

УДК 159.923:616.89-008.441.3

Л. Литвинчук, канд. психол. наук, с.н.с.
Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, Київ

СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ В НАРКОЛОГІЇ

Представленість реабілітаційних підходів у сучасній наркології надзвичайно широка. В цей час у світі налічується близько п'яти тисяч реабілітаційних програм. Ця стаття покликана розкрити сучасні реабілітаційні підходи в наркології. Існують професійні, напівпрофесійні, релігійні, традиційні, непрофесійні, терапевтичні співтовариства. В усіх країнах їх діяльність закріплена в загальнодержавних та створених на їх основі регіональних статутах та кодексах. До відповідних установ можуть відноситись спеціальні школи, психіатричні лікарні, тюремні заклади, гуртожитки, громади, амбулаторії та ін. За думкою багатьох фахівців в області реабілітації, терапевтичні співтовариства є найбільш ефективною організаційною структурою, що надає медичну, психологічну та соціальну допомогу наркологічним хворим.

Ключові слова: наркологія, реабілітаційний підхід, реабілітаційна програма, терапевтичне співтовариство, наркологічний хворий, мінесотська модель, стаціонар, амбулаторія.

Постановка проблеми. Представленість реабілітаційних підходів у сучасній наркології надзвичайно широка. В цей час у світі налічується близько п'яти тисяч реабілітаційних програм. Слід наголосити, що критерії відбору наркозалежних осіб для включення в ту чи іншу реабілітаційну програму практично не розроблені та до теперішнього часу не існує одного, найефективнішого терапевтичного інструментарію та загальноприйнятого, найефективнішого терапевтичного заходу реабілітації наркозалежних осіб. Ця стаття покликана розкрити сучасні реабілітаційні підходи в наркології. В статті розкриваються професійні, напівпрофесійні, релігійні, традиційні, непрофесійні, терапевтичні співтовариства. Зазначається, що на сьогодні до найбільш відомих і авторитетних відносяться Day-top, Sinanon, Narconon, Monar, Almero, Phoenix Haus та ін. Успішно функціонують Всесвітня федерація терапевтичних співтовариств та Міжнародна асоціація співтовариств. В усіх країнах їх діяльність закріплена в загальнодержавних та створених на їх основі регіональних статутах та кодексах. До відповідних установ можуть відноситись спеціальні школи, психіатричні лікарні, тюремні заклади, гуртожитки, громади, амбулаторії та ін. Актуальним у проведенні реабілітації є концепція мотивації досягнення, де основою прагнення до праці є потреба в досягненні, потреба в ідентичності та безпеці «Я». За думкою багатьох фахівців в області реабілітації, терапевтичні співтовариства є найбільш ефективною організаційною структурою, що надає медичну, психологічну та соціальну допомогу наркологічним хворим.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Представленість реабілітаційних підходів у сучасній наркології надзвичайно широка. Так, за даними агентства SamSha, що відповідає за психіатричний та наркологічний напрямки в Міністерстві охорони здоров'я і соціального розвитку США, на сьогодні в світі налічується близько п'яти тисяч реабілітаційних програм [6; 7; 9].

Як зазначають Aggarwals K., Rieckmann T., Wenterd L., програми лікування та реабілітації включають в себе стратегії запобігання передчасного припинення лікування; індивідуальне чи групове консультування та різні види поведінкової терапії.

Личко А. О., Barrowclough C., Stanos S. Наголошують на тому, що критерії відбору наркозалежних осіб для включення в ту чи іншу реабілітаційну програму практично не розроблені та до теперішнього часу не існує жодного, найефективнішого терапевтичного інструментарію та загальноприйнятого, найефективнішого терапевтичного заходу реабілітації наркозалежних осіб, а їх налічується понад 450. При цьому існує думка Ігоніна А. Л., Latt N. C., Miotto K., Rosenbaum M. про те, що

перебування в анонімному співтоваристві є більш ефективним порівняно з лікуванням у психотерапевтів, оскільки хворі впевнені в тому, що оточуючі люди розуміють їх стан та готові підтримати.

В останні роки все більша кількість дослідників таких, як Пак Т. В., Бейсембаєва С. К., Deacon B. J. сходиться на думці, що основною умовою ефективності реабілітаційного процесу є розроблені механізми терапевтичного співтовариства, що містять особливий рівень соціальної підтримки та терапевтичних стосунків. Як зазначають Fattore L. та Matsumoto T., методи психотерапії наркозалежних спрямовані на формування мотивації до припинення вживання наркотику, проходження психотерапії та організацію реабілітаційного середовища з метою корекції поведінки та особистості в цілому.

Мета статті. Використання пролонгованих або скорочених програм визначає якість реадaptaції та ресоціалізації пацієнтів, допомагає їм змінити своє ставлення до захворювання і зовнішнього світу. Актуальним є питання реабілітаційного середовища. Реабілітаційне середовище розглядається як сукупність організаційних та функціональних факторів, об'єднаних програмою реабілітації. Представленість реабілітаційних підходів у сучасній наркології надзвичайно широка. Ця стаття покликана розкрити сучасні реабілітаційні підходи в наркології.

Викладення основного матеріалу дослідження. На сьогодні реабілітація, що проводиться в стаціонарах, амбулаторних, релігійних та інших терапевтичних співтовариствах розповсюджена в різних країнах світу таких, як: США, Бахрейн, Бразилія, Гонконг, Ізраїль, Ірландія, Італія, Малайзія, Росія, Таїланд, Україна, Тайвань, Шрі-Ланка, ЮАР та ін. .

У цей час в наркологічних реабілітаційних установах Західної Європи, Америки, Канади, Австралії набуло поширення кілька наступних реабілітаційних напрямків:

- Мінесотська модель стаціонарної та амбулаторної 12-крокової реабілітаційної програми – групи само- та взаємодопомоги;
- терапевтичні співтовариства;
- організація наркологічних реабілітаційних напрямків у структурі різних конфесій;
- сімейні клуби тверезості;
- програми допомоги дітям з родин, де є алкоголік [9].

У більшості країн Європи і США в основному реалізуються змішані програми реабілітації наркозалежних, при цьому реалізується принцип співпраці медичного та соціального аспектів. Серед психотерапевтичних та реабілітаційних програм у розвинутих

країнах переважають ті, які засновані на методології подолання залежності від психоактивних речовин та відновлення особистості за програмою «12 Кроків».

Мінесотська модель стаціонарної та амбулаторної 12-крокової реабілітаційної програми та рух АА та АН була створена в США 1935 році. АА та АН – це соціальні спільноти, які об'єднують чоловіків і жінок, для яких наркологічне захворювання стало основною проблемою. Їх особистісна та соціальна реадaptaція, а отже, і реабілітація здійснюються завдяки послідовній реалізації 12-крокової програми. Принципи цієї програми використовуються у хворих з різними формами залежності у 80% лікувально-реабілітаційних центрів у США і в 50% центрів аналогічного профілю в Західній Європі. Згідно з даними Американської психіатричної асоціації «Модель штату Мінесота» використовується в 70% лікувальних центрів з лікування залежності [2; 8; 11].

Найчастіше в лікувальних програмах, поєднаних з програмою «12 - кроків», використовуються такі психотерапевтичні методи, як біхевіоральна психотерапія, когнітивна терапія, раціонально-емоційна терапія, гештальт-терапія, рольові ігри, елементи психодрами, деякі види аналітичної терапії [5].

Шлях особистісного відновлення і ресоціалізації за програмою АА або АН можна розглядати як поступовий перехід від статусу психічно нездорової особи, залежної від ПАР до успішної людини, здатної виконувати сімейні та соціальні обов'язки. У перших трьох кроках 12-крокової програми долається властиве наркологічним хворим заперечення хвороби, тобто анозогнозія та визнається значення Вищої сили Бога.

Умовою відновлення хворого за програмою АА/АН вважається визнання факту остаточної втрати контролю над споживанням ПАР і лише визнавши втрату контролю, залежні особи приходять до розуміння, яке декларують члени АН: «Ми - наркомани, які втратили здатність керувати нашим життям. Ми знаємо, що ніколи не зможемо контролювати споживання наркотику». Прийняття та усвідомлення цієї умови спонукає до одужання.

Один з найважливіших постулатів АН базується на тому, що при розвитку хімічної залежності у людини вже немає необхідності володіти собою, керувати своїми емоціями. Людина зупиняється у своєму емоційному розвитку, а процес формування механізмів емоційної стійкості затримується. Тому, будь-яке несподіване емоційне потрясіння, пов'язане з горем, злістю, страхом, радістю, стає «важким» без наркотиків. Самі члени АН заявляють, що емоційна незрілість - суть їх хвороби [4].

Ключовою ідеєю першої структури цієї програми є визнання безсилля особистості перед хворобою [3] і викривлене мислення - ілюзії [3]. «Бачу не те, що є, а те, що хочеться і потрібно бачити» [3]. Таким чином, інтелект перестає виконувати свою основну функцію - адаптацію індивіда до зовнішнього середовища та діє за принципом компенсації деформованого внутрішнього середовища [Піаже Ж., 1994]. Наступна частина цієї програми спрямована на роботу з некеріваністю. Наступні (4-11) кроків вимагають від хворого не тільки щирого переосмислення свого життя з наркотиками, душевного катарсису, але і покаяння, смирення та відшкодування заподіяної людям шкоди у період зловживання ПАР. Це важка для хворих праця, що вимагає зміни багатьох світоглядних позицій, морально-етичних принципів та власної поведінки. Дуже часто хворі не в змозі зробити ці кроки, їм доводиться в кращому випадку зупинитися, а часом і вийти з програми. Проте, саме при послідовному здійсненні цих

кроків набуваються знання та досвід, докорінно змінюється ставлення до себе, суспільства, праці, життя, формується здатність контролювати свою поведінку і долати хворобу.

4-12-й «кроки» служать для подальшого духовного розвитку особистості хворого залежністю. Мета цього процесу виражена у відомій «молитві» АН: «Боже, дай мені розум і душевний спокій прийняти те, що я не в силах змінити; мужність змінити те, що можу змінити і мудрість відрізнити одне від іншого».

Працюючи над подоланням залежності в групах АА/АН, хворі змінюють не тільки стиль своєї поведінки, але і систему своїх поглядів і переконань. Зміни в свідомості відбуваються після зміни форм поведінки. У групах АА/АН з цього приводу існує фраза: «Принеси тіло, голова прийде пізніше». Член АА/АН має можливість освоїти нові стереотипи поведінки шляхом регулярного тренування нових навичок. У такому навчанні мінімізовані пізнавальні елементи. Отримуючи тверезість не стільки думає, скільки робить, діє, оскільки його мислення ще залишається залежним. Найбільших результатів у цьому випадку можна досягнути шляхом прямого копіювання поведінки інших членів АН, які мають великий стаж тверезості, тобто використовуються імітація як одна з основних форм навчання. У групі АА/АН існує рекомендація: «Хочеш стати таким як я, роби так само як я і залишайся тверезим». При цьому новий член АА/АН використовує тверезі шаблони поведінки, але мислить ще як хворий. Такого новачка в групі АА/АН називають не тверезим, а «чистим» [9].

Останній, 12-й крок є логічним завершенням дуже важкого шляху, коли в кінці реабілітаційного процесу настає зрілість та відповідальність, здатність відповідати за свої вчинки і допомагати іншим хворим. Допомагаючи іншим, зміцнюються власні сили, стабілізується життя, підтримується стан одужання, зміцнюється воля і вміння протистояти спокусі вживання алкоголю або наркотиків. Таким чином, «12 кроків» являють собою сукупність духовних по своїй суті принципів, які, втілюючись у життя хворого, дозволяють позбутися пристрасті до алкоголю та наркотиків, бути суспільно корисною людиною.

Дослідники сходяться в тому, що функціонування реабілітаційного середовища повинно бути гранично структурованим, заповнене безліччю видів соціально-корисної активності. Так, актуальною є концепція мотивації досягнення, де основою прагнення до праці є потреба в досягненнях, потреба в ідентичності та безпеці «Я». Трудотерапія, як правило, повинна бути орієнтована на особистість пацієнта: робота повинна бути осмисленою і викликати почуття відповідальності [4].

Існує дві точки зору на структуру реабілітаційної підтримки хворих із залежністю від ПАР після проходження Програми. Так, американський дослідник Gilbert F.S. спостерігав хворих протягом року, що відвідували збори АН/АА, після проходження стаціонарного лікування. Gilbert F.S. виявив кореляцію фактів збереження тверезості учасниками групи не з частотою відвідування ними зборів АН/АА, а з додержанням ними рекомендацій АН з використання ресурсів цієї спільноти для підтримки [10].

На противагу таким висновкам Cross G.B. вважає, що відвідування груп АН /АА протягом 10 років і більше було єдиним суттєвим показником тривалості тверезого способу життя, а опіка над іншим членом АН/АА значимо корелює з утриманням від споживання алкоголю. Дослідження Cross G.B. показало, що 91 % осіб, що здійснювали турботу та опікунство, мали стабільну та

стійку ремісію [Cross G.B., 2000]. Ці результати свідчать про те, що віра у взаємну підтримку та прийняття філософії програми «12 Кроків» мають неабияке значення для процесу відновлення [10].

Слід відмітити, що майже у всіх реабілітаційних закладах, особливо в стаціонарах, 12- крокова програма обмежується першими трьома та останніми кроками. В результаті пацієнти не засвоюють програму в її повному обсязі, що в свою чергу впливає на якість та тривалість ремісії. Всі вказані та низка інших особливостей призводять до того, що розповсюдженість цієї програми залишається відносно невисокою, а її ефективність, не дивлячись на позитивні результати, вимагає спеціального дослідження.

Хоча модель штату Мінесота є однією з основних програм лікування залежності від ПАР у США практично з моменту її створення, перше клінічне вивчення цієї моделі було зроблене порівняно нещодавно.

Дослідники вивчали динаміку стану алкозалежних осіб, що лікувались по Мінесотській програмі лікування та «Фінській» (традиційній) стаціонарній програмі, заснованій на класичних психіатричних та соціальних методах роботи. Традиційна модель включала індивідуальну, групову та сімейну психокорекційну роботу і не містила в собі жоден із компонентів АА терапії. З'ясувалося, що пацієнти, які лікувались за Мінесотською моделлю, мали більш низькі показники ранньої виписки зі стаціонару через порушення режиму, ніж пацієнти традиційної програми. Проте, автори припускають, що ці результати можуть інтерпретуватися з деякими неточностями через методологічні обмеження у вивченні [11].

В останні роки все більша кількість дослідників таких, як: Пак Т.В., Бейсембаєва С.К., Deason B.J. сходиться на думці, що основною умовою ефективності реабілітаційного процесу є розроблені механізми терапевтичного співтовариства, що містять особливий рівень соціальної підтримки та терапевтичних стосунків.

Наступним найбільш поширеним напрямком реабілітації наркологічних хворих є терапевтичні співтовариства. Під терапевтичними співтовариствами мається на увазі досить широке коло різноманітних установ, основним завданням яких є створення терапевтичного (реабілітаційного) середовища для людей, що страждають психічними захворюваннями, алкоголізмом або наркоманією [5]. Існують дані дослідників Зобнева В. М., Ревзіна В.Л., 2000; Kirshmayer U. et al., 2002, що вказують на те, що діяльність терапевтичних співтовариств призводить до помітного скорочення використання наркотиків, поліпшення якості життя хворих та їх сімей.

Існують професійні, напівпрофесійні, релігійні, традиційні непрофесійні терапевтичні співтовариства. В цей час до найбільш відомих і авторитетних відносяться Day-top, Sinanon, Narconon, Monar, Almero, Phoenix Haus та ін. Успішно функціонують Всесвітня федерація терапевтичних співтовариств та Міжнародна асоціація співтовариств. В усіх країнах їх діяльність закріплена в загальнодержавних та створених на їх основі регіональних статутах та кодексах.

До відповідних установ можуть відноситись спеціальні школи, психіатричні лікарні, тюремні заклади, гуртожитки, громади, амбулаторії та ін. [Кеннард Д., 1983].

За думкою багатьох фахівців в області реабілітації терапевтичні співтовариства є найбільш ефективною організаційною структурою, що надає медичну, психологічну та соціальну допомогу наркологічним хворим [Джонс М., 1998; Кеннард Д., 1983; Мейн Т., 1997; Бріджер Г., 1999; Броккард Е., 1995; Де Леон Р., 2000].

Також наголошується на необхідності залучення в діяльність терапевтичних співтовариств членів сім'ї та близьких резидентів реабілітації [Воборил Ж., 2009; Kantorski L. P. et al., 2011]. При цьому можуть використовуватись інші види допомоги: опрацювання базисних конфліктів у великій групі, сімейних відносин, професійного навчання, праці, зайнятості з позитивним підкріпленням досягнень та ін. [Kertesz S. G. et al., 2012; Manning N., 1979, P. 303-312].

Використання пролонгованих або скорочених програм визначає якість реадптації та ресоціалізації пацієнтів, допомагає їм змінити своє ставлення до захворювання і зовнішнього світу. Актуальним є питання реабілітаційного середовища. Реабілітаційне середовище розглядається як сукупність організаційних та функціональних факторів, об'єднаних програмою реабілітації. До організаційних факторів належать:

а) наркологічні реабілітаційні центри, стаціонари, денні стаціонари, амбулаторії, терапевтичні співтовариства;

б) позитивно скоригована сім'я хворого;

в) спільноти АА, АН.

Реабілітаційним середовищем може бути і місце роботи, навчання, дозвілля, але тільки в тому випадку, якщо зазначені пункти вільні від вживання наркотику і якщо в них створено високий рівень захищеності хворих від впливу «наркотичної» субкультури. Реабілітаційне середовище – штучно створене середовище функціонування хворих, в якому реалізується програма реабілітації та ідеологія установи, включаючи систему контролю, заохочення або осуду, відповідальності та психологічної підтримки, що гарантує запобігання зривів чи згубного впливу «наркоманської» субкультури і, насамперед, від споживання наркотиків, а також моделює їх функціонування у відкритому суспільстві. Можна виділити три види реабілітаційного середовища:

1) відкриті – амбулаторія, спільноти АА, АН, сім'я, сімейні клуби тверезості та ін.;

2) напівзакриті – денний стаціонар, спільнота та ін.;

3) закриті – наркологічний реабілітаційний центр або лікарня, пенітенціарні установи, монастирі.

Висновок з цього дослідження та перспективи подальших досліджень. Слід наголосити, що критерії відбору наркозалежних осіб для включення в ту чи іншу реабілітаційну програму практично не розроблені та до теперішнього часу не існує жодного, найефективнішого терапевтичного інструментарію та загальноприйнятого, найефективнішого терапевтичного заходу реабілітації наркозалежних осіб, а їх налічується понад 450. При цьому існує думка про те, що перебування в анонімному співтоваристві є більш ефективним порівняно з лікуванням у психотерапевтів, оскільки хворі впевнені в тому, що оточуючі люди розуміють їх стан та готові підтримати.

Список використаних джерел

1. Преодоление. [Вопросы наркологии]. – К. : Грани-Т., 2004. – № 4. – С. 36–38.
2. Берестов А.В. Сравнительный анализ методик реабилитации алкоголиков и наркозависимых: православной и программы «12 шагов» / А.В. Берестов // Наркология. – К. : Приза, 2009. – № 6. – С. 91–99.
3. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме / Б.С. Братусь. – М. : Круг, 1974. – 96 с.
4. Бухановский А.О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика / А.О. Бухановский // Пособие для врачей. – Ростов н/Д. : Рима, 2002. – 60 с.
5. Дмитриева Т.Б. Реабилитационные мероприятия, проводимые в условиях наркологических стационаров (обзор) / [Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др.] // Наркология. – 2004. – № 8. – С. 33–37.

6. Зиганшин И.М. Первые результаты работы наркологического реабилитационного центра / Зиганшин И.М., Китаева С.В., Мухутдинов Д.А. // практ. пособие. – Тюмень : Тюменский гос. университет, 2007. – 148 с.

7. Реабилитация и индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение подростков, склонных к употреблению ПАВ (стационарно-дистанционный сетевой проект «Ступени») / [Старцева Н.Г., Селиванова О.А., Беседина Е.В., Мамаева К.Г.] – К. : НИС, 2006. – 365 с.

8. Effects of a multidisciplinary family treatment drug court on child and family outcomes: results of a quasi-experimental study / [Bruns E.J., Pullmann M.D., Weathers E.S. et al.] // Child Maltreat. – 2012. – Vol. 17 (3). – P. 218–230.

9. Gone J.P. Indigenous traditional knowledge and substance abuse treatment outcomes: the problem of efficacy evaluation / J.P. Gone // Am. J. Drug Alcohol Abuse. – 2012. – Vol. 38 (5). – P. 493–497.

10. Juodraitis A. Prielaidos socialinei pagalbai teikti alkoholinės priklausomybės situacijoje / A. Juodraitis // Jaunųjų mokslininkų darbai. – 2008. – № 2 (18). – С. 122–132.

11. Moller K.W. Internet addiction as a comorbid disorder among patients of german addiction rehabilitation facilities: an exploratory investigation of clinical prevalence / Moller K.W., Koch A., Beutel M.E. // Psychiatr. Prax. – 2012. – Vol. 39 (6). – P. 286–292.

Надійшла до редколегії 01.02.17

Л. Литвинчук, канд. психол. наук, с.н.с.

Институт психологии им. Г.С. Костюка НАПН Украины, Киев

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В НАРКОЛОГИИ

Представленность реабилитационных подходов в современной наркологии чрезвычайно широка. В настоящее время в мире насчитывается около пяти тысяч реабилитационных программ. Данная статья призвана раскрыть современные реабилитационные подходы в наркологии. Существуют профессиональные, полупрофессиональные, религиозные, традиционные непрофессиональные терапевтические сообщества. Во всех странах их деятельность закреплена в общегосударственных и созданных на их основе региональных уставах и кодексах. До соответствующих учреждений могут относиться специальные школы, психиатрические больницы, тюремные заведения, общежития, общины, амбулатории и др. По мнению многих специалистов в области реабилитации, терапевтические сообщества являются наиболее эффективной организационной структурой, оказывают медицинскую, психологическую и социальную помощь наркологическим больным.

Ключевые слова: наркология, реабилитационный подход, реабилитационная программа, терапевтическое сообщество, наркологический больной, миннесотская модель, стационар, амбулатория.

L. Lytvynchuk, PhD in Psychology, Senior Researcher

GS Kostyuk NAPS Ukraine, Kyiv

MODERN REHABILITATION APPROACHES ADDICTION

Representation of rehabilitation approaches in modern addictology is extremely wide. Currently, there are about five thousand rehabilitation programs in the world. It should be emphasized that the selection criteria for drug-addicted persons' inclusion into a particular rehabilitation program are almost undeveloped and so far, there is no single, most effective therapeutic tooling and common, most effective therapeutic method of drug addicts' rehabilitation. This article is intended to reveal modern rehabilitation approaches in addictology. It covers the professional, semi-professional, religious, traditional, non-professional, therapeutic communities. It is noted that nowadays the most well-known and authoritative of them are the Day-top, Sinanon, Narconon, Monar, Almero, Phoenix, Haus etc. The World Federation of Therapeutic Communities and the International Community Association are functioning successfully. In all the countries their activities are enshrined in the state and state-based regional statutes and codes. These institutions may include special schools, mental hospitals, prison institutions, dormitories, communities, ambulance stations etc. Relevant to rehabilitation process is an achievement motivation concept when aspiration for work is based on the need for achievement, identity and self-security. As a rule, occupational therapy should target the identity of the patient, i.e. the work should be meaningful and evoke the sense of responsibility. According to many experts in the field of rehabilitation, therapeutic communities have proven to be the most effective organizational structure, providing medical, psychological and social assistance to narcological patients.

Key words: addictology, rehabilitation approach, rehabilitation program, therapeutic community, substance abuse patient, Minnesota Model, in-patient hospital department, outpatient clinic.