

ДНІПРОВСЬКИЙ РАЙОННИЙ В МІСТІ КИЄВІ ЦЕНТР
СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ДЛЯ СІМ'І ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

ЦЕНТР АМБУЛАТОРНОЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ «СЕНС»

В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков

**Принципи роботи амбулаторної
соціально-психологічної реабілітації
осіб залежних від алкоголю**

Науково-методичний посібник

**ПАТ «Віпол»
Київ, 2013**

ББК 56.14я7+65.272я7
I-50
УДК 616.89-008.441.3:364-786](07)

Рекомендовано до видання Інститутом психології ім. Г.С. Костюка
НАПН України

Рецензенти:

Н.Ю. Максимова, д-р психол. наук, проф., в.о. зав.
лабораторією соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту
психології ім. Г.С. Костюка НАПН України

Ю.М. Швалб, д-р психол. наук, проф., завідувач кафедри
соціальної роботи Київського національного університету імені
Тараса Шевченка

В.В. Ярій, головний лікар Київської міської наркологічної
клінічної лікарні «Соціотерапія»

Іванов В.О. та ін.

I-50 Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: Науково-методичний посібник / В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков — К.: ПАТ «Віпол», 2013. — 128 с.

ISBN

У посібнику розглядаються проблеми реабілітації осіб, залежних від алкоголю. Розкриваються психологічні механізми формування залежностей. Представлено еволюція соціально-психологічних підходів до терапії залежностей.

Запропоновано власну модель соціально-психологічної реабілітації залежностей, подано набір технік, що застосовуються в процесі реабілітації. Наведено досвід застосування запропонованої моделі в умовах роботи амбулаторної реабілітаційної програми для залежних на алкоголь на базі районного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Для психологів, соціальних працівників, наркологів, студентів зазначених спеціальностей.

ББК 56.14я7+65.272я7

www.sensecenter.com.ua

ISBN

© В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков, 2013

Зміст

Методологічні і теоретичні основи організації соціально-психологічної реабілітації людей з алкогольною залежністю.....	7
Модель алкогольної залежності	7
Теоретичні гіпотези для побудови моделі особистості	10
Розвиток моделей «одужання» від алкогольної залежності	12
Інтеграційна особистісно-орієнтована розвиваюча модель одужання від алкогольної залежності центру «Сенс»	20
Загальні питання організації амбулаторної вечірньої соціально-психологічної реабілітаційної програми на базі центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.....	24
Основні принципи і прийоми психотерапевтичної роботи в процесі реабілітації осіб, що мають алкогольну залежність.....	29
Особливості організації групової терапії для алкозалежних в умовах відкритих груп.....	33
Психотерапевтичні заходи в процесі реабілітації алкозалежних	37
Дискусійна терапевтична група.....	37
Група сімейної терапії.....	38
Заняття з профілактики зриву.....	40
Заняття з ведення щоденника самоаналізу	44
Мотиваційно-аналітичні завдання	47
Інформаційні заняття	49
Тренінг комунікативних навичок	50
ЗТС: збори терапевтичного співтовариства	53
Збори груп співтовариства «Анонімні Алкоголіки».....	53
Висновки	57
Список літератури.....	58

Додатки	63
Додаток 1а. Контракт про проходження I етапу психосоціальної реабілітації для алкозалежних центру «Сенс»	63
Додаток 1б. Контракт про проходження II етапу психосоціальної реабілітації для алкозалежних центру «Сенс»	65
Додаток 2. Правила роботи терапевтичної групи.....	67
Додаток 3. Симптоми зриву.	69
Додаток 4. Щоденник самоаналізу.....	80
Додаток 5. Мотиваційно-аналітичні завдання.	97

Вступ

Сьогодні Україна переживає складний період гострих соціальних проблем, однією з яких є критичний рівень алкоголізації населення. Явним показником кризового стану в цій області є споживання алкоголю населенням України, що перевищує майже в 2 рази критичну норму, після якої починається генетичний занепад нації. За даними ВОЗ, в 2011 році споживання алкоголю в Україні склало в перерахунку на чистий спирт 15,6 літрів на душу населення (при допустимій максимальній нормі в 8 літрів), і вона займає шосте місце у світі за цим показником [64]. Показником негативних тенденцій алкоголізації є також зниження віку алкозалежних людей. За даними звіту ВОЗ за 2012 рік [67], Україна знаходиться в трійці європейських лідерів за вживанням алкоголю серед молоді до 15 років. Інші дані ВОЗ щодо вживання алкоголю в Україні [63] також не додають особливого оптимізму.

По суті, якщо вважати алкоголізм хворобою, то зараз у країні ми спостерігаємо його епідемію. Поліпшити стан епідеміологічної ситуації щодо алкоголізму в країні могла б *державна програма* як комплекс заходів правового, соціального, економічного, медичного та освітнього характеру, спрямованих на вирішення цієї проблеми.

Однією з необхідних умов стабілізації наркологічної кон'юнктури в країні є наявність ефективних лікувальних програм для осіб з алкогольною залежністю. На жаль, наркологічна служба України в деяких її структурних елементах, а саме в системній реабілітаційній і психотерапевтичній допомозі алкозалежним, виявилася слабо підготовленою до подібної ситуації. Так у Києві в структурі наркологічних служб діє усього лише одна соціально-психологічна реабілітаційна програма для осіб, залежних від алкоголю (реабілітаційне наркологічне відділення КМНКЛ «Соціотерапія»).

Проте такий стан справ цілком зрозумілий, оскільки наркологічна служба відповідальна, передусім, за надання медичної допомоги (з чим наркологічні структури якраз успішно справляються), а надання соціально-психологічної допомоги, фактично, не є її профілем.

Але необхідність психокорекційної допомоги на етапі ремісії залежної людини набагато перевершує необхідність в медикаментозній допомозі [24, стор. 109]. Це відповідає міжнародному досвіду роботи із залежностями, де довгострокові психотерапевтичні програми є однією з умов якісної допомоги людям з алкогольною залежністю [66]. Тоді насущним і край

необхідним стає питання створення соціально-психологічних реабілітаційних програм для алкозалежних в державних установах, що відповідають за соціальну і психологічну роботу з населенням.

Такою соціально-психологічною реабілітаційною програмою для осіб, що страждають на алкогольну залежність, є програма реабілітації «Сенс», яка функціонує у межах структури соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді міста Києва. Ця програма була розроблена ініціативною групою фахівців (психологів і соціальних працівників) Дніпровського районного в місті Києві Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у межах служби соціально-профілактичної роботи. Цей центр реабілітації для людей з алкогольною залежністю був створений в 2006 р. і успішно працює в даний час.

Спочатку основою реабілітаційної програми центру була психотерапевтична інтерпретація програми «12 Кроків» Анонімних Алкоголиків [31], адаптована до реальної роботи фахівцями соціальної служби під керівництвом медичного психолога, фахівця з адиктивної поведінки Іванова В.О.

З часом, незадоволення ефективністю TSF-підходу (орієнтованого на використання «12 Кроків») в актуальних соціальних реаліях привело до розробки сучаснішого підходу, пристосованого для реалізації в сьогоденному українському суспільстві. Підсумком такої роботи стало створення нової програми реабілітації для алкозалежних, що гармонійно інтегрує в собі як зарубіжний і вітчизняний досвід соціально-психологічної терапії залежностей, так і новаторські, перевірені на практиці авторські розробки в цій області.

Методи і форми роботи фахівців центру «Сенс» в програмі соціально-психологічної реабілітації людей з алкогольною залежністю, що застосовуються на практиці в сучасній соціокультурній ситуації міста Києва, узагальнені і представлені в даному методичному посібнику.

МЕТОДОЛОГІЧНІ І ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Модель алкогольної залежності

Вибір виду лікування будь-якої хвороби залежить від розуміння її природи. Алкогольна залежність не є виключенням, і вибір підходу в розгляді її етіології є першим і важливим кроком в терапії самої хвороби.

Наприклад, наркологічний підхід, що використовується в нашій країні, в розумінні алкоголізму у своїй основі містить медичну модель, в якій первинними в патогенезі алкоголізму вважаються порушення нейромедіаторного метаболізму в системі функціонування головного мозку. Відповідно до цього первинну роль в лікуванні алкоголізму грає медикаментозна терапія, спрямована на пригнічення потягу до алкоголю і відновлення здорового функціонування головного мозку. У релігійних реабілітаційних центрах алкогольна залежність розглядається, передусім, як *духовне захворювання*, відповідно і лікувати її необхідно молитвами і встановленням контакту з «вищою силою». У філософії 12-крокового підходу намагаються поєднати фізичний аспект алкоголізму («не візьмеш першу чарку, не будеш п'яним») і духовний («доручили нашу волю і життя Богові»).

Не заперечуючи фізіологічних порушень і проблем в духовній сфері особистості, у соціально-психологічній моделі, що застосовується нами, *алкогольна залежність розглядається, передусім, як порушення у психологічній сфері функціонування людини та в системі взаємовідносин з оточенням і світом*. Відповідно, при такому погляді на залежність основний акцент робиться на методах соціально-психологічної терапії. Саме на *соціально-психологічному підході* ґрунтується програма реабілітації людей з алкогольною залежністю, що презентується в цьому посібнику.

Цей підхід має свої обмеження: без залучення медичної допомоги в його межах не можна працювати з людьми з ендогенними коморбідними порушеннями психопатичного і психотичного регістру, і що потребують медикаментозної допомоги для купірування ППА (патологічного потягу до алкоголю), людьми у стадії абстинентного синдрому, і людьми, що мають інші психічні наслідки алкоголізації.

Також потрібно відмітити, що теоретична і концептуальна позиція в розумінні природи алкогольної адиктивної поведінки ускладнена методологічною кризою в системі соціально-психологічних наук. Сьогодні існує як мінімум чотири основні академічні напрями в розгляді системи психіки: органоцентрований, енвіроцентрований, соціоцентрований, децентрований, які у свою чергу діляться на безліч так званих психологічних шкіл. Так органоцентрований напрям містить гуманістичну, психоаналітичну і когнітивно-біхевіоральну школи психології; у децентрований входять вітчизняний системно-діяльнісний підхід, діалектична психологія, інтербіхевіоральна психологія та ін. [52]. Наслідком цього є наявність величезної кількості психотерапевтичних і психо-консультативних підходів (за деякими підрахунками, не менше 250 [45]), які не лише не узгоджені між собою, а нерідко прямо суперечать один одному.

Таким чином, перед побудовою моделі етіогенезу адиктивних порушень психіки і особистості людини *необхідно вибрати* (чи виробити) саму теоретичну концепцію будови особистості і психіки. Потім на основі теоретичної концептуалізації моделі адиктивних порушень особистості вже будувати систему психотерапії залежностей. За подібною схемою в терапії залежностей свого часу були розроблені гештальт-підхід [12], психоаналітичний підхід [40], трансактний підхід [58], когнітивно-біхевіоральний підхід [29], діаналіз [19] та ін.

В центрі «Сенс» для створення методологічної основи практичної роботи із залежними від алкоголю людьми було вибрано не створення програми на вже існуючій теорії особистості, а розробка власної теорії. При виборі цього більш складного шляху фахівці центру керувалися наступними міркуваннями.

За нашими спостереженнями, розвиток алкогольної залежності прямо корелює із загальною психічною деградацією особистості. При цьому руйнуються або витісняються еволюційно пізніші в онтогенетичному розвитку психологічні процеси і починають «спливати» і домінувати еволюційно більш ранні. Людина при прогресі алкогольної залежності

починає особистісно регресувати на більш дитячий рівень свого розвитку. Причому цей процес інтегральний, що захоплює абсолютно усі вищі психічні процеси в різних сферах психіки: когнітивній, емоційній, мотиваційній, антиципаційній, поведінковій, ціннісній, комунікаційній і т.д.

Наші висновки і спостереження корелюють з дослідженнями інших авторів. Так, Собчик робить висновок про дифузну зміну інтенсивності різних психічних функцій (що впливає на адаптивність особистості), яка вміщує зниження рівня моральних установок, примітивізацію мотиваційно-емоційної сфери, зниження рівня самоконтролю [53, с. 366]. Інші автори звертають увагу на інфантильність усієї психіки адиктів [44, с. 44]. Виходячи з цього, можна постулювати необхідність системної психотерапевтичної роботи одночасно з усіма сферами особистості, що зазнали змін.

Крім того, в існуючих «школах» психотерапії слабо розроблені як інтеграційні теорії особистості, так і методологія системної роботи одночасно з усіма сферами психіки. Частіше в кожній модальності психотерапії загострюється увага на одній-двох сферах психіки (наприклад, в гештальт-терапії – на емоціях, когнітивно-біхевіоральній терапії – на когнітивних установках і поведінці, в психодинамічній терапії – на глибинних мотиваціях і т.д.) Можливо, цим і можна пояснити малу ефективність роботи із залежностями в різних «школах» психотерапії – в них робиться акцент на глибокому «опрацюванні» однієї або декількох сфер психіки, водночас для адиктивних порушень потрібне не стільки «глибоке», скільки системне «опрацювання» усіх сфер психіки. Ця та інші причини спонукали фахівців центру на розробку власної теорії особистості як теоретико-методологічної основи для практичної роботи з алкозалежними людьми.

Детальне обговорення розробленої теорії особистості виходить за межі цього посібника, оскільки є науково-теоретичним інтересом, а цей посібник спрямований на опис практичних методик, які використовуються. Крім того, необхідно підкреслити, що хоча методологія психотерапевтичної роботи із залежними людьми, заснована на розробленій теоретичній моделі особистості, і показала свою ефективність, сама модель залишається тільки гіпотезою, що не отримала свого експериментального наукового обґрунтування. Тому тут коротко висвітлюються тільки найзагальніші моменти інтеграційної теорії особистості, яка розробляється і є концептуальним продовженням системно-діяльнісного підходу

вітчизняної психології та органічно вміщує основні теоретичні моделі гуманістичної, когнітивно-біхевіоральної і психодинамічної психології.

Теоретичні гіпотези для побудови моделі особистості

Нами виділяються три основних якісно різних рівня психічної діяльності: тілесний, соціальний і особистісний, що онтогенетично і філогенетично з'являються у зазначеній послідовності. Так, в дитячому віці домінує тілесний рівень психіки (Тілесне Я), в подальшому розвитку психіки поступово розвивається соціальний рівень (Соціальне Я), на основі якого розвивається особистісний рівень (Особистісне Я).

Ці три рівні психічної діяльності якісно різні.

Для тілесного рівня в когнітивній, емоційній, мотиваційно-антиципаційній і поведінковій сферах характерні: сенсомоторне і доопераційне мислення (за Піаже), афективні комплекси (психодинамічна теорія), інстинкти і рефлексії, операції (за Леонтьєвим, розуміння рівнів діяльності). У своїй основі психодинамічна теорія займається описом саме цього рівня.

Для соціального рівня психічної діяльності характерні: наочно-конкретне мислення, ситуаційні емоції, найближчі ситуаційні цілі і дії. Описом цього рівня займаються теорії соціальної психології (соціальне навчання Бандури, когнітивний дисонанс Фестінгера та інші). З цим рівнем психіки працює когнітивно-біхевіоральна терапія.

Особистісний рівень у цих чотирьох сферах характеризується формально-логічним мисленням, моральними і естетичними почуттями, більш далекими цілями і діяльністю. Школи психології, близькі до гуманістичної та екзистенціальної, описують саме цей рівень психіки. Якісні відмінності існують і в інших сферах психіки, але для загального розуміння і практичної роботи достатньо опису відмінностей в цих чотирьох сферах.

Функціональні завдання кожного з цих рівнів наступні: тілесний відповідає за забезпечення функціонування матеріального тіла, соціальний рівень – за функціонування у предметному світі і соціальному оточенні, особистісний – за забезпечення гармонійного функціонування усієї психіки і саморозвиток. Особистісний рівень психіки має тільки людина, соціальним володіють ще й усі вищі тварини, нижчі тварини мають тільки тілесний рівень.

Ці три рівні, з одного боку, мають деяку міру самостійності, з іншого боку, взаємопроникають і впливають один на одного, утворюючи при цьому єдине холистичне ціле, яке не є простою сумою його частин. Тобто, розвиток еволюційно більш високих рівнів не йде незалежно, а впливає на еволюційно нижчі рівні і перетворює їх, як і зміни в нижчих рівнях впливають на більш високі [42].

Як було зазначено, розвиток цих рівнів має свою онтогенетичну послідовність. Спочатку в онтогенезі (ще в утробі матері) розвивається тілесний рівень; на його основі розвивається соціальний рівень, потім особистісний. Під впливом зловживання алкоголем відбувається інволюційний процес у зворотній послідовності. Поступово руйнується особистісний рівень: зменшується здатність до абстрактного мислення, моральних почуттів, стратегічних прогнозів, руйнується вища моральна сфера і т.д. Потім йде руйнування соціального рівня: зникає здатність до конкретного мислення – працюють механізми надгенералізованого і дихотомічного мислення; зникають предметні емоції, поступаючись першістю недиференційованим афектам; зникає здатність до ситуаційного прогнозу; починають переважати грубі тілесні цінності.

Причому провідну роль в цих порушеннях грають не афекти, основою яких є органічне ураження мозку, а функціональні порушення психіки. У примітивному наближенні цей інволюційний процес можна пояснити «атрофуванням» вищих психічних функціональних здібностей і заміною їх вживанням алкоголю для вирішення своїх психологічних завдань. Наприклад, якщо людина вживає алкоголь для того, щоб розслабитися, замість того, щоб вчитися це робити за допомогою своїх інтропсихічних здібностей і, відповідно, розвивати їх, то її власні здібності розслабляються поступово зменшуються, а потреба в алкоголі для розслаблення звичайно зростає. А оскільки алкоголь має властивість впливати на всі сфери психіки, то і регрес відбувається «загальнопсихічний», в усіх відомих сферах психіки.

Описаний механізм ми виділяємо як основний в розвитку психологічної залежності від алкоголю. *Тобто, етіологічною основою психологічної залежності від алкоголю є загальний регрес особистості зі зниженням функціональних можливостей і зростанням потреби в алкоголі для інтро- та інтра- психічної регуляції.* Простіше кажучи, в психологічному плані алкоголіком є та людина, яка не може повноцінно здійснювати свою соціально-психологічну діяльність без алкоголю. При такому погляді на психологічну залежність від алкоголю легко пояснюється багато

речей, раніше нез'ясовних в інших моделях, наприклад, питання коморбідності залежностей. У запропонованій моделі усі залежності (як хімічні, так і нехімічні) мають загальний радикал – функціональне зниження психічних здібностей. При блокуванні каналу задоволення однієї залежності психіка шукає інші канали. Таким чином, пояснюється «перехід» залежностей з однієї на іншу. Саме так можна пояснити й інші спірні питання загальної адиктології: функціональну подібність різних залежностей, схожість їх розвитку, питання розрізнення хімічних і нехімічних залежностей і багато що інше.

Запропонована модель не лише не суперечить багатьом іншим раніше запропонованим моделям, а органічно вміщує їх (з деякими доповненнями). Розглянемо, наприклад, співвідношення особистісної моделі та еволюційної [51]. В еволюційній моделі адиктивна поведінка розглядається як еволюційно більш ранній вид поведінки. Це положення не лише не суперечить, але повністю укладається в запропоновану особистісну модель залежності з обмовкою, що еволюційно більш рання адиктивна поведінка починає домінувати в загальній структурі діяльності через нестачу еволюційно пізніших способів поведінки.

Із запропонованої *теорії особистісної моделі залежності* стають цілком очевидними напрями роботи з адикціями. Потрібна допомога, спрямована на розвиток більш зрілих особистісних рівнів (від тілесного до особистісного). Тобто модель терапії залежностей передбачає загальний розвиток особистості, а саме поступове навчання більш зрілим способам психічного функціонування в усіх сферах психіки.

Розвиток моделей «одужання» від алкогольної залежності

Модель «одужання» від алкогольної залежності, що розробляється нами (відновлення гармонійної психологічної діяльності і системи соціальних стосунків), є генетичним продовженням розвитку різних підходів в цій області. Перш ніж викласти власну концепцію одужання, коротко ознайомимося з розвитком соціально-психологічних моделей роботи з «адиктами».

Модель терапевтичних співтовариств (груп взаємодопомоги). Цей підхід полягає в створенні терапевтичного співтовариства з людей, що страждають алкогольною залежністю, з метою підтримки тверезості. Заснування в 1935 році товариства «Анонімні Алкоголіки» [2] було справжнім проривом в області лікування алкоголізму. Сьогодні у світі існують різні види подібних груп взаємодопомоги від релігійних (групи

взаємодопомоги при різних релігійних конфесіях) до повністю світських (світське товариство взаємодопомоги, групи раціонального одужання та ін.) [45, с. 290-307]. Але найбільш поширеним як у світі, так і в Україні, є співтовариство АА (програма «12 Кроків»). Ефект групи взаємодопомоги можна пояснити наступними чинниками. Людина, коли прогресує її алкогольна залежність, опиняється в становищі комунікаційної деривації та соціальної ізоляції. Вона не знаходить розуміння своїх проблем як сама у себе, так і у свого оточення, і відчуває себе знедоленою. Подолати цей «дискомфорт» їй допомагає вживання алкоголю і спілкування з такими ж алкоголіками, а це призводить до подальшого розвитку алкогольної залежності і руйнування здібностей тверезої комунікації і соціальної взаємодії. Створюється порочне замкнуте коло: процес особистісного регресу зумовлює все більшу потреби в соціальній підтримці; її відсутність призводить до все більшої потреби у вживанні алкоголю, що, у свою чергу, призводить до подальшого особистісного регресу і соціального відчуження.

Потрапляючи в товариство «тверезих алкоголіків» з аналогічною проблемою, така людина має можливість конструктивного подолання комунікаційної блокади і отримання задоволення в соціальній взаємодії. Це показує важливість використання принципів груп взаємодопомоги в різних реабілітаційних програмах.

Водночас принцип терапевтичних співтовариств має свої недоліки. По-перше, існує проблема адаптації людини з алкогольною залежністю до самого формату групи АА. Так, за неофіційними даними, не більше 5% відсотків людей, що прийшли на збори груп АА, залишаються в співтоваристві на скільки-небудь значний час. По-друге, до недоліків такого підходу можна віднести високу вірогідність переходу алкогольної залежності в залежність стосунків (залежність від групи) і подальшу патологічну зміну особистості, навіть при припиненні вживання алкоголю [38]. Важливим недоліком підходу товариства взаємодопомоги є відсутність в ньому професійної допомоги. Крім того, оскільки ці групи самостійні, помічені випадки трансформації груп взаємодопомоги в групи сектантського типу або «групи культу однієї особи», що вербують своїх adeptів серед алкоголіків.

Міннесотська модель. Спроби подолати ці та інші недоліки груп взаємодопомоги привели свого часу до створення так званої Міннесотської моделі реабілітації залежних людей, названої на честь штату в США, де уперше її почали застосовувати [3].

По суті модель Мінесота зводиться до професійної або напів-професійної програми реабілітації, що полягає в адаптації алкозалежної людини до співтовариства АА. Модель Мінесота може застосовуватися в різних модифікаціях. Наприклад, з відсутністю або присутністю детоксикації; у поєднанні з психотерапією або тільки у вигляді навчального курсу; з різним терміном реабілітації – від 28 днів до декількох років. Може бути різний рівень професійної підготовки співробітників центру – від консультантів з хімічної залежності, що мають досвід зловживання алкоголем і одужання від цього, до висококваліфікованих психотерапевтів. Такі центри можуть працювати самостійно або ж співпрацювати з іншими соціальними службами. Але спільне для усіх цих видів реабілітації одне: в основі реабілітаційного процесу адаптована програма «12 Кроків» і подальше мотивування клієнтів на участь у співтоваристві АА.

