].

9. Cherednychenko, N.V. & Altshuler, V.B. (1992). Kolychestvennaia otsenka struktury u dynamyky patolohycheskoho vlechenyia k alkoholu u bolnykh alkoholizmom [Quantitative evaluation of the structure and dynamics of pathological attraction to alcohol of patients with alcoholism]. *Voprosy narkolohyy – Narcology questions*. 3, 14-17 [in Russian].

10. Baker, A., Kay-Lambkin, F., Lee, N. K., Claire, M., & Jenner, L. (2003) A brief cognitive behavioral intervention for regular amphetamine users: A treatment guide. *Australian Government Department of Health and Ageing, Publication, No 3382*.

**Старков Д. Ю. Психогенные факторы и техники нейтрализации влечения к употреблению психотропных веществ у химических аддиктов.** В статье рассмотрено участие патологического влечения (ПВ) к употреблению психотропных веществ в синдроме химической аддикции. Описана феноменологическая картина проявлений ПВ. Рассмотрены наркологическая, бихевиоральная и когнитивно-поведенческая модели ПВ, показана их недостаточность в описании этого феномена. На основе теории мотивации Ж. Нюттена построена новая модель патологического влечения, где аддиктивная мотивация к употреблению рассматривается как закрепленный опытом инструментальный канал удовлетворения базовых потребностей. Показана первичная необходимость создания альтернативных «здоровых» каналов удовлетворения потребностей в работе с ПВ в частности, и в лечении аддикции в общем. Предложен принцип построения работы по нейтрализации ПВ и приведены конкретные техники.

**Ключевые слова:** патологическое влечение, химическая аддикция, техники нейтрализации, психотропные вещества, аддиктивное поведение.

**Starkov D. Yu. Psychogenic factors and neutralization techniques for chemical addicts' craving to consumption of psychoactive substances.** Pathological craving (PC) for psychotropic substances consumption as a part of the chemical addiction syndrome is discussed in the article. The phenomenological picture of PC manifestations (processual nature, decreasing of struggle motives before consumption) and other mechanisms of returning to consumption (in which PC is not appeared) are described. The difference between PC and obsessive-compulsive disorder is shown. Narcological, behavioral and cognitive-behavioral models of PC are reviewed, their drawbacks at description of this phenomenon are shown. A new model of pathological craving based on J. Nuttin's motivation theory is built. According to this theory, addictive motivation for consumption is regarded as a fixed by experience instrumental channel for satisfaction of basic needs. On the basis of this theory, the range of phenomenological manifestations of PC is explained. It is shown that creation of alternative «healthy» channels of basic need satisfaction is primary necessary for treatment of PC in particular and in the treatment of addiction in general. The mechanism of PC deactualization is analyzed. The principles of psychological corrective work on PC neutralization are proposed. Inefficiency of the rational approach is shown as well as necessity for regression methods. The practical technique of neutralization of the state of emergency is proposed based on the approaches of Ericksonian hypnosis and Eye movement desensitization and reprocessing. The results of neutralization technique effectiveness for different types of customers are cited.

**Key words:** pathological craving, chemical addiction, neutralization techniques, psychotropic substances, addictive behavior.