

## СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

УДК 159.922.73

**МАКСИМОВА Н.Ю.**

доктор психол.наук, професор кафедри  
соціальної роботи факультету психології КНУ  
ім. Тараса Шевченка, м. Київ

Стаття присвячена висвітленню проблеми соціальної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою. Показано, що сучасні умови життєдіяльності людини детермінують виникнення нових форм адиктивної поведінки. Представлено психологічні аспекти ресоціалізації осіб з адиктивною поведінкою та засоби впровадження програм соціальної реабілітації.

**Ключові слова:** адиктивна поведінка, нехімічні залежності, ресоціалізація, особистість, мікросоціальне середовище.

## СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С АДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Статья освещает проблему социальной реабилитации лиц с аддиктивным поведением. Показано, что современные условия жизнедеятельности человека детерминируют возникновение новых форм аддиктивного поведения. Представлены психологические аспекты ресоциализации лиц с аддиктивным поведением и способы внедрения программ социальной реабилитации.

**Ключевые слова:** аддиктивное поведение, нехимические зависимости, ресоциализация, личность, микросоциальная среда.

Важливою складовою соціальної роботи з клієнтами «груп ризику» є допомога у соціальній реабілітації осіб з адиктивною поведінкою. Відомо, що алкоголізм та наркоманія є скоріше психологічною, ніж наркологічною проблемою. Намагання вирішити завдання ресоціалізації узалежнених осіб зусиллями лікарів-наркологів не дають позитивного ефекту, оскільки ремісія, як правило, триває більше трьох років лише у 5% пацієнтів. Отже, необхідно шукати нові шляхи вирішення зазначених проблем. Проблема подолання адикцій залишається не лише актуальною, а й набирає більшої гостроти внаслідок появи нових форм: ігроманія, залежність від інтернету, соціальних мереж тощо. Традиційні засоби впливу на узалежнених осіб – кодування, еспераль, боприморфін тощо не дають належного ефекту. Якщо ж йдеться про нехімічні залежності, то проблема ре соціалізації стає ще складнішою. Отже, необхідно шукати нові методи, що базуються на принципово інших, психологічних підходах.

Практика показує, що й досі існує уявлення про різну природу нехімічних адикцій та алкоголізму і наркоманії як

більш тяжких за своїми наслідками. На нашу думку, психологічно – це однорідні явища.

Широке впровадження комп'ютерних, особливо комунікаційних, технологій в шкільну практику та повсякденний побут несе певні ризики, які треба усвідомлювати для того, щоб мінімізувати їх. Дослідження вчених [ ] показали, що у зв'язку з комп'ютеризацією суспільства стала актуальною проблема паталогічного використання Інтернету, що виникла ще в кінці 1980-х. Йдеться про Інтернет-залежність. Цей термін запропонував ще у 1966 році І. Goldberg. Небезпечними ознаками Інтернет-залежності є: потреба проводити все більше часу за комп'ютером, нав'язливі бажання постійно перевіряти електронну пошту; радість очікування наступного онлайн-сеансу, незадоволення та опір в разі вимоги когось з близьких людей припинити перебування за комп'ютером тощо.

Особливо небезпечною є проблема інтернет-залежності, якщо йдеться про дітей. Наявність у кожного учня персонального безкоштовного та безлімітного доступу до Інтернету дає йому змогу необмежено використовувати ці можливості на свій розсуд, що є небезпечним для дитини, яка ще не має навичок самодисципліни та контролю за продуктивним використанням свого часу. Отже, небезпекою є сприйняття наданого технічного обладнання не як інструментарію для роботи й набуття знань, а як нової цікавої іграшки для урізноманітнення дозвілля. Про небезпеку цієї тенденції свідчить те, що з набуттям доступності персональних комп'ютерів для населення підвищується насамперед не комп'ютерна грамотність населення, а поширення іграшок, мультимедійних розваг, зокрема, набуває поширення комп'ютерне узалежнення, ігроманія тощо. Дослідження Л.Н.Юр'євої та Т.Ю.Большот, що було проведено на базі ліцею-інтернату фізико-математичного профілю м. Дніпропетровськ показали, що 14% учнів мали ризик розвитку комп'ютерної залежності, а 45% були на «стадії захоплення», тобто передхвороби. Дослідження довело, що існує прямий зв'язок між ризиком розвитку комп'ютерної залежності та пошуком інформації в мережі. Йдеться про «ефект дрейфу мети», тобто прагнення перебувати в процесі пошуку інформації за рахунок її вивчення, аналізу й засвоєння. Тобто, відбувається зміщення акценту з аналітичної діяльності на пошукову активність, яка є більш легкою і приємною. Дослідження також показало, що всі обстежені «групи ризику» проводили за комп'ютером 20-30 годин на тиждень. 90% підлітків цієї групи виявляли опір спробам дорослих перервати їх роботу

за комп'ютером. Учні заперечували, що вони забагато витрачають часу в Інтернеті і стверджували, що самі можуть контролювати себе і зупинитися в будь-яку хвилину.

Зважаючи на особливості підліткового віку, потреба у спілкуванні, яка є найактуальнішою, може бути реалізована у спотвореному вигляді: замість реальної діяльності з однолітками в школі, клубі, спортивній секції, за місцем проживання тощо, тобто замість набуття навички встановлювати і підтримувати стосунки, підліток може зануритись у віртуальне середовище, обмеживши свої соціальні контакти виключно соціальними мережами. Ще одною небезпекою є також вірогідність деперсоналізації. Зокрема, користувач Інтернету може спілкуватися не від свого імені, а від імені вигаданого ним «образу», маски. В Інтернеті існує можливість створювати нові образи «Я», безліч варіантів самопрезентації та втілення фантазій, які людина не може реалізувати у звичайному світі. Наприклад, ігри в кіберсекс, рольові ігри в чатах тощо. Це особливо небезпечно для тих осіб, які й так мають проблеми зі спілкуванням; замість того щоб вчитися комунікативним навичкам, вони шукають комфортного спілкування у соціальних мережах, таким чином не вирішуючи своїх соціально-психологічних проблем, а навпаки, поглиблюючи їх. В Інтернеті існує можливість пошуку співрозмовника, який відповідає будь-яким критеріям. При цьому, немає необхідності утримувати увагу цього співрозмовника, оскільки в будь-який момент можливо знайти нового.

Аналіз практичного досвіду та досліджень вчених тих країн, де комп'ютерна техніка та соціальні мережі стали широко доступними населенню раніше, ніж в нашій країні, підтверджує єдину природу хімічних та нехімічних адикцій.

Є два варіанта зупинити адиктивну поведінку: лікування, засноване на остраху, і лікування, в основі якого полягає робота над собою.

Методи, в основі яких полягає робота над собою, відображають позитивну стратегію. Позитивна стратегія дає відповідь на запитання «навіщо потрібне тверезе життя?» Мета цієї стратегії – допомогти людині знайти сенс свого життя, усвідомити, куди і нащо їй іти далі; навчитися протистояти своїй тривозі, гніву, нудьги; навчитися знімати психічну напруженість без алкоголю та інших психотропних речовин або інших засобів.

Методи, в основі яких полягає робота над собою, розподіляються на три напрямки: психологічна корекція, рух Анонімних Алкоголіків та шлях релігії. Всі вони не виключають один одного, а навпаки, доповнюють і взаємозбагачують.

Вивчення досвіду роботи відповідно до цих підходів з узалежненими особами дає нам можливість виокремити наступні принципи. Принципи ресоціалізації осіб з адиктивною поведінкою: принцип залучення мікросоціального середовища; інформаційна насиченість; робота в парадигмі біхевіорального підходу; допомога тверезуючому алкоголіку у пошуку шляхів самореалізації; формування у нього особистісної зрілості.

Реалізація принципу залучення мікросоціального середовища полягає у тому, що психолог починає психокорекційну роботу в дисфункційній сім'ї з подолання співузалежнення у матері, дружини та інших близьких родичів адикта. Якщо йдеться про алкоголізм, то першим і необхідним кроком в цій роботі є усвідомлення дружиною того факту, що її чоловік хворий на алкоголізм, а вона сама – на коалкоголізм. Для співузалежненої дружини цей крок дуже важкий, оскільки вона не має відповідних знань й переконань. Тут потрібно діяти відповідно до другого принципу – інформаційна насиченість.

Як показують дослідження, тільки 24% дружин розуміють, що алкоголізм чоловіка якимось пов'язаний і з її поведінкою, що й вона може хоч чимось допомогти в лікуванні свого чоловіка. Вражає дуже низька обізнаність цих жінок з проблем алкоголізму. Наприклад, 47% дружин, чоловіки яких хворіють на алкоголізм другої стадії, не визнавали хворобливого характеру пристрасті чоловіка до спиртного. Вони не розуміли необхідності змінення життєвих установок сім'ї, зокрема, повної відмови всієї сім'ї від алкоголю та розрив стосунків з друзями, які вживають алкоголь, необхідність випрацювання нового стилю спілкування з чоловіком, тощо.

Процес усвідомлення дружиною свого співузалежнення від алкоголізму чоловіка доцільно розпочати з інформування про ознаки цього явища. Для того, щоб знайти в собі сили відмовитися від звичного стилю поведінки та переживань, по-новому подивитися на ситуацію та свої почуття, жінці потрібна допомога ззовні. Отримати допомогу психологів у нас можуть поки що дуже небагато людей. Вкрай недостатньо існує в Україні і така форма самопомоги, яка є вже в багатьох країнах – рух Ал-Анон. Діяльність Ал-Анон заснована на тих самих принципах (програма 12 кроків), що і АА (спілка Анонімних Алкоголіків). Групи самопомоги Ал-Анон виникли як природне продовження АА. Їх мета – об'єднання рідних та близьких друзів алкоголіків, тобто людей, які втратили спокій та душевну рівновагу тому, що їх рідна або близька людина хвора.

Сенс групових занять полягає в тому, що сором, відчай і страх, який постійно відчують співузалежнені люди, може бути подоланий, якщо його «вивести назовні», висловити. На самоті вкрай важко позбавитися відчаю, страху і сорому. Це легше зробити завдяки спілкуванню з іншою людиною. Необхідний хтось, з ким можна поділитися, кому можна довіряти, хто не засудить, а підтримає, хай навіть не словами і не діями, а просто розуміючим поглядом, кивком голови.

Терапія співузалежнення спрямована на підвищення рівня рефлексії, а отже послаблення симбіотичного емоційного зв'язку з алкоголіком. Співузалежнена дружина поступово починає аналізувати свою поведінку, намагаючись бути об'єктивною, ніби дивлячись на себе зі сторони. Замість невизначеності, панічної тривоги та відчуття своєї безпорадної залежності від стану чоловіка (п'яний чи тверезий?) жінка починає думати про те, що вона сама повинна робити, тобто вона вже сама володіє своєю поведінкою.

Наступний крок в терапії співузалежнення – це позбавлення почуття провини. Оскільки один з основних симптомів алкоголізму – анозогнозія, чоловік завжди шукає причину пиятики в зовнішніх обставинах, а отже звинувачує у всьому дружину.

Зважаючи на вище зазначене, роботу з алкоголіком слід будувати в парадигмі біхевіорального підходу. Натомість, більшість дружин алкоголіків, навпаки, поводять себе вкрай непослідовно. Вони різними засобами загрожують чоловікам: розлученням, відмовою платити їх борги, відмовою одягати і годувати на свої гроші тощо. Але все це залишається розмовами. Насправді, таке милосердя приносить шкоду. Не слід завжди приходити на допомогу алкоголіку. Він має сам нести відповідальність за наслідки свого пияцтва. Зрозуміло, що це може погіршити стосунки, призвести до сімейної кризи. Емоційне навантаження від переживання кризи дуже велике, негативне. Проте, без цього неможливо відродження особистості алкоголіка і його подальший рух на шляху до самореалізації (четвертий принцип).

У ході розвитку багатьох серйозних хвороб є переломний момент – криза. Коли цей момент настає, людина знаходиться між життям та смертю. Пережити кризу – значить зробити перший крок на шляху до одужання. Тому дуже важливо зрозуміти наступне:

- 1) кризу неможна ні стримувати, ані згладжувати;
- 2) кризу можна наблизити, прискорити.

Одним з методів наближення кризи є інформування алкоголіка про його бридку поведінку в стані сп'яніння, що має назву «кризова інтервенція». Кризова інтервенція – це спеціально підготована серйозна розмова (сімейна рада) з метою показати алкоголіку всю небезпечність ситуації, яка склалася. В процесі цієї розмови відбувається пред'явлення алкоголіку інформації про наслідки його пияцтва, щоб найбільш гостро і виразно зіштовхнути алкоголіка з цією концентрацією фактів.

Кризова інтервенція має бути спеціально підготована. Добре, коли ця підготовка проходить під керівництвом психолога, який «веде» цю сім'ю. Учасники інтервенції письмово (на картці) складають список фактів, в яких проявляються наслідки пияцтва. Слід підкреслити, що факти повинні бути викладені дуже чітко, пункт за пунктом, та максимально конкретно. Неможна казати, звертаючись до особистості в цілому: «ти поганий батько», «ти став байдужим до мене», «ти ні про що не турбуєшся» тощо. Слід казати тільки про вчинки алкоголіка. Кожний учасник розмови наводить 6-8 найбільш яскравих прикладів за останні півроку, рік або кілька місяців, – як вони домовляться заздалегідь.

Для того, щоб краще підготувати інтервенцію, її необхідно відпрацювати (за типом рольової гри). Під час такого тренінгу психолог бере на себе роль алкоголіка: висуває свої контраргументи, виявляє невдоволення, дорікає присутнім або намагається все звести до жарту, чи якимось інакше ухилитися від розмови. Рольова гра допоможе учасникам інтервенції заздалегідь продумати лінію своєї поведінки в залежності від реакції алкоголіка і оцінити необхідність саме письмового переліку фактів, про які вони хотіли сказати. Оскільки поведінка алкоголіка може викликати дуже сильні емоції у учасників розмови, то таку «шпаргалку» слід скласти на той випадок, якщо людина зовсім розгубиться.

Результатом кризової інтервенції є усвідомлення алкоголіком того факту, що він хворий. Тут дуже важливо точно вирішити питання про те, де буде лікуватися алкоголік. Це дуже важливо, оскільки є багато установ, які пропонують лікування, але рівень їх роботи вкрай різний. Визначивши лікувальний центр, треба з'ясувати, чи приймуть там вашого хворого; підготувати необхідні документи, записати його на прийом так, щоб це було не більш ніж через добу після проведення інтервенції. На той випадок, якщо алкоголік стане відмовлятися від лікування, треба підготувати можливість ультиматуму.

Якщо учасникам розмови вдасться «пробити» фактами захисну систему алкоголіка, щоб він хоча б на хвилину усвідомив реальність і зрозумів гірку правду, пропозиція лікуватися буде ним прийнята. Інколи алкоголік дає обіцянку, що перестане пити сам, без лікування. На це можна погодитися, але обов'язково з умовою, що, якщо він «зірветься», то одразу ж піде на лікування. Тут треба точно оговорити, в який лікувальний заклад і з ким піде алкоголік у випадку «зриву».

Незалежно від того, чим закінчилася розмова, її учасники (крім алкоголіка) повинні зібратися разом не пізніше ніж через 2-3 дні для того, щоб обмінятися думками, емоціями, щоб виговоритися і підтримати один одного. Інтервенція, а також спільна підготовка до цього заходу принесуть їм велику користь, тому що тепер ці люди вже не будуть самотніми в своїх тортурах, а значить, їм буде легше подолати сором, страх, образу; разом їм буде легше шукати вихід.

Профілактика повернення до алкоголізму яскраво підтверджує доцільність застосування біхевіорального підходу. Людина, яка перебуває в ремісії, тренується завчасно відчувати потяг до алкоголю й чинити цьому опір. Річ в тім, що непереборний фізіологічний потяг випити не з'являється миттєво. Існує процес його розвитку. Отже, процес розвитку потягу можна зупинити до того, як він розв'ється до непереборного бажання.

Слід також урахувати, що після того, як чоловік припинить зловживати алкоголем, в сім'ї актуалізуються інші конфлікти (рольові, сексуальні тощо). Гострота цих конфліктів пояснюється емоційно-афективними порушеннями у чоловіка, що притаманні стану ремісії. Тому психологу слід підготувати дружину і дітей до того, що після лікування голови родини від алкоголізму, їх життя тимчасово може стати ще важчим. Виходом з цієї ситуації буде формування у адикта особистісної зрілості. Реалізацію принципу формування особистісної зрілості доцільно здійснювати у ході сімейної терапії.

Задачі сімейної психотерапії на цьому етапі полягають у:

- 1) навчанні жінок ненав'язливому контролю та підтримуючій терапії чоловіка;
- 2) навчанні жінок розпізнаванню ознак розгальмованості потягу до алкоголю, послабленню установки на тверезість;
- 3) навчанні жінок розпізнаванню афективних порушень, які вимагають негайної медичної допомоги;
- 4) своєчасній допомозі подружжю в розв'язанні їх поточних конфліктів.

Психотерапевтичні впливи, що спрямовані на нормалізацію стосунків в сім'ях, здійснюються шляхом сполучення індивідуальних і групових форм. При цьому заняття в групі проводяться вже не тільки з дружинами, а й з подружніми парами. Для цього підбирають 5-6 подружніх пар, при чому 2-3 з них ті, які вже успішно пройшли основний курс і у подружжя встановилися гармонійні стосунки. Основний курс психотерапії включає щотижневі заняття, тривалістю 2-3 години протягом 6 місяців. Потім такі заняття проводяться щомісячно протягом року. В ході занять застосовуються такі психотерапевтичні методи, як психодрама, гештальт-терапія, трансактний аналіз тощо.

Участь подружжя в психотерапевтичних заняттях дає їм змогу побачити свої проблеми ніби зі сторони, використовувати позитивний життєвий досвід інших сімей і на основі цього випрацювати нові прийоми розв'язання конфліктних ситуацій у власній сім'ї, придбати необхідні навички продуктивної поведінки в складних сімейних ситуаціях.

Оскільки ведучий групи забезпечує створення сприятливого психологічного клімату під час занять, атмосфери доброзичливості, готовності до підтримки та взаємодопомоги, між учасниками групи виникають товариські стосунки. Подружні пари починають зустрічатися і за неформальних обставин, у них виникає потреба разом проводити вихідні дні, свята, сімейні урочисті події, допомагати один одному у вирішенні побутових проблем та у складних життєвих обставинах. Створення такого кола спілкування дуже важливе для тверезуючого алкоголіка, оскільки підтримувати неформальні стосунки з звичайними, помірно питущими людьми для нього нестерпно, адже у них прийнято кожне святкове застілля супроводжувати вживанням спиртного.

Взаємодопомога і підтримка нових друзів, яких сім'я знайде завдяки заняттям в психотерапевтичній групі, відіграє велику роль не тільки в попередженні рецидивів, а й в найскорішому припиненні епізодів повернення до алкоголізації, які, на жаль, можуть відбуватися ще деякий час. Якщо хтось з тверезуючих алкоголіків «зірвався», то під тиском членів психотерапевтичної групи, які вже стали йому друзями, він скоріше погодиться в перші ж дні запою звернутися за медичною допомогою, ніж в тому випадку, якщо поруч з ним будуть попередні «товариші по чарці».

Значущість безалкогольного оточення для тверезуючого алкоголіка важко переоцінити. Подумайте: якщо людина приходить до алкоголізму «в компанії», то і до нормального



життя легше буде йти, коли хтось є поруч. І в той, і в інший бік потрібні друзі, і ще невідомо, де вони більше потрібні. Мабуть, на шляху «звідти», бо в цьому випадку знайти собі компанію значно важче. Тому питання про професійну психологічну допомогу особам, що узалежнені від алкоголю, стоїть дуже гостро.

Стосовно нехімічних адикцій, слід зазначити, що науково обґрунтованих, усталених програм соціальної реабілітації практично не має. Тому, радше поки забезпечити профілактику виникнення цього різновиду адиктивної поведінки. Насамперед, необхідно прагнути, щоб негативні фактори комп'ютеризації не спричинили свого впливу на дітей. Зокрема, для цього в системі психологічної служби потрібно застосовувати метод психологічного супроводу, який вже давно розроблений і використовується в ряді шкіл. Останнім часом в психологічний супровід внесено нові елементи саме з урахуванням широкого поширення комп'ютерних технологій у навчальному процесі. Вчителі приділяють увагу розумному розподілу комунікативної діяльності дітей між віртуальним та реальним середовищами, звертають увагу на організацію достатньої кількості заходів у реальному шкільному житті. Психологічна служба повинна особливу увагу приділяти учням, які мають схильність до комп'ютерної залежності. Ця схильність включає такі особистісні риси: занижена самооцінка, труднощі у спілкуванні, відчуття самотності, намагання уникнути труднощів і відповідальності тощо.

### **Література**

1. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. – СПб., 2007.
2. Максимова Н. Ю. Психология девиантной поведінки. – К., 2011.
3. Максимова Н. Ю. Психология адиктивной поведінки. – К., 2002.
4. Юрьева Л. Н., Ботьот Т.Ю. Компьютерная зависимость.
5. Goldberg I. Internet addiction disorder. 1996.

The article is devoted to the problem of rehabilitation of persons with addictive behavior. It is shown that the present conditions of human life determine the emergence of new forms of addictive behavior. It's presented resocializing psychological aspects of addictive behavior and means of implementation of rehabilitation programs.

**Keywords:** *addictive behavior, non-chemical dependency, resocialization, personality, microsocal environment*