Перевагами цієї моделі є можливість професійної допомоги людині з алкогольною залежністю в найгостріший перший період відмови від алкоголю і сприяння їй в адаптації до груп АА, що підвищує відсоток людей, які залишаються на групі АА (за нашими оцінками, до 30% людей, що пройшли реабілітацію).

До недоліків моделі Мінесота можна віднести, по суті, паліативну допомогу, коли вирішуються в короткий термін тільки гострі проблеми наслідків алкоголізації і відбувається «навчання» основним поведінковим методам залишатися тверезим. Водночас, в моделі Мінесота не передбачається вирішення самої суті питання алкогольної залежності – «незрілості» особистості. Завдання особистісного розвитку в цьому випадку перекладається на АА, хоча це всього лише непрофесійне співтовариство взаємо-підтримки, що не передбачає психотерапевтичної допомоги. Як наслідок, дійсно вирішити питання із залежністю мають можливість лише ті люди, у яких є ресурс для подальшого самостійного особистісного розвитку. В інших людей присутня небезпека трансформації алкогольної залежності в залежність від груп з можливими подальшими патологічними змінами особистості. Крім того, відсутність професійної допомоги у вирішенні психологічних проблем на тривалих термінах ремісії часто призводить до рецидивів.

Розвиваюча модель Теренса Горські. Горські запропонував програму тривалої професійної роботи з алкозалежними, що поєднується з відвідуванням зборів АА [15, 16]. Таким чином, в моделі «АА + професійна допомога» виправлені недоліки

підходу Мінесота, в якому професійна допомога пропонується тільки на першому етапі одужання.

Горські виділяє в процесі одужання від хімічної залежності шість етапів і визначає цілі та завдання, які необхідно вирішити на кожному з цих етапів (таб. 1). Таким чином, Горські одним з перших почав розглядати одужання як еволюційний процес розвитку особистості.

До недоліків моделі Горські можна віднести як труднощі в практичній реалізації еволюційної моделі одужання, так і її слабе теоретичне обґрунтування. Розвиваюча модель Горські не ґрунтується на якій-небудь моделі особистості, а, отже, в ній не класифікуються патологічні особистісні процеси. Крім того, на наш погляд, Теренс Горські більшою мірою відноситься до «психологів соціальної роботи», через що акценти в його програмі невиправдано зміщені в соціальну область, що не сприяє вирішенню патопсихологічних особистісних проблем.

Розвиваюча модель Діани Піти [65]. Цю модель можна назвати першою саме психологічною моделлю одужання від алкогольної залежності. У основі моделі Піти лежить теорія стадій психосоціального розвитку Еріка Еріксона. Ґрунтуючись на цьому теоретичному підході і великому власному досвіді роботи із залежними, Піта описала особистісні зміни, що відбуваються із залежними в процесі одужання, і необхідні засоби для досягнення цих змін. У цій моделі немає «прив'язки» до програми «12 Кроків», хоча практично вона сумісна з нею.

У розвиваючій моделі Діани Піти виділяється сім стадій, які відносяться до стадій психологічного розвитку Еріксона. Для кожної з цих стадій визначаються необхідні цілі і завдання, які необхідно вирішити залежній людині для свого одужання (таб. 2).

Перевагою моделі Діани Піти є якісно розроблена теоретична модель одужання, заснована на гіпотезі співвідношення стадій одужання із стадіями психологічного розвитку особистості за Еріком Еріксоном. Проте саме співвідношення одужання від залежності із стадіями психосоціального розвитку зроблене без належного на те обґрунтування. Крім того, в цій моделі відсутній теоретичний розгляд моделі патогенезу самої залежної особистості. Як наслідок, ця модель зумовлює низку запитань науково-теоретичного характеру.

Таблиця 1. Розвиваюча модель одужання Теренса Горські [16]

Перехідний етап	Етап стабілізації	Початковий етап одужання	Проміжний етап одужання.	Заключний етап одужання	Етап підтримки ремісії
<p>1. Усвідомлення проблем, що мотивують людину</p> <p>2. Неможливість природного вирішення проблем</p> <p>3. Провал стратегії "контрольованого споживання"</p> <p>4. Усвідомлення необхідності утримання від вживання алкоголю</p>	<p>1. Визнання необхідності допомоги</p> <p>2. Ліквідація прямих ускладнень алкоголізму і наркоманії</p> <p>3. Переривання патологічної заклопотаності</p> <p>4. Вивчення "нехімічних" методів управління стресом</p> <p>5. Розвиток надії і мотивації</p>	<p>1. Повне усвідомлене визнання хворобливої залежності</p> <p>2. Повне прийняття і визнання згубної звички</p> <p>3. Навчання "нехімічним" способам вирішення проблем</p> <p>4. Невідкладна соціальна реабілітація</p> <p>5. Розвиток системи цінностей, заснованої на тверезості</p>	<p>1. Розв'язання кризи деморалізації</p> <p>2. Виправлення соціальних збитків, викликаних згубною схильністю</p> <p>3. Створення саморегульованої програми відновлення</p> <p>4. Побудова гармонійного способу життя</p> <p>5. Уміння пристосовуватися до змін</p>	<p>1. Усвідомлення впливу придбаних в дитинстві установок на процес одужання</p> <p>2. Дослідження проблем, пов'язаних з сімейним вихованням</p> <p>3. Свідоме дослідження дитинства</p> <p>4. Додаток зроблених відкриттів до дорослого життя.</p> <p>5. Зміна способу життя</p>	<p>1. Продовження програми відновлення</p> <p>2. Уміння жити "день за днем"</p> <p>3. Безперервне зростання і розвиток</p> <p>4. Здатність ефективно адаптуватися до змін в житті.</p>

Таблиця 2. Розвиваюча модель одужання Діани Дойль Піти [65]

Стадії	Процес	Завдання	Мета	Досягнення, потрібні для переходу в іншу стадію
Стадія 1: Початок лікування	Психосоціальна криза: Довіра проти недовіри. Потенційні досягнення: Надія і довіра замість знедоленості. Терапевтичний процес: Прохання про і прийняття допомоги	Визнання: «Я не можу контролювати вживання алкоголю/наркотиків».	Згода з цілями лікування: припинення компульсії	Довіра і надія
Стадія 2: Зупинка компульсії	Психосоціальна криза: Автономність проти сорому, сумніву. Потенційні досягнення: Воля замість компульсії Терапевтичний процес: «Я хочу спробувати», «Я довіряю тобі»	Дотримуватися лікувального плану. Відділення від коханих і друзів. Робота за Першим Кроком: визнання втрати контролю. «Я не вживатиму алкоголь/наркотики», «Я відвідуватиму індивідуальну і групову терапію і АА», «Я знайду спонсора»	Залишатися тверезим день за днем	Довіра, надія і воля
Стадія 3: працюємо і розважасмося тверезими	Психосоціальна криза: Ініціатива проти провини. Завзятість проти неповноцінності. Потенційні досягнення: Цілеспрямованість замість пригніченості Компетентність замість інерції Терапевтичний процес: «Я визнаю, що я хворий» «Моє призначення залишатися тверезим» «Я гідна людина»	Психоосвіта Робота по трьох перших кроках. Повернення до роботи в якості людини, що видужус. Навчання батьківським тверезим і не співзалежним функціям. Отримання навичок гри, насолоди вільним часом, релаксації, розваги.	Навчитися працювати і розважатися в тверезому стані	Довіра, надія, воля, цілеспрямованість, компетентність
Стадія 4: створення ідентичності, специфічної для тверезості	Психосоціальна криза: Ідентичність проти невизначеності Потенційні досягнення: Упевненість замість приниженості Терапевтичний процес: Віра в одужання Віра в себе тверезого, віра у вищу силу «Я гідний довіри» «Я гідний поваги».	Ідентифікація і подолання ірраціональних переконань про себе. Прийняття: «Я одужуючий алкоголік/наркоман». Навчання прийняттю і турботі про себе. Робота над самооцінкою і вираженням почуттів про себе. Робота над Кроками Другим і Третім.	Визнання і прийняття: «Я алкоголік/наркоман». Початок ідентифікації духовного «Я».	Довіра, надія, воля, сенс, компетентність, віра.

Таблиця 2. Продовження

Стадії	Процес	Завдання	Мета	Досягнення, потрібні для переходу в іншу стадію
Стадія 5: розвиток інтимності, специфічної для тверезості	Психосоціальна криза: Близькість (у дружніх стосунках) замість ізоляції. Потенційні досягнення: Любов (у тверезості) замість винятковості. Терапевтичний процес: освіта в області стосунків, чесність і довіра, вираження почуттів оточенню, прийняття ризику, спроби віддавати і зустрічати потреби.	Робота над профілактикою зриву. Придбання чесності. Приєднання до групи самодопомоги. Приєднання до Крокової Групи. Вираження почуттів в груповій терапії. Навчання просити про щось Вивчення навичок сприйнятливості Придбання нових тверезих друзів Соціалізація з друзями, сім'єю, родичами. Розпізнавання і припинення співзалежної поведінки	Опанувати навички соціалізації і взаємовідносин	Довіра, надія, воля, сенс, компетентність, віра, любов
Стадія 6: розвиток ідентичності	Психосоціальна криза: Ідентичність проти невизначеності Потенційні досягнення: Ідентичність (відчуття себе) і впевненість замість зречення. Терапевтичний процес: Отримання знань про себе. «Я» відносно сім'ї походження. «Я» відносно власної сім'ї. Релевантність ролей, що представляють ідентичність	Припинення обсессивно-компульсивної поведінки: їжа, сигарети, трудоголізм. Ідентифікація проблем сім'ї походження: алкоголізм, сексуальне насильство, занедбаність. Залишення старої сімейної ролі: цап-відбувайло, клоун, герой. Ідентифікація пов'язаних з кар'єрою здібностей і цілей. Продовження освіти, зміна кар'єри.	Відкрити, ким я є зараз, мої позитивні сторони і потреби	Відкрити, ким я є зараз, мої позитивні сторони і потреби
Стадія 7: інтимність в любовних стосунках.	Психологічна криза: Інтимність проти ізоляції. Потенційні досягнення: Зріла любов замість любові, визначуваної роллю. Терапевтичний процес: Перехід від егоїстичної до зрілої інтимності	Профілактика заміщаючих залежностей: паління, їжі, сексу. Новий погляд на поточні любовні стосунки. Припинення нездорових любовних стосунків. Вибір нових здорових партнерів. Турбота про задоволення потреб і вираження любові Прийняття партнерів Робота із співзалежністю в стосунках з люблячими партнерами. Навчання, як приймати точку зору іншої людини Навчання тому, як бути менше сконцентрованим на собі	Здатність любити здоровим, взаємно задовольняючим способом	

Незважаючи на це, модель Піти залишається поки єдиною нам відомою інтегральною психологічною розвиваючою моделлю одужання від алкогольної залежності, де одужання розглядається як еволюційна зміна особистості адикта. І ця модель цілком підходить як основа для подальшої розробки інших психологічних моделей одужання від алкогольної (та іншої) залежності.

Існують й інші дієві моделі роботи із залежними людьми, що з'явилися окремо від програм терапії залежностей, які історично еволюціонували з підходу АА. Проте їх розгляд виходить за рамки цього посібника. Але слід зауважити, що в запропонованій нами моделі враховано і акомодовано багато досягнень цих підходів, особливо когнітивно-біхевіорального підходу, системного сімейного підходу і так званої «голландської» моделі, заснованої на методах мотиваційного інтерв'ю та моделі змін Прохазки і Ді Климента.

Інтеграційна особистісно-орієнтована розвиваюча модель одужання від алкогольної залежності центру «Сенс»

У цій моделі одужання, заздалегідь названій *інтеграційною особистісно-орієнтованою розвиваючою (ІООР)*, враховується попередній досвід системних еволюційних моделей одужання, інтегрований в запропоновану нами теорію особистості та етіології психологічної залежності від алкоголю.

Схематично одужання від алкогольної залежності в моделі ІООР зображено на рис. 1.

У системі діяльності людини з алкогольною залежністю в активній фазі вживання домінує патологічно деформований тілесний рівень, в якому потреба в алкоголі перейшла в розряд природних потреб. Особистісний і соціальний рівні психіки є «керованими» і підпорядковані в структурі діяльності тілесному рівню. Людина з такою структурою особистості практично не здатна залишатися довгий час тверезою.

Як наслідок викладеного, потребою першого етапу одужання є інтегральний розвиток різних сфер *соціального рівня психіки*. Для роботи нами виділені чотири сфери психіки: *когнітивна, емоційна, мотиваційно-антиципаційна і поведінкова*. Тоді розвиток соціального рівня психіки полягає в розвитку конкретно-наочного мислення, інтелектуальних і соціальних емоцій, ситуаційного прогнозування, здатності до цілеспрямованих дій. Також важливим на першому етапі одужання є забезпечення соціального середовища, яке приймає та

підтримує. На наш погляд, в моделі *терапевтичних співтовариств і програми «12 Кроків»* забезпечується проходження саме цього етапу видужання.



Рис. 1. Схематичне зображення етапів видужання від алкогольної залежності відповідно до інтеграційної теорії особистості.

Проте проходження *першого етапу* видужання виявляється недостатньо, оскільки нерозвинений особистісний рівень психіки залежної людини не дає можливості повноцінно адаптуватися в соціальному середовищі поза підтримкою співтовариства, отже, людина стає залежною від соціального оточення, що підтримує її. Так, наприклад, деякі члени АА заявляють, що справжнє життя відбувається в АА, а інша частина суспільства для них чужа. Залишивши товариство, що підтримує, такі люди, як правило, з часом повертаються до вживання алкоголю.

Другий етап видужання полягає в опрацюванні патологічних змін на соціальному і тілесному рівнях психіки з поступовим розвитком особистісного рівня. Вирішення інтро- та інтра- особистісних конфліктів дає людині можливість жити повноцінним соціальним і внутрішньо-особистісним життям, отримувати задоволення від своєї тверезості.

Наступним етапом у видужанні є розвиток здібностей до самоактуалізації і подальшого саморозвитку. Цей етап передбачає подальший розвиток в *когнітивній, емоційній, мотиваційно-антиципаційній і поведінковій сферах* психіки. Саме розвиток системного погляду на життя, відродження моральних почуттів і свідомості життя, постановку більш далеких цілей. Цей етап особистісного розвитку не є обов'язковим для підтримки стабільної тверезості, тому немає необхідності включення його в систему обов'язкової терапії.

Відповідно до запропонованої схеми увесь процес одужання від алкогольної залежності можна умовно розділити на шість фаз (по дві фази на кожний з описаних етапів).

Фаза 1. Прийняття відповідальності за вживання. Цю фазу можна назвати вступною до всього процесу вивужання. Завдання цієї фази в тому, щоб допомогти залежному: а) визнати наявність проблем у своєму житті, пов'язаних із вживанням алкоголю; б) визнати неможливість контролю над вживанням алкоголю; в) визнати наявність фізіологічних, психологічних, соціальних порушень і особистісних проблем; г) визнати необхідність самостійної роботи і професійної допомоги; д) навчитися утримуватись від вживання алкоголю та освоїти елементарні стратегії психічної і соціальної життєдіяльності, спрямовані на підтримку тверезості.

Для роботи з клієнтами у межах цієї фази найбільше підходять поведінкові та навчальні види психотерапії, РЕПТ Еліса.

Фаза 2. Зупинка компульсії. Мета цієї фази – розвиток соціального рівня психіки і перехід його в структурі особистісної діяльності на провідне місце перед тілесним рівнем. Завдання цієї фази: навчання альтернативним конструктивним способам (копінгам) соціальної поведінки, ситуаційного планування, емоційного реагування і мислення. Положення про необхідність у виробленні адаптивних копінгів на ранніх термінах ремісії (до 1 року) корелює з недавніми вітчизняними дослідженнями в цій області [41].

Для роботи в цій фазі також використовуються у більш поглибленій формі психотерапевтичні методи з першої фази. При роботі на перших двох фазах одужання не рекомендується зачіпати внутрішньоособистісні конфлікти та інші особистісні проблеми клієнтів, оскільки ще не сформовані внутрішні ресурси для їх вирішення.

При проходженні перших двох фаз і виведенні соціального рівня психіки в структурі діяльності на перший план залежна від алкоголю людина буде здатна залишатися тверезою тривалий час при належній організації зовнішнього середовища для підтримки тверезості. Наприклад, при регулярному відвідуванні зборів взаємодопомоги, проходженні особистої або групової терапії і/або кардинальній зміні системи взаємовідносин у сім'ї.

Фаза 3. Емоційна стабілізація. Головне завдання цієї фази – опрацювання і контроль актуальних внутрішньоособистісних і соціальних конфліктів, деструктивних психологічних патернів. Завданнями цієї фази є: розвиток навичок управління своїм внутрішнім станом, адаптивне спілкування з людьми поза системою підтримки тверезості, пошук і здобуття задоволення тверезим життям.

У системі психокорекції можуть застосовуватися глибші методи роботи, чим на перших двох фазах, наприклад, робота з проміжними переконаннями у межах когнітивної терапії, робота з ролями і функціями і т.д. Проте на цьому етапі слід уникати методів звернення до дитинства, глибокого занурення і опрацювання минулого досвіду.

Фаза 4. Соціальна стабілізація. Мета цієї фази – усвідомлення себе унікальною незалежною особистістю зі своїми власними цілями в житті і здійснення цих цілей (ідентичність в теорії Еріксона). Завданнями цієї фази є виявлення витоків психологічних конфліктів, опрацювання дитячих проблем і т.д.

У психотерапевтичній практиці використовується робота з минулим (наприклад, ресинтез минулого в когнітивній або гештальттерапії, сценарний аналіз, прийоми психоаналітичної школи, нарративний підхід).

При проходженні третьої і четвертої фаз одужання людина виробляє особистісні навички, що повністю знімають необхідність в алкоголі. Вона живе повноцінним тверезим життям, не потребує постійної допомоги середовища, що підтримує тверезість (хоча бажана профілактика у вигляді регулярних консультацій або особистої терапії).

Фаза 5. Особистісна ідентифікація. Метою цієї фази є усвідомлення інших людей та всього світу як незалежних об'єктів зі своїми цілями і прагненнями і побудова взаємовідносин з ними, коли враховуються не лише свої інтереси, але й інтереси інших.

Кращою модальністю психотерапії для цієї фази є психотерапія гуманістичних шкіл, що ставлять своїми мішенями самоактуалізацію, особистісне зростання, розвиток конгруентності і т.д.

Фаза 6. Моральна стабілізація. Мета цієї фази – усвідомлення сенсу життя, подальше зміцнення повноцінних взаємовідносин із собою, оточенням, світом і Богом на осмисленій основі.

Модальність психотерапії – з екзистенціальним ухилом, спрямована на пошук смислової основи життя (як більш далекої мети).

Проходження двох останніх фаз не є обов'язковим в системі відновлення особистості, оскільки вони спрямовані на вирішення завдань, що далеко виходять за межі алкогольної залежності, і торкаються питань, які зрештою повинна вирішувати для себе кожна людина (як «залежна», так і «незалежна»).

Слід зауважити, що хоча ЮОР-модель одужання від алкогольної залежності побудована на іншій теоретичній основі, ніж розвиваюча модель Піті, але в результаті приводить до схожих результатів. Це дає можливість зробити припущення, що розробка теоретичних

обґрунтувань і послідовність реалізації ІООР-підходу мають високу валідність в терапії залежностей. Будучи апробованою в Дніпровському районному в місті Києві Центрі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, ІООР-модель може мати перспективу подальшого розвитку як еталон програм одужання від алкогольної та інших видів залежностей.

Наступним етапом після опису загальної теоретичної концептуалізації моделі видужання в розробці програми реабілітації є її практична реалізація в конкретних соціальних умовах.

Загальні питання організації амбулаторної вечірньої соціально-психологічної реабілітаційної програми на базі центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Центр соціально-психологічної реабілітації для залежних від алкоголю «Сенс» є структурним підрозділом служби соціально-профілактичної роботи Дніпровського районного у місті Києві центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Місія роботи центру: повернення людей, залежних від алкоголю, до повноцінного соціального і гармонійного психологічного тверезого життя.

Цілі реабілітації:

- стабілізація внутрішнього стану клієнта;
- навчання вирішенню життєвих завдань без вживання алкоголю;
- допомога у відновленні (здобутті) здатності отримувати задоволення від тверезого життя;
- навчання навичкам самостійного вибору шляху подальшого розвитку і видужання.

Завдання реабілітації:

- інформаційне консультування осіб, що звернулися з питань хімічної залежності;
- мотивування осіб, що звернулися за допомогою у вирішенні проблеми із вживанням алкоголю, на проходження реабілітації в центрі «Сенс»;
- надання особам, що звернулися в центр, повної інформації про інші види допомоги хімічно залежним людям: наркологічні служби, групи Анонімних Алкоголіків, інші реабілітаційні центри і т.д.;
- створення особам, що погодилися на проходження реабілітації (далі реабілітантам), сприятливішої для

одужання психологічної атмосфери (психотерапевтичного середовища);

- забезпечення реабілітантів методичними матеріалами з видування від алкоголізму;
- подолання деструктивних навичок і навчання конструктивним навичкам поведінки, цілепокладання, емоційного реагування, мислення;
- навчання стратегіям утримання від пияцтва;
- навчання конструктивним способам реагування в кризових, стресових та інших складних ситуаціях;
- психопрофілактична допомога реабілітантам в подоланні станів стресу;
- лекційне інформування про основи алкогольної залежності і одужання від неї;
- робота з розвитку комунікативних навичок;
- робота з розвитку соціальної адаптації реабілітантів;
- психологічна консультаційна робота з найближчим соціальним оточенням;
- робота в напрямку підключення людей з найближчого оточення до відповідних програм допомоги співзалежним;
- допомога в розробці планів подальшого видування і особистісного розвитку;
- постреабілітаційна підтримка.

Також в центрі проводиться:

- науково-дослідна робота і співпраця з відповідними науково-дослідними установами;
- просвітницька робота з населенням;
- корекція діючих і розробка нових реабілітаційних заходів;
- моніторинг новітніх досягнень в соціальній психотерапії залежностей і при необхідності їх впровадження в реабілітаційну практику центру.

Реабілітаційні заходи в центрі. Одним з основних чинників ефективності реабілітації від хімічної залежності є її тривалість [66]. Ми вважаємо, що курс соціально-психологічної реабілітації (включаючи обов'язковий підтримувальний етап) від алкогольної залежності повинен мати тривалість не менше 2-3 років, і наша думка корелює з іншими авторами [35, с. 592].

Реабілітація в центрі «Сенс» проходить в *два етапи*: перший триває три місяці, наступний – дев'ять місяців.

Перший етап реабілітації відповідає першій фазі видужання в ІООР-моделі «*Прийняття відповідальності за видужання*». Його терапевтичними мішенями є: подолання афектів, що є певними блоками (тривоги, провини, сорому і т.д.), подолання азоногностичних установок і формування установок відповідальності за своє видужання, формування альянсу із співробітниками центру, формування життєвих стратегій в підтримці тверезості. Хоча час проходження першої фази в моделі ІООР суто індивідуальний для різних типів клієнтів, для тих людей, з якими переважно відбувається робота в центрі (алкогольна залежність середини і кінця 2-ї стадії в класифікації Стрельчука, або 2-ї і 2-3-ї стадії в адаптованій класифікації Іванця, γ -алкоголізм по Желінеку [24, с. 66]), цей термін був визначений в процесі практичної роботи як оптимальний. Такий термін узгоджується з даними за тривалістю гострого періоду постабстинентного синдрому [15], а також з практичним досвідом співтовариства АА (правило «90 днів-90 зборів»).

Заняття у рамках першого етапу реабілітації проходять з понеділка по п'ятницю у вечірній час з 17:00 до 20:30, що дає можливість реабілітантам поєднувати проходження реабілітації з багатьма робочими графіками. Як виняток, тим, у кого графік роботи «доба-трьох», за взаємною домовленістю дозволяється пропускати кожен четвертий день реабілітації з обов'язковим виконанням самостійної роботи. Такий інтенсивний графік реабілітаційних занять вибраний внаслідок гострого протікання в цей період у реабілітантів постабстинентного синдрому (*ПАС*), який є одним з найбільш вагомих чинників, що перешкоджають формуванню ремісії на коротких (до 1 року) термінах одужання. Гострий період *ПАС* якраз і становить три місяці. Саме в цей час людям, що видужують від алкогольної залежності, потрібна постійна інтенсивна психологічна підтримка.

Психотерапевтичними заходами, спрямованими на досягнення цілей першого етапу реабілітації, є:

Дискусійна (власне терапевтична) група. На цій групі реабілітанти можуть обговорити свої життєві питання, які їх турбують, отримати зворотний зв'язок від інших членів групи і від ведучого. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Група сімейної терапії – дискусійна група, на якій присутні самі реабілітанти та їх родичі, і де є можливість опрацювати сімейні

проблеми. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Заняття з ведення щоденника «самоаналізу». Заняття спрямоване на виявлення і аналіз деструктивних стратегій поведінки (цілепокладання, емоційного реагування, мислення) і вироблення нових конструктивних стратегій.

Інформаційне заняття висвітлює основні питання алкогольної залежності і вилучення від неї.

Збори Терапевтичного Співтовариства (ЗТС) – заняття, присвячене тижневому аналізу протікання реабілітаційного процесу і ставленню до нього кожного з реабілітантів, а також обговоренню загальних і конфліктних питань реабілітаційного процесу.

Заняття з написання мотиваційно-аналітичних завдань та їх обговорення призначені для усвідомлення власних проблем, пов'язаних з алкогольною залежністю, і постановки цілей, спрямованих на їх вирішення.

Група профілактики зриву – заняття з відстеження та ліквідації симптомів, що ведуть до рецидиву. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Тренінг комунікативних навичок – заняття спрямоване на виявлення деструктивних навичок спілкування і вироблення конструктивних.

Фільмотерапія – перегляд тематичних фільмів з їх подальшим груповим обговоренням.

Збори групи АА – двічі на тиждень реабілітанти центру відвідують групу АА «Лівобережна», з якою центр тісно співпрацює. Після закінчення реабілітації залежні мають можливість вибрати альтернативний спосіб подальшої підтримки своєї тверезості у рамках співтовариства АА.

Основними психотерапевтичними заходами другого етапу реабілітації (одужання, що відповідає другій фазі в ІООР-моделі «Зупинка компульсії») є: обов'язкове відвідування терапевтичної групи, що проходить раз на тиждень і побудована за принципом тренінгу особистісного зростання (тривалість 3,5 години), відвідування як мінімум двох з трьох занять на тиждень (дискусійної терапевтичної групи, групи сімейної терапії, групи профілактики зриву). Рекомендується також відвідування зборів співтовариства «Анонімні Алкоголіки» два рази на тиждень.

Третій етап реабілітації, що відповідає проходженню третьої фази одужання «Емоційна стабілізація», знаходиться у стадії розробки, але, ймовірно, він триватиме близько року, а його основою будуть

терапевтичні групи, орієнтовані на опрацювання особистісних конфліктів.

Загальні характеристики людей, що приймаються на реабілітацію. Центр реабілітації залежних від алкоголю «Сенс» не є медичною установою, і в ньому не вирішуються проблеми медичного (психіатричного) характеру. Алкогольна залежність в програмі реабілітації розглядається як функціональний розлад психіки і порушення системи соціальних стосунків, тому в центрі проводяться заходи виключно соціально-психологічного характеру і застосовуються методи соціальної психотерапії (і повністю виключається медикаментозна психотерапія). Це накладає свої обмеження на тих людей, що приймаються в реабілітацію. У програму реабілітації після первинного консультування допускаються люди:

- що мають намір вирішити свою проблему зловживання алкоголем;
- погоджуються з правилами та планом реабілітації і можуть їх дотримуватися;
- не в стані гострого абстинентного синдрому (у разі гострої абстиненції рекомендується звернутися за медикаментозною допомогою у відділення КМНКЛ «Соціотерапія», а після детоксикації приступити до реабілітації);
- здатні відмовитися на час реабілітації від вживання алкоголю;
- у віці від 18 років;
- без коморбідних ендогенних психічних розладів, психотичного і психопатичного регістру, що не потребують медикаментозної психіатричної допомоги (в цьому випадку рекомендується звернутися у відповідні психіатричні служби).

На первинній консультації після необхідного інформування про основні механізми алкогольної залежності і проведеної мотиваційної роботи людину знайомлять з умовами і можливостями проходження реабілітації в центрі.

При згоді на проходження реабілітації людину знайомлять із правилами центру, а також дається тиждень для перевірки її належної мотивації і для знайомства із заняттями реабілітації. Одночасно в центрі можуть проходити реабілітацію максимум дев'ять осіб.

При згоді на подальше проходження реабілітації з нею підписують контракт (додаток 1а). При відмові проходити реабілітацію клієнта знайомлять з альтернативними шляхами вирішення проблеми і надають інформацію про місце, де можна це зробити.

Приводами для відрахування з реабілітаційного центру можуть бути описані в контракті порушення, а також інші непередбачені контрактом обставини, внаслідок яких проходження реабілітації цією людиною може зашкодити іншим реабілітантам або їй самій.

Після успішного проходження першого етапу реабілітації і при бажанні реабілітанта продовжувати реабілітацію з ним підписують контракт про проходження другого етапу реабілітації (додаток 1б).

Колектив центру. У центрі працюють чотири фахівці, один з яких виконує адміністративні функції (головний фахівець служби соціально-профілактичної роботи), інші троє організують реабілітаційний процес і проводять психотерапевтичні заходи. До роботи центру притягуються також волонтери з людей, що пройшли реабілітацію і знаходяться в стані якісної ремісії, а також інші фахівці соціальної служби.

Основні принципи і прийоми психотерапевтичної роботи в процесі реабілітації осіб, що мають алкогольну залежність

Психотерапевтична робота з алкозалежними людьми має свої особливості [21, 23]. Серед основних особливостей алкозалежних клієнтів, що відрізняють їх від інших клієнтів соціальної служби, і які заважають психотерапевтичній роботі, виділяють:

- «патологічну брехливість» людей з алкогольною залежністю [51];
- ефект анозогнозії (заперечення хвороби) [55];
- тенденцію до симбіотичних стосунків і формування залежних стосунків (у тому числі від психотерапевта і від терапевтичної групи) [32, 33, 56];
- нездатність брати відповідальність за вирішення своїх проблем на себе [8];
- високий рівень інфантильності особистості [44];

Таким чином, фахівець, що працює з алкозалежними, має бути готовий до певних проявів клієнтів: маніпулювання і брехливості; амбівалентної мотивації; невизнання своїх проблем; тенденції до злиття або, навпаки, до агресивності і розриву стосунків; до безвідповідальності (як у розумінні нездатності нести відповідальність за свою поведінку і вирішення проблем, так і в розумінні дисциплінованості і організованості); до дитячих реакцій і світогляду. Це створює особливі труднощі для консультантів і психотерапевтів порівняно з іншими областями психологічного консультування і терапії.

Окрім вищеназваних особливостей, нами виділяються також наступні:

1. Люди, залежні від алкоголю (особливо на пізніх стадіях розвитку залежності), виявляються не дуже здатними до абстрактного (формально-логічного) і конкретно-наочного мислення. Так, людині, що пила велику частину свого життя, складно згадати декілька конкретних прикладів того, як вона випивала!

З точки зору ЮОР-підходу, це пояснюється домінуванням тілесного рівня психіки і, відповідно, переважанням доопераційного мислення з механізмами дихотомії і надгенералізації. Ярлики «завжди і все» переважають над спогадами «коли конкретно і що конкретно». Це дуже важливий чинник для вибору стилю психотерапії. У роботі з алкозалежними клієнтами в цьому випадку слід уникати *формалізованих* інтерпретацій, акценту на логічне розуміння, систематизацію досвіду і застосування метафор. У терапії повинні переважати наочна робота (конкретні приклади з життя клієнта, інших людей, можливо навіть вигадані), прийоми конкретизації і диференціації узагальненого досвіду (замість декларованого «пив завжди» попросити згадати декілька конкретних прикладів, коли напився).

Також треба пам'ятати, що залежні від алкоголю люди схильні до міфологізації і моралістики, тому бесіди на «духовні» і «морально-етичні» теми небажані.

2. Емоційна сфера адиктів характеризується переважанням дитячих афектів, що слабо контролюються, тому в роботі з емоціями повинні переважати прийоми не «занурення» в емоції, а навчання навичкам прийняття (себе, людей, світу), усвідомлення емоцій і їх корисності-некорисності в конкретній ситуації, створення системи емоційної підтримки. Загалом, замість «глибокої і точкової» роботи з емоційною сферою більше потрібна «широка і поверхнева» робота.
3. Робота з алкозалежними ускладнюється тим, що вони переживають дуже сильно почуття сорому і провини, а одне з першочергових завдань фахівця – звільнити їх від цих почуттів. Зважаючи на наявність цих негативних почуттів, здатність самоприйняття у алкозалежних дуже слабка, тому слід уникати прямих інтерпретацій (коли відповідальність за проблему і її вирішення безпосередньо перекладається на людину – схоже з «генетичними» інтерпретаціями в психоаналізі). Бажано використовувати сторонні приклади і «наглядові інтерпретації», коли формулюється проблема і показується людині наче з боку, а відповідальність за

неї він бере в тій мірі, в якій здатний взяти самостійно (схоже з інтерпретацією примітивних захистів в психоаналізі)[28, с. 117].

4. У людей, залежних від алкоголю, складні «стосунки з часом», що відображається на мотиваційній і антиципаційній сфері. Вузька «часова перспектива» [36] призводить до того, що мотивації «тут і зараз» переважають над мотиваціями «там і потім». Наприклад, позитивні ефекти від пияцтва «зараз» суб'єктивно набагато реальніші, ніж негативні наслідки від нього «потім». Як інший приклад можна привести те, що для алкозалежної людини негативні ефекти від роботи над собою «зараз» суб'єктивно сильніші за позитивні ефекти від неї «потім» (як наслідок, відсутність мотивації щось робити для свого видужання). Також необхідно враховувати в роботі характерний для алкозалежних психологічний ефект втечі в «тут і зараз». Незрілість антиципаційної сфери ускладнює елементарне прогнозування своїх дій і пов'язані з цим проблеми [30]. В роботі із залежними необхідно створювати високий «потенціал» їх зацікавленості в роботі «тут і зараз», а також робити обов'язковий акцент на розвиток антиципаційних здібностей (прогнозування, планування, цілепокладання та ін.)

5. Здібності до запам'ятовування та інші функції пам'яті у алкозалежних порушені [60]. Тому терапевт має бути готовий до багаторазового опрацювання одних і тих самих проблем (і багаторазового їх «усвідомлення» клієнтом). Необхідний матеріал має бути наданий в різноманітній формі, що дублює одна одну.

У стратегії психотерапевтичної роботи необхідно враховувати усі ці особливості, а також те, що людей з алкогольною залежністю за тяжкістю психологічної дезадаптації можна віднести до категорії людей з «прикордонними» порушеннями, що наближаються до психопатичного континууму [54]. Згідно з цим нами були розроблені наступні рекомендації до стилю роботи фахівця, яких необхідно дотримуватися на першому етапі видужання (перші три місяці):

1. *Активність і директивність терапевта.* Найбільш прийнятним стилем на першому етапі видужання є стиль активності терапевта, запропонований в раціонально-емотивній поведінкової терапії Еліса [59]. Алкозалежні на першому етапі видужання мають низьку мотивацію до роботи, і при менш активному і директивному стилі терапевта робота клієнтів дезорганізується.
2. *Підтримка (мінімізація фрустрацій) як стиль терапії.* Без високого рівня підтримки і безпечної атмосфери буде неможливо подолати сильне почуття незахищеності реабілітантів і залучити їх до роботи.

3. *Структурованість психотерапії.* Алкозалежні клієнти характеризуються підвищеним рівнем тривоги [13], і неструктурований стиль роботи, що використовується у багатьох школах психотерапії, призводить до підвищення цієї тривоги і до зриву терапії.
4. *«Обхід» захисту та опору.* Деякий захист і опір у людей з алкогольною залежністю може бути трохи не останнім безальтернативним механізмом захисту від нищівного почуття неповноцінності. Тому спочатку увагу слід приділяти напрацюванню нових, більш адаптивних механізмів захисту, а вже тільки потім подоланню старих (наприклад, перед інтервенціями на визнання хвороби слід «пропрацювати» почуття провини, пов'язане з цим). При виникненні опору під час роботи, якщо це, звичайно, торкається не принципових питань (що не ведуть безпосередньо до рецидиву), краще відразу ухилитися від подальшої роботи в цьому напрямі і переходити на інші області, що викликають менший опір.
5. *«Наглядові» інтерпретації і конфронтації.* Низький рівень самоприйняття у алкозалежних вимагає підбору техніки психологічної роботи, в якій клієнтові демонструвалася б його проблема без відношення до нього особисто, а вибір ототожнення із собою залишався б за самою людиною.
6. *Конкретизація і наочність.* У психологічній організації діяльності в алкозалежних людей профіцитарним є допредметний рівень і дефіцитарним предметний рівень. Тому для формування предметного рівня діяльності потрібна велика кількість конкретних прикладів і наочних інтерпретацій. На початкових етапах роботи слід уникати формалізованих пояснень або супроводжувати їх великою кількістю наочних прикладів.
7. *Соціалізація (відкритість і чесність) в роботі.* У роботі з алкозалежними слід уникати якої-небудь двозначності або незрозумілості механізмів впливу, оскільки це підвищує тривогу і блокує роботу (аж до повної відмови). Тому робота з алкозалежними повинна супроводжуватися інформаційними матеріалами, що пояснюють суть проблеми, принципи роботи з нею і т.д.
8. *Налаштування на позитивні цілі.* Проблемо-центрована робота з алкозалежними ускладнена: а) високим рівнем анозогнозії; б) інтернальним локусом контролю, що примушує бачити джерело проблем в оточенні, а також низьким рівнем самоприйняття, що не дозволяє вважати ці проблеми своїми; в) поверхневим баченням своїх проблем; г) загальною «нерозвиненістю» особистості.
Отже, орієнтир в терапії має бути сконцентрований на позитивному розвитку (зростанні) особистості. У зв'язку з цим, у

роботі краще орієнтуватися не стільки на вирішення проблем, скільки на досягнення позитивних цілей (наприклад, не кинути пити, а вчитися жити тверезим).

9. *Безумовне прийняття.* Люди з алкогольною залежністю соціально «відчужені» і гостро потребують соціального прийняття, тому рівень прийняття реабілітантів фахівцями має бути досить високий.

Проте прийняття в жодному разі не означає м'якість і податливість; така позиція може привести до маніпуляцій з боку клієнта і в результаті до провалу роботи.

Прийняття в роботі із залежними має бути схоже з позицією «суворого батька, що приймає» (саме цієї фігури, як правило, не діставало свого часу в житті більшості залежних), а не з позицією «м'якої матері, що приймає», надмірна турбота якої і була одним з чинників формування залежності [7]. Тобто в роботі із залежними позиція м'якого терапевта виключається, а надається перевага авторитетній позиції «жорсткого» прийняття [20].

Особливості організації групової терапії для алкозалежних в умовах відкритих груп

Практика показує, що найбільш продуктивною формою роботи з людьми, залежними від алкоголю, є групова форма роботи. Вона може проводитися у вигляді дискусійних терапевтичних груп, поведінкових і соціально-психологічних тренінгів, мотиваційно-інформаційних групових занять та інших форм групової терапії.

Перевага групової терапії в роботі із залежними людьми доведена багаторічним світовим досвідом роботи із залежностями. Одним з перших, хто застосував цілющий ефект групи до вирішення проблеми алкогольної залежності, було співтовариство АА. Пізніше була доведена ефективність професійної групової роботи із залежними [25-27].

У літературі описуються різні чинники, що мають терапевтичний вплив на клієнтів під час групової роботи [22, 61-62]. Нами виділяються серед них наступні моменти, що мають найбільше терапевтичне значення в роботі із залежними людьми:

- *катарсис* – полегшення внутрішнього стану через вербалізацію своїх проблем;
- *універсальність переживань* – зникає відчуття унікальності своїх проблем через усвідомлення схожості їх з проблемами інших людей;

- *участь в інтерперсональних стосунках* – зникають почуття самотності, ізоляції та інші, пов'язані з комунікаційною депривацією, за допомогою участі у груповій дискусії;
- *навіювання надії* – усвідомлення можливості вирішити власні проблеми за допомогою спілкування з людьми, що вже вирішили їх;
- *імітаційна поведінка* – вибір позитивного образу поведінки серед учасників групи або ведучого і неусвідомлене наслідування йому;
- *отримання достовірної інформації* – головним джерелом інформації в групі повинен бути терапевт;
- *розвиток здорової соціалізованої техніки* – через засвоєння встановлених норм спілкування в групі відбувається позитивний розвиток власних комунікаційних здібностей.

Водночас позитивний вплив деяких чинників в груповій роботі з «не хімічно залежними» ставиться нами під сумнів.

Одним з таких чинників є *групова згуртованість*. За нашими спостереженнями, на початкових стадіях одужання група залежних має тенденцію до об'єднання через «залежні» або «патологічні» частини особистості, що призводить до групового саботажу видужання. Тому не має сенсу проводити посилену роботу над об'єднанням групи, а в деяких випадках навіть варто робити інтервенції на зменшення групової згуртованості, свідомо поділяючи групу на два угруповання: тих, що «активно видужують» і таких, що «чинять опір одужанню». Наша думка корелює з [1, с. 128]. Інтервенції на групову згуртованість робляться на другому етапі реабілітації, коли з'являється можливість згуртувати групу, опираючись на нормативні, «здорові» частини особистості.

Наступний чинник, з впливом якого треба бути обережним, – це прояв клієнтами *альтруїзму*. Для алкозалежних людей характерним є розвиток співзалежних патернів поведінки, одним з яких є патологічне зневажання власними проблемами заради вирішення чужих проблем. Тому важливим у видужанні залежних людей є розвиток навичок взяття відповідальності за своє видужання і прояв «здорового егоїзму».

Часто серед терапевтичних чинників групової роботи згадують *аналіз коригувального впливу батьківської сім'ї* [18, 60]. Ми вважаємо, що час для роботи з проблемами дитинства і корекції впливу батьківської сім'ї прийде не раніше, ніж через декілька років одужання. Передчасне звернення до цієї теми може призвести до негативних результатів. Наша думка корелює також з [65, 15, 16].

Також слід бути уважним при груповій роботі з чинником *зворотного зв'язку*. Люди, що страждають залежністю, мають тенденцію давати досить деструктивний зворотний зв'язок як за формою, так і за змістом. Тому терапевтові слід обмежувати деструктивний зворотний зв'язок, заохочувати конструктивний, проводити інтервенції щодо навчання конструктивним формам зворотного зв'язку, давати власний зворотний зв'язок (який в деяких випадках може протистояти думці усієї групи). Враховуючи це, можна зробити висновок про необхідність активної і директивної позиції терапевта в груповій роботі на початкових стадіях одужання клієнтів. Валентик Ю. В. вказує на те, що терапевтові при роботі із залежними необхідно бути більш директивним, ніж при подібній роботі з мотивованими клієнтами з «прикордонними» розладами [1, с. 128]. Досвід нашої роботи показує, що найбільш прийнятним при розподілі активності між терапевтом і усією іншою групою являється відношення 50:50. Це зближує такий стиль роботи із стилем раціонально-емоційної поведінкової терапії [58].

Окрім активно-директивної позиції, керівникові групи слід брати на себе роль головного експерта у вирішенні питань, бути зразком для наслідування і фасилітувати групову роботу.

У роботі центру «Сенс» використовується модель груп відкритого типу, коли нові учасники можуть входити в реабілітаційний процес на будь-якому етапі роботи групи. Це накладає істотні обмеження на роботу з групою динамікою. Відомо, що при роботі з групою найчастіше визначають чотири фази її розвитку [11, 47]: адаптації, активної напруги, стійкої працездатності, розпаду [14]. У відкритій групі такий розвиток групової динаміки практично неможливий. У такому разі, при роботі з групою динамікою головне завдання терапевта – це утримання рівня розвитку групи «між» першою і другою фазами. В цьому випадку група, з одного боку, не відторгає новачків, які можуть включитися в її роботу. З іншого боку, клієнти після закінчення першого етапу реабілітації виявляються здатними до роботи на другому етапі, де рівень розвитку групи підтримується терапевтом приблизно «між» другою і третьою фазами групової динаміки. Таке «заморожування» групової динаміки є істотною відмінністю роботи відкритої групи від роботи в закритих групах, де терапевт працює з розвитком групової динаміки в сформованій групі, що не змінює свій склад.

Основні завдання, що відносяться до питань групової динаміки, які необхідно вирішити терапевтові на першому етапі реабілітації:

- робота з особистісною тривогою учасників групи, пов'язаною з початком реабілітаційного процесу;

- первинна діагностика, формування стилю роботи і стосунків з кожним окремим реабілітантом і усією групою в цілому;
- подолання скептицизму і ворожості до процесу реабілітації;
- допомога реабілітантам в усвідомленні своїх бар'єрів в спілкуванні і конструктивному опрацюванні цих бар'єрів;
- демонстрація конструктивних способів спілкування і вирішення міжособистісних конфліктів;
- робота з агресивністю (найкращим способом є прийняття агресивного удару на себе з подальшою демонстрацією конструктивного виходу із конфлікту).

Основним завданням спеціаліста, що належить до питань групової динаміки, на другому етапі реабілітації є продовження вирішення деяких завдань першого етапу (допомога в усвідомленні бар'єрів в спілкуванні, заохочення відкритості і активності, демонстрація конструктивних способів вирішення конфліктів). Крім того, з'являються ще й наступні завдання:

- фасилітація сприйняття конфліктів (як внутрішньоособистісних, так і міжособистісних) як сходинки для переходу на вищі рівні зрілості;
- подальше заохочення відкритості і активності учасників групи;
- робота з об'єднанням групи;
- фасилітація ширшої міжгрупової взаємодії.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАХОДИ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ АЛКОЗАЛЕЖНИХ

Дискусійна терапевтична група

Дискусійна терапевтична група проходить один раз на тиждень і є одним з трьох занять, на якому зустрічаються реабілітанти першого і другого етапів реабілітації. Це забезпечує принцип спадкоємності (полегшуючи перехід з одного етапу реабілітації на наступний), «обмін досвідом» між різними «поколіннями» реабілітантів, підтримує надію у реабілітантів першого етапу і впевненість у своїх силах у реабілітантів другого етапу.

Основними специфічними терапевтичними цілями дискусійної групи є такі:

- компенсація комунікативної депривації реабілітантів;
- фасилітація вербалізації своїх проблем, емоцій, стосунків і т.д., що забезпечує зняття внутрішньої напруги;
- можливість отримання нового бачення і досвіду вирішення своїх проблем, що забезпечується зворотним зв'язком і груповим обговоренням.

Регламент групи – 1,5 години, які містять:

- Представлення (учасники групи називають своє ім'я, термін тверезості, вербалізують свій психологічний стан і основні проблеми, що турбують – 15 хв.);
- Обговорення правил (учасники групи по колу зачитують, коментують і обговорюють правила (додаток 2) – 10 хв.);
- Вибір теми (декілька учасників групи представляють на обговорення групи проблеми, що турбують їх; група вибирає одну з них для обговорення – 10 хв.);
- Вербалізація вибраної теми одним з учасників. Надання зворотного зв'язку і групова дискусія (учасники групи діляться своїм баченням проблеми, своїм життєвим досвідом в цій області і т.д. – 30 хв.);
- Підведення підсумків обговорення ведучим (10 хв.);
- Реагування на зворотний зв'язок учасника, що представив проблему (вербалізація свого ставлення, що змінилося, до проблеми, нових намірів, почуттів і т.д. – 5 хв.);

- Завершальний дебрифінг (учасники групи висловлюються про свої почуття, враження і т.д. з приводу групи, що відбулася – 10 хв.)

Основні специфічні завдання ведучого дискусійної групи:

- стежити за дотриманням правил групи і норм спілкування, при необхідності просити учасників групи переформулювати свої висловлювання, спробувати дати зворотний зв'язок в іншій формі;
- компенсувати деструктивний зміст дискусії. Найчастіше група знаходить досить деструктивні шляхи вирішення проблем, тому в завдання ведучого входить своєчасне розкриття негативних наслідків запропонованих рішень і направлення групи до пошуку рішень в конструктивному руслі. Це вимагає від ведучого, з одного боку, високої активності і директивності, а з іншого боку, високого рівня прийняття групи і гнучкості;
- також слід пам'ятати, що учасники групи не здатні до опрацювання глибоких внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів. Вирішення таких конфліктів не є справжньою метою ні першого етапу реабілітації, ні дискусійної групи, тому слід уникати відхилення напряму дискусії у цей бік;

Група сімейної терапії

Групу сімейної терапії, яка проходить раз на тиждень, відвідують реабілітанти першого етапу реабілітації, реабілітанти другого етапу, а також їхні родичі.

Робота з родичами залежних, а також опрацювання поточних сімейних проблем є однією з найважливіших умов одужання, що виділяється багатьма авторами, наприклад [32, 49]. На перших етапах одужання сім'я є одним з головних чинників, що провокують вживання, тому роботу в цьому напрямі не можна недооцінювати.

Основні специфічні терапевтичні цілі групи сімейної терапії:

- ознайомлення з основними проблемами в залежній сім'ї і способами їх вирішення;
- опрацювання основних сімейних конфліктів;
- навчання конструктивним способам поведінки в сім'ї.

Регламент групи 1,5 до яких входить:

- ознайомлювальна частина (знайомство з новачками, нагадування правил, цілей групи і т.д. – 10 хв.);
- коротка тематична інформаційна частина (невелика лекція на певну тему – 20 хв.);
- обговорення теми (учасники групи по колу висловлюються з приводу теми і розбирають незрозумілі моменти – 20 хв.);
- групова дискусія (організація тематичної групової дискусії з можливістю зворотного зв'язку – 30 хв.);
- підведення підсумків обговорення (10 хв.)
- правила поведінки на групі сімейної терапії такі ж, як і на терапевтичній дискусійній групі (додаток 2).

Основні специфічні завдання ведучого сімейної групи:

- ознайомити учасників групи з прикладами деструктивної і конструктивної сімейної поведінки і їх наслідків;
- забезпечити дотримання правил групи і норм спілкування;
- тримати напругу між групами залежні-співзалежні на необхідному для роботи рівні: не давати йому піднятися до рівня відкритого конфлікту або опуститися до рівня замовчування і пригнічення міжособистісних і сімейних проблем.

Теми для групи сімейної терапії:

- Хімічна залежність. Стадії хвороби.
- Втрата контролю над психологічним і соціальним життям.
- Психологічна залежність. Емоції. Зцілення емоцій.
- Прийняття допомоги і дія.
- Самооцінка.
- Сім'я. Ознаки дисфункції в сім'ї.
- Дзеркальність (паралельність) перебігу хвороби у залежних і співзалежних.
- Ролі в залежній сім'ї. Трикутник Карпмана.
- Роль рятувальника – головного посібника хвороби і реакція хворого.
- Роль контролера, ката, переслідувача і реакція хворого.
- Роль жертви. Безвідповідальність. Дно. Неприйняття хвороби.
- Межі. Відділення.
- Проходження процесу втрати або процес прийняття хвороби.

Заняття з профілактики зриву

Профілактика зриву вважається одним з основних дієвих сучасних методів в терапії залежностей. Сьогодні існують два підходи до процесу профілактики зриву: у межах моделі змін Прохазки і Ді Клименте [34] та у межах CENAPS моделі Теренса Горські [15-16].

Не заперечуючи усіх переваг моделі Прохазки і Ді Клименте, а також методу мотиваційного інтерв'ю (МІ), слід зауважити, що їх модель, по суті, не є моделлю процесу зриву як такого (поступового повернення особистості залежного в передрецидивний стан), а швидше моделлю зміни рівня захопленості клієнта в процес одужання. Водночас сам метод МІ є усього лише методом додаткового мотивування до одужання, що не зачіпає його головні причини і принципи (необхідні особистісні зміни). На наш погляд, досить небезпечною є тенденція засновувати терапію залежностей виключно на підході Прохазки – Ді Клименте, роблячи з хорошого додаткового методу (особливо на початкових стадіях одужання) центральний метод терапії [1].

Модель зриву, запропонована Теренсом Горські, описує послідовність негативних змін станів особистості (емоційних, поведінкових і когнітивних), підсумком яких є рецидив (вживання психоактивної речовини). Описана послідовність змін є підсумком великої виконаної роботи з узагальнення емпіричного матеріалу, який збирався багато років. Модель CENAPS сьогодні є однією з кращих моделей профілактики зриву, що дозволяє виробити у залежної людини навички відстеження ознак рецидиву на ранніх етапах і, як наслідок, підвищити вірогідність збереження тверезості. Модель Теренса Горські широко використовується в сучасній реабілітаційній практиці, і на ній засновані когнітивно-поведінкові тренінги з профілактики зриву [10].

Проте модель Т. Горські не позбавлена вад. Як вказувалося вище, Горські засновував свою модель не на якій-небудь теорії особистості, а на узагальненні отриманого великого практичного матеріалу. Як наслідок, ця модель виявляється симптоматичною. У ній немає опису змін самої особистості залежної людини; не розглянуті особистісні принципи розвитку процесу зриву, без розуміння яких значно ускладнюється робота з його профілактики. Крім того, надмірно детальний і великий опис процесу зриву виявляється важким для розуміння і засвоєння реабілітантами.

І ще одне. В описі процесу зриву Т. Горські враховується розвиток депресивної симптоматики рецидиву і виключається розвиток гіпертимної її складової. Водночас наші спостереження показують, що багато алкозалежних починають вживати алкоголь у підвищеному настрої (ейфорійному стані), а не у зниженому настрої (депресивному стані). Можливо, ця розбіжність пов'язана із культурними відмінностями наших націй.

Описані досягнення та недоліки наявних вже теорій спонукали нас на розробку власної моделі процесу зриву, яка є органічним продовженням моделі Т. Горські, але так само враховує елементи моделі Прохазки – Ді Клименте.

У методологічну основу моделі розвитку зриву лягла запропонована нами інтеграційна модель особистості і заснована на ній модель залежності. У цій моделі зрив розглядається як зворотний одужанню процес поступового повернення особи на домінуючі позиції тілесного рівня психіки. При цьому виділяються три якісно різних етапи розвитку зриву.

На першому етапі процесу зриву в структурі психічної діяльності втрачає провідні позиції особистісний рівень, і починає домінувати соціальний рівень. У буденному житті людина перестає керуватися більш далекими цілями та орієнтирами, систематичним логічним аналізом життєвих ситуацій і т.д., а більше місце займають конкретно-наочне мислення, ситуаційні емоції, ситуаційні цілі і т.д. На другому етапі на провідні позиції в психічній діяльності спільно з соціальним виходить і тілесний рівень психіки. Нарівні з конкретно-наочним мисленням, ситуаційними емоціями, близькими ситуаційними цілями людина починає керуватися в життєвих рішеннях афективними реакціями. Проявляються афективні комплекси, виникають надузагальнення, дихотомія в мисленні. На третьому етапі зриву тілесний рівень (доопераційне мислення, афективні комплекси, автоматичні операції) стає домінуючим в структурі діяльності.

Нами виділяються такі чинники, що сприяють розвитку зриву: психологічний чинник або стрес внаслідок соціальних та інших проблем; фізіологічний чинник (постабстинентний синдром); а також природний процес регресу особистості внаслідок припинення докладання зусиль для власного розвитку (у нашому випадку – при припиненні відужання).

Кожен етап розвитку зриву нами був умовно розділений на дві фази, і, таким чином, було отримано шість фаз розвитку зриву: *порушення психологічної стабільності, розвиток внутрішніх змін,*

зміни поведінки, наростання особистісної кризи, втрата особистісного контролю, деградація.

Для практичної роботи нами було виділено двадцять симптомів розвитку зриву (по п'ять на кожну із сфер психіки), які досліджуються в роботі з профілактики зриву:

- когнітивні симптоми (ставлення до алкоголю, брехня собі, ейфорійна пам'ять, ставлення до хвороби та видужання, ставлення до інших людей і зворотного зв'язку);
- емоційні симптоми (адекватність емоцій, раціональність, контроль над емоціями, протистояння стресу, ригідність/лабільність емоцій);
- мотиваційно-антиципаційні симптоми (мотивація до видужання, співзалежність, відкритість, компульсивність, прихована тяга);
- поведінкові симптоми (зниження зусиль у видужанні, самоізоляція і складнощі в спілкуванні, зміщення фокусу видужання, імпульсивна/компульсивна поведінка, погане планування).

Далі, ґрунтуючись на теоретичному матеріалі і теоретичному моделюванні, на досвіді спостереження за розвитком зриву у членів співтовариства АА і наших реабілітантів, на аналізі ознак розвитку кожного із симптомів у шести фазах зриву. Модель розвитку процесу зриву була перевірена більше ніж на 50 алкозалежних людях, що проходили реабілітацію, і показала свою практичність. Детальний опис симптомів зриву приведений в додатку 3.

Отримана модель розвитку зриву, на наш погляд, має ряд переваг порівняно з моделлю Т. Горські. По-перше, ця модель спирається на теоретичну концептуалізацію, що значно розширює її можливості. По-друге, з одного боку, зменшено і спрощено опис ознак зриву (що полегшує їх розуміння реабілітантами), з іншого боку, симптоми розділені за сферами психіки і чітко конкретизовані (що полегшує практичну роботу з ними). По-третє, в цій моделі враховується не лише депресивна симптоматика, але також і гіпертимна, що розширює коло осіб, з якими можлива робота за цією методикою.

Робота з профілактики зриву проходить у вигляді дискусійної терапевтичної групи, яку відвідують реабілітанти першого і другого етапів реабілітації. На групі обговорюються загальні питання, пов'язані з процесом зриву і видужання, а також розбираються існуючі ознаки зриву і виробляються способи їх подолання.

Регламент групи 1,5 години, які містять:

- обговорення правил (ведучий нагадує правила групи – 10 хв.);

- відображення реабілітантами свого стану (озвучують своє розуміння процесу зриву, а також розповідають, як він проявлявся протягом тижня – 15 хв.);
- коротке інформаційне нагадування основних положень моделі зриву (10 хв.);
- інтерактивна бесіда, присвячена поясненню ознак розвитку певного симптому (15 хв.);
- аналіз ознак розвитку цього симптому і способів його подолання (30 хв.);
- завершальне підведення підсумків щодо способів профілактики зриву (ведучий підводить підсумок виробленим на групі способам подолання зриву – 5 хв.);
- завершальний дебрифінг (учасники говорять про свої почуття щодо проведеної групи – 5 хв.)

Основні специфічні терапевтичні цілі групи профілактики зриву:

- Навчитися відстежувати негативні тенденції у змінах психіки;
- Вироблення стратегій подолання тенденцій до негативних змін у психіці;
- Навчання стратегіям дій в ситуаціях високого ризику;

Основні специфічні завдання ведучого групи:

- утримувати дискусію у межах обговорення проявів симптомів і вироблення способів їх подолання, не даючи їй перерости в обговорення особистих проблем, не пов'язаних з розвитком зриву;
- забезпечувати дотримання правил групи і норм спілкування.
- на цій групі часто «виходять назовні» особистісні та соціальні проблеми, до вирішення яких реабілітанти ще не готові. Ведучому необхідно уважно стежити за цим і утримувати групу від обговорення занадто складних для неї проблем, до рішення яких вона ще не готова.

Передбачена також робота з ознаками зриву за допомогою щоденника самоаналізу. І якщо потрібно, така робота проводиться на занятті з ведення щоденника самоаналізу або в індиві-дуальній формі.

Заняття з ведення щоденника самоаналізу

Алкогольна залежність пов'язана з деструктивними змінами в усіх сферах психіки. Поведінкові порушення: тенденція до непродуманих і своєрідних дій, незріла імпульсивність, тенденція до ігрової поведінки

та ін. Антиципаційно-мотиваційні порушення: слабкість вольових установок, непереборний потяг до задоволень, нездатність повною мірою і адекватно планувати та прогнозувати майбутнє та ін. Емоційні порушення: посилення збудливості, лабільність настрою, низький рівень толерантності до фрустрації, підвищена чутливість та ін. Когнітивні порушення: «дитяча логіка» і недосконалість мислення, ригідність установок та ін. [45, с. 183; 44, с. 49-50, 56]. І вирішення проблеми залежності без відновлення психічної діяльності неможливе. Можна навіть сказати, що видужання від алкогольної залежності і корекція психічної діяльності – це практично одне і те саме.

Необхідною для психологічного (особистісного) відновлення будь-якої людини є наявність у неї здатності до рефлексії (можливості усвідомлювати і аналізувати внутрішньособистісні процеси) і «психологічної самокорекції» (здатності до самостійної зміни деструктивних психологічних патернів). Ці навички у людей з алкогольною залежністю виявляються «атрофованими». Як наслідок, залежні люди не здатні відстежувати і вирішувати свої психологічні проблеми, без чого видужання від залежності є неможливим. Із викладеного випливає, що навички в самоаналізі і самокорекції потребують відновлення одними із перших. Заняття з ведення щоденника самоаналізу у межах реабілітації алкозалежних саме і направлене на розвиток цих необхідних для видужання навичок.

Другим завданням щоденника самоаналізу є навчання основним копінг-стратегіям, важливим для саморегуляції в розумовій, емоційній, мотиваційно-антиципаційній та поведінковій діяльності. На необхідність роботи з копінгамі вказується у недавніх українських дослідженнях [41], і ці висновки корелюють з досвідом нашої практичної роботи.

Філософською основою для роботи з щоденником стало переконання про відповідальність людини за свій психологічний стан (думки, почуття, бажання та поведінку). Будь-який психологічний стан людини «тут і зараз» – не даність, а те, чим людина може управляти, маючи відповідні навички. Тобто, людина є творцем не лише свого соціального життя, але і внутрішнього, психологічного. І хоча основні психологічні реакції людини є сформованими досвідом його минулого життя, вона може узяти на себе відповідальність за їх зміну. У цьому концепція відповідальності прямо протилежна концепції провини за свій хворобливий психологічний стан і безсилля перед ним. У концепції провини на людину накладається відповідальність за вже сформовані риси характеру (людина винна, що

вона така, яка є), за які вона повинна або відшкодувати заподіяний нею збиток, або нести відповідне покарання. У концепції відповідальності патологічні риси характеру людини розглядаються як даність, що виходить з минулого досвіду (немає провини людини в тому, якою вона є), і накладається відповідальність за зміну деструктивних рис характеру.

В основу схеми роботи із щоденником самоаналізу були взяті методики когнітивно-поведінкової терапії [4-6 ,57, 59]. Поведінка, бажання, емоції, думки людини розглядаються в поведінковому наближенні, як вироблені в процесі життя звички, які людина може змінити так само, як і інші звички: за допомогою їх усвідомлення, прийняття на себе відповідальності за них, оцінки корисності і тренування нових звичок. У такому разі, за аналогією з когнітивно-поведінковою терапією, ми говоримо або про автоматичне мислення, автоматичні емоції, автоматичні бажання і автоматичну поведінку (те, що продиктовано минулими звичками), або про усвідомлені роздуми, усвідомлені почуття, усвідомлені цілі, усвідомлені дії (те, що відбувається під контролем свідомості).

Основний копінг, якому навчаються реабілітанти незалежно від того, з якою сферою психіки працюють, – це навчання правилу «УВО». «УВО» – це *Усвідомленість, Відповідальність, Оцінка*. Сенс правила в тому, щоб людина навчилася «зупинитися» і **усвідомлювати** свої думки, емоції, бажання та поведінку. Брати **відповідальність** на себе, адже автоматичні думки, емоції, бажання, поведінка – це не «даність», а усього лише вироблені в процесі життя звички реагувати певним чином. **Оцінювати** їх користь і шкоду «тут і зараз» (немає абсолютно шкідливих чи корисних думок, емоцій, бажань, вчинків у всіх випадках життя, а є корисні чи шкідливі в даний момент часу), а також шукати можливі способи зміни деструктивних в даний момент думок, емоцій, бажань і поведінки.

Для кожної з чотирьох сфер психіки (*розумової, емоційної, вольової та поведінкової*), що розглядаються в реабілітаційному процесі, вибрано по одному копінгу, розумінню і навичкам практичного застосування якого навчають реабілітантів. Розглянемо ці копінги.

Мислення. **Усвідомлення** свого мислення і прихованих форм із словом «повинен» (я, ми, вони, події, світ повинні...) в конкретній ситуації. Прийняття **відповідальності** за своє автоматичне мислення (причини такого мислення знаходяться в сталій звичці так оцінювати ситуацію, а не в самій ситуації, і на мені лежить відповідальність за зміну цієї реакції і звички). **Оцінювання** користі-шкоди своїх думок

в цій конкретній ситуації. Перехід категоричного мислення в такому стилі в мислення в стилі можливостей (*я, ми, вони, події, світ можуть, мають право...*) Ця техніка є модифікованою технікою роботи з прихованими формами із словом «повинен» в РЕПТ [58].

Емоції. Усвідомлення своєї емоції і того, що в події (ситуації, спогаді, припущенні і т.д.) емоційно неприйнятне (у мене виникла ця емоція тому, що в ситуації не приймаю...) Прийняття **відповідальності** за свою емоційну реакцію (справжня причина в сталій звичці психіки емоційно реагувати саме так і не приймати події такими, які вони є, а не в самій події, і на мені лежить відповідальність за зміну цієї реакції і звички). **Оцінка** користі-шкоди такого емоційного реагування в цій конкретній ситуації. Прийняття зовнішніх обставин без судження, такими, якими вони є.

Мотивації-антиципації. Усвідомлення свого бажання і прихованої в ньому мети (те, чого я хочу досягти, кінцевий результат бажання) в конкретній ситуації. Прийняття **відповідальності** за своє бажання на себе (справжня причина моїх бажань в сталій звичці чогось хотіти; бажання насправді не зумовлене подією, і на мені лежить відповідальність за зміну цієї реакції і звички). **Оцінка** користі-шкоди цього бажання в цій конкретній ситуації. Постановка нової усвідомленої мети в цій ситуації.

Поведінка. Усвідомлення своєї поведінки і того, на що (зміну чого) ця поведінка спрямована в конкретній ситуації. Прийняття **відповідальності** за свою поведінку на себе (справжня причина моєї поведінки в моїй сталій звичці поводитися саме так, а не в самій ситуації, і на мені лежить відповідальність за зміну цієї реакції і звички). **Оцінка** користі-шкоди поведінки в цій ситуації. Зміщення фокусу вольових зусиль і поведінки з того, що неможливо змінити, на те, що можна змінити.

Філософська концепція прийняття відповідальності за своє внутрішнє психологічне життя є принципово новою для більшості алкозалежних, які більше схильні до концепції провини, залежних стосунків, зовнішньому локусу контролю. Усе це спричиняє певні складнощі. Тому заняття з ведення щоденника самоаналізу є заняттям, що викликає найбільший опір у реабілітантів. Це ставить додаткові специфічні завдання тій людині, яка веде групи.

- Робота в навчально-педагогічному стилі. Метою заняття є не аналіз представлених проблем, не вирішення внутрішньо-особистісних і міжособистісних конфліктів, а навчання реабілітантів новим навичкам самоаналізу і саморегуляції. Тому консультант бере на себе основну відповідальність;

активність ведучого набагато перевершує активність реабілітантів.

- Інтервенції, що знімають почуття провини. Щоб відчуття провини не блокувало роботу, використовуються інтервенції у тому сенсі, що людина не винна у вже сформованих звичках, але відповідальна за їх зміну.
- Фіксація на користі. Чітко визначити, яку вигоду приносять нові стилі мислення, емоційного реагування, цілепокладання, поведінки, причому фіксуватися не на далекому майбутньому, а на локальній вигоді.

Мотиваційно-аналітичні завдання

Досвід роботи із залежними у межах багатьох напрямів (міннесотська модель, когнітивна модель, сімейна модель та ін.) показує необхідність інформування залежних про основні поняття алкогольної залежності: концепцію хвороби, способах утримання від вживання алкоголю, шляхах одужання і т.д. Однією з цілей інформування є зняття тривоги з приводу нерозуміння свого стану і провини за нього. Крім того, деякі речі залежним необхідно засвоїти на рівні «автоматичної пам'яті» (не брати першу чарку, уникати тригерних ситуацій, які можуть спровокувати тягу, користуватися підтримкою і просити про допомогу, відкладати рішення складних проблем і т.д.)

З цією метою у більшості реабілітаційних програм (як і в моделі «Міннесота») проводиться курс інформаційних занять. На жаль, залежні, враховуючи їх психічний стан, є слабо пристосованими для сприйняття нової інформації (дія психологічних захистів і послаблення когнітивних здібностей: концентрації, уваги, пам'яті). Тому інформаційні заняття у вигляді лекцій виконують тільки завдання ситуативного зняття тривоги, тренування уваги, пам'яті і соціалізації до процесу реабілітації. Надана інформація повністю не засвоюється як на раціональному, так і на емоційному рівнях; не зв'язується з досвідом власного життя, не кажучи вже про практичне її застосування.

Для повнішого засвоєння необхідної для видужання інформації і пов'язування її з особистим досвідом в моделі «Міннесота», в КПТ моделях та ін. використовується система письмових завдань. У цих завданнях залежному необхідно переробити отриману інформацію, застосувати її до себе, згадати конкретні приклади з власного життя, написати про це і вербалізувати на групі або консультантові [43, 48].

У нашій реабілітаційній програмі, яка багато в чому є спадкоємицею як моделі «Міннесота», так і КПТ моделей, але заснованою на IOOP-

підході, також використовується практика мотиваційно-аналітичних завдань. Нами було розроблено двадцять чотири завдання, які містять невелику теоретичну частину і близько семи практичних питань, що допомагають пов'язати отриману інформацію зі своїм життям.

У додаткових двох завданнях (на початку і в кінці реабілітації) реабілітантам пропонується пройти психологічні тести, необхідні для дослідницької роботи. Ця дослідницька робота проводиться в центрі «Сенс» спільно з лабораторією «Психології соціально-дезадаптованих неповнолітніх» Інституту психології ім. Г.С. Костюка Національній академії педагогічних наук України. Ці завдання також мають позитивний терапевтичний ефект для самих реабілітантів, оскільки за даними цих досліджень можна простежити позитивні зміни в їх психологічному стані і мотивувати на подальшу роботу зі свого одужання. Наводимо теми письмових завдань.

- Концепція хвороби.
- Обмеження в тверезості.
- Тести.
- Концепція одужання.
- Цілепокладання.
- Тяга.
- Лінь.
- Безсилля – втрата кількісного контролю.
- Безсилля. Емоційна незрілість.
- Емоції. Злість.
- Емоції. Депресія.
- Емоції. Провина.
- Емоції. Сором.
- Емоції. Тривога.
- Втрата контролю над соціальним життям (соціальністю).
- Втрата контролю над соціальністю, психікою, вживанням і їх взаємозв'язок.
- Порушення мислення – форми із словом «повинен».
- Втрата ситуаційного контролю над вживанням. Когніції. Порушення пам'яті.
- Помилки в оцінюванні дійсності.
- Психологічний захист.
- Опори.
- Аналіз захисту.
- Історія розвитку алкогольної залежності.
- Цілі в тверезості.

- Тести.
- План одужання.

Повний опис мотиваційно-аналітичних завдань приведений в додатку.

Заняття з написання мотиваційно-аналітичних завдань проходить в два етапи. Перші 45 хв група письмово відповідає на питання у завданні, наступні 45 хв відводяться для того, щоб кожний учасник групи зачитав свої відповіді. Це заняття не передбачає зворотного зв'язку від групи, а від консультанта потрібний мінімальний зворотний зв'язок. Завданнями консультанта є спостереження за тим, як реабілітанти зрозуміли та засвоїли матеріал, і дотримання певних меж і правил проведення заняття.

Інформаційні заняття

Експліцитною метою інформаційних занять є надання інформації про основи хвороби і видужання. Імпліцитною метою інформаційних занять є соціалізація до реабілітаційного процесу і зняття ситуаційної тривоги та провини з приводу своєї хвороби.

Враховуючи це, а також психологічний стан реабілітантів, лекції необхідно будувати за наступними принципами: простоти, захопленості, особистого інтересу, компенсації матеріалу, що конфронтує, тим, що стабілізує (наприклад, інформацію про те, що алкоголік ніколи не зможе навчитися пити контрольовано, обов'язково супроводжувати інформацією про те, що він може навчитися жити повноцінно без алкоголю). Також потрібна велика кількість конкретних прикладів (навіть логічно зрозумілий реабілітантами матеріал не завжди пов'язується з власним практичним досвідом).

В процесі реабілітації використовуються подальші теми інформаційних занять:

- Концепція хвороби. Симптоми.
- Безсилля. Втрата кількісного контролю.
- Психологічний захист хвороби. Заперечення як ознака хвороби.
- Міфи і труднощі на початку видужання.
- ПАС – постабстинентний синдром. Управління ПАС.
- Необхідність допомоги. Обмеження.
- Психологічна залежність. Проблема алкогольного мислення. Зцілення мислення.
- Залежна поведінка. Компульсивна поведінка. Рекомендації в одужанні.

- Поняття зрив і рецидив. Фази рецидиву. Профілактика рецидиву. Правило HALT. Небезпечні люди, місця, речі, ситуації.
- Вікно Джо-Гарі як шлях до розуміння себе та інших.
- Потреби, мотиви, цілі, плани.
- Боротьба зі стресом. Вирішення проблем (7 етапів).
- Опір у процесі реабілітації. Робота з усунення опору.

Тренінг комунікативних навичок

Дефіцитарність комунікативної сфери алкозалежних [17] вимагає особливої уваги до її опрацювання. Підвищена роздратованість і тривожність у поєднанні з відсутністю навичок самостійного опрацювання цих почуттів створюють необхідність в спілкуванні, що підтримує, і вербалізації цих почуттів (у співтоваристві АА існує прислів'я: «ми хворі настільки, наскільки ми не виговорені»). Але підвищені почуття провини та сорому приводять до нездатності адекватно вербалізувати свої думки та почуття, що, в свою чергу, веде до їх пригнічення або до афективного викладу свого стану, спалахів агресії і подальшого наростання почуття провини та сорому.

У зв'язку з цим виникає необхідність у проведенні тренінгу комунікативної сфери, основною мішенню якого є опрацювання вербальної поведінки, що пов'язана з почуттям провини і пригніченою агресією. Основні теми для роботи: асертивна відмова, прохання про допомогу, визнання помилок, прийняття похвали, прийняття критики, адекватне вираження агресії, постановка меж, негативний зворотний зв'язок, вираження невдоволення, вербалізація негативних почуттів.

Наш досвід роботи показує, що реабілітанти першого етапу реабілітації (перші три місяці) є не здатними до прийняття вправ з особистим програванням модельованих ситуацій, психодрами та ін. Відбувається або опір вправі, або його зовнішнє прийняття без якої-небудь захопленості та внутрішнього опрацювання. Тому тренінговий інструментарій обмежується інтерактивною бесідою, спонтанним «програванням» ситуацій за ініціативою клієнта, чітким поведінковим тренінгом конкретних навичок.

Це пояснюється тим, що у залежних заблокована самоспостерегаюча позиція (Его, що спостерігає). Реабілітанти не здатні відрефлексувати навіть просту тренінгову вправу, і сприймають її або просто як гру, або як ще один доказ своєї неповноцінності. Простіше кажучи, алкозалежні на початку видужання знаходяться в нульовій позиції сприйняття, тоді як

багато тренінгових вправ вимагають як мінімум упевненості в першій позиції сприйняття і здатності переходити в другу позицію. Отже, щоб почати проводити з алкозалежними повноцінний тренінг, необхідно сформувати у них першу позицію сприйняття. Тому практика психодраматичних та інших тренінгових вправ розпочинається тільки з другого етапу реабілітації, та й то в мінімально необхідному обсязі.

Наша думка розходиться з досвідом інших реабілітаційних центрів, де декларується широке застосування психодраматичних та інших тренінгових вправ в процесі реабілітації [39]. Можливо, ця розбіжність в поглядах пояснюється тим, що практика тренінгових вправ і елементів психодрами використовується в цьому випадку для клієнтів з меншими порушеннями або на пізніших термінах одужання.

В основу методичної роботи в тренінгових заняттях була покладена групова інтерактивна бесіда ведучого і групи про різні ролі в трикутнику Карпмана: жертву, переслідувача, рятувальника (як неадекватні форми); а також асертивну поведінку (як адекватну форму), яка називається в процесі реабілітації *відповідальною поведінкою*, з подальшим засвоєнням конкретної поведінкової навички.

Регламент тренінгу 1,5 години, під час яких виконується:

- розминка (15 хв.);
- послідовне інтерактивне обговорення ролей жертви, переслідувача, рятувальника у межах ситуацій запропонованої теми; думок, емоцій, бажань і поведінки, що притаманні цієї ролі, прикладів з життя (30 хв.);
- обговорення адекватної альтернативи – відповідальної (асертивної) поведінки – та перегляд своїх почуттів, бажань і мислення. За бажанням, програвання ситуацій із застосуванням асертивної поведінки (15 хв.);
- закріплюючі вправи (по одному і в парах – 15 хв.);
- завершальний шерінг (15 хв.)

У табл. 3 наведена схема обговорення чотирьох типів поведінки.

У процесі реабілітації на тренінгу комунікативних навичок опрацьовуються такі теми:

- Асертивна відмова (сказати «Ні!»)
- Прохання про допомогу.
- Вербалізація почуттів (виговорювання, телефонна терапія).
- Визнання помилок (вибачення).
- Прийняття похвали.
- Вираження вдячності.

- Прийняття критики.
- Постановка меж (вихід із конфлікту).
- Негативний зворотний зв'язок.
- Вираження невдоволення (конструктивна критика).
- Вербалізація негативних почуттів (вираження агресії).
- Асертивна згода (сказати «Так!»)
- Досягнення компромісу.

Таблиця 3. Схема для роботи з ролями в тренінгу

Показник	Жертва	Переслідувач	Рятувальник	Без ролей
Мислення	Мене (не) повинні	Мені (не) повинні	Я (не) повинен	Я можу (маю право), вони можуть (мають право)
Емоції	Образа, жалість до себе	Злість, гнів	Провина, гординя	Повага до себе до інших
Бажання	Здати свої границі, прийняття чужих цілей	Переступити чужі границі, нав'язування своїх цілей	Розійтися, прийняття соціальних шаблонів за цілі	Досягти своєї мети, не зачіпаючи без необхідності інших
Поведінка	Пасивна (уникнення, підпорядкування)	Агресивна (напад, тиск, контроль)	Пасивно-агресивна (маніпуляції, рятувальництво зміщення агресії)	Асертивна (продуманий план дій)

Ведучому тренінгу слід пам'ятати, що його метою є не повне опрацювання деструктивних патернів поведінки (на перших етапах реабілітації це просто неможливо), а просто ознайомлення клієнтів з наслідками їх деструктивної поведінки і користю асертивної поведінки. Пряме опрацювання деструктивних патернів – це завдання наступних етапів реабілітації.

ЗТС: збори терапевтичного співтовариства

Заняття присвячене тижневому аналізу змін психологічного стану, процесу видужання, соціальним питанням та ін. Ось перелік основних питань, які обговорюються на цій групі:

- Підведення підсумків тижневої роботи в реабілітації. Засвоєння матеріалу. Стосунки в групі і з фахівцями центру.

- Аналіз самостійної роботи з одужання (планування-аналіз дня, ведення щоденника самоаналізу, робота з симптомами зриву, аналіз обмежень в тверезості).
- Аналіз тижневих змін і складнощів в психологічному стані. Планування подальших позитивних змін.
- Аналіз тижневих змін і складнощів в соціальному оточенні. Планування подальших змін.
- Підведення підсумків тижня і корекція свого плану видужання на наступний тиждень.
- Зворотний зв'язок від групи.

Збори груп співтовариства «Анонімні Алкоголіки»

Двічі на тиждень реабілітанти центру відвідують збори групи АА «Лівобережна», які проходять на території центру соціальних служб. Слід особливо зазначити, що збори АА не є заняттям програми реабілітації, а співтовариство АА – це абсолютно окрема самостійна організація, з якою центр реабілітації співпрацює.

На доцільність співпраці з АА і використання програми «12 Кроків» вказують багато авторитетних джерел. Модель «Мінесота» є однією з найпопулярніших моделей реабілітації як у світі, так і в Україні, а саме товариство АА існує з 1935 року і за весь час свого існування показало високу ефективність. Тому подання зборів АА з реабілітаційним процесом може мати наступні позитивні моменти: підтримку установок на видужання у реабілітантів, підвищення ефективності реабілітації, можливість вибору між двома шляхами видужання.

Проте серед терапевтичного складу центру все ж немає єдиного погляду на однозначний позитивний ефект від співпраці з АА. Так, Старков Д. звертає увагу на такі моменти:

- Не менше 2/3 реабілітантів, втім як і інших залежних, що потрапляють на групи АА, негативно ставляться до зборів співтовариства АА.
- Багаторічні власні спостереження за співтовариством АА показують, що не більше 5% людей, які прийшли на збори групи Анонімних Алкоголіків, залишаються в ній і зберігають тверезість більше року (ці спостереження корелюють з даними багатьох інших джерел, проте рандомізованих досліджень з цього питання через велику закритість співтовариства АА не проводилося [3, с. 11]). Дослідження, що показали велику ефективність використання програми АА

в терапевтичному процесі порівняно з з іншими методами видужання (зокрема, відомий проект MATCH [37]), викликають питання методичного характеру, що ставить під сумнів валідність їх результатів. Крім того, через культурні відмінності методологічно необґрунтованим є неадаптоване перенесення досвіду використання програми, що містить у своїй основі релігійно-протестантські корені, на пострадянський простір. Усе це піднімає питання про дещо перебільшену задекларовану ефективність підходу АА та моделі «Мінесота», особливо в нашому суспільстві, на що звертав увагу М.М. Іванець [24, с. 115].

- На початку видужання реабілітанти знаходяться в «когнітивно ослабленому» стані, однією з явних ознак якого є складність в ухваленні рішень. Необхідність ухвалення власних рішень підвищує тривогу і разом з нею вірогідність того, що, взагалі, ніяких рішень прийнято не буде. Тому існує ймовірність, що поєднання двох різних програм заведе залежну людину в проблему вибору, яка збільшить тривогу і бажання «втекти» від рішення.

Ґрунтуючись на цих та інших аргументах і не заперечуючи позитивний досвід АА, а також те, що є люди, яким підходить такий вид допомоги, Старковим Д. в майбутньому передбачається можливість організації реабілітаційного процесу поза тісною взаємодією з АА. При цьому передбачається замінити збори АА їх аналогами – світськими групами взаємодопомоги, які будуть лояльнішими до психотерапевтичного підходу, не будуть конфронтувати з психотерапією і не матимуть сильного релігійного ухилу. А співпраця з АА стала б ефективніша у межах взаємного інформування і проведення спільних зустрічей з обміну досвідом, ніж при прямій взаємодії і залученні людей на ранніх термінах тверезості ще і в роботу груп АА.

Питання про доцільність співпраці з АА доки залишається відкритим і може бути вирішене при організації іншого подібного центру реабілітації, заснованого на ІООР-моделі (можливо, в центрі соціальної служби іншого району), але пов'язаного з іншим типом груп взаємодопомоги, і порівнянні ефективності роботи цього центру з тим, що вже діє.

Коллективом фахівців центру прийнято рішення звертати увагу реабілітантів на схожість і відмінності програм одужання в АА і реабілітаційному центрі і мотивувати на продовження видужання в одному з цих підходів, припускаючи, що вибір залишається за самими реабілітантами.

У табл. 4 наведено схожість і відмінності в основних принципах і положеннях цих двох програм.

Таблиця 4. Схожість і відмінності основних принципів програми «12 Кроків» і особистісно-орієнтованого підходу.

12 Кроків	Особистісно-орієнтований підхід
Алкогольна залежність – це хвороба.	Алкогольна залежність – це хвороба.
Модель захворювання – медична: алкоголік є невиліковно хворим, основна проблема у безповоротних змінах фізіології.	Модель захворювання – соціально-психологічна, що розвивається: алкогольна залежність виліковна в усіх планах, окрім можливості відновити контрольоване вживання; основна проблема в незрілості особистості.
Основний принцип одужання: доручити свою волю і життя Богові.	Основний принцип одужання: прийняття власної відповідальності за своє одужання і життя.
Мета одужання: духовне пробудження.	Мета одужання: реконструкція особистості і відновлення психічних функцій.
Методи одужання: повна відмова від вживання, відвідування зборів взаємодопомоги АА, робота із спонсором – алкоголіком, що має великий термін одужання; допомога іншим.	Методи одужання: повна відмова від вживання, курс професійної реабілітації, робота з психологами, навчання навичкам самопомоги.
Термін одужання: одужання триває усе життя.	Термін одужання: одужання це тривалий (не менше 3-5 років), але обмежений у часі процес, після закінчення якого наступає природний особистісний розвиток.
У центрі одужання: Бог.	У центрі одужання: особистість людини.

ВИСНОВКИ

У цьому методичному посібнику була узагальнена частина практичного і теоретичного досвіду роботи центру реабілітації для залежних від алкоголю в системі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді міста Києва.

Досвід роботи центру реабілітації «Сенс» показує важливість та ефективність організації соціально-психологічної допомоги залежним від алкоголю. З деякими модифікаціями і доповненнями цей досвід може бути перенесений і використаний в таких напрямках:

1. Організація центрів амбулаторної соціально-психологічної реабілітації при центрах соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді (як міських, так і сільських).
2. Створення як методологічної моделі, так і практичного центру з підготовки сертифікованих фахівців для роботи із залежностями.
3. Розробка національних програм і стандартів соціально-психологічної допомоги залежним людям.
4. Модифікація програми реабілітації для центру стаціонарного типу, заснованого на ІООР моделі.
5. Часткова інтеграція і використання досвіду роботи в ІООР-підході в програмах реабілітації, що функціонують в інших модальностях (наприклад, у центрах, що працюють у межах моделі «Міннесота»).
6. Використання досвіду ІООР-моделі в роботі з іншими видами залежностей.
7. Використання моделі ІООР для індивідуальної роботи із залежностями.
8. Науково-дослідницька робота у напрямі застосування розробленої інтеграційної моделі особистості та інтеграційного підходу в терапії залежностей.
9. Розробка спеціалізованих курсів для вищих учбових закладів.

Список літератури

1. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство / Под ред. Траутмана Ф. , Валентика Ю. В. , Мельникова В. Ф. – Добро – 2002. – 324 с.
2. Анонимные Алкоголики / Киев, AA World Service. – 2011. – 120 с.
3. Батищев В. В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение / Батищев В. В., Нигериш Н. В. – М.: 2001. – 184 с.
4. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Бек А., Фримен А. – СПб.: Питер. – 2002. – 304 с.
5. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. – СПб.:Питер. – 2003. – 304 с.
6. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство / Бек Дж. С. – М.: ООО "И.Д. Вильямс". – 2006. – 400 с.
7. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. / Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. – М.: МПА, 2001.
8. Бурдин М. В. Предикторы эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии алкогольной зависимости в условиях анонимного амбулаторного лечения: дис. канд. мед. наук. 19.00.04 / Бурдин М. В. – Москва, 2008. – 176 с.
9. Бурно М. Клиническая психотерапия / Бурно М. – М.: Академический проект, ОПШЛ. – 2000. – 719 с.
10. Васильев В. Управление ситуациями высокого риска (консультирование по предотвращению срыва) / Васильев В. – Спт., «Школа независимости». – 2002. – 48 с.
11. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие / Вачков И. В. – М.: Издательство «Ось-89» – 2000. – 224 с.
12. Гештальт 2002. Специальный выпуск по проблеме зависимостей / под ред. Д.Н. Хломова. – Московский гештальт институт. – 2002. – 74 с.
13. Гончарова Е. Ю. Психометрический скрининг тревожных расстройств при алкогольной зависимости / Гончарова Е. Ю.// Український вісник психоневрології. — 2007.— Т. 15, № 2 (51). — С. 117—118
14. Горбатова Е. А. Теория и практика психологического тренинга. / Горбатова Е. А. – СПб: Речь. – 2008. – 320 с.
15. Горски Т. Остаться трезвым / Горски Теренс Т. – CENAPS. – 2008. – 235 с.
16. Горски Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / Горски Теренс Т. – Институт общегуманитарных исследований – 2012 – 160 с.
17. Грязнов А. Н. Терциальная социализация личности больных алкоголизмом и наркоманией: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора

- психологических наук: специальность 19.00.05 «Социальная психология» / Ярославль. – 2008. – 33 с.
18. Денний центр як окрема форма соціально-психологічної реабілітації наркозалежних. Методична збірка / [Бойко О. М., Богданов С. О., Зузак Н. В., Касяненко О. Ю., Лішук Р. М., Рекунова Н. В., Стецков О. В.]. – К: Карат. – 2004. – 98 с.
 19. Завьялов В. Ю. Элементарный учебник дианализа / Завьялов В. Ю. – Новосибирск: СО РАМН. – 2004. – 416 с.
 20. Зайцев С.Н. Созависимость – умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. / Зайцев С.Н. – Н. Новгород. – 2004. – 90 с.
 21. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Кончуас Р. – М.: Академический проект. – 1999. – 240 с.
 22. Кочюнас Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия / Р. Конюнас. – М.: Академический проект – 2004. – 240с.
 23. Коттлер Дж. Психотерапевтическое консультирование / Коттлер Дж. Браун Р. – Издательский дом «Питер» – 2001. – 464 с.
 24. Лекции по наркологии / Под. ред Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – 344 с.
 25. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: Психотерапия и реабилитация зависимых / глав. ред. Алтынбеков С. А. – Павлоград. – 2003. –II том. – 377 с.
 26. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: Психотерапия зависимых / Глав. ред. Алтынбеков С. А. – Павлоград. – 2004. –II том. – 307 с.
 27. Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: Реабилитация зависимых / Глав. ред. Алтынбеков С. А. – Павлоград. – 2004. –III том. – 358 с.
 28. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Мак-Вильямс Ненси. – Москва: Независимая фирма «Класс». – 2003. – 480 с.
 29. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / МакМаллин Райан. – С.-П. Речь. – 2001. – 560 с.
 30. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. – Москва, «МЕДпресс-информ», – 2002. – 608 с.
 31. Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних / Державний ін-т проблем сім'ї та молоді. – К. – 2004. – 200 с.
 32. Москаленко В. Д. Зависимость: семейная болезнь / Москаленко В. Д. – М.: ПЕР СЭ. – 2002. – 336 с.
 33. Москаленко В. Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных) / Москаленко В. Д. – М.: «Анахарсис». – 2002. – 112 с.
 34. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики (пособие для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД) / Глав. ред. Андрей Храпаль. – К.: «Alliance». – 2004. – 108 с.

35. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 720 с.
36. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Ж. Нюттен – М.: Смысл. – 2004. — 608 с.
37. Овчинников А. А. Сравнение эффективности терапевтических программ при лечении алкоголизма / А. А. Овчинников, Г. Т. Красильников, В. Л. Дресвянников // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2006. – № 1 (39). – С. 32-34.
38. Осипчук В. Н. Некоторые психологические особенности участников движения «Анонимные алкоголики»-«Анонимные наркоманы» / В. Н. Осипчук // Теория и практика противодействия наркомании и алкоголизму. (Выпуск второй). – СПб.: Отдел по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии. – 2005. – С. 79-84.
39. Пилипенко А. В. Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты: психологический тренинг / А. В. Пилипенко, И. А. Соловьева – М.: Психотерапия. – 2011. – 192 с.
40. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. Скота Даулинга. – М: Независимая фирма «Класс». – 2000. – 240 с.
41. Пшук Є. Я. Копінг-поведінка чоловіків при алкогольній залежності (особливості формування, психотерапевтична корекція): дис. канд. псих наук. 19.00.04, захищена 23.06.11 / Пшук Євген Ярославович; ВНЗ: Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України – В., 2011 – 190 с.
42. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / Рубинштейн С. Л. – СПб: Издательство "Питер". – 2000. – 720 с.
43. Руководство к работе по шагам в Анонимных Наркоманах / М: Московский комитет обслуживания АН. – 2006. – 152 с.
44. Руководство по аддиктологии / Под. ред. В. Д. Менделевича. – С. П.: Речь. – 2006. – 768 с.
45. Руководство по наркологии т 1. / Под. ред. Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика – 2002. – 444 с.
46. Руководство по наркологии т 2. / Под. ред. Н.Н. Иванца – М.: Медпрактика – 2002. – 504 с.
47. Рутан Дж. Психодинамическая групповая психотерапия / Рутан Дж., Стоун У. – СПб: Питер. – 2002. – 400 с.
48. Савина Е. Духовной жаждою томим / Савина Е. – М.: Изд-во Адрус, 2007. – 368 с.
49. Слободянюк П. М. Засади та наукове обґрунтування принципів і підходів щодо формування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності / Слободянюк П. М. // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, № 2 (67). – С. 92– 96.
50. Смирнов А. В. Опросник диагностики аддикций «ОДА-2010». Методическое пособие / Смирнов А. В. – Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. пед. ун-та. – 2010 – 200 с.
51. Смирнов А. В. Стремление к сокрытию аддикции как проблема психодиагностики аддиктивного поведения / Смирнов А. В. // Образование и

- наука. Известия Уральского отделения Российской академии образования. – 2010. – № 9. – с. 48-55.
52. Смит Н. Современные подходы в психологии / Смит Н. – М: Олма-пресс. – 2003. – 384 с.
 53. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности / Собчик Л. Н. – М: ИПП-ИСП – 2001. – 512 с.
 54. Стецков О. В. Реабілітація наркозалежних: теоретичні та практичні підходи / Стецков О. В., Лисенко А. Б. – Київ, видавництво «Карат». – 2002. – 51 с.
 55. Трифонова Е. А. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии / Трифонова Е. А., Яровинская А. В. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2010. – №8. – С. 375-379.
 56. Уайнхолд Б. Освобождение от созависимости / Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. – М.: Независимая фирма "Класс". – 2002. – 224 с.
 57. Харитонов С. В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии / Харитонов С. В. – М.: Психотерапия. – 2009. – 176 с.
 58. Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики / Штайнер Клод. – М: Эксмо. – 2003. – 304 с.
 59. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / Эллис А., Драйден У. // СПб: Издательство «Речь». – 2002. – 352 с.
 60. Юдин Д. Г. Расстройства памяти при наркологических заболеваниях (обзор литературы) / Юдин Д. Г. // Казанский педагогический журнал. – 2010. – № 4. – с. 118-124.
 61. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. / Ялом Ирвинг. – «Апрель-Пресс, Психотерапия». – 2007. – 576 с.
 62. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия / Ялом Ирвинг. – М: Эксмо. – 2011. – 480 с.
 63. Global report: Sweden. WHO.Data range 1996-2005. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsreupdf.
 64. Global Status Report on Alcohol and Health – WHO Library Cataloguing - in - Publication Data, 2011. – 286 p. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
 65. Pita D. Addictions Counseling: A Practical Guide to Counseling People with Chemical & Other Addictions / Pita Dianne Doyle. – Crossroad Publishing Company – 1994 – 144 p. перевод <http://www.sensecenter.com.ua/alcogol/35-pita>
 66. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3-nd edition) / National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2012. – 78 p.
 67. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey / [Edited by: Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan et al.] – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6), 2012. – 254 p. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/167425/E96444_part2_5.pdf

ДОДАТКИ

Додаток 1а. Контракт про проходження I етапу психосоціальної реабілітації для алкозалежних центру «Сенс»

Особи, що погодилися на проходження реабілітаційної програми (далі реабілітанти), зобов'язуються дотримуватися таких правил:

1. Повністю відмовитися від прийому психоактивних речовин – ПАР (алкоголь, наркотики, лікарські препарати, що містять спирт, і так далі). Якщо все ж стався прийом ПАВ, реабілітант зобов'язується повідомити про це консультантів.
2. Активно брати участь в реабілітаційному занятті і виконувати домашні завдання.
3. Чесно повідомляти усю інформацію, що стосується одужання, консультантам і психологам центру.
4. Бути пунктуальним у відвідуванні заняття. Заздалегідь попереджати про відсутність або запізнення.
5. Знаходячись на території центру, дотримуватися правил культурної поведінки і взаємної поваги (відключити мобільний зв'язок, не вживати і не зберігати спиртні або інші наркотичні речовини, палити у встановленому місці, не грати в азартні ігри і т.д.).
6. Дотримуватися конфіденційності – не розголошувати особистих відомостей про інших реабілітантів поза реабілітаційною програмою.
7. Брати участь в науково-дослідницькій роботі центру – в проходженні тестів, анкетуванні, інтерв'ю, аудіозаписі і т.д.
8. Заздалегідь повідомляти консультантів про намір припинити проходження реабілітаційної програми.
9. У рамках реабілітаційної програми не займатися політичною, комерційною, місіонерською, благодійною та іншою діяльністю, що не відноситься до одужання.

Особи, що погодилися на проходження реабілітаційної програми, мають право на:

1. Індивідуальні консультації з консультантами і психологами центру з питань, що стосуються одужання від алкогольної залежності (один раз на тиждень).
2. Безкоштовне забезпечення матеріалами одужання.
3. Нерозголошення відомостей, що надаються консультантам, окрім як з особистої згоди, за рішенням суду, або у випадках, коли є небезпека спричинення шкоди собі або оточенню.
4. Шанобливе ставлення з боку консультантів і дотримання ними професійних етичних норм.
5. Інші послуги, що надаються Дніпровським РЦСССДМ (психологічна допомога, консультації соціального працівника, консультації юриста і так далі).

Приводами для тимчасового припинення проходження реабілітаційної програми на 1 тиждень (з обов'язковим відвідуванням зборів груп взаємодопомоги АА) можуть бути:

1. Рецидив (повернення до вживання алкоголю або інших психоактивних речовин).
2. Недотримання правил центру.

Продовжити проходження реабілітації можна після індивідуальної консультації з пред'явленням письмового опису і аналізу факту того, що послугувало приводом для припинення проходження програми.

Приводом для відрахування з реабілітаційного центру можуть бути:

1. Більше двох рецидивів (повернень до вживання алкоголю) за час проходження реабілітації.
2. Неповідомлення про рецидиви, що мали місце під час реабілітації, інших важливих для одужання даних.
3. Неповідомлення про вживання інших наркотичних речовин або лікарських препаратів, що містять спирт.
4. Пропущено понад 10 годин занять в місяць (три дні), або 36 годин (12 днів) за весь час реабілітації.
5. Систематичне (більше 2 раз на тиждень або 10 разів за місяць) запізнення.
6. Пропущено понад тижня реабілітаційних днів підряд з поважної причини (хвороба, рецидив і так далі).
7. Відмова від роботи на занятті (більше 3 раз на місяць).
8. Агресивна поведінка з іншими клієнтами реабілітаційного центру.
9. Сексуальні контакти з клієнтами реабілітаційного центру.

Клієнт має право наново почати проходження курсу реабілітації не менше ніж через три місяці після його відрахування.

З правилами ознайомив: _____

З правилами ознайомлений(а) : _____

Дата: _____

Додаток 16. Контракт про проходження II етапу психосоціальної реабілітації для алкозалежних центру «Сенс»

Особи, що погодилися на проходження II етапу реабілітаційної програми (далі реабілітанти), зобов'язуються дотримуватися таких правил:

1. Спільно з консультантом скласти план свого одужання і дотримуватися його. Для внесення змін до плану одужання консультуватися з фахівцями центру.
2. Повністю відмовитися від прийому психоактивних речовин (ПАР: алкоголь, наркотики, лікарські препарати, що містять спирт і т.д.). Якщо все ж стався прийом ПАВ, реабілітант зобов'язується повідомити про це консультантам.
3. Щотижня відвідувати основне заняття другого етапу реабілітації і одну з трьох підтримувальних терапевтичних груп (сімейну, дискусійну, групу профілактики зриву).
4. Активно брати участь в реабілітаційному занятті і виконувати домашні завдання.
5. Чесно повідомляти усю інформацію, що стосується одужання, консультантам і психологам центру.
6. Бути пунктуальним у відвідуванні заняття. Заздалегідь попереджати про відсутність або запізнення.
7. Знаходячись на території центру, дотримуватися правил культурної поведінки і взаємної поваги (відключити мобільний зв'язок, не вживати і не зберігати спиртні або інші наркотичні речовини, палити у встановленому місці, не грати в азартні ігри і т.д.).
8. Дотримуватися конфіденційності – не розголошувати особистих відомостей про інших реабілітантів поза реабілітаційною програмою.
9. Брати участь в науково-дослідницькій роботі центру – в проходженні тестів, анкетуванні, інтерв'ю, аудіозаписах і так далі.
10. Заздалегідь повідомляти консультантів про намір припинити проходження реабілітаційної програми.
11. У рамках реабілітаційної програми не займатися політичною, комерційною, місіонерською, благодійною і іншою діяльністю, що не відноситься до одужання.

Особи, що погодилися на проходження реабілітаційної програми, мають право на:

1. Індивідуальні консультації з консультантами і психологами центру з питань, що стосуються одужання від алкогольної залежності (один раз на тиждень).
2. Безкоштовне забезпечення матеріалами одужання.
3. Нерозголошення відомостей, що надаються консультантам, окрім як з особистої згоди або за рішенням суду, або у випадках, коли є небезпека спричинення шкоди собі або оточенню.
4. Шанобливе ставлення з боку консультантів і дотримання ними професійних етичних норм.
5. Інші послуги, що надаються Дніпровським РЦСССДМ (психологічна допомога, консультації соціального працівника, консультації юриста і так далі).

Приводом для тимчасового відрахування від занять (два тижні) з обов'язковим відвідуванням зборів АА можуть бути:

1. Недотримання плану одужання.
2. Рецидив (повернення до вживання).

3. Недотримання правил центру.

Продовжити проходження реабілітації можна після індивідуальної консультації з пред'явленням письмового опису і аналізу факту того, що послугувало тимчасовому відрахуванню, а також з коригуванням подальшого плану одужання.

Приводом для відрахування з реабілітаційного центру можуть бути:

1. Систематичне недотримання правил центру.
2. Більше двох рецидивів (повернень до вживання алкоголю) за час проходження реабілітації.
3. Відмова реабілітанта дотримуватися складеного з консультантом плану одужання.
4. Неповідомлення про рецидиви, що мали місце під час реабілітації, або інших важливих для одужання даних.
5. Неповідомлення про вживання інших наркотичних речовин або лікарських препаратів, що містять спирт.
6. Пропуск більше двох занять підряд або третини занять за останні два місяці реабілітації (більше трьох пропусків за останні дев'ять занять). Пропуски враховуються окремо для основного заняття і для терапевтичних груп і не підсумовуються.
7. Систематичне (більше половини разів) запізнення.
8. Агресивна поведінка з іншими клієнтами реабілітаційного центру.
9. Сексуальні контакти з клієнтами реабілітаційного центру.

Клієнт має право наново почати проходження курсу реабілітації не раніше, ніж через три місяці після його відрахування.

З правилами ознайомив: _____

З правилами ознайомлений(а) : _____

Дата: _____

Додаток 2. Правила роботи терапевтичної групи

1. Я - висловлювання

Говорити про себе від першої особи (вживаючи займенники: Я, Мені, Мене і так далі).

Приклад недотримання: Я кидаю пити, тому що коли Ти не п'єси, то почуваси себе краще. Приклад дотримання : Я кидаю пити тому, що коли Я не п'ю, то відчуваю себе краще.

2. Акцент на себе, «тут і зараз»

Акцентуватися на собі, своїх проблемах і своєму житті на сьогоднішній момент.

Приклад недотримання правила : У моєї мами минулого року було... Приклад дотримання правила : У мене сьогодні...

3. Повага

Принцип поваги як на поведінковому рівні (не перебивати, не висловлювати зневаги, агресії і так далі), так і на моральному рівні (поважати право людини на свою особисту думку).

Приклад недотримання: (перебиваючи) Ні, це не правильно... Приклад дотримання: (дослухавши) Можливо, ти правий, але у мене інша думка...

4. Безоціненість

Уникати як позитивних, так і негативних оцінок інших осіб в моральному плані.

Приклад недотримання: Ну ти і ідіот. Приклад дотримання: Мені здається, що в цій ситуації Я б поступив інакше...

5. Конфіденційність

Не розголошувати відомостей про осіб інших людей за межами групи; не обговорювати особу людей, не присутніх на групі.

Приклад недотримання: Н записав тому, що не дотримався рекомендації...

Приклад дотримання: Мої спостереження говорять мені, що недотримання рекомендацій підвищують загрозу зриву...

6. Робота на групу

Проявляти активність в груповій роботі, взаємодіяти як з усією групою, так і з окремими її членами, а не тільки з одним (наприклад, з ведучим), бути частиною групи.

Приклад недотримання: мовчати усю групу, звертатися тільки до ведучого.

Приклад дотримання: участь в роботі кожного, говорити про усю групу.

7. Повна присутність

Не спізнюватися на групу і не йти раніше, не виходити під час групи, не відволікатися на інші справи (мобільний телефон і так далі).

Приклад недотримання: запізнення, вихід в туалет, гра на мобільці. Приклад дотримання: завчасний прихід на групу, уважно стежити за ходом групи.

Принципи зворотного зв'язку:

8. Уникати порад

Уникати порад, вказівок, проповідувань і так далі як в прямій, так і в непрямій формі.

Приклад недотримання: Ти повинен зробити... Приклад дотримання: Я в такій ситуації поступив би ...

9. Зв'язок за вимогою. Правило «Стоп»!

Давати зворотний зв'язок, тільки якщо людина хоче його отримати; право на «стоп», коли не хочеш чути зворотний зв'язок у свою сторону.

Приклад недотримання: Ні, ти слухай сюди! Приклад дотримання: Можна мені сказати тобі?

10. Пряма

Звертатися безпосередньо до людини, якій даєш зворотний зв'язок.

Приклад недотримання: (про людину на групі) Я думаю, що він... Приклад дотримання: (про людину на групі) Я думаю, що ти...

11. Конструктивна і своєчасна

Акцентуватися на тому, що людина дійсно може змінити «тут і зараз».

Приклад недотримання: Тобі треба було розводитися, поки дітей не завели, а що тепер – тепер вже пізно... Приклад дотримання: я б на твоєму місці зараз подумав над розставленням меж в сім'ї.

12. Конкретна і зрозуміла

Акцентуватися на конкретних (а не узагальнених і філософських) речах в зрозумілій для людини формі.

Приклад недотримання: Проблема несумісності Інь і Янь, чоловіків і жінок, існує вічно. Приклад дотримання : Я думаю, що ти не готовий до того, що будеш іноді недостатньо зрозумілим дружиною, а також і сам її недостатньо розумітимеш – у чоловіків і жінок все-таки різна психіка.

13. Що підтримує і позитивна

Зворотний зв'язок емоційно підтримує людину, він акцентований на досягнення позитивних цілей (а не відхід від негативного).

Приклад недотримання: Тепер все, тобі далі вже нікуди – залишилося тільки кидати пити, інакше.... Приклад дотримання: Я знаю людей, у яких ситуації були ще гірші, але вони зайнялися одужанням, і все налагодилося. Це може вийти і у тебе.

14. Відкрита і чесна

Принцип емоційної відкритості, тобто говорити про свої реальні почуття і відношення, а не про ті, які хотіли б від тебе почути.

Приклад недотримання правила: («крізь зуби») Я рад тебе бачити! Приклад дотримання правила: Я починаю злитися, як тільки тебе бачу.

Додаток 3. Симптоми зриву

Список ознак зриву. Поведінка.

Ознаки: Фази:	Зниження зусиль із одужання	Самоізоляція і складнощі в спілкуванні	Зміщення фокусу одужання	Імпульсивна і компульсивна поведінка	Погане планування
1. Порушення психологічної стабільності	Я ставлю справи по одужанню на друге місце в житті.	Я не сприймаю серйозно поради і зворотний зв'язок. Я переконую себе, що у мене немає складнощів в спілкуванні.	Я звертаю надмірну увагу на проблеми оточення.	Я поступаю необдуманно в стресових ситуаціях. Я не роблю подальший аналіз. Я не звертаю уваги на невеликі емоційні складнощі.	Я не приділяю належної уваги плануванню.
2. Розвиток внутрішніх змін	В моє одужання входять тільки активності, що підтримують тверезість (відвідування груп АА, читання і так далі). Немає активностей «розвитку» (планування, аналіз і так далі).	Я перестаю відкрито говорити, що думаю і відчуваю. Я психологічно дистанціююся від близьких людей. Я уникаю неприємного мені спілкування.	Я про себе даю критичні оцінки оточенню. Я більше уваги приділяю одужанню інших, ніж своєму.	Я погано продумую свої дії. Я здійснюю імпульсивні вчинки, сам створюючи собі проблеми. Я працюю більше, ніж треба, переважжаю себе різними видами діяльності, займаюся непродуктивними видами відпочинку – телевізор, інтернет і так далі.	Я не займаюся письмовим плануванням.
3. Зміна поведінки	Я пропускаю заплановані справи по одужанню. Я порушую обмеження.	Я уникаю розмов з приводу негативних змін в мені. Я спілкуюся на «поверхневому» рівні.	Я обговорюю інших людей (їх неправильну поведінку, одужання і так далі).	Я занадто переоцінюю або недооцінюю свої сили, гостро реаую на пов'язані з цим невдачі. Я спеціально відволікаюся від поганого настрою за допомогою різної компульсивної поведінки (телевізор, спорт, надмірне відвідування груп і так далі).	Я будую нереальні плани (занадто грандіозні або нікчемні), які регулярно провалюються.

Продовження додатку 3

Ознаки: Фази:	Зниження зусиль із одужання	Самоізоляція і складнощі в спілкуванні	Зміщення фокусу одужання	Імпульсивна і компульсивна поведінка	Погане планування
4. Наростання особистісної кризи	Я спонтанно займаюся одужанням від випадку до випадку. Я не стежу за обмеженнями.	Я заперечую негативні зміни в мені. Я «закриваюся» від зворотного зв'язку. Я вступаю в непотрібні конфлікти. Я поводжуся «театрально».	Я більше зайнятий проблемами інших, ніж своїми.	Я без причини втрачаю самовладання, надмірно реауюю на дрібниці. Я зациклююся на одній проблемі. Я не можу прийняти рішення. Я випробовую періоди замішання, мені складно почати діяти.	Я вдаюся до мрійня і фантазій про «світле» майбутнє, або про те, як мене щось врятує.
5. Втрата особистісного контролю	Я безуспішно намагаюся удатися до допомоги програми одужання.	Я не можу змусити себе попросити допомоги. Я безуспішно намагаюся припинити спори і конфлікти.	Я намагаюся змусити інших діяти по-моєму.	Я безуспішно намагаюся перебрати контроль над поведінкою у емоцій і бажань. Я не можу почати і закінчити справи. Я переїдаю або взагалі не їм, не можу повноцінно спати, не дотримуюся режиму дня і ночі.	Я безуспішно намагаюся повернутися до планування життя.
6. Деградація	Я не займаюся своїм одужанням.	Я уникаю людей, які можуть мені допомогти. Я відкидаю пропозиції про допомогу.	Я жорстко нападаю на інших. Я самоізолююся, давлячи злість.	Труднощі з фізичною координацією – рівновага, реакція, увага, розмова і так далі. Я насилу утримуюся від саморуйнівної поведінки (перша чарка і так далі).	Я мрію про контрольовану випивку або будую інші божевільні плани. Я взагалі не продумую свої вчинки.

Список ознак зриву. Бажання.

Ознаки: Фази:	Мотивація до одужання	Співзалежність	Відкритість	Компульсивність	Прихована тяга
1. Порушення психологічної стабільності	У мене немає бажання займатися одужанням.	У мене з'являється бажання допомагати іншим.	У мене немає бажання бути відкритим з людьми.	У деяких сферах життя я піддаюся дії шкідливих бажань.	Мені не хочеться згадувати про наслідки вживання.
2. Розвиток внутрішніх змін	У мене з'являється лінч з приводу розвиваючих (планування, аналіз і так далі) активностей в одужанні.	У мене з'являється бажання шукати чужі помилки.	У мене немає бажання ділитися з іншими видужуючими своїми думками і почуттями.	Я часто йду на повідку у своїх бажань, коли міг би цього не робити.	Мені хочеться сказати собі, що не все було так вже погано.
3. Зміна поведінки	У мене повністю пропадає бажання займатися одужанням (роблю це над силу).	У мене з'являється бажання учить, давати поради, читати мораль, шкодувати.	Мені хочеться показати себе з кращого боку перед іншими.	Мої бажання стають нав'язливими, їм важко чинити опір.	У мене з'являється бажання поговорити про випивку.
4. Наростання особистісної кризи	Більшість того, що пов'язане з одужанням, викликає негативні бажання.	У мене з'являється бажання рятувати тих, що п'ють.	Мене щось штовхає на «театральні» вчинки (непотрібну фальш, історії, награні вчинки).	На боротьбу з моїми деструктивними бажаннями у мене йдуть усі сили.	У мене виникає бажання помріяти про випивку або згадати про колишні часи.
5. Втрата особистісного контролю	У мене неначе виникає «блок», коли я намагаюся зайнятися одужанням.	У мене виникають агресивні бажання відносно людей, що не приймають мою допомогу.	Я не можу припинити грати роль, зняти маски.	Я безуспішно намагаюся чинити опір своїм шкідливим бажанням.	У мене з'являються бажання порушити обмеження в тверезості (на прямий контакт з алкоголем, спілкування з колишніми товаришами по чарці, випити безалкоголку і так далі).
6. Деградація	Небажання займатися одужанням настільки сильне, що я не можу себе змусити нічого зробити.	У мене виникають агресивні бажання відносно тих, що п'ють (і/або людей, що поступають не по-моєму).	Я абсолютно нещирий відносно інших людей.	Я не чиню опір дії своїх бажань.	У мене з'являються виразні бажання випити або вирішити свої проблеми за допомогою алкоголю.

Список ознак зриву. Емоції.

Ознаки: Фази:	Адекватність	Раціональність	Контроль	Опірність стресу	Ригідність/ Лабільність
1. Порушення психологічної стабільності	Я відчуваю негативні емоції в ситуаціях, на які раніше не звертав уваги.	Я керуюся у своїх оцінках емоціями.	Мені потрібно зусилля, щоб не керуватися у своїх вчинках емоціями.	Я випробовую більшу напругу в складних ситуаціях, ніж раніше.	Емоції тривають довше або змінюються швидше, ніж вимагає ситуація.
2. Розвиток внутрішніх змін	Сила моїх емоцій неадекватна ситуації, що викликала їх.	Емоції стають на перше місце в моїй оцінці ситуації.	Мені потрібно зусилля, щоб «заспокоїтися» після ситуації, що викликала їх.	Мені потрібний відпочинок, щоб відновитися після «звичайних» справ.	Я «страгну» в емоціях або у мене відбувається часта їх зміна.
3. Зміна поведінки	У мене викликають сильні емоції спогади про минуле або думки про майбутнє.	Мої емоційні і раціональні оцінки не співпадають.	Мені потрібні «зовнішні засоби» (читання літератури, телевізор, розваги і так далі), щоб заспокоїтися.	Стрес накопичується з часом, відпочинок не повністю знімає.	Подія «запускає» емоції, що відносяться до минулого або майбутнього (депресію, тривогу, передчуття, ейфорію і так далі). Важко бути емоційно «тут і зараз».
4. Наростання особистісної кризи	У мене виникають безпричинні емоції (безпричинні перепади настрою).	Моя емоційна оцінка протилежна до моєї раціональної оцінки.	Звичайні методи контролю емоцій погано діють (потрібна допомога інших людей).	Постійна нервова напруга. Слабо залежить від обставин.	Емоції помітно впливають на мою поведінку і мислення. Зміна емоцій примушує міняти справи (теми розмови і так далі).
5. Втрата особистісного контролю	Я нічого не можу поробити з неадекватністю моїх емоцій.	Я безуспішно намагаюся повернути раціональну оцінку реальності.	Мені важко чинити опір, щоб під дією емоцій не вчинити неоправних вчинків.	Мені потрібна особлива розрядка для зняття психологічної напруги (скандал, екстремальні ситуації і т.д.).	Емоції переростають в емоційні стани (депресії, ейфорії, провини, роздратування і т.д.).

Продовження додатку 3

Ознаки: Фази:	Адекватність	Раціональність	Контроль	Опірність стресу	Ригідність/ Лабільність
6. Деградація	Мої емоції повністю неадекватні обставинам (можу відчувати протилежні до обставин емоції – плакати там, де потрібно сміятися, і навпаки). Я погано усвідомлюю або взагалі не усвідомлюю їх неадекватність.	Я не керуюся у своїх оцінках раціональністю, оцінюю тільки емоційно.	Емоції багато в чому перебрали управління над моєю поведінкою.	Я не можу позбавитися від сильної емоційної напруги.	Емоційний колапс (абсолютно неадекватні емоційні стани), емоційні «вибухи», блокада емоцій (емоційна тупість).

Список ознак зриву. Когніції.

Ознаки: Фази:	Відношення до одужання і хвороби	Відношення до інших людей і зворотного зв'язку	Відношення до алкоголю	Брехня собі	Ейфорична пам'ять
1. Порушення психологічної стабільності	Я вважаю, що досить видужав, щоб скоротити одужання. Що мій випадок не найважчий.	Я вважаю, що іншим людям потрібна моя допомога; що мені можуть мало повідомити нового про мою хворобу.	Я негативно відношуся до зловживання алкоголю. Я в принципі позитивно відношуся до зловживання алкоголю.	Я не звертаю увагу на дрібні неприємності.	Я вважаю, що не треба згадувати про минулі помилки.
2. Розвиток внутрішніх змін	Я вважаю, що мені досить просто ходити на групи (терапевтичні, АА) і пам'ятати про першу чарку; що, порівняно з іншими, у мене не все так погано.	Я вважаю, що проблеми інших людей важливіші за моїх; що мені не можуть повідомити нічого корисно про мою поведінку.	Я негативно відношуся до вживання алкоголю іншими людьми. Я з «розумінням» відношуся до інших людей, що пиячать.	Я намагаюся уникати ситуацій, які примушують мене визнати, що я не так добре справляюся з труднощами, як раніше.	Я вважаю, що у мене було не так вже і багато помилко в житті.
3. Зміна поведінки	Я вважаю, що мені досить іноді відвідувати збори; що мій випадок цілком простий.	Я вважаю, що іншим людям потрібна моя допомога; що мені не повинні вказувати на мої недоліки.	Я вважаю, що в моїх проблемах винне моє пияцтво. Я вважаю, що вживання принесло не так вже багато шкоди.	Я запевняю себе, що це усе тимчасові труднощі.	Я вважаю, що все було не так вже і погано.

Закінчення додатку 3

Ознаки: Фази:	Відношення до одужання і хвороби	Відношення до інших людей і зворотного зв'язку	Відношення до алкоголю	Брехня собі	Ейфорична пам'ять
4. Наростання особистісної кризи	Я вважаю, що особисто для мене це одужання не обов'язкове; що мене примушували пити різні обставини (складнощі з емоціями, оточенням і так далі), а тепер мені боїться нічого.	Я вважаю, люди обов'язково повинні приймати мою допомогу; людям, що дають поради, треба вказувати на «їх місце».	Я вважаю, що із вживанням алкоголю необхідно боротися. Я вважаю, що коли б не наслідки вживання, алкоголь був би хорошим способом вирішувати проблеми (емоційні, спілкування, відпочинку і так далі).	Я запевняю себе, що впораюся з проблемами самостійно.	Я вважаю, що в моєму колишньому житті велика частина була хороша
5. Втрата особистісного контролю	Я вважаю, що мій випадок занадто унікальний; що мені потрібний особливий підхід.	Я вважаю, що люди, які не приймають мою допомогу і дають поради, заслуговують засудження.	Я вважаю, що людей, які пиячать, необхідно карати. Я вважаю, що в питві немає нічого поганого.	Я не можу перестати брехати собі, хоча в глибині душі знаю, що все погано.	Я вважаю, що за те, як я жив, мені немає пробачення
6. Деградація	Я вважаю, що мій випадок невеликовний; що я взагалі не хворий.	Я ділю людей на хороших і поганих. Мені дають поради тільки «погані» люди.	Я вважаю, що вживання алкоголю – «найбільший гріх». Я вважаю що пиття – найкращий спосіб проводити час.	Я повністю заперечую які-небудь проблеми в житті. Я вважаю, що мої проблеми нерозв'язні.	Я зависаю на позитивних думках про колишні п'янки.

Додаток 4. Щоденник самоаналізу

Поведінка. Теорія.

Людина з алкогольною залежністю, що сформувалася із-за безповоротних порушень в обміні речовин, вже ніколи не зможе пити контрольовано. Отже, їй необхідно утримуватися від вживання будь-яких, навіть найменших, доз алкоголю. Для цього їй слід змінити свою поведінку із спроб **контрольованого вживання** на поведінку повного **утримання** від алкоголю і інших ПАР (психо-активних речовин). Тобто не **брати першу чарку!**

Але просто утримуватися від випивки мало. Адже існує ще безліч **тригерних** ситуацій (ситуацій, небезпечних для тверезості), які можуть спровокувати непереборну тягу, і людина не зможе утриматися від випивки. Отже, людині з алкогольною залежністю слід також дотримуватися правил **обмежень в тверезості**:

а) Правило **«чисті руки»**: уникати будь-яких контактів з алкоголем – не купувати; не брати в руки; не зберігати; не відвідувати місця, де п'ють; остерігатися місць, де продають алкоголь, і так далі;

б) Правило **«HALT»** (голодний, злий, самотній, втомлений): уникати небезпечних емоційних станів – злості, депресії, жалості, втоми, голоду, ейфорії, самотності, нудьги і так далі;

в) Правило **«уникнення різких змін»**: уникати різких життєвих змін з початку одужання – одруження/розлучення, звільнення/пристрою на нову роботу, нових особистих стосунків, переїздів, ремонту і так далі;

г) Правило **«обмеження в спілкуванні»**: уникати старих товаришів по чарці; людей, які «напружують», та ін.

Тобто, людині, яка хоче почати тверезе життя, слід змінити свою поведінку з **той, що провокує випивку, на підтримуюче невживання.**

Уникнення випивки і ситуацій, які можуть її спровокувати, можливо, допоможе утриматися від нового неконтрольованого вживання деякий час, але так не досягти головної мети одужання – відновлення особистості (психіки) і повноцінного, вільного тверезого життя. Для цього необхідно виконувати **активності одужання** (ведення щоденника самоаналізу, планування і аналіз дня, читання і опрацювання інформаційних матеріалів по одужанню і так далі), які допомагають відновлювати психіку і розвивати особистість. Слід змінити свою поведінку з **пасивно утримуючої від випивки на активно видужуюче.**

Алкоголік – це людина з незрілою психікою. Найнижчою за рівнем розвитку психіки є **автоматична поведінка**, коли людина поступає не замислюючись, не «включаючи Свідомість». Зазвичай ця поведінка спрямована на те, щоб змінити те, що безпосередньо змінити людина не в силах (у кращому разі, може побічно впливати), – навколишній світ і події в ній, інших людей, результат своїх дій. Більш зрілим способом поведінки є **усвідомлена поведінка**, коли людина перед своїм вчинком замислюється про його наслідки і альтернативні способи поведінки, за допомогою якої він мінятиме те, що в силах змінити.

Поведінка із спробами контрольованого вживання, що провокує випивку, пасивно утримуючу від випивки і просто автоматичну поведінку можна назвати **автоматичною поведінкою, що підтримує розвиток зриву.** У цій поведінці алкозалежний бере на себе відповідальність за те, що він вже контролювати не в

силах, – своє вживання і процес зриву (таку поведінку можна назвати безвідповідальною). Поведінка повної стриманості, підтримувальне невживання, активно видужуюче і усвідомлене можна назвати **усвідомленою поведінкою, що підтримує процес одужання**. Ця поведінка спрямована на контроль того, що алкозалежний має можливість навчитися контролювати, – утримування від алкоголю і процес одужання (відповідальна поведінка). Навчитися міняти один тип поведінки на інший можна *постійно відстежуючи* життєві ситуації, де проявляється **безвідповідальна** поведінка, знаходити варіанти **відповідальної** поведінки, що підтримує процес одужання, і замінювати застарілі поведінкові звички на нові.

Процедура зміни поведінки складається з трьох етапів. Правило УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка):

1. Зупинитися і **Усвідомити** свою поведінку, а також бажання, емоції, думки і подію, що їй передували. Усвідомити, що ви намагаєтеся контролювати за допомогою своєї поведінки те, що ви контролювати в принципі зараз не можете. Визначити міру безвідповідальності своєї поведінки.
2. Узяти **Відповідальність** за свою поведінку на себе (причина моєї поведінки не в зовнішніх обставинах, а в моїй сталій звичці, яку можливо змінити).
3. **Оцінити**, яку користь і яку шкоду приносить моя поведінка **Тут і зараз**. Знайти один або декілька варіантів нової відповідальної поведінки, в якій ви берете відповідальність за те, що можете контролювати. а) Оцінити, яку користь і яку шкоду принесе кожен з варіантів поведінки. б) Вибрати самий відповідний варіант поведінки.

Поведінка. Практика

1. Згадайте недавню критичну ситуацію. Це можуть бути:
 - Ситуація, в якій ви порушили обмеження в тверезості (були в прямому контакті з алкоголем, потрапили в емоційно небезпечну ситуацію, спровокували небезпечні зміни у вашому житті, спілкувалися з небезпечними для вашої тверезості людьми і так далі).
 - Ситуація, де ви не виконували необхідні активності одужання (ранкове планування дня, вечірній аналіз, щоденне ведення щоденника самоаналізу, читання літератури і ранкових роздумів).
 - Ситуація, де ви намагалися за допомогою своєї поведінки контролювати те, що ви не в силах контролювати (наприклад, думки інших людей про себе, події в житті, результат своїх дій і так далі).
 - Будь-яка ситуація, результат якої вас не влаштовує.
 - Ситуація, де ви поводитися автоматично, не замислюючись, нехай навіть результат ситуації вас влаштовує.
2. У першому рядку щоденника опишіть цю ситуацію.
 - У першому стовпці запишіть активуючу подію (з чого розпочалася ситуація).
 - У другому стовпці коротко запишіть, що ви тоді подумали.
 - У третьому коротко опишіть ваші емоції.
 - У четвертому опишіть ваші бажання в той момент.
 - У п'ятому запишіть, як ви тоді поступили.
 - У шостому опишіть результат, до якого привели ваші дії або бездіяльність.

Приклад заповнення щоденника самоаналізу:

Активуюча подія	Автоматичні думки	Автоматичні емоції	Бажання	Автоматична поведінка	Результат
<i>Перший рядок:</i> У тролейбусі на мене дихав сусід перегаром	Сволота, нажрався з ранку як худобина	Злість	Викинути з тролейбуса	Стояв поряд і терпів	Довів себе мало не до нервового зриву
<i>Другий рядок:</i> -//-	-//-	-//-	-//-	Стара поведінка: Стояти і терпіти. Контролював свою злість. «+»: ніякий «-»: нервовий зрив, нюхав запахи, з'явилася невелика тяга Нова поведінки: 1. перейти в інший кінець салону «+»: залишуся спокійним «-»: доведеться пробиратися крізь людей 2. Вийти з транспорту «+»: піду з ситуації «-»: можу запізнитися, коритиму себе.	
<i>Третій рядок:</i> -//-	-//-	-//-	-//-	Перейшов в інший кінець салону	Заспокоївся і нормально доїхав

1. Заповніть наступний, *другий рядок* – рядок аналізу. У п'ятому стовпці проаналізуйте свою поведінку:
 - УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка: оцінити, що ви у своїй поведінці намагаєтесь проконтролювати те, що контролювати не в силах; оцінити користь і шкоду такої поведінки.
 - Знайдіть варіант нової поведінки (можна декілька), в якій ви берете на себе відповідальність за те, що в силах контролювати. Оцініть користь і шкоду відповідальної поведінки.
2. Заповніть наступний, *третій рядок* – рядок перепрограмування. Клітинки в стовпцях з першого по четвертий (подія, думки, емоції, бажання – тяга) залишаться такими ж, як в першому рядку. У клітинці п'ятого стовпця (поведінка) запишіть ту поведінку, яку ви вважаєте кориснішою в цій ситуації. У клітинці шостого стовпця запишіть новий результат, до якого ця поведінка могла привести.

Працюйте таким чином з щоденником самоаналізу щодня.

Примітка: Часто на початку одужання буває складно знайти критичні ситуації. В цьому разі для роботи з щоденником є декілька допоміжних варіантів:

1. Описувати найдрібніші побутові неприємності, приміром, запізнення на 2 хвилини, не відразу зміг знайти річ, важко було встати уранці і так далі.
2. Якщо не вдається знайти навіть дрібних побутових проблем, то описувати хороші ситуації, порівнюючи з алкогольним минулим. Наприклад: гуляв з дітьми (стара поведінка – пив в цей час), прийшов на роботу вчасно (стара поведінка – спізновався, тому що похмелявся і т.д.).
3. Заповнювати тільки перший рядок щоденника у будь-яких ситуаціях (і в тих, де «нічого не відбувається»), навчаючись при цьому усвідомлювати свою поведінку, бажання, емоції, мислення. Проаналізувати можна буде одну (чи декілька, або взагалі не аналізувати) з ситуацій на вибір пізніше.

Бажання. Теорія.

Поведінка – це зовнішній прояв Волі людини (чи, як ще називають, мотивації). Незрілість мотиваційно-вольової сфери психіки алкозалежної людини проявляється в тому, що в цій сфері у неї в основному переважають дитячі бажання.

Бажання – це внутрішнє прагнення людини до того, щоб їй стало добре тут і зараз, незважаючи на наслідки.

Іноді бажання такої людини настільки сильні, що їх потягу він насилу чинить опір (чи взагалі не в силах цього робити). Такі бажання називаються компульсивними, а поведінка (коли людина не може чинити опір своїм бажанням, хоча знає, що це шкідливо) – компульсивною.

Одним з прикладів компульсивного бажання є нав'язливе бажання випити – тяга.

Шкала тяги.

0 – немає тяги. Немає ні потягу до вживання, ні бажання випити, ні навіть думок про вживання. Такий стан справ потрібно зберігати, уникаючи тригерних ситуацій – ситуацій, які можуть спровокувати тягу.

1-2 бали. Позитивні думки про вживання. Такі думки потрібно відразу відганяти, не давати «засісти» їм в голові і вже ні в якому разі не розкручувати. Якщо думки викликала якась тригерна ситуація, з неї слід терміново віддалитися.

3-4 бали. Нав'язливі думки про вживання. Від цих думок треба позбавлятися будь-якими способами. Є декілька дієвих способів: згадати останні п'янки і уявити наслідки вживання, переключитися на зайняття іншими справами, почитати літературу про алкоголізм, якщо ви віруюча людина – то може допомогти молитва.

5-6 балів. Психологічне бажання. Дуже небезпечний стан. Треба використати один або декілька методів: бути тверезим «тут і зараз», телефонна терапія (подзвонити товаришеві), піти на збори АА, зустрітися з товаришами, що одужують, добре поїсти, попити або поїсти щось солодке, зайнятися сексом.

7-8 балів. Тілесний потяг. Ця ситуація вже критична. Дієвий метод тут тільки один – попросити, щоб вас насильно утримали (закрили в реаб. центрі, квартирі, монастирі, камері і т.п.).

9-10 балів. Непереборний тілесний потяг випити. Власне, все – тут вже алкоголік нічого не може поробити. 9 балів – це коли він шукає випивку, і зупинити його може тільки диво або випадковість. Часто в цьому стані він навіть не пам'ятає, чим може закінчитися для нього випивка. 10 балів – це тяга в стані сп'яніння. Тут або допиватися до чергового «дна», або лягати на детоксикацію.

Також прикладом може бути *лінь* – небажання щось робити заради поліпшення свого життя. Ось ще приклади компульсивних бажань: «тяга» до бездумного перегляду телевізора або «сидіння» за комп'ютером, переїдання, потягу до роботи (трудоголізм), зайняття спортом, азартним іграм, різним видам сексу і так далі.

Здебільшого, коли у залежної людини «блокуються» компульсивні бажання основної залежності (приміром, тяга до алкоголю), у нього з'являються і/або посилюються інші компульсивні бажання (приміром, тяга до їжі). Це говорить тільки про те, що проблема алкогольної залежності не в самому алкоголі, а в загальній незрілості психіки алкозалежного.

Показником більш зрілої мотиваційно-вольової сфери психіки є переважання в ній *цілей*.

Ціль – це усвідомлений результат, якого хоче досягти людина внаслідок виконання своїх обдуманих дій з розробленого нею плану.

Зрілі цілі відповідають декільком критеріям: по-перше, вони мають бути реальними (досяжними: приміром, поліпшити свій настрій – досяжна ціль, стати щасливим – недосяжна), по-друге, конкретними (вимірними: не брати першу чарку сьогодні – вимірна ціль, кинути пити назавжди – не вимірна), по-третє, бажаними (ви дійсно хочете досягти цієї цілі: кинути пити – небажана ціль, настільки добре почувати себе тверезим, щоб не хотілося випити, – бажана). Коротко можна сказати, що правильна ціль повинна відповідати на питання **Як? (досяжна) Що? (конкретна) Навіщо? (бажана)**.

Навчаючись змінювати свої автоматичні і компульсивні бажання на усвідомлені цілі, людина тим самим розвиває свою особистість, що зрештою веде до поліпшення її тверезого життя.

Процедура зміни компульсивних бажань на зрілі Цілі складається з трьох етапів. Правило УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка):

1. Зупинитися і **Усвідомити** своє бажання і результат, до якого приведе виконання цього бажання.

2. Узяти **Відповідальність** за своє бажання на себе (причина моїх бажань не в зовнішніх обставинах, а в сталій звичці, яку можливо змінити).

3. **Оцінити**, яку користь і яку шкоду приносить моє бажання **Тут і Зараз**. Поставити собі **Ціль** (чи декілька цілей) – що я хочу отримати у результаті, по результату цієї ситуації. Продумати плани дій з досягнення цих цілей. Оцінити користь і шкоду досягнення кожної з цих цілей.

Бажанья. Практика

1. Згадайте недавню ситуацію, де у вас з'явилися компульсивні бажання різної міри. Це можуть бути:
 - *Бажанья випити (тяга) різної міри – уривчасті думки про випивку, бажанья випити, тілесний потяг до вживання.*
 - *Лінь у виконанні активностей одужання різної міри – від простого небажанья займатися одужанням до «повного блокування».*
 - *Інші компульсивні бажанья у сфері відпочинку, роботи, спорту, їжі, сексу, ігор, побутової лінії і так далі.*
 - *Імпульсивні бажанья (сильні бажанья, які швидко виникають і швидко проходять).*
 - *Будь-які інші шкідливі бажанья.*
2. У першому рядку опишіть цю ситуацію.
 - *У першому стовпці запишіть активуючу подію (з чого розпочалася ситуація).*
 - *У другому стовпці коротко запишіть, що ви тоді подумали.*
 - *У третьому стовпці коротко опишіть ваші емоції.*
 - *У четвертому стовпці опишіть ваші бажанья в той момент.*
 - *У п'ятому стовпці запишіть, як ви тоді поступили.*
 - *У шостому стовпці опишіть результат, до якого привели ваші дії або бездіяльність.*
3. Заповніть наступний, другий рядок – рядок аналізу. У четвертому стовпці проаналізуйте свої бажанья:
 - *УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка): оцінити користь і шкоду своїх бажань, а також їх силу.*
 - *Знайдіть одну або декілька цілей, які ви хотіли б досягти в цій ситуації, що відповідають критеріям зрілості (конкретна, досяжна, бажана – Що? Як? Навіщо?)*
4. Заповніть наступний, третій рядок. Клітинки в стовпцях з першого по третій (подія, думки, емоції) залишаться такими ж, як в першому рядку. У клітинці четвертого стовпця (бажанья) запишіть вашу мету. У п'ятому стовпці опишіть вашу нову поведінку (що відповідає плану по досягненню вашої мети в цій ситуації). У клітинці шостого стовпця запишіть новий результат, до якого ця поведінка могла привести.

Емоції. Теорія

Надмірне вживання алкоголю людиною сприяє регресу його психіки на дитячий рівень. Це стосується і емоційної сфери психіки, так що алкозалежна людина відчуває незрілі емоції. Незрілі емоції ведуть у свою чергу до компульсивних бажань, які призводять до автоматичної поведінки.

Приклад заповнення щоденника самоаналізу:

Активуюча подія	Автоматичні думки	Автоматичні емоції	Бажання	Автоматична поведінка	Результат
<i>Перший рядок:</i> Дружина давала вказівки, як не пити	Вона не має права мене контролювати	Злість	Випити	Почав кричати у відповідь	Почався скандал. Вибіг в кіоск. Найближчий був закритий, а доки йшов до іншого, трохи заспокоївся. Дивом залишився тверезий
<i>Другий рядок:</i> -//-	-//-	-//-	Випити, 6 – психологічне бажання випити. «+»: ніяких «-»: може далі розвинути тяга, загроза тверезості. Підсвідома мета – піти в запій Мета 1: залишитися тверезим в цій ситуації «+»: не нап'юся «-»: доведеться припинити скандал Мета 2: «розставити межі» з дружиною «+» в майбутньому знатиме «-»: в моєму емоційному стані почнеться скандал		
<i>Третій рядок:</i> -//-	-//-	-//-	Мета: залишатися тверезим в цій ситуації	Припинив «розбирання» – пішов з ситуації, проаналізував в щоденнику	Заспокоївся, а після помирився з дружиною

Найважливішою характеристикою незрілих емоцій є їх *неадекватність* (коли сила, тривалість, якість емоцій неадекватні ситуації).

Алкозалежна людина часто відчуває емоції, що за силою набагато перевищують (чи навпаки бути бездушним) ситуацію, що викликала їх. Тобто, на ситуацію силою в 3 бали відчувати емоції силою в 9 балів (чи взагалі 0).

Неадекватна у алкоголіка також і тривалість емоцій – вони можуть тривати довше (чи закінчуватися швидше), ніж тривала сама ситуація.

Неадекватною може бути також і якість емоцій – на ситуацію, де слід радіти, алкоголік може злитися, і навпаки.

Як наслідок, алкозалежна людина може «зависати» в негативних емоціях, таких як *провина, сором, роздратування, злість, депресія, тривога, апатія, образа, страх* і так далі. Ситуація може бути також абсолютно протилежною, коли людина знаходиться в станах *неадекватно підвищеного настрою, ейфорії, невгамовної веселості, манії* і так далі. І, нарешті, буває так, що алкоголік взагалі нічого практично не відчуває – його емоції виявляються заблокованими (*apatia, байдужість* і так далі). І, врешті-решт, усі ці емоції (чи їх відсутність) можуть мимоволі змінювати одна одну.

Емоції по своїй зрілості діляться на зовсім незрілі (дитячі) – їх називають афектами, незрілі (підліткові) – їх у вужчому розумінні і називають емоціями, а також зрілі (дорослі) – їх називають почуттями.

Неадекватність емоцій є наслідком неприйняття ситуації, що викликала емоції, такою, якою вона є. Для людини з незрілою психікою ситуація стає *неприйнятною*, вона не може змиритися з нею і намагається захиститися від цієї ситуації своїми емоціями.

Водночас для людини із зрілою психікою будь-яка ситуація є прийнятною (вона приймає її такою, яка вона є). І, таким чином, виходячи зі свого адекватного бачення ситуації, вона може спокійно поставити свої цілі для цієї ситуації і розробити адекватний план дій, який може допомогти досягти цих цілей.

Тому для поліпшення свого емоційного стану, для того, щоб переживати дорослі почуття, замість дитячих афектів і підліткових емоцій, а також для розвитку своєї особистості необхідно вчитися приймати ситуації такими, які вони є.

Допомогти в цьому, також як у випадку з поведінкою і бажаннями, може щоденник самоаналізу. Процедура зміни своїх емоцій досить проста:

Процедура зміни незрілих емоцій і афектів на зрілі почуття складається з трьох етапів. Правило УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка):

1. Зупинитися і *Усвідомити*, що я відчуваю в даний момент (чи що я відчував в аналізованій ситуації), а також які думки цим почуттям передують, які бажання і поведінку вони викликають. Визначити рівень адекватності своїх емоцій, а також *неприйняттям* чого в ситуації була викликана емоція.
2. Узяти *Відповідальність* за свої емоції на себе (причина моїх емоцій не в зовнішніх обставинах, а в сталій звичці, яку можливо змінити).
3. *Оцінити*, яку користь і яку шкоду приносить мені моя емоція *Тут і зараз*. Прийняти ситуацію (чи частину ситуації) такою, як вона є. Проаналізувати, як змінилася емоція, її користь і шкоду. Знайти інші варіанти прийняття ситуації або її частини такою, яка вона є, і проаналізувати користь і шкоду емоцій, що змінилися, в цих випадках.

Емоції. Практика

1. Згадайте недавню ситуацію, яка супроводжувалася неадекватними емоціями. Це можуть бути:
 - Емоції, небезпечні для вашої тверезості.
 - Емоції, які впливали на вашу поведінку, мислення і бажання.
 - Емоції, якими вам важко було управляти або які доводилося пригнічувати.
 - Емоції, які тривали довше, ніж тривала ситуація, або припинилися раніше, ніж ситуація закінчилася, або їх зміна була неадекватна зміні ситуації.
 - Емоції, сила яких була неадекватна реальній значущості ситуації (вище або нижче).
 - Емоції, якість яких була неадекватна ситуації (смішно, коли повинно бути сумно, або навпаки).
 - Просто неприємні емоції або емоції, які ви не хотіли б випробувати.
2. У першому рядку опишіть цю ситуацію.
 - У першому стовпці запишіть активуючу подію (з чого розпочалася ситуація).
 - У другому стовпці коротко запишіть, що ви тоді подумали.
 - У третьому коротко опишіть ваші емоції.
 - У четвертому опишіть ваші бажання в той момент.
 - У п'ятому запишіть, як ви тоді поступили.
 - У шостому опишіть результат, до якого привели ваші дії або бездіяльність.
3. Заповніть наступний рядок – рядок аналізу. (Пишемо тільки в четвертому стовпці, емоції). Проаналізуйте свої емоції. Для цього:
 - УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка): визначте силу емоції по 10-ти бальній шкалі, визначте, яку шкоду і яку користь приносить вам ця емоція. Знайдіть також, що в ситуації було для вас неприйнятним (що ви не прийняли таким, як воно є).
 - Прийміть ситуацію або частину ситуації такою, як вона є. Проаналізуйте, як змінилася емоція, і оцініть її користь і шкоду.
4. Заповніть наступний рядок – рядок перепрограмування.
 - Клітинки в стовпцях першому і другому (подія і думки) залишаться такими ж, як в першому рядку.
 - У клітинці третього стовпця опишіть свій новий емоційний стан.
 - У четвертому стовпці опишіть свої нові бажання.
 - У п'ятому стовпці опишіть свою нову поведінку в цій ситуації.
 - У шостому – новий результат.

Мислення. Теорія

Ланцюжок «залежна поведінка – компульсивні бажання – неадекватні емоції» розпочинається з незрілого відношення до світу, іншим людям і себе самого. А відношення людини до чого-небудь проявляється в першу чергу в його мисленні.

Приклад заповнення щоденника самоаналізу:

Активуюча подія	Автоматичні думки	Автоматичні емоції	Бажання	Автоматична поведінка	Результат
<i>Спізнююся на зустріч</i>	Звідки ця пробка?	Роздратування	Посваритися з водієм, тяга 3	Нервую	Зіпсовані нерви
		Роздратування 6 «+»: ніякий «-»:нерви, тяга, трясло від злості і тривоги. Не приймав те, що міг запізнитися. Приймаю те, що можу запізнитися, таким, як воно є. Нова емоція: роздратування 2, «+»: менше нервів, можу нормально думати «-»: злегка хвилююся			
--	--	Роздратування 2	Вирішити ситуацію	Передзвонив, попередив, що спізнююся	Спокійно доїхав

Зріле відношення до світу, людей і себе – це відношення любові і свободи: «Світ, люди і я мають право бути такими, які є, і я приймаю це безумовно, незалежно від того, подобається це мені, або ні». Як наслідок, здоровим мисленням буде мислення в стилі можливостей, коли будь-яка ситуація розглядається з різних боків, кожен з яких більш менш переважний, але прийнятні усі. Приклад: «*Я можу влаштуватися на хорошу роботу з високою зарплатою і старатимуся таку знайти, але може і не вийти, нічого страшного*». Таке мислення супроводжують спокійні, дорослі почуття і обдумана поведінка, яка призводить до бажаних результатів.

Незріле залежне мислення побудоване на основі повинувач (чи вимог), де розглядається тільки один варіант, який повинен статися обов'язково: «*Я обов'язково повинен знайти роботу з високою зарплатою, і ніяк інакше!!!*». Мислення в стилі повинувач є джерелом дитячих егоїстичних емоцій, які ведуть до імпульсивної (чи компульсивної) безрозсудної поведінки, що, у свою чергу, призводить до негативних результатів.

Категоричні вимоги (повинувач) можуть бути висунені до взаємовідносин з самим собою (веде до емоцій, пов'язаних з соромом), з людьми (веде до емоцій, пов'язаних з провинною), а також зі світом в цілому (веде до емоцій, пов'язаних з безсиллям). Повинувач також можуть бути висунені до минулого (веде до депресивних емоцій), до сьогодення (до емоцій злості і роздратування) і до майбутнього (веде до тривожних емоцій).

Нижче наведені приклади, як повинувач можуть призводити до негативних емоцій, а також, яким може бути альтернативне здорове мислення.

Злість: Вимоги до світу (у сьогоденні) «Все повинно йти по-моєму». Здорова альтернатива: «Події можуть йти так, як я хочу, але може все йти і інакше».

Депресія: Вимоги до світу (у минулому) «Це не повинно було статися!» Здорова альтернатива: «Могло б все статися інакше, але цей варіант подій теж був можливий».

Сором: Вимоги до своїх якостей і здібностей: «Я не повинен помилятися!» Здорова альтернатива: «Я міг би не помилятися, але маю право і на помилку».

Провина: Вимоги до враження на інших: «Я не повинен був так виглядати!» Здорова альтернатива: «Я можу справити хороше враження, але можу зробити будь-яке інше».

Тривога: Вимоги до світу (в майбутньому): «Це не повинно статися!» Здорова альтернатива: «Події можуть піти так, як мені хочеться, але все може піти і інакше».

Процедура зміни мислення в стилі вимог (повинувач) на мислення в стилі переваг складається з трьох етапів. Правило УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка):

1. Зупинитися і Усвідомити, що я думаю в даний момент (чи що я думав в аналізованій ситуації): визначити, до чого я висуваю вимоги (знайти повинувач), визначити міру довіри цим думкам. Усвідомити також емоції, бажання і поведінку, які таке мислення викликає.
2. Узяти Відповідальність за свої думки і емоції на себе. Нагадати собі, що справжня причина моїх думок не в тій ситуації, в яку я потрапив, а в моїй сталій звичці оцінювати подібні ситуації.

3. Оцінити, яку користь і яку шкоду приносить мені моє мислення. Знайти варіанти нового мислення у вигляді можливостей (може..., а може...), і оцінити їх користь і шкоду.

Мислення. Практика

1. Згадайте недавню критичну ситуацію, в якій проявилось ваше незріле відношення до світу, людей або себе. Це можуть бути ситуації, в яких:
 - Ви думали позитивно про вживання алкоголю.
 - Ви думали негативно про одужання і все, з ним пов'язане (активності, обмеження, людей і так далі).
 - Ви висували категоричні вимоги до себе, інших людей або подій.
 - У вас були агресивні думки відносно інших людей, подій або себе самого.
 - У вас були тривожно-депресивні думки відносно минулого, майбутнього або сьогодення.
 - Ваше мислення викликало шкідливі емоції, бажання, поведінку.
2. У першому рядку опишіть цю ситуацію.
 - У першому стовпці запишіть активуючу подію (з чого розпочалася ситуація).
 - У другому стовпці коротко запишіть, що ви тоді подумали.
 - У третьому стовпці коротко опишіть свої емоції.
 - У четвертому стовпці опишіть свої бажання в той момент.
 - У п'ятому стовпці запишіть, як ви тоді поступили.
 - У шостому стовпці опишіть результат, до якого привели ваші дії або бездіяльність.
3. Заповніть другий рядок – рядок аналізу (заповніть тільки другий стовпець, мислення). Проаналізуйте своє мислення. Для цього: УВО (усвідомленість, відповідальність, оцінка): визначте значення (сенс) своїх думок – для цього знайдіть в них повинування (це можна зробити, спираючись на емоції, які ці думки викликають: Я відчуваю _____ (емоція), тому що вважаю, що _____ (я, ми, вони, події, світ, Бог) повинні (не повинні, повинні були, повинні будуть) здійснювати _____ (дія). Визначте міру довіри вашим думкам по 10-тибальній шкалі. Визначте, яку шкоду і яку користь приносить вам таке мислення.
4. Знайдіть варіант нового мислення в стилі можливостей (я, ми, вони, події, світ можуть...), оцініть користь і шкоду нового мислення, а також міру довіри до нього.
5. Заповніть третій рядок – рядок перепрограмування.
 - Клітинка в першому стовпці (подія) залишиться таким же, як в першому рядку.
 - У клітинці другого стовпця опишіть своє нове мислення.
 - У клітинці третього стовпця опишіть свої нові емоції.
 - У четвертому стовпці опишіть свої нові бажання.
 - У п'ятому стовпці опишіть свою нову поведінку в цій ситуації.
 - У шостому – новий результат.

Приклад заповнення щоденника самоаналізу:

Активуюча подія	Автоматичні думки	Автоматичні емоції	Бажання	Автоматична поведінка	Результат
Нагруб'янили в маршрутці	Козел!	Злість	Дати в обличчя	Почав грубити у відповідь	Скандал, зіпсовані нерви, весь день поганий настрій
	Козел: мені <i>не повинні</i> грубити! 9 «+» Ніяких «-» Злість, яка призводить до скандалів М 2: Міг би не грубити, але може і грубити, хто зна, може не все з головою в порядку. 6 «+» Спокійно реагую на грубість. «-» довше думати				
-//-	Міг би не грубити, але може і грубити, хто зна, може не все з головою в порядку; а я можу не реагувати.	Упевненість в собі	Мета: не вступати в конфлікт	Проаналізував свою реакцію	Гарний настрій

Шкала безвідповідальної поведінки

0 балів. Моя поведінка повністю продиктована моїми внутрішніми цілями. Я беру на себе відповідальність тільки за те, що можу проконтролювати (початок дії, а не результат). Зовнішні події треба і далі розглядати тільки як умови досягнення власних цілей. Не треба брати відповідальність за результат виконання дій.

1-2 бали. Я беру на себе відповідальність за результат виконання своїх дій. Моя поведінка залежить від результату. Треба зняти з себе відповідальність за результат виконання дій: моя поведінка – лише один з чинників, які впливають на результат, і я не можу нести за нього відповідальність. Треба брати на себе відповідальність за якість виконуваної роботи.

3-4 бали. На поведінку починають впливати зовнішні події. Я намагаюся безпосередньо впливати на події. Необхідно узяти відповідальність за свою поведінку назад на себе. У цьому допомагають усний самоаналіз і планування.

5-6 балів. Зовнішні події впливають на поведінку нарівні з внутрішніми цілями. Я намагаюся маніпулювати людьми і подіями. Необхідно назад перемістити контроль всередину себе. Способи: зупинка, письмове планування і самоаналіз.

7-8 балів. Внутрішні цілі є присутніми, але практично не впливають на поведінку порівняно із зовнішніми подіями. Я намагаюся безпосередньо впливати на події і людей «тут і зараз» силовими методами. Зазвичай в цьому випадку відразу контроль відновити не вдається, тому слід зупинитися, переглядати рекомендації, радитися з іншими людьми.

9-10 балів. Моя поведінка повністю продиктована зовнішніми подіями. Я намагаюся змінити світ, інших людей. Потрібний повний відхід з небезпечних ситуацій, перебувати у безпечному середовищі (терапевтичному, АА і так далі).

Шкала тяги.

0 – немає тяги. Немає ні потягу до вживання, ні бажання випити, навіть думок про вживання. Такий стан справ потрібно зберігати, уникаючи тригерних ситуацій – ситуацій, які можуть спровокувати тягу.

1-2 бали. Позитивні думки про вживання. Такі думки потрібно відразу відганяти, не давати «засісти» їм в голові і вже ні в якому разі не розкручувати. Якщо думки викликала якась тригерна ситуація, з неї слід терміново віддалитися.

3-4 бали. Нав'язливі думки про вживання. Від цих думок треба позбавлятися будь-якими способами. Є декілька дієвих способів: згадати останні п'янки і представити наслідки вживання, перемкнутися на зайняття іншими справами, почитати літературу про алкоголізм, якщо ви віруюча людина – то може допомогти молитва.

5-6 балів. Психологічне бажання. Дуже небезпечний стан. Треба використати один або декілька методів: бути тверезим «тут і зараз», телефонна терапія (подзвонити товаришеві), піти на збори АА, зустрітися з товаришами, що одужують, добре поїсти, попийти або поїсти щось солодке, зайнятися сексом.

7-8 балів. Тілесний потяг. Ця ситуація вже критична. Дієвий метод тут тільки один – попросити, щоб вас насильно утримали (закрили в реабілітаційному центрі, квартирі, монастирі, камері і тому подібне).

9-10 балів. Непереборний тілесний потяг випити. Власне, все – тут вже алкоголік нічого не може поробити. 9 балів – це коли він шукає випивку, і зупинити його може тільки диво або випадковість. Часто в цьому стані він навіть не пам'ятає,

чим може закінчитися для нього випивка. 10 балів – це тяга в стані сп'яніння. Тут або допиватися до чергового «дна», або лягати на детоксикацію.

Шкала ліні.

0 балів. Є присутнім бажання займатися корисними справами. Слід стежити за режимом відпочинку – не перероблятися (як мінімум кожен годину відпочивати 10-15 хв.) Відмічати позитивні результати як наслідок виконаних справ.

1-2 бали. Відсутнє бажання займатися корисними справами. Розпочати виконувати справи, намагаючись замотивувати себе під час їх виконання.

3-4 бали. Небажання займатися справою. Згадати, навіщо мені треба цим займатися, заради чого я роблю – замотивувати себе позитивними цілями, яких ви можете досягти в результаті виконання цих справ.

5-6 балів. Лій впливає на поведінку. Розпланувати режим заняття, включивши обов'язковий відпочинок. При цьому важливіші справи слід поставити на перше місце, менш важливі на друге і так далі. Обмежити час заняття (я займатимуся цим не більше ___ хв., не дивлячись на те, встигну я все зробити чи ні).

7-8 балів. Важкоподолана лій. Робити роботу по маленьких частинах, давши собі обіцянку відразу кинути її, як тільки стане «не під силу». Головне почати, а не закінчити.

9-10 балів. «Блок» на зайняття корисними справами. Змінити вид діяльності. Займатися тим, чим можете. Обов'язково порадитися з консультантом і розібрати причини «блоків».

Шкала сили емоцій і «експрес-методи» роботи з ними:

0 балів. Душевний спокій і впевненість в собі. Уникати ситуацій, де спокій може порушитися.

1-2 бали. Емоції, які слабо впливають на поведінку. Усвідомлення емоцій – що і чому я відчуваю, користь і шкода емоцій. Не допускати розвитку емоцій.

3-4 бали. Емоції, які впливають на поведінку, мислення і бажання. Перенаправлення емоцій по інших каналах, скидання емоцій. Самоаналіз (можна в думці).

5-6 балів. Емоції заважають розумно діяти. Відхід з ситуації, що викликала емоції. Письмовий самоаналіз, різні методики релаксації, молитва.

7-8 балів. Емоції, впливу яких складно чинити опір. Терміновий відхід з ситуації. Звернення по допомогу. Вимова емоцій з іншою людиною, вербалізація, спілкування. Консультація з психологом.

9-10 балів. Емоції перебрали управління, стан афекту. Може знадобитися медикаментозне втручання. Можлива госпіталізація.

Шкала довіри до думок:

0 балів. Абсолютно не вірно.

1 бал. Не вірно.

2 бали. Швидше за все, не вірно.

3 бали. Швидше не вірно, чим вірно.

4 бали. Можливо, не вірно.

5 балів. Можливо, вірно, а можливо і не вірно (50/50).

6 балів. Можливо, вірно.

7 балів. Швидше вірно, чим не вірно.

8 балів. Швидше за все, вірно.

9 балів. Вірно.

10 балів. Абсолютно вірно.

Додаток 5. Мотиваційно-аналітичні завдання

Завдання 1. Концепція хвороби «алкогольної залежності»

Теоретична частина

*Часто хвороба являється до людини,
щоб перешкодити йому зробити
ще більшу помилку.
Лууле Віілма*

Часто вважають, що зловживання алкоголем є наслідком моральної розбещеності або слабкої сили волі. І щоб повернутися до нормального життя, п'яниці слід узяти себе в руки і перестати поводитися аморально. А боротися з пияцтвом треба за допомогою спроб захистити і відучити від вживання (ЛТП, псих. і спец. лікарні, кодування, підшивки). Якщо ж зловживання триває і після цього, то передбачається, що така людина винна в тому, що не хоче кинути пити, і гідна засудження, а допоможе їй тільки в'язниця.

Але на сьогодні науково доведено, що алкогольна залежність – це не наслідок моральної розбещеності і не проблема сили волі, а *важка хвороба, що має біологічні, психологічні, соціальні і духовно-моральні підстави і симптоми.*

Біологічна складова алкогольної залежності полягає в тому, що з часом вживання у людини змінюється обмін речовин, і його організм вже не може нормально функціонувати без алкоголю. Симптомами такої зміни служать: підвищення толерантності (підвищення кількості алкоголю, необхідного для досягнення ефекту сп'яніння); втрата дозового контролю (нездатність відчувати достатність випитого алкоголю); абстинентний синдром (синдром похмілля, синдром відміни); провали в пам'яті; фізіологічна (непереборна) «тяга» до спиртного та ін.

Психологічна складова алкогольної залежності полягає у втраті здатності людини управляти своїм психологічним станом (емоціями, бажаннями, мисленням, поведінкою) без вживання алкоголю. Симптоми психологічної залежності: нездатність утримуватися тривалий час від вживання, складнощі з управлінням емоціями в тверезому стані та ін.

Соціальна складова алкогольної залежності полягає в зміні способу життя і оточення, яке підтримує вживання алкоголю. Соціальними ознаками алкогольної залежності є: оточення (сім'я, робота, друзі), що провокує випивку, зміна кола спілкування, зміна способу життя, проблеми на роботі, проблеми з фінансами, проблеми із законом (від «затримань» в п'яному стані до грубих порушень) і інші соціальні проблеми із-за вживання алкоголю.

Духовно-моральною складовою алкогольної залежності є перехід вживання алкоголю на перші місця в системі цінностей людини. Симптомами духовної залежності є вживання алкоголю для заповнення «внутрішньої порожнечі», втрата сенсу життя, відсутність цілей в житті, нудьга та ін.

Погляд на алкоголізм як на хворобу знімає з людини провини за те, що вона не здатна контролювати своє вживання алкоголю. Адже в прояві симптомів будь-якої хвороби немає провини самого хворого. Як немає

провини хворого грипом в тому, що у нього висока температура, так немає провини хворого алкоголізмом в тому, що у нього трапляються напади тяги, з якою він не може впоратися і випиває. Але, як і будь-яка хвора людина відповідає за те, що він робитиме зі своєю хворобою, так і алкозалежний несе відповідальність за своє одужання.

Таким чином, у погляді на алкоголізм як на хворобу, пропонується наступна послідовність «лікування»: а.) відмовитися від спроб контролювати своє вживання, тобто відмовитися від вживання алкоголю, а разом з цим і відмовитися від відчуття провини за своє захворювання; б.) узяти на себе відповідальність за своє одужання (яке полягає у виконанні рекомендацій і відновленні психіки, звичайно ж за умови утримання від алкоголю).

Людина з алкогольною залежністю, як і хворий на будь-яку іншу хворобу, не може за допомогою сили волі контролювати свою хворобу, і в цьому немає її провини. Виходом з ситуації є одужання, яке полягає у відновленні біологічної, психологічної, соціальної і духовно-моральної сфер життя. Першою і обов'язковою умовою лікування алкогольної залежності є повне утримання від вживання алкоголю й інших психоактивних речовин і ліків.

Практична частина

1. Поясніть, чи може людина, хвора на хронічну хворобу (наприклад, астму) контролювати її симптоми (задуха) за допомогою сили волі? Чи винна вона в цьому?
2. Перерахуйте, які з симптомів алкогольної залежності є присутніми у вас:
 - абстинентний синдром (похмілля);
 - втрата дозового контролю (випадки, коли пили більше, ніж планували до цього);
 - втрата ситуаційного контролю (випадки, коли ви не планували пити взагалі, але все одно випивали);
 - напади «тяги» (сильного бажання випити);
 - провали в пам'яті;
 - труднощі з контролем емоцій;
 - зміни в соціальному оточенні (включаючи скандали, розриви стосунків, труднощі на роботі і так далі);
 - «сумовитість» тверезого життя.
3. Вкажіть, які з цих симптомів ви можете контролювати за допомогою сили волі (прибрати симптом просто за допомогою вольового зусилля)?
4. Чи вважали ви себе *винуватим* в тому, що не можете контролювати симптоми алкогольної залежності за допомогою *сили волі* (приміром, не могли проконтролювати кількість випитого)?
5. Чи визнаєте ви, що у вас є хвороба алкогольної залежності? Якщо так, то як ви можете довести, що ви хворі на алкогольну залежність?
6. Чи згодні ви замість спроб контролю хвороби, почати одужання від неї? Скільки часу в день, окрім відвідування реабілітації, і відвідування груп АА, ви згодні приділяти самостійній роботі по одужанню (рекомендованим домашнім завданням)?
7. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 2. Обмеження в тверезості

Теоретична частина

*- Представляєш, я учора п'ятницю
прийняв за суботу і випив сто грам!
А потім прийшла дружина і сказала, що
п'ятниця, але було вже пізно.*

Практично кожен алкозалежний до того, як почати лікування, вже розуміє, що він не може пити «як усі» і йому краще зовсім не «брати першу чарку», оскільки він втратив контроль над кількістю алкоголю. Багато алкоголіків усвідомлено намагалися «не брати першу чарку», і це їм, як правило, не вдавалося.

Одна з причин того, що, не дивлячись на переконання більше не пити, алкоголік запивав знову – те, що в якійсь момент життя у нього з'являлася гостра *тяга до спиртного (непереборне бажання випити)*, перед якою він не міг встояти. Тяга зазвичай проявляється як сильне бажання випити. Але вона може мати і інші прояви: алкоголік може «на хвилинку» забути, що йому пити не можна; він може «передумати» про своє рішення не пити; можуть виникнути ейфоричні, приємні спогади про колишні п'янки; у нього можуть виникнути болі, які «можна зняти тільки алкоголем», і багато що інше. Тобто існують деякі моменти в житті і ситуації, при яких алкоголік просто не може встояти перед першою чаркою (*не може контролювати свою тягу*).

Тому, щоб не провокувати виникнення гострої тяги, одужуючому алкоголікові слід уникати тих ситуацій, де ця тяга може виникнути. Тобто, знати про деякі обмеження в житті при одужанні. Ