

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

**Факультет № 6
Кафедра соціології та психології**

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

**навчальної дисципліни «Психологічне консультування в
мультікультуральному суспільстві»
обов'язкових компонент освітньої програми
другого (магістерського) рівня вищої освіти**

053 Психологія (практична психологія)

за темою №4. Психологічне консультування залежних клієнтів

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

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

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол № 7 от 25.08.2023

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол 7 від 29.08.2023

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол № 8 від 15.08.2023

Розробники:

Доцент кафедри соціології та психології, канд. психол.наук, доцент Чепіга
Л.П.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри практичної психології Навчально-наукового інституту педагогіки, психології, менеджменту та освіти дорослих Української інженерно-педагогічної академії, канд. психол. наук, доцент Казарова А.М.
2. Професор кафедри соціології і психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор соціологічних наук, професор Нечітайло І. С.

Лекція 5. ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ КЛІЄНТІВ

План лекції

1. Моделі залежності: етіологічні, моральні, біологічні моделі, модель хвороби.
2. Психологічні моделі: когнітивно-поведінкова модель, моделі навчання, психодинамічні моделі, сімейні моделі.
3. Процесуальні залежності.

Рекомендована література

Основна література:

1. Вієвський А. Лікування наркозалежності в Україні та оцінка його ефективності. Звіт про дослідження. Київ, 2008. 78 с.
2. Завадська Л. Профілактика адиктивної поведінки. Соціальна педагогіка. 1999. № 1. С. 105–111.
3. Міняйло В. Ю.. Психологічне консультування: робота з кризовими і проблемними ситуаціями. - 2-е вид., Стер. - М.: Сенса. - 182 с., 2005
4. Handbook of multicultural counseling. (2001) Ed. by Ponterotto J.G., Casas J.M., Suzuki L.A., & Alexander C.M. (2nd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.
5. Handbook of multicultural competence for counseling and psychology. (2003) Ed. by Pope-Davis D.B., Coleman H.L.K., Liu W.M., & Toporek R.L. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
6. Sue, D.W., Ivey, A.I., Pederson, P.B. (1996) A Theory of Multicultural Counseling & Therapy, Pacific Grove:Brooks/Cole.

Допоміжна література:

7. Ivey A.E., D'Andrea M., Ivey M.B. and Morgan, L.S. (2002). Theories of counseling and psychotherapy: A multicultural perspective, 5th ed. Boston, MA.: Allyn & Bacon.
8. Principles of Multicultural Counseling and Therapy. (2008) Ed. by Uwe P. Gielen, Juris G. Draguns, Jefferson M. Fish. — Routledge. — 488 p.
9. Coleman, E. (ed.) (1988) Integrated Identity for Gay Men and Lesbians: Psycho-therapeutic Approaches for Emotional Well-Being. New York: Harrington Park Press.
10. Coleman, E. (ed.) (1988) Integrated Identity for Gay Men and Lesbians: Psycho-therapeutic Approaches for Emotional Well-Being. New York: Harrington Park Press.

Інформаційні ресурси в Інтернеті

1. Пошукова система Google Академія (Google Scholar) - <http://scholar.google.com>

Залежна поведінка проявляється в такий спосіб.

- Ви не контролюєте це, швидше це контролює вас. Ви відчуваєте, що не маєте іншого вибору, окрім як робити це, брати це, діяти так, як це вимагає. Та чи інша звичка настільки укорінюється у вашому житті, що стає непомітною для вас.

- Ви робите це все частіше і частіше, намагаючись отримати все сильніший ефект. Ви починаєте регулярно робити це, коли відчуваєте неприємні відчуття – нудьгу, самотність, фізичний біль тощо. Ви відчуваєте, що не можете впоратися з вашими життєвими проблемами самотійно.

- Ви можете провести значну частину життя, борючись із цим. Ви можете витратити дорогоцінну енергію душі, страждаючи від цього і безуспішно намагаючись позбутися цього. На це йде частина ваших грошей, вашого часу, вашої енергії на шкоду чомусь кориснішому, в результаті ви ще більше ненавидите себе за ці безглузді витрати.

- Ви втрачаєте самоповагу, душевні сили, виникає загроза руйнування всього вашого життєвого укладу (родина, кар'єра, друзі), фізичного та душевного здоров'я. Деяких це врешті-решт вбиває.

Адикції включають хімічну та емоційну залежність, у тому числі співзалежність.

Хімічна залежність, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), – це психічний, інколи ж соматичний стан, що є наслідком повторного вживання природної чи синтетичної психоактивної речовини. Психоактивна речовина (ПАР) - речовина, що надає наркотичний вплив на організм. До ПАР належать наркотики та офіційно не зараховані до наркотиків речовини: алкоголь, нікотин, кофеїн, ряд засобів лікарської та побутової хімії.

Наркотик (грец. *narkoticos* – одурманюючий) – речовина, яка внаслідок соціальної небезпеки офіційно визнана такою через її здатність при одноразовому вживанні викликати комфортний психічний стан, а при систематичному – психічну чи фізичну залежність.

Залежність від ПАР, які офіційно не віднесені до наркотиків, називається токсикоманією. Використовується також ненауковий термін звикання, який має на увазі психічну залежність хворого від препарату, який приймається з метою полегшити труднопереносні прояви хвороби.

Емоційна залежність виявляється в азартній поведінці, у якій, на відміну від звичайних нав'язливостей, спонукання до діяльності є чи стає вітальним, як сильний голод чи спрага, і опановує людиною повністю.

Еротоманам потрібні речовини, що ейфоризують та виділяються в головному мозку при сексуальному збудженні. Вони ж виділяються і під час «творчого запою» у трудоголіка. Співзалежним потрібні так звані токсичні емоції: тривога за залежного, жалість щодо нього, періодична поява сорому, провини, образи, ненависті. При задоволенні цих патологічних емоційних потреб у аддикта виникає відчуття задоволення та полегшення.

Азартна поведінка ділиться на імпульсивну - без боротьби мотивів, і компульсивну, де ця боротьба присутня.

Імпульсивна поведінка характерна для патологічних потягів. Це може бути крадіжка при kleptomанії, азартні ігри при патологічному гемблінгу, підпал при піроманії, переїдання при булімії.

Компульсивна поведінка спостерігається при надцінних захопленнях: при адикції до грошей, трудового лізму, при фанатизмі тощо.

Аддикта характеризує прагнення уникати реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану, розвитку та підтримки інтенсивних емоцій за допомогою прийому психоактивних речовин або надмірної фіксації на певних видах діяльності.

Виділяють 5 етапів розвитку адикції:

1. людина відкриває спосіб, з допомогою якого може порівняно легко змінювати свій психічний стан.
2. він звично використовує цей спосіб у важкі моменти.
3. адиктивна поведінка стає частиною її особистості і підлягає критиці.
4. адиктивна частина особистості починає повністю визначати життя аддикта.
5. руйнується психіка та біологічні процеси в організмі (Корольов, 2000).

Етіологічні моделі залежності

Так історично склалося, що залежність розуміли по-різному — як гріх, хворобу⁰, шкідливу звичку — кожен підхід відображає різні соціальні, культурні та наукові концепції.

Вживання психоактивних речовин та зловживання ними пов'язане з різними соціальними питаннями та проблемами (злочинність та насильство, насильство щодо жінок, жорстоке поводження з дітьми, проблеми з психічним здоров'ям, ризики під час вагітності, сексуальна поведінка високого ризику, смертельні травми тощо). Враховуючи вплив, який може надати вживання психоактивних речовин на суспільство в цілому, та ушерб, який воно часто завдає окремим людям та сім'ям, є розумним спробувати розібратися з етіологією або причинами залежностей, щоб зробити діагностичні та терапевтичні плани максимально ефективними. Існує безліч етіологічних моделей залежності і жодна з них не може надати всебічного розуміння цього феномену.

Моральні моделі

Моральні моделі ґрунтуються на переконаннях чи судженнях про те, що правильно, а що ні, що прийнятно чи неприйнятно. Прихильники таких моделей не визнають, що існує якась біологічна основа залежності; вони вважають, що люди, які інтенсивно вживають психоактивні речовини, мають моральні вади. Прихильники моральної моделі залежності стверджують, що людина, яка страждає на залежність, вживає наркотики або алкоголь, тому

що вона безвідповідальна, імпульсивна, схильна до небезпечної поведінки, а причина цього — слабохарактерність.

Моральні моделі пояснюють залежність як наслідок особистого вибору, і люди, які залучені до адиктивної поведінки, розглядаються як здатні зробити альтернативний вибір. Глибоко вкорінено переконання, що виникло в доіндустріальну епоху і досі широко поширене в деяких верствах суспільства, ніби наркомани повинні нести моральну відповідальність за свою поведінку, і правильною реакцією суспільства є покарання наркомана суспільною зневагою, ізоляцією, поразкою у правах або позбавленням волі.

Оскільки гріховну природу людини важко встановити шляхом емпіричних досліджень, ці моделі критикуються з позицій сучасної науки. Проте цікаво відзначити, що розуміння залежності як гріха або моральної слабкості продовжує впливати на багато державних стратегій, пов'язаних з алко- і наркозалежністю. Це може бути однією з причин, чому програми обміну використаних голків для ін'єкцій та одноразових шприців на нові так часто зустрічають опір.

Хоча дослідження етіології алкоголізму та інших залежностей дозволило подолати рамки моральних моделей, алкоголіки не застраховані від соціальної стигматизації, та інші залежності найчастіше розглядаються з позиції вільного вибору. Але в міру того, як ми віддаляємося від ідеї про те, що залежність є результатом моральної вади, ми наближаємося до забезпечення ефективного лікування та підтримки всіх, хто страждає від неї. Професійні консультанти розуміють, що панівна культура підтримує моральну модель як наслідок пояснення, що історично склалося. Це може позначитися на роботі консультанта: він хоч і знає (і розуміє), що залежність — це складна система, однак у нього складається упередження щодо клієнта, який страждає на залежність. Таке суперечливе ставлення консультанта до клієнта вимагає від консультанта терапевтичної роботи над собою.

Психологічні моделі

Різні традиційні та сучасні психотерапевтичні моделі дають свої пояснення природі залежності від речовин та процесів. Якщо як причини залежності розглядаються прихильність, моделі поведінки, когніції, процеси навчання або психологічні спонування, то лікування має бути спрямоване на ці механізми з метою їх зміни. Давайте розглянемо ряд психологічних моделей, що пояснюють етіологію процесуальної та субстанційної залежності, а саме когнітивно-поведінкову модель, модель навчання, психодинамічну та модель теорій особистості.

Когнітивно-поведінкова модель

Когнітивно-поведінкова модель припускає існування різних мотивів та підкріплень для вживання психоактивних речовин. Одне з пояснень передбачає, що люди вживають наркотики з метою відчувати різноманітні переживання; більше того, вони повторюють дії, що приносять насолоду (позитивне підкріплення). Вживання психоактивних речовин може викликати

різноманітні переживання, такі як самопізнання, релігійні осяяння, зміна настрою, втеча від нудьги або відчаю, а також підвищення креативності, продуктивності, чуттєвих переживань чи задоволення.

Бажання відчувати задоволення - ще одне пояснення, пов'язане з когнітивно-поведінковими моделями. Алкоголь та інші психоактивні речовини є хімічними замінниками природних підкріплень, таких як їжа та секс. Соціальні п'яниці та алкоголіки часто повідомляють, що п'ють, щоб розслабитися, хоча дослідження показують, що алкоголь змушує людей бути більш пригніченими, тривожними та нервовими. Залежність від алкоголю та інших психоактивних речовин підтримується рівнем сприйманого людиною підкріплення; алкоголь та інші психоактивні речовини сприймаються як сильніші підкріплення, ніж природні підкріплення, що створює основу виникнення залежності. Згодом мозок пристосовується до алкоголю чи іншої психоактивної речовини, і людина відчуває небажані симптоми скасування (наприклад, тривогу, занепокоєння, збудження, тремор, підвищений тиск, судоми). Щоб уникнути небажаних симптомів, людина знову приймає відповідну психоактивну речовину, внаслідок чого утворюється цикл уникнення неприємних реакцій (негативне підкріплення) та формується замкнене коло. У цікавому огляді літератури з етіології наркоманії було висловлено припущення, що в осіб із хімічною залежністю неадаптивна поведінка та високий рівень рецидивів можуть розглядатися як такі, що мають компульсивну природу. Очевидна втрата контролю над поведінкою, пов'язаною із вживанням психоактивних речовин, передбачає, що аддикти не можуть контролювати систему винагороди у своєму житті, і тому залежність можна розглядати як різновид нав'язливостей, дуже близьку до obsесивно-компульсивного розладу.

Моделі навчання

Батьки іноді створюють для своїх дітей підвищений ризик зловживання наркотиками, не лише через спадковість, а й тому, що забезпечують негативну рольову модель, особливо якщо самі вдаються до наркотиків, щоб упоратися зі складною ситуацією. У ході соціального навчання діти та підлітки засвоюють цінності та очікування батьків та придбавають дезадаптивних копінгових стратегій. Дійсно, дослідження показують, що ранній початок вживання також пов'язаний з тим, що дитина в ранньому віці зіткнулася з вживанням наркотиків.

Моделі навчання тісно пов'язані між собою і в якійсь мірі перетинаються з поясненнями, наданими когнітивно-поведінковими моделями. Теорія навчання передбачає, що вживання психоактивних речовин призводить до послаблення неприємних психічних станів, таких як занепокоєння, стрес чи напруга, забезпечуючи в такий спосіб для суб'єкта позитивне підкріплення. Ця вивчена реакція триває доти, доки не розвинеться фізична залежність, і, подібно до когнітивно-поведінкового пояснення, аверсивний характер симптомів абстиненції стає причиною та мотивацією для подальшого вживання відповідної психоактивної речовини.

Моделі навчання надають корисні рекомендації для терапевтичного планування, оскільки, як зазначив Альберт Бандура, якщо людина чомусь навчилася, її можна перевчити; чим раніше буде здійснено інтервенцію, тим краще, оскільки тоді виявиться менше видів поведінки, які потрібно буде переучувати.

Психодинамічні моделі

Психодинамічні моделі пов'язують залежність з егодефіцитами, неадекватним вихованням дітей, порушенням прихильностей, ворожістю.

Основна проблема з психодинамічними проблемами полягає в тому, що труднощі, пов'язані з розвитком у ранньому дитинстві, не є специфічними для залежності від алкоголю або іншої психоактивної речовини, про них повідомляють також дорослі, які не страждають від залежності, хоча мають багато інших психологічних проблем. Тим не менш, сучасні уявлення щодо застосування психодинамічних моделей для пояснення етіології залежності зводяться до наступного.

1. Зловживання психоактивними речовинами може розглядатися як симптоматика більш базової психопатології.

2. Як основна проблема або труднощі може розглядатися складність з індивідуальним регулюванням афекту.

Порушені об'єктні відносини можуть мати вирішальне значення для зловживання психоактивними речовинами.

Едвард Дж. Ханзян

Головна причина всіх адиктивних розладів – це страждання, а зовсім не успішна робота наркоділерів, доступність наркотиків, тиск соціального оточення чи пошук задоволень та прагнення саморуйнування. Страждання, які аддикти намагаються полегшити чи продовжити за допомогою наркотиків, відображають базові труднощі у сфері саморегуляції, що включає чотири основні аспекти психологічного життя: почуття, самооцінку, людські взаємини та турботу про себе.

Поки не було сформовано сучасне розуміння природи хімічної залежності, наші міркування про адиктивні особистості і реакція на них визначалися ранніми теоріями потягу, які ставили в основу прагнення до задоволення або деструктивні мотиви адиктивної поведінки.

Подвійна теорія інстинктів Фрейда вказувала на те, що агресивні потяги та потяги лібідо створюють первинну мотивацію як при адиктивній поведінці, так і в психологічному житті в цілому. Наше загальне неповажне, якщо не зневажливе ставлення до алкоголіків і наркоманів частково розвинулося з цієї ранньої психоаналітичної теорії, яка передбачає, що адиктивними особами рухають задоволення або деструктивні тенденції. І, як правило, наша думка про цих людей змінюється тільки в гірший бік, оскільки ми судимо про них, ґрунтуючись на їх поведінці та егоцентризмі, які безпосередньо пов'язані з сильною інтоксикацією чи психологічною регресією, характерними для хронічних адиктивних захворювань.

Сучасні психодинамічні підходи до проблеми хімічної залежності на основі структурних, я-об'єктних теорій та теорій розвитку, дозволили краще зрозуміти фактори, що перешкоджають та сприяють виникненню залежності.

Людина не схильна до хімічної залежності, якщо вона перебуває у згоді із самою собою і своїми почуттями і здатна адекватно висловлювати ці почуття, якщо вона підтримує здорові стосунки з іншими людьми і може подбати про себе.

Не дивно, що травмуюча, образлива чи зневажлива поведінка батьків руйнує всі ці чотири аспекти психологічного життя. Травми та психічні ушкодження, які переживають протягом свого розвитку адиктивні індивіди, поєднуються з факторами біологічної чи генетичної чутливості, певними культурними нормами чи гнітючими соціальними умовами, що посилює психологічну вразливість. Іншими словами, збільшується ймовірність того, що люди, що пережили психічні травми, будуть експериментувати з хімічними речовинами, що викликають залежність, прагнучи використовувати їх короточасні адаптивні ефекти та ефекти полегшення.

Адикція - це спроба вирішення життєвих проблем індивідами, що володіють різними рівнями вразливості та здатності до швидкого відновлення сил.

Самоповага, задоволення потреб, взаємовідносини з людьми

Адиктивні індивідууми страждають від того, що не відчують себе "хорошими" і тому не здатні задовольнити свої потреби або встановити відносини з іншими людьми, які б задовольнили їх.

Основною перешкодою для стабільної самооцінки є їх надзвичайна непослідовність у ході задоволення своєї залежності. Вони вагаються між самопожертвою та егоцентризмом; вимагаючи та очікувана позиція швидко змінюється зневажливим відкиданням допомоги та відмовою визнати свою потребу.

Під холодністю та відчуженням часто ховаються більш глибокі сором та почуття власної неадекватності. Не дивно, що можуть здатність різних хімічних речовин змінювати почуття притягує їх. Ці речовини є потужним засобом проти внутрішнього почуття порожнечі, дисгармонії та душевного болю.

Для деяких людей такими рятівниками стають ліки, що дарують енергію, на кшталт кокаїну або амфетаміну, які протистоять стану інертності і скутості, викликаному хронічно заниженою самооцінкою. В іншому випадку ті ж препарати можуть стати джерелом сили для тих, хто досягає компенсації за допомогою більш експансивного захисту гіпоманіакального характеру.

Ті, у кого внутрішня дисгармонія викликає збудження чи гнів, радо скористаються заспокійливою дією опіатів. А алкоголь чи інші седативні речовини з пом'якшуючим ефектом будуть воістину магічним зіллям для людей, які не визнаються ні собі, ні іншим у потребі у комфорті та контакті.

Кохут зауважував: "Наркотик служить не заміником улюблених і люблячих об'єктів або відносин з ними, а заміщенням дефекту в психологічній структурі".

Аддикти страждають не тільки внаслідок переживання внутрішньої дисгармонії, дискомфорту та фрагментації або через нездатність думати добре про себе, а отже, і про інших. Набагато більші страждання їм доставляють власні захисти, за допомогою яких ці люди намагаються приховати свою вразливість. Адиктивна особистість захищає пошкоджене та вразливе Я за допомогою саморуйнівних захистів: відмови від реальності, утвердження власної самодостатності, агресії та бравати. За це доводиться платити почуттям ізоляції, збідненням емоційної сфери та нестійкістю взаємин із людьми.

Афекти

Пацієнти з хімічною залежністю часто скаржаться на схильність до крайніх проявів емоцій. В одній крайності їх переповнюють нестерпні почуття, і наркотики використовуються для полегшення страждань. В іншій крайності здається, що почуття відсутні зовсім або відчуються настільки невиразно, що їх неможливо диференціювати; у цьому випадку наркотики використовуються для того, щоб урізноманітнити свої переживання. Незалежно від того, що підштовхнуло людину до використання хімічних речовин, адиктивна поведінка передбачає наявність у неї постійних труднощів у регулюванні почуттів; наркотики є відчайдушною спробою контролювати афекти, які інакше здаються невідчужливими.

Аддикти неспроможні диференціювати свої почуття (наприклад, неспроможні відрізнити тривогу від депресії), схильні до соматизації афекту і неспроможні висловлювати свої почуття словами.

На відміну від проблем розвитку, які ускладнюють адиктивним хворим доступ до власних почуттів та їх прояв, порушення емоційного розвитку так само часто змушують їх страждати від прямо протилежної проблеми, коли афекти переживаються як пригнічуючі та нестерпні.

Ці припущення добре узгоджуються з обмеженою здатністю адиктивних хворих переносити хворобливі афекти; вони також підтверджують, що знеболювальна дія наркотиків допомагає аддиктам компенсувати дефіцитарність захисту від сильних емоційних переживань.

Що стосується позбавлення від страждань, то Едвард Дж. Ханзян повідомляв про клінічні дані за останні два десятиліття, які показують, що наркомани використовують три класи наркотиків для диференційованого "самолікування", прагнучи позбавитися болю, викликаного афектами, що виникає як наслідок цілого ряду дефектів та дефіцитарності у захистах та особистісній організації.

Зокрема люди з наркотичною залежністю є особистостями з ненадійними захистами; вони змушені використовувати властивості опіатів, що знижують лють та агресію, щоб протистояти руйнівним впливам загрозливих потягів та афектів.

Люди, залежні від алкоголю чи седативно-снодійних препаратів, виявляють контрзалежність. Вони виявляють для себе, що вибрані наркотики пом'якшують гіпертрофовані ригідні захисти і таким чином тимчасово звільняють їх від стану внутрішньої ізоляції, порожнечі та холодності.

Ті, хто зловживає стимуляторами, мають слабкі (або роздуті) структури Его-ідеалу і, крім того, є депресивними та нарцисичними особами; вони використовують кокаїн або амфетамін для лікування станів енергетичної виснаженості або гіперактивності.

Аддикти постійно створюють в оточуючих враження своєї деструктивності. Загальновідомі смертельні наслідки впливу наркотиків для наркоманів, широко описана небезпека наркотичного способу життя та відповідного оточення. Але це не може перешкоджати непереборному потягу наркомана до об'єкта своєї залежності. Турбота про себе є психологічна здатність, пов'язана з певними функціями та реакціями Его. Ця здатність, що оберігає від заподіяння шкоди і гарантує виживання, включає перевірку реальності, розважливість, самоконтроль, вміння сприймати сигнали тривоги і бачити причинно-наслідкові зв'язки. Здатність піклуватися про себе розвивається з ролі батьків як тих, хто живить, допомагає і оберігає малюка в ранньому дитинстві, а також з пізніших взаємодій "дитина-батьки". Якщо умови розвитку оптимальні, дитина інтерналізує адекватні захисні функції та реакції, що дозволяють піклуватися про себе. Здатність дбати про себе у явній формі виражена у дорослих у вигляді розумного планування та здійснення діяльності, передчуття ймовірної шкоди, небезпеки чи загрозової ситуації. Вона супроводжується вираженими певною мірою попереджувальними афектами - почуттями страху, занепокоєння чи сорому. Такі реакції та передчуття абсолютно відсутні або не розвинені у аддиктів. Вони періодично виявляються не в змозі зрозуміти, що їх поведінка та реакції не враховують ситуацію та умови, і тому наражають на небезпеку своє благополуччя.

Моделі теорій особистості

Теорії особистості припускають, що певні риси особистості роблять людину схильною до вживання психоактивних речовин. "Алкогольний особистості" часто властиві такі риси, як залежність, незрілість, імпульсивність, висока емоційність, непереносимість фрустрації, нездатність виражати гнів, невизначеність гендерної ролі.

Незважаючи на те, що було розроблено багато тестів для виявлення особистісних особливостей наркозалежної особистості, жоден з них не здатний надійно відрізнити риси аддикту від рис "здорової" особистості.

Консультанти з залежності сходяться на думці про те, що риси особистості не мають великого значення для пояснення залежності, оскільки наркозалежними можуть ставати люди з дуже різними особистісними рисами

Сімейні моделі

На зорі консультування залежностей консультанти зазвичай працювали тільки з власне залежними. Членів сім'ї було виключено. Однак незабаром

з'ясувалося, що члени сім'ї впливають як на мотивацію аддикту залишатися тверезим, так і на те, щоб він утримувався від серйозних змін.

Існує щонайменше три групи моделей сімейного підходу до розуміння зловживання психоактивними речовинами.

Поведінкові моделі

У центрі уваги поведінкових моделей знаходиться сімейний контекст - член (або члени) сім'ї аддикта, які підкріплюють його поведінку. Наприклад, чоловік(дружина) або інша значуща людина може виправдовувати члена сім'ї, що зловживає, або навіть віддавати перевагу його поведінці, коли він перебуває під впливом алкоголю або іншого наркотику. Деякі члени сім'ї можуть просто не знати, як ставитися до такого члена сім'ї, коли він не "під впливом".

Сімейні системи

Було проведено багато досліджень, які демонструють роль сім'ї в етіології зловживання психоактивними речовинами. Модель сімейних систем зосереджена на взаємозв'язку сімейних ролей. Наприклад, деякі члени сім'ї можуть відчувати загрозу, якщо аддикт виявляє ознаки бажання одужати, оскільки в такому випадку відпадає необхідність у ролі опікуна. Можливість зміни ролей викликає тривогу, і члени сім'ї починають чинити опір усім спробам "ідентифікованого пацієнта" змінити стосунки та звичні моделі взаємодії у сімейній системі.

Сімейне захворювання

Ця модель заснована на ідеї, що в самої сім'ї є розлад або захворювання, і всі повинні пройти консультування або психотерапію для покращення ситуації у члена сім'ї, який страждає від залежності. Прихильники цієї моделі вважають, що для припинення залежності одного лікування мало. Оскільки сім'я це єдине ціле, то хвороба одного її члена означає захворювання всієї сім'ї; тому всі повинні пройти консультування або терапію для поліпшення ситуації, навіть якщо в сім'ї лише одна виявлена людина із залежністю. Це дуже відрізняється від підходів до сімейного консультування, коли консультант працює лише з тими членами сім'ї, які мають проблеми. Критики такого підходу вважають, що він покладає надмірну провину на всіх членів сім'ї за проблеми тих, хто страждає на залежність, і це може дати поганий результат, якщо консультанти неналежним чином застосовують цей підхід.

Модель хвороби

Концепція хвороби заснована на медичній моделі та розглядає залежність як спадкове захворювання, яке на хімічному рівні змінює організм таким чином, що людина стає перманентно хворою на генетичному рівні.

Родоначальником цієї спочатку популярної, хоч і суперечливої моделі залежності, що з'явилася наприкінці 1930-х - початку 1940-х років, вважається Є. М. Джеллінек. У контексті цієї моделі залежність розглядається як первинне захворювання, а не як вторинне по відношенню до іншого стану (зверніться до обговорення психологічних моделей,

представленого раніше). Модель хвороби Джеллінека спочатку застосовувалася до алкогольної залежності, але поширена й на інші залежності. У своїй роботі Джелінек описав прогресуючі стадії перебігу алкоголізму як хвороби та симптоми, пов'язані з кожною з них. Ці стадії (продромальна; середня, або критична; хронічна) вважалися прогресуючими та незворотними. Відповідно до цієї концепції незворотності вважається, що адиктивний розлад є хронічним та невиліковним. Якщо у людини виникло це захворювання, воно саме по собі не зникне, і не існує методу лікування, який би дозволив пацієнтові знову прийняти ту чи іншу психоактивну речовину без високої ймовірності повернення до проблематичного вживання. Одним із наслідків такого підходу є те, що метою аддикту має бути абстиненція (як добровільна відмова). Такої позиції дотримується Організація анонімних алкоголіків.

Цікаво, що хоча застосування Джеллінеком моделі хвороби до залежності одержало широке визнання, дослідження, на підставі яких він зробив свої висновки, були поставлені під сумнів. Дані Джеллінека були отримані за допомогою анкетування. Зі 158 заповнених анкет 60 були відкинуті; не використовувалися анкети, заповнені жінками. Походження досліджень, на основі яких модель хвороби була застосована до залежності, виявилось суперечливим. З одного боку, ставлення до залежності як до хвороби усуває моральну стигматизацію, замінюючи її вимогою лікування, що дає можливість страхового покриття витрат на лікування та спонукає людину самому звертатися за допомогою — так само, як звертаються до лікарів при діабеті, гіпертонії чи підвищеному холестерині. З іншого боку, розвиток залежності не завжди відповідає формальним стадіям, а сприйняття залежності як хвороби є виправданням для безсилля залежного, знімає з нього відповідальність за його поведінку, підвищує ймовірність рецидивів та ризик розвитку кримінальної поведінки з метою підтримати “звичку”.

Модель соціальної хвороби

Згідно з моделлю соціальної хвороби, залежність є результатом впливу соціального середовища. Подумайте, як державна освіта, закони, соціальні табу або навіть соціальні норми та ролі можуть перешкоджати виникненню залежностей або, навпаки, сприяти їхньому виникненню. Модель соціальної хвороби спочатку не була звернена на психо-поведінкові розлади, а скоріше була звернена на пропаганду здорової поведінки. Згодом модель змінилася, перетворившись на широкомасштабні протиепідемічні заходи.

Біологічні моделі

Біофізіологічні та генетичні теорії припускають, що аддикти конституційно схильні до розвитку наркозалежності. Ці теорії дотримуються медичної моделі залежності, оперують відповідною термінологією та часто покладають відповідальність за лікування на компетентність лікарів, медсестер та іншого медичного персоналу. Біологічні моделі розгалужуються на генетичні та нейробіологічні обговорення.

Генетичні моделі

Хоча генетичні фактори ніколи не були встановлені як основна причина алкозалежності, статистичні зв'язки між ними та зловживанням алкоголем дуже значущі. Наприклад, було встановлено, що прийомні діти більше схожі на своїх біологічних батьків, ніж на прийомних, коли доходить до вживання алкоголю; алкоголізм зустрічається в одних сім'ях частіше, ніж у інших; паралельний алкоголізм вищий у парах моно-зиготних близнюків, ніж у парах дизиготних; діти алкоголіків мають у сім разів більш високу ймовірність стати аддиктами, ніж діти здорових батьків. Внаслідок таких даних деякі генетики стверджують, що спадковий метаболічний дефект може взаємодіяти з елементами навколишнього середовища та з часом призвести до алкозалежності. Одні дослідження вказують на порушення вироблення ферментів в організмі; інші - на успадкування генетичних ознак, які призводять до нестачі вітамінів (ймовірно, комплексу вітамінів В), що призводить до потягу до алкоголю; треті - на супутні клітинні та метаболічні зміни.

Було проведено безліч додаткових досліджень, в яких робилися спроби встановити генетичний маркер потенційної залежності від алкоголю або інших психоактивних речовин, але потім в тій чи іншій мірі ці результати були піддані сумніву. Генетичні дослідження залежностей мають потенціал, але дуже складні, враховуючи той факт, що людина має гени, розташовані на 23 парах хромосом.

Нейробіологічні моделі

Нейробіологічні моделі складні і мають справу з нейротрансмітерами мозку, які є своєрідними хімічними месенджерами. Наскільки відомо, майже всі психоактивні речовини, що викликають звикання, впливають на певні трансмітери. Область мозку, відповідальна за залежність, — це лімбічна система, яка є емоційною частиною мозку. Лімбічна система знаходиться на внутрішній стороні великих півкуль, і трансмітер дофамін є ключовим у її діяльності та розвитку залежності. Коли людина починає вживати наркотики, змінюється хімія мозку у лімбічній системі, що призводить до формування залежності. В даний час вважається, що ці зміни можна звернути назад шляхом введення відповідних препаратів у поєднанні з консультуванням та психотерапією.

Залежності можна класифікувати у широкому сенсі як процесуальні і хімічні (субстанціональні). Хімічна залежність визначається як залежність від вживання речовин, що впливають на настрій, таких як алкоголь або інші наркотики, тоді як процесуальна залежність включає моделі поведінки (наприклад, лудоманію або сексуальні залежності) або процеси, які викликають ейфорію без вживання речей, що змінюють настрій.

Усі аддиктологи погоджуються з тим, що залежність - це біопсихосоціальне захворювання, але дискутують щодо питомої ролі в ньому субстанціональної та процесуальної залежності.

Термін процесуальна залежність — залежність від поведінки, процесу чи дії — як і раніше, залишається спірним. Лише у 1970-1980-х роках

розпочалися формальні дискусії про те, чи правомочно поведінку діагностувати як адиктивний розлад.

Якщо попередні дослідження були зосереджені на наявності фізичної залежності від речовини або поведінки, що маніфестуються зростанням толерантності та появою синдрому відміни, то останні дослідження стверджують, що фізична залежність більше не є необхідною для діагностики субстанційної чи поведінкової залежності; ні зростання толерантності, ні синдром відміни не потрібні або не достатні для встановлення діагнозу процесуальної залежності.

Крім того, новітні дослідження з використанням методів нейровізуалізації надають переконливі докази того, що системи винагороди та гальмування в мозку процесуальних адиктів аналогічні таким у мозку субстанційних адиктів. Однак дослідники та експерти продовжують обговорювати, чи можна діагностувати поведінку, використовуючи ті ж критерії, що і при розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Ряд фахівців із залежностей, включаючи Міжнародну асоціацію консультантів із залежностей та Комітет консультантів з правопорушень при процесуальних залежностях, виступають за те, щоб нова версія Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів DSM-5 включала діагностичні категорії адиктивних розладів, що містять підтипи для шопоголізму, трудоголізму, залежності від фізичних вправ, Інтернету та харчування.

Приступаючи до розгляду процесуальної залежності, важливо наголосити на наступному:

- 1) вирішальне значення має розуміння адиктивної складової компульсивних та обсесивних патернів та пов'язаних з ними негативних наслідків;

- 2) оцінка втрати здатності утримуватися від процесів, що призводять до шкоди, або поведінки часто розглядається як одна з відмінних рис залежності, включаючи толерантність і синдром скасування, якщо такі є.

Крім того, для консультанта важливо відрізнити процесуальну залежність від інших типів поведінки, які можуть призвести до негативних наслідків, наприклад, проявів небажаної соціальної поведінки.

Людина, яка бореться з залежністю, чи то процесуальною, чи субстанціональною, залучена до поведінки обсесивного та компульсивного характеру, що призводить до погіршення у значимих аспектах життя (кар'єра, відносини, здоров'я).

Трапляється, що людина порушує соціальні норми, наприклад, обговорює в соціальних мережах сексуальні практики або вживання певної їжі, і відчуває через це незручність і жаль — проте це не є залежністю. Якщо ж індивід відчуває ейфорію, компульсивно і обсесивно обговорюючи сексуальні практики, і його не зупиняють навіть несприятливі наслідки, пов'язані з цією поведінкою (наприклад, невдоволення чоловіка/дружини або

дисциплінарні заходи, вжиті роботодавцем), то консультанту рекомендується розглядати це як аддиктивні патерни.

Помітні порушення функціонування, які супроводжують подібну поведінку, що триває незважаючи на її серйозні несприятливі наслідки, є невід'ємною складовою залежності, тим самим диференціюючи її від простих соціальних звичок або порушень табу. Залежність - це комплексний діагноз, який призводить до клінічно значимих порушень. Процесуальні залежності потребують подальшого обговорення.

Ігрова залежність (лудоманія)

Відповідно до даних останніх досліджень, які демонструють подібність між активацією системи винагороди при розладах, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами, і при поведінці, пов'язаній з азартними іграми, в DSM-5 були внесені істотні зміни, і тепер лудоманія знаходиться в підкатегорії несубстанційних розладів категорії розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин та адиктивними станами, - це перша із процесуальних залежностей, позначених таким чином. Діагноз лудоманії як розладу потребує відповідності чотирьом або більше з дев'яти критеріїв азартних дій, які є постійними та проблематичними протягом 12-місячного періоду.

В американській класифікації психічних розладів (DSM-IV, 1994) діагноз патологічної ігрової залежності ставиться за наявності п'яти і більше пунктів розділу А і пункту розділу Б.

Розділ А.

- Поглинений грою, наприклад, постійно повертається в думках до минулого досвіду ігор, навмисно відмовляється від гри або, навпаки, передчуває і готується до реалізації чергової можливості зіграти, або обмірковує спосіб дістати кошти для цього.
- Продовжує гру під час зростання ставок, щоб досягти бажаної гостроти відчуттів.
- Робив неодноразові, але безуспішні спроби контролювати свою пристрасть до гри, грати менше або зовсім припинити.
- Виявляє занепокоєння і дратівливість під час спроби грати менше або зовсім відмовитися від гри.
- Грає, щоб уникнути проблем або зняти дисфорію (зокрема, почуття безпорадності, провини, тривогу, депресію).
- Повертається до гри наступного дня після програшу, щоб відігратися (думка про програш не дає спокою).
- Бреже сім'ї, лікарю та іншим людям, щоб приховати ступінь залучення до гри.
- Здійснював кримінальні злочини — такі як фальсифікація, шахрайство, крадіжка, присвоєння чужого майна з метою забезпечення коштів для участі в грі.

- Ставить під загрозу і навіть готовий повністю розірвати стосунки з близькими людьми, кинути роботу чи навчання, відмовитися від перспективи кар'єрного зростання.

- У разі відсутності грошей через гру перекладає вирішення проблем на інших людей.

Розділ Б.

- Ігрова поведінка не пов'язана з маніакальним епізодом.

Гравці не приймають ті чи інші психоактивні речовини, щоб відчутти "кайф", і все ж таки дослідники виявили, що лудоманія пов'язана з нейроадаптацією, зростанням толерантності та симптомами скасування. Азартні ігри включають аспект ризику і дають можливість отримати щось більше, ніж виграш, наприклад ейфорію (як відзначають азартні гравці на стадії відновлення).

Ознаки лудоманії можуть включати прихованість та надмірний час, який приділяється телефонним дзвінкам та Інтернету, неврахований час поза роботою чи вдома, незрозумілу стурбованість, зростання боргів та стурбованість фінансовими питаннями, високі витрати та збільшення вживання алкоголю та/або наркотиків. Інші розлади, такі як вживання психоактивних речей, депресія, тривожність та розлади особистості, часто коморбідні по відношенню до ігрових розладів, що має бути взято до уваги під час лікування.

Існують фактори того, що потенційно людина може стати схильною до ігрової залежності (Короленко Ц. П., Дмитрієва Н. В., 2000):

- неправильне виховання у сім'ї,
- участь в іграх батьків, знайомих,
- прагнення до гри з дитинства (доміно, карти, монополія тощо),
- вещизм,
- переоцінка значення матеріальних цінностей,
- фіксована увага на фінансових можливостях,
- заздрість до багатших родичів та знайомих,
- переконання, що всі проблеми можна вирішити за допомогою грошей.

В. В. Зайцев та А. Ф. Шайдуліна (2003) описали розвиток фаз та поведінку пацієнтів, що становлять так званий ігровий цикл, розуміння якого важливе для формування психотерапевтичних завдань при роботі з проблемними гравцями.

- Фаза помірності характеризується утриманням від гри через відсутність грошей, тиск мікросоціального оточення, пригніченість, спричинену черговою невдачею гри.

- Фаза «автоматичних фантазій», коли частішають спонтанні фантазії про гру. Ігroman програє у своїй уяві стан азарту та передчуття виграшу, витісняє епізоди програшів. Фантазії з'являються спонтанно чи під впливом непрямих стимулів.

- Фаза наростання емоційної напруги. Залежно від індивідуальних особливостей виникає тужливо-пригнічений настрій, або відзначаються дратівливість, тривога. Іноді цей настрій супроводжується посиленням фантазій про гру. У ряді випадків він сприймається пацієнтом як беззмістовний і навіть спрямований вбік від гри та заміщується підвищенням сексуального потягу, інтелектуальними навантаженнями.

- Фаза прийняття рішення грати. Рішення приходить двома шляхами. Перший з них полягає в тому, що пацієнт під впливом фантазій в «телеграфному стилі» планує спосіб реалізації свого бажання. Це «дуже ймовірний для виграшу», на думку Ігromана, варіант ігрової поведінки. Характерний для переходу першої стадії захворювання на другу. Інший варіант - рішення грати приходить одразу після ігрового епізоду. У його основі лежить ірраціональне переконання у необхідності відігратися. Цей механізм характерний для другої та третьої стадій захворювання.

- Фаза витіснення прийнятого рішення. Інтенсивність усвідомлюваного хворим бажання грати зменшується, і виникає «ілюзія контролю» над своєю поведінкою. В цей час може покращитися економічний та соціальний статус гравця. Поєднання цих умов призводить до того, що пацієнт без усвідомлюваного ризику йде назустріч обставинам, які провокують ігровий зрив (велика сума грошей на руках, прийом алкоголю, спроба зіграти для відпочинку тощо).

- Фаза реалізації прийнятого рішення. Для неї характерно виражене емоційне збудження та інтенсивні фантазії про майбутню гру. Часто ігromани описують цей стан як "транс", "стаєш як зомбі". Незважаючи на те, що у свідомості пацієнта ще виникають конструктивні заперечення, вони відразу відкидаються ірраціональним мисленням. У гравця домінують хибні уявлення про можливість контролювати себе. Гра не припиняється, доки не програються всі гроші. Потім починається фаза помірності та запускається новий цикл.

Таким чином, ми розглянули специфіку хімічної та процесуальної залежності, вивчили пояснювальні моделі адиктивної поведінки та відмітили поведінкові складові ігрового циклу.