

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет № 6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

навчальної дисципліни «**Психологічна реабілітація**»
обов'язкових компонент
освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

**Тема № 4 Основні методи психореабілітації постраждалих від дії чинників
соціального стресу**

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.2023 р. № 7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол від 25.08.2023 р. № 7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.2023 р. №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології (протокол від 15.08.2023 № 8)

Розробник:

1. Доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук
Маннапова К.Р.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри загальної психології факультету психології ХНУ імені В.Н. Каразіна, кандидат психологічних наук, доцент Невоєнна О.А.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 ХНУВС, кандидат психологічних наук, доцент Жданова І.В.

План лекції

1. Поняття про полімодальну життєву кризу.
2. Організація і надання особам з проявами соціальних стресових розладів психологічної допомоги.
3. Психологічні наслідки фізичного насильства в сім'ї.
4. Надання психологічної допомоги дітям, жертвам насильства в сім'ї.
5. Надання психологічної допомоги жертвам сексуального насильства.
6. Особливості психологічної реабілітації вимушених мігрантів.
7. Психологічна реабілітація осіб з адиктивною поведінкою.

Рекомендована література

Основна

1. Каліна Н.Ф. Психотерапія: підручник. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.
2. Система органів та установ, які надають соціальні послуги жертвам насильства в сім'ї в Україні/упоряд.: І. Буяльська. Запоріжжя: Друкарський світ, 2011. 16 с.

Додаткова

1. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. – Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. – Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – Київ, 2012. – С. 89–95
2. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» ://база даних «Законодавство України» URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19>
3. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ“Видавництво“Логос”, 2015. 207 с

Текст лекції

1. Поняття про полімодальну життєву кризу.

В даний час в психології приділяється велике значення проблемам девіантної поведінки. Невдоволення реальним життям і бажання піти від нього є однією з найскладніших проблем людського життя. Форми і способи стечі надзвичайно різноманітні і нерідко носять патологічний характер. Однією з таких форм є адиктивна поведінка, коли життя людини, її стан і поведінку починають жорстко залежити від різних чинників - наркотиків, алкоголю, їжі, роботи, сексу, азартних і комп'ютерних ігор.

Адиктивна поведінка - одна з форм деструктивної, девіантної, поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану.

Механізм ухилення від реальності виглядає наступним чином. Обраний людиною спосіб подій, сподобався і зафіксувався у свідомості як нарешті знайдений чинний засіб, що забезпечує хороший стан. Надалі зустріч з труднощами, які вимагають прийняття рішення, автоматично замінюється приємним відходом від проблеми з перенесенням її рішення "на завтра". Поступово вольові зусилля знижуються, так як адиктивні реалізації блокують вольові функції, сприяючи вибору тактики найменшого опору. Зниження переносимості труднощів, відхід від їх подолання призводить до накопичення невирішених проблем.

Фактори, що сприяють розвитку адиктивної поведінки

Процесу появи і розвитку адиктивної поведінки можуть сприяти біологічні, психологічні і соціальні впливи:

- біологічні - особи, у яких при вживанні алкоголю різко змінюється психічний стан, більш схильні до розвитку алкогольної адикції. Вважають також, що існує генетична схильність до різних форм адиктивної поведінки, що передається у спадок.

- соціальні фактори - дезінтеграція суспільства і наростання змін з неможливістю до них вчасно адаптуватися. Більшість відхилень у поведінці неповнолітніх: бездоглядність, правопорушення, вживання психоактивних речовин, мають у своїй основі одне джерело - соціальну дезадаптацію, коріння якої лежать в дезадаптованих сім'ях.

- психологічні чинники - особистісні особливості, відображення в психіці психологічних травм в різних періодах життя.

Провокуючими факторами адиктивної поведінки вважаються нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру (гіпертімний, нестійкий, конформний, істероїдний, епілептоїдний типи). До цих факторів відносять також особливості, зумовлені характерними для цього періоду реакціями: емансипації, групування, захоплення (хобі), і формуються сексуальним потягами.

Етапи розвитку адиктивної поведінки

Розвиток адиктивної поведінки відрізняється широкою індивідуальною своєрідністю, але в цілому тут можна виділити ряд закономірних етапів. В. Каган виділяє три етапи наркологічних (алкогольних і неалкогольних) варіантів:

- 1 етап. Перші проби. Здійснюються зазвичай під чийось впливом або в компанії. Чималу роль тут грають цікавість, наслідування, груповий конформізм і мотиви групового самоствердження. Глибинна мотивація сходить до притаманної людині потреби в зміні станів свідомості: вірогідність того, що перші проби переростуть в розгорнутий процес формування адиктивної поведінки і подальшого переростання в хворобу тим більше, чим менше вік при перших пробах і чим менше потреба в зміні свідомості задовольняється соціально схвалюються способами. Перші проби найчастіше не мають продовження, виняток становить тютюнопаління.

2 етап. Пошукова адиктивна поведінка. Наступним за першими пробами йде етап експериментування з різними видами психоактивних речовин - алкоголем, медикаментами, наркотиками, побутовими та промисловими хімікатами. Зазвичай воно притаманне молодшому підлітковому віку. Для одних підлітків важливо їх вживання як знак приналежності до групи, для інших - сам факт зміни стану свідомості («отруб», «відключка»), для третіх - якість ефектів і особливості «кайфу». Як правило, цей етап розгортається в компанії і оформляється по алкогольному типу - для веселощів, розкутості, загострення сприйняття, зняття сексуальних бар'єрів, вираження ставлення. У міру проходження цього етапу формується індивідуальна перевага одного з засобів або бажаний їх спектр. Найчастіше це відбувається вже в віці після 15 років. Індивідуальної психічної залежності ще немає, але може формуватися групова психічна залежність, «автоматично» запускається збором групи.

3 етап. Перехід адиктивної поведінки у хворобу. Відбувається під впливом безлічі різноманітних факторів, які можна умовно розділити на соціальні, соціально-психологічні, психологічні та біологічні.

- Соціальні - нестабільність суспільства, доступність психоактивних речовин, відсутність позитивних соціальних і культурних традицій, контрастність рівнів життя, інтенсивність і щільність міграції.
- Соціально-психологічні - високий рівень колективної та масової тривоги, розірваність зв'язків з сім'єю та іншими позитивно-значимими групами, романтизація і героїзація девіантної поведінки в масовій свідомості, відсутність привабливих для дітей і підлітків дозвіллевих центрів.
- Психологічна - незрілість особистісної ідентифікації, слабкість або недостатність здатності до внутрішнього діалогу, низька переносимість психологічних стресів і обмеженість копінгової поведінки, висока потреба в зміні станів свідомості як засобі вирішення внутрішніх конфліктів, конституційно акцентуйовані особливості особистості.
- Біологічні - природа і «агресивність» психоактивної речовини, індивідуальна толерантність, порушення процесів детоксикації в організмі.

У процесі переходу адиктивної поведінки у хворобу, викликану вживанням психоактивних речовин (алкоголь, наркотики і т. Д.), виділяють наступні **стадії розвитку хвороби**.

1 стадія. Характеризується формуванням і прогресуючим поглибленням психічної залежності, при якій перерви у вживанні призводять до психічного дискомфорту, пригніченості, тривозі, дисфорії з різким загостренням потягу до вживаної речовини. У цей період спостерігаються ослаблення та згасання захисних рефлексів на передозування, підвищена толерантність, соціальна дезадаптація.

2 стадія. Характеризується формуванням фізичної залежності при вживанні одних речовин (алкоголь, опіати, деякі стимулятори) і поглибленням психічної залежності при вживанні інших (кокаїн, марихуана). У тих випадках,

коли фізична залежність не формується, основною ознакою цієї стадії стає хронічна інтоксикація з психічними та фізичними порушеннями.

Перехід до 3 стадії (падіння толерантності, виражений органічний дефект особистості, недоумства, закономірно виникають абстинентні психози, глибока соціальна деградація) здійснюється, як правило, вже в юнацькому віці.

Алкогольна залежність та шляхи її подолання

Серед хімічних аддикцій найкраще вивчена алкогольна адикція. Хоча парадоксальність ситуації полягає в тому, що термін "вивчена" в даному випадку не зовсім вірний, тому що стосується в основному токсичного впливу алкоголю на організм. Ігнорування адиктивної ланки процесу не дає відповіді на питання, чому люди зловживають алкоголем.

Загальне поняття про алкоголізм і його виникнення

Алкоголізм - хронічна психічна хвороба, що розвивається внаслідок тривалого зловживання спиртними напоями. Така хвороба сама по собі - розлад не психічний, але при ній можуть виникнути психози. Алкогольне сп'яніння може стати провокатором ендогенних психозів. На останній стадії цієї хвороби розвивається деменція.

Психологічна залежність від алкоголю будується на фіксації відчуття, що алкоголь викликає бажаний ефект. Ефекти вживання алкоголю багатобічні, а їх виділення носить спрощений і умовний характер.

Виділяють основні диференційовані ефекти алкоголю. До них відноситься ейфорізуючу ефект, що викликає підвищений настрій; транквілізуючий (атарактичних), здатність алкоголю викликати релакс, кайф-ефект, стани, що супроводжуються стимуляцією уяви, догляд в сферу мрій, відрив від реальності, відчуженість.

Алкоголь здатний викликати не тільки психологічну, а й фізичну залежність, стаючи компонентом обміну. У розвитку залежності має значення особливість вживання алкоголю, стилі вживання, які сприяють більш швидкому формуванню залежності. Мається на увазі вживання вже на початку великих доз алкоголю, що перевищують його переносимість. Фізична залежність має наступні ознаки: втрата контролю, нестримний (біологічний) потяг, що підкреслює вплив драйву, що не має психологічного змісту, неможливість утриматися від прийому алкоголю.

В процесі розвитку алкогольного адиктивної поведінки представляється можливим виділити адиктивні мотивації, провідні часто до розвитку певної форми алкоголізму.

Опис **основних адиктивних мотивацій**, що спостерігаються при розвитку алкогольного адиктивної поведінки:

- Атарактичних мотивація. Зміст атарактичних мотивації полягає в прагненні до прийому алкоголю з метою пом'якшити або усунути явища емоційного дискомфорту, тривожності, зниженого настрою.
- Субмісивна мотивація. Змістом мотивації є нездатність відмовитися від пропонованого ким-небудь прийому алкоголю.

- Гедоністична мотивація. Алкоголь вживається для підвищення настрою, отримання задоволення в широкому сенсі цього слова.
- Мотивація з гіперактивацією поведінки. Алкоголь споживається для того, щоб викликати стан збудження, активізувати себе.
- Псевдокультурна мотивація. У випадках псевдокультурної мотивації, як правило, велике значення надається атрибутивним властивостям алкоголю.

Реабілітація людей з алкогольною залежністю

Лікар-нарколог в своїй роботі використовує дані патопсихологічного дослідження, отримані психологом. Ці дані розширюють і поглиблюють його уявлення про хворого, уможливають диференційовані підходи до вибору методів лікування, допомагають визначити їх ефективність і судити про прогноз в процесі ремісії.

Комплексна система психологічної реабілітації хворих на алкоголізм включає:

- а) лікувально-відновлювальні заходи, що ґрунтуються на збережених сторонах психічної діяльності;
- б) індивідуальні та групові психокорекційні і психотерапевтичні заходи з використанням даних об'єктивного вивчення особистості хворого;
- в) рекомендації щодо профілактики наркоманії;
- г) психолого-педагогічну і соціально-терапевтичну роботу як з хворим, так і з їх родичами.

М.М.Кабанов виділяє **три етапи реабілітаційних заходів при алкоголізмі**.

На першому етапі превалюють медикаментозна терапія, фізичні методи лікування, які сприяють швидшому пом'якшенню абстинентів явищ. На цьому етапі важливою також є психотерапевтична виховна робота.

Другий етап реабілітації починається з моменту виписки з лікарні і триває до одного року ремісії. Тут роль медикаментозної терапії зменшується. Загальнозміцнююче лікування залишається в тих випадках, якщо в цьому є необхідність. Велика увага приділяється психотерапевтичним і виховним заходам, що охоплює не тільки групи хворих, а й осіб їх найближчого родинно-сімейного оточення.

Третім етапом реабілітації вважається період ремісії, що триває понад рік, коли відновлюються не тільки виробничі, про та родинно-сімейні відносини.

Групова психологічна корекція і психотерапія

Прообразом групової психотерапії алкогольної залежності послужила, створена в 1935 році в США програма 12 кроків АА - програма духовного переорієнтування для залежних від алкоголю. Метою є визнання своєї залежності, апелювання до «вищої сили» для лікування, відшкодування шкоди, завданої іншим в результаті залежності і донесення цілющого знання до інших залежних. Значною мірою покладається на прийняття «вищої сили» або Бога, який може розумітися по-різному, але є обов'язковою діючою силою в одужанні.

Використовується в роботі груп АА. Як правило, для ефективного опрацювання етапів програми необхідна наявність досвідченого учасника (спонсора, наставника), здатного роз'яснити принципи кожного кроку.

На основі програми була створена так звана Міннесотська модель лікування, що припускає участь професіонала-психотерапевта замість рівного учасника.

12 кроків Анонімних Алкоголіків:

1. Ми визнали своє безсилля перед алкоголем, визнали, що ми втратили контроль над собою.

2. Прийшли до переконання, що Сила більш могутня, ніж ми, може повернути нам розсудливість.

3. Прийняли рішення доручити нашу волю і наше життя Богу, як ми Його розуміли.

4. Глибоко і безстрашно оцінили себе і своє життя з моральної точки зору.

5. Визнали перед Богом, собою і будь-якою третьою людиною справжню природу наших помилок.

6. Повністю підготували себе до того, щоб Бог позбавив нас від всіх наших недоліків.

7. Смирено просили Його виправити наші вади.

8. Склали список всіх тих людей, кому ми заподіяли зло, і сповнилися бажанням загладити свою провину перед ними.

9. Особисто відшкодовували заподіяний цим людям збиток, де тільки можливо, крім тих випадків, коли це могло зашкодити їм або кому-небудь іншому.

10. Продовжували самоаналіз і, коли допускали помилки, відразу визнавали це.

11. Прагнули шляхом молитви і роздуми поглибити зіткнення з Богом, як ми розуміли Його, молячись лише про знання Його волі, яку нам належить виконати, і про дарування сили для цього.

12. Досягнувши духовного пробудження, до якого привели ці кроки, ми намагалися донести зміст наших ідей до інших алкоголіків і застосовувати ці принципи у всіх наших справах.

Психотерапія як метод лікування займає одне з провідних місць в реабілітації хворих на алкоголізм. Вона охоплює не тільки період перебування хворого в стаціонарі, але і наступний за ним період адаптації хворого в суспільстві. Загалом цілі психотерапії алкоголізму такі:

а) усвідомлення хворим своєї хвороби, необхідності лікування і можливості одужання; б) створення міцної мотивації на безалкогольний спосіб життя; в) підвищення у хворого самооцінки; г) зниження почуття ізолюваності; д) навчання адекватним способом вирішення проблем; е) відпрацювання навичок розслаблення і розваги в межах соціальної норми.

Всі члени психотерапевтичної групи, в тому числі лікар і психолог, є рівноправними в плані обговорення порушених питань. Лікар-нарколог і

психолог направляють, координують і активізують роботу групи, сприяють формуванню мікроколективу.

З самого початку групової психотерапії потрібно прагнути до того, щоб в групі панувала атмосфера щирої, довірчого і доброзичливого спілкування. У клінічній бесіді і в ході експериментально-психологічного дослідження лікуючий лікар і психолог готують пацієнта до участі в тих лікувально-відновлювальних заходах, які проводитимуться протягом його перебування в стаціонарі.

Теми групових психокорекційних і психотерапевтичних занять, методики їх проведення заздалегідь обговорюються лікарем і психологом. Заняття повинні проводитися цікаво, пробуджувати у хворих пізнавальний інтерес. Основним видом роботи групи має бути дискусія, в ході якої хворі самостійно, а також за допомогою лікаря і психолога знаходять відповіді на обговорювані питання.

У процесі групової психотерапії доцільно торкнутися наступні теми: «Що таке алкогольна хвороба?», «Психологія міжособистісних взаємин при алкоголізмі», «Чи можна вилікуватися від алкоголізму», «Види медикаментозного лікування алкоголізму», «Що означає тверезий спосіб життя?» та ін.

Перші два заняття присвячують знайомству хворих один з одним. Пацієнтам пропонують розповісти про себе (назвати прізвище, ім'я та по батькові, вік, освіту і професію, сімейний стан, коротко зупинитися на причинах, що спонукали його звернутися за допомогою). У тих випадках, коли хворий ніяковіє, неохоче розповідає про себе, директивно наполягати на цьому не слід. Тут же доцільно відразу обмовитися, що відомості, що повідомляються тут, не повинні виноситися за межі групи. Однак поряд з цим важливо домогтися достатньої щирості членів групи під час обговорення порушених питань.

Про цілі психотерапії в прямому сенсі хворим не повідомляється. Кожен з них повинен прийти до відповіді на це питання самостійно. Знайомлячись з алкогольним минулим (від перших алкогольних ексцесів до повторних госпіталізацій, психозів) одного з членів групи, інші пацієнти тим самим самостійно приходять до розуміння проблем.

Бажано, щоб прояви активності хворих в процесі знайомства один одного були спонтанними, коли хворий міг би розповісти про себе стільки, скільки сам того бажає. Якщо розповідь надто затяглась, потрібно допомогти хворому завершити її, зробивши будь-які загальні висновки або переключивши увагу на іншого хворого, який бажає також розповісти про себе.

У випадках складності процесу спілкування психотерапевт повинен підвести хворих до необхідності пошуку спільних для них проблем. У нього повинні бути заготовлені випадки історій життя хворих, які лікувалися або лікуються в цій лікарні. Розповідь при цьому повинна будуватися таким чином, щоб кожен з членів групи міг уявити себе в тій чи іншій ролі. Далі хворим пропонують зупинитися на особливостях свого захворювання, висловити думку

про те, чи вважають вони себе хворими на алкоголізм або ж відносять до осіб, що помірно вживають спиртне.

На перших заняттях слід привчати хворих до самостійної корекції своєї вербальної продукції, міміки і жестів. Придбані за час тривалого зловживання алкоголем і спілкування в компаніях по чарці способи вираження (жаргон мови), жестикуляцій продовжують бути поганими звичками хворого і вимагають того, щоб вони вчасно припинялися на наступних заняттях.

Роль психолога зводиться до того, щоб він в ході групової дискусії допоміг хворим перейти від помилкового розуміння ними алкогольної хвороби як «розбещеності», «слабовілля», «впливу оточуючих» та ін. до виділення загальної для всіх хворих зміненої ієрархії мотивів і потреб. Тут показовими будуть не тільки історії життєвого шляху хворих з алкогольною особистісною деградацією, а й аналіз життя осіб, які тільки що почали вживати алкоголь. Слід звернути особливу увагу на те, як вживання алкоголю перебудовує структуру особистості питущого, змінює його ціннісні орієнтації, стиль життя.

Для актуалізації питань про особливості розуміння алкогольної хвороби членам групи можна запропонувати малюнок на тему «Я і моя хвороба». Кожному хворому пропонується на чистому аркуші паперу олівцем висловити в будь-яких символах, будь-яким способом взаємозв'язок, співвідношення між уявленням про себе і хворобою так, як він це розуміє. Хворим повідомляють, що якість малюнка нас не цікавить. Деякі хворі приступають до виконання завдання відразу ж, інші - після незначного опору. При аналізі малюнків в них часто проявляється те, що хворі нерідко не в змозі висловити словами.

Малюнки коментують спільно всі члени групи. У тих випадках, коли хтось із хворих не бажає колективного обговорення, це роблять наодинці з ним. Варіанти інтерпретації малюнка можуть бути самими різними, але вони повинні сприяти досягненню основної мети - актуалізувати обговорювані проблеми і стимулювати дискусію.

Для стимулювання дискусії можна запропонувати хворим обговорити деякі малюнки з тесту реакцій на фрустрацію Розенцвейга або малюнки з методики ТАТ. Хворі, оцінюючи сюжетну ситуацію, по-різному її інтерпретують, тим самим розкривають не тільки причини конфлікту, а й шукають можливості більш сприятливого виходу з нього, визначають способи адекватного регулювання поведінки.

Далі можна запропонувати хворим згадати аналогічні випадки з їхнього життя, прокоментувати, як вони вели себе, з'ясувати, чи впливало на їх поведінку вживання алкоголю в подібних ситуаціях. Можна також звернутися до членів групи з питанням про те, як їх змінило вживання алкоголю, завадило реалізувати свої життєві плани.

Розігрування життєвих ситуацій - один з цікавих прикладів, коли хворі актуалізують для себе відомі сцени «дружина-хворий», «колега по роботі-хворий», «керівник-хворий» та ін. При цьому не тільки обговорюються питання можливих взаємин, а й способи адекватної взаємодії. Хворі навчаються правильним формам реагування з урахуванням тверезого способу життя.

Заключні заняття групової психотерапії присвячені способам подолання труднощів, особливостям тверезого способу життя, питань спілкування. Тут необхідно чітко диференціювати можливі установки хворих - «вживати помірно», «у свята». Пацієнти повинні прийти до розуміння, що будь-який прийом спиртного, навіть в незначних дозах, може призвести до відновлення хвороби і що подібна орієнтація свідчить про те, що анозогнозія хвороби не подолана. Також на заключному занятті повинні бути обговорені перспективи подальшого спілкування хворих між собою, їх зустрічі в групах підтримуючої сімейної психотерапії, в «клубах колишніх пацієнтів», «клубах тверезості», а також індивідуальні контакти з лікарем і психологом.

Наркозалежні та їх психологічна реабілітація.

Наркоманія - хворобливий стан, що характеризується явищами психічної і фізичної залежності, нагальною потребою в повторному багаторазовому вживанні психоактивних засобів, що приймає форму непереборного потягу. Сильну психічну залежність здатні викликати всі наркотики, але фізична залежність до одних буває виражена (препарати опію), до інших - залишається неясною, сумнівної (марихуана), щодо третіх взагалі відсутній (кокаїн).

Як будь-яке хронічне захворювання, наркоманія розвивається поволі. Не можна стати наркоманом сьогодні або завтра, не можна вказати час початку хвороби з точністю до тижня або місяця. Межі хвороби розмиті. Виняток - випадки інтенсивної, тривалої наркотизації, при обриві якої виявляється наркологічна симптоматика; щось подібне можна бачити на прикладі гострої хвороби з результатом в хронізації, а й тут недостатньо підстав говорити про «гострої наркоманії»

Етапи розвитку наркоманії

П'ятницька І. Н. виділяє етапи у становленні захворювання.

I етап - етап зловживання наркотиком. Сп'яніння чергуються з невизначеною тривалості станом тверезості. Клінічна симптоматика наркоманів відсутня, здоров'я залишається хорошим. Основні ланки етапу зловживання наркотиком: 1) ейфорія як суб'єктивне почуття задоволення, насолоди, сприятливого зсуву в фізичному або психічному самопочутті; 2) формування переваги певного наркотику; 3) регулярність прийому; 4) згасання початкового афекту наркотику.

II етап - Збільшується добова толерантність, можливість багаторазового протягом дня введення наркотичної речовини, коли виникають явища дісхроноза, який проявляється постійно високим життєвим тонусом, коротким безладним сном, невираженістю добових спадів активності.

III етап - перша стадія наркотичної залежності. Прийом наркотиків регулярний. Толерантність росте, захисні реакції слабшають, ймовірність токсичних реакцій знижується, змінюється форма споживання. З'являється психічний потяг до сп'яніння, здатність досягнення психічного комфорту в інтоксикації.

IV етап - друга стадія наркотичної залежності. Представлений трьома наркосиндромами: 1) синдромом зміненої реактивності (змінена форма

споживання, висока стійка толерантність, відсутність захисних і токсичних реакцій, змінена форма сп'яніння; 2) синдромом психічної залежності (обсесивний потяг до сп'яніння, здатність до психічного комфорту в інтоксикації); 3) синдромом фізичної залежності (фізичний потяг до сп'яніння).

V етап - третя стадія наркозалежності. Як і в другій стадії представлений трьома синдромами. При цьому організм наркомана виснажений, і наркотик виконує роль тонізуючого засобу.

Психологічна реабілітація хворих на наркоманію

Реабілітація хворих на наркоманію - відновлення стану пацієнта, що було до хвороби (при всьому розумінні, що не може бути так, як було раніше).

Цілями реабілітації є відновлення і соматоневрологічних, і психічних, і соціальних, наближене до колишнього рівня. При психічних розладах, наркоманії на відміну від інших медичних нозологічних форм особливе значення має відновлення соціального стану хворих, так як саме психічні розлади найбільш грубо, часто незворотно руйнують інтерперсональні, соціальні зв'язки, соціальний рівень.

Отже, реабілітація наркозалежних пацієнтів ставить перед собою наступні завдання:

- відновлення комунікативних навичок;
- навчання пацієнтів навичкам протистояння стресовим ситуаціям і вмінню сказати наркотикам "ні";
- навчання вмінню визначати провісники загострення потягу до психоактивних речовин і долати рецидиви захворювання;
- навчання аналізу й оцінки саморуйнуючої і конструктивної поведінки
- формування відповідальності за свою поведінку і здоровий спосіб життя;
- формування (або відновлення) навичок систематичної праці і навчання;
- стабілізації професійних відносин, відновлення позитивних соціальних контактів;
- нейтралізації наркотичної субособистості і її вплив на особистість в цілому, усвідомлення і розвиток здорових конструктивних частин особистості;
- формування і закріплення нормативної ціннісної орієнтації і позитивних морально-етичних установок;
- формування реальної життєвої перспективи;
- відновлення сімейних відносин;
- психотерапевтична робота з родичами хворих, спрямована на розширення їх знань про медико-соціальні наслідки наркоманії, навчання навичкам надання психологічної підтримки хворим та контролю їх стану з метою попередження рецидивів захворювання, подолання співзалежності;
- медико-соціальної профілактики зривів (одно- або дворазове вживання наркотиків на тлі ремісії) і рецидивів захворювання;
- формування мотивації на участь в реабілітаційних програмах і прагнення до життя без психоактивних речовин;
- формування цілеспрямованої діяльності і підвищення нормативних рівнів домагань і соціальних інтересів;

- відновлення емоційної адекватності, вміння диференціювати позитивні і негативні емоції з акцентом на пріоритет позитивних емоцій при вирішенні особистих і соціальних завдань;

- підвищення якості життя наркологічних хворих, які прагнуть пройти програму реабілітації та уникнути рецидивів захворювання.

Найбільш застосовна в лікуванні наркоманії раціональна психотерапія, як індивідуальна, так і колективна. Багатьма дослідниками підкреслюється перевага колективної психотерапії, оскільки вагома роль взаємоіндукції. Спеціаліст, який розробив власні ефективні методики, Ю. В. Валентік, рекомендує певне поєднання індивідуальної та колективної психотерапії в поле психотерапевтичного взаємодії.

Інші види психотерапії - аутотренінг і гіпноз - можуть застосовуватися для купірування приватної симптоматики: психосоматичн напруга, розлади сну, obsesivний потяг та ін. Гіпнабельность властива не всім пацієнтам, раціональна психотерапія також успішна не у всіх хворих. Особистість, домінуючі мотиви дії якої визначаються афектами, потягами (психопатія, низький інтелектуальний рівень), недоступна раціональній психотерапії. Така особистість не дає результатів і при емоційній терапії; тут ефективне лікування медикаментозне. У тих же випадках, коли характеристики особистості тому не перешкоджають, результати психотерапевтичного лікування задовільні.

У гострому стані з будь-яким пацієнтом не вдається встановити необхідні для співбесіди відносини. Психотерапевтичні цільові бесіди починаються після виходу хворого з гострого періоду, але психотерапевтичний контакт повинен встановлюватися з дня надходження, як ми це вже згадували вище.

Раціональна психотерапія в тій своїй частині, яка спрямована на усвідомлення пацієнтом його хвороби, спонукання і підвищення здатності до самоаналізу, зустрічає труднощі, невідомі психотерапевтам ще кілька десятиліть тому.

Перший етап психотерапії. Після гострого періоду абстиненції зазвичай сам хворий починає прагнути до тривалої бесіди. При цьому їм зазвичай повідомляється повний і відвертий наркологічний анамнез.

При зборі анамнезу виконується перша мета психотерапевтичної роботи: хворий повинен задуматися, чому так вийшло? чому він в психіатричній, наркологічній лікарні? де помилка? чим він відрізняється від інших? Ні зараз, ні на наступних етапах немає сенсу відповідати на ці питання, але потрібно намагатися спонукати до пояснення самого хворого. Пояснення, що даються лікарем, завжди справляють враження моралізування, а пояснення в перших же співбесідах - моралізування поспішного, що відштовхує будь-яких слухачів. Ми зазвичай не поспішаємо з з'ясуванням поставлених запитань. Якщо і надалі хворий виявиться нездатним до самооцінки, то пояснення він отримає в ході групової психотерапії від інших хворих на наркоманію, що в деяких випадках виявляється більш авторитетним, ніж оцінка лікаря.

Другий етап психотерапії. Оцінка хворим свого ситуаційного стану - друге завдання психотерапевтичної роботи - по суті вирішується в ході

групових занять. Тут судження хворого завжди більш щирі і безпосередні, ніж в бесідах, де вони часто визначаються передбачення того, що хотів би чути лікар або психолог.

Групову психотерапевтичну бесіду починаємо як лекцію на будь-яку наркотичну тему. По ходу лекції хворим дозволяється задавати питання. Але відповідь на те чи інше питання пропонується дати одному з присутніх пацієнтів. Вибір цього хворого визначається тим, що відомо психотерапевту з попередніх, індивідуальних бесід. Потім психотерапевт просить поділитися своїми міркуваннями іншого пацієнта: чим міг би заперечити? Третій учасник, як правило, викликається сам. Таким чином, групове психотерапевтичне заняття, розпочавшись як лекція, дуже швидко приймає форму дискусії, роль лікаря в якій тільки організує і направляє. Необов'язково, щоб в дискусії брали участь всі хворі на наркоманію. Не потрібно наполегливо пропонувати висловитися мовчазним - у багатьох випадках хворому досить слухати. Те, що представляє його особисте ускладнення, можна зробити предметом обговорення в такій формі, щоб інші пацієнти не могли здогадатися, кого це питання цікавить в більшій мірі. Хворі дуже люблять ці дискусії - розмова про себе і, як правило, обговорення затягуються надовго, поновлюються вечорами, вже під час відсутності психотерапевта.

Єдина небажана ситуація, що виникає в ході групової психотерапії: постійна активність виступів 2-3 осіб при пасивності інших. Це робить заняття формальними, перешкоджає встановленню контакту психотерапевта з хворими і, до речі, порушує відносини хворих з «активістами», викликає смішки. Існування ядра «активістів» - перешкода між психологом і іншими пацієнтами.

Ймовірно, ця відмінність структури психотерапевтичної групи наркоманів від груп інших контингентів хворих пояснюється специфічним (кримінальним) життєвим досвідом багатьох хворих на наркоманію. Форми групової психотерапії для останніх потребують подальшого вивчення і розробки з урахуванням складу хворих, тривалості лікування і т. Д.

Третій етап психотерапії. Із закінченням групових занять знову починаються індивідуальні бесіди. Однак їх зміст якого добре від бесід на першому етапі. Тепер обговорюються не тільки наркотичний досвід і формальні життєві події (етап «постановки питань»), а й особистісні риси, особливості поведінки пацієнта в різних ситуаціях - індивідуально значущі, що цікавить, уявлення про цінності. В ході групових занять хворий придбав орієнтування в свою хворобу і пов'язаних з нею ускладнення як біологічних, так і соціальних; знає він тепер і цілі, переслідувані психотерапевтом. Розуміння того, що психотерапевт з ним разом шукає найбільш прийнятну для нього (і його близьких) форму життєвого поведінки, - необхідна умова психотерапевтичної роботи. Одночасно предметом обговорення служить поточний психосоматичний стан хворого: пояснення механізму видимої патології.

Особливо велике значення приділяється афективною порушень і розладів сну. Дуже важливо (для міцності ремісій) навчити хворого дивитися на

дисфорию, депресію не «зсередини», а «з боку». Не тільки переживати, але і в більшій мірі спостерігати. Підкреслюється, що в порушеннях сну мають значення не тільки об'єктивно існуючі розлади, але і неправильне, панічне до них ставлення. Хворий навчається дивитися на порушення сну так само, як на розлади апетиту - менш трагічно.

Третій етап психотерапевтичної роботи - основоположний для встановлення особистого, індивідуалізованого, неформального контакту з пацієнтом: не як з наркоманом, а як з людиною, що страждають на наркоманію. Якщо цей контакт встановлений, то у хворого виникає потреба в підтримці його. І наступний етап психотерапевтичної роботи проводиться в більшості випадків з ініціативи самого пацієнта.

Четвертий етап психотерапії починається після виписки хворого, коли він повертається в сім'ю і на роботу. Предметом обговорення є поточні події життя, зміни самопочуття, вироблення індивідуального режиму, що може коригуватись в залежності від стану пацієнта. Найбільш складна проблема, яка не розв'язна психотерапевтично, але постійно мається на увазі в психотерапевтичних бесідах - психічна залежність від наркотика. Досвід показує, що психічна залежність повністю зникає, якщо хворий «насичений» позитивними емоціями. Сильні захоплення (жінкою, роботою, новонародженим), нові інтереси усувають потяг до наркотику швидше і повніше, ніж раціональна установка на утримання.

Якщо немає можливості підштовхнути хворого до якогось цікавого заняття, то використовується один відомий спосіб боротьби з емоційною установкою, що підходить для даного випадку (психічного потягу). Цей спосіб - створення протиафекту: страху, боязні за наслідки наркотизації. Мається на увазі афективний насичення, бо те, що наслідки наркоманії небезпечні, розумом хворий зрозумів давно. Однак цей спосіб не найкращий і застосовується в самих крайніх випадках.

Існує безліч варіантів психотерапевтичних методик. Кожен професійний психотерапевт з роками приходить до власного методу. Тут слід згадати біхевеористіческое лікування, поведінкову терапію. Її завдання - навчити хворого самостійно долати критичні ситуації, почуття невпевненості, страху в сфері афективної (досягнення задовільних відносин з близькими) і в сфері так званої інструментальної (придбання навичок життя в суспільстві). Ці завдання вирішуються шляхом вправ, зазвичай під час групових занять. Використовуються рольові ігри (в тому числі психодрама), соціальна перцепція і соціальне моделювання уявних ситуацій, самозміцнення в аутотренінгу.

Узагальнюючи, можна сказати, що психотерапія при наркоманії частіше раціональна, рідше спрямована на емоційну сферу. Зазвичай же звернення до почуттів хворого включається в курс раціональної психотерапії. За відсутності раціональної терапії - гіпнотерапія, аутотренінг, емоційно-стресова - ефективність низька. Прикладом включення емоційного впливу в курс раціональної психотерапії, крім психодрами, рольових ігор, може бути

арттерапія в різних формах (образотворче мистецтво, музика, танці). Арттерапія сприяє самовираженню, вирішенню напруги, задоволеності.

Ігрова залежність і способи боротьби з нею.

Ігрова залежність (лудоманія, гемблінг) - це патологічна схильність до азартних ігор, яка домінує в житті суб'єкта і веде до зниження соціальних, професійних, матеріальних і сімейних цінностей, і не приділяється належної уваги в цих сферах.

Ігроманія, як і будь-яка з інших видів залежності в своєму розвитку проходить через певні етапи, які умовно можна розділити на три.

На першому етапі формується основа ігрової залежності, яка починає проявлятися в посиленому бажанні грати. При цьому чітко вираженої залежності ще немає, як і усвідомлення цього, але частота ігор зростає, поступово збільшуються розміри ставок, та й ігрові сеанси стають все довше і довше.

На другому етапі ігрової залежності гравцеві набагато важче тільки зусиллям волі придушити в собі бажання грати. Виникає і перетворюється в справжню боротьбу мотив «грати - не грати». Сеанси гри ще більше продовжуються, збільшується і частота ігор. Характер гри набуває нестримний характер. Можливі виграші тут же кидаються в гру. Та й поведінка ігромана визначається все зростаючим азартом і ілюзіями - він вірить в свою щасливу зірку, везіння, починає вибудовувати свої методи гри, визначає для себе "фартові" числа і взагалі, обплутує весь процес гри містикою і забобонами.

На третьому етапі ігроманія настільки сильна, що у ігромана вже відсутня боротьба мотивів. Він готовий грати постійно, щодня і довгий проміжок часу. У перервах між грою марить про неї. Гроші на цьому етапі сприймаються гравцем, як атрибут для гри. Бажання грати стає непереборним, метою гри стає сама гра, і неважливі ні величезні борги, ні нова можливість програти.

Ігрова залежність - це, перш за все, серйозна психічна залежність. Її лікування вимагає глибокого аналізу особистості пацієнта і делікатного лікувального впливу. Ігроманія нагадує "вірусну" програму, яка проникає в свідомість людини, паралізує його волю, підпорядковує почуття, думки і бажання, керує поведінкою.

Лікування можна порівняти з установкою "антивірусної програми", яка починає повертати людині ясність свідомості, контроль над думками, почуттями, бажаннями і поведінкою. Абсолютна більшість патологічно азартних гравців сподівається тільки на себе і не прагне з будь-ким обговорювати свою проблему. Недовіру у них викликають і лікарі. Болісний пошук поодинокі виходу з цієї важкої ситуації, на жаль, не приводить до бажаного результату і лише затягує в більш глибоку психологічну, фінансову і соціальну кризу. Саме для цього потрібен фахівець, щоб разом з ним знайти ключ до вирішення цієї проблеми.

Успішність лікування ігрової залежності залежить як від ступеня мотивації пацієнта, так і від кваліфікації лікаря. Лікування ігрової залежності має бути

послідовним. На першому прийомі лікар вивчає психічний статус пацієнта і виявляє чинники, що сприяють розвитку залежності. Підбирається індивідуальна схема лікування. Надалі, за допомогою лікарських препаратів і психотерапевтичних методик лікар усуває провокуючі фактори і прибирає тягу до гри.

Використовується раціональна психотерапія. Можливе застосування гіпнозу. Лікарські препарати призначаються на короткий термін, для зняття гостроти стану. Таким чином, основою лікування ігрової залежності є психотерапія.

Розроблено ефективний спосіб лікування, який заснований не на навіювання, а на спеціально розробленій системі роз'яснень і доказів, пропонуючи пацієнтові подивитися на цю проблему нестандартним для нього поглядом. Саме ця система дозволяє, що називається, навести порядок в голові. Пацієнт отримує дуже важливу для себе інформацію, яка була йому недоступна. Цей спосіб допомагає очистити свідомість пацієнта від хибних уявлень і отримати відповіді на багато питань, змінити ставлення до азартної гри, позбутися гнітючого відчуття провини, реабілітуватися, перш за все, в своїх власних очах, а також знайти розумний вихід зі складної життєвої ситуації.

Уже після першого лікувального прийому у пацієнта принципово змінюється ставлення до азартної гри, поліпшується психологічний стан і виникає первинний ефект звільнення від патологічної залежності.

При успішному лікуванні ігрової залежності пацієнти, крім зниження тяги до гри, починають відзначати позитивні зміни характеру: зникає дратівливість, запальність, підвищується працездатність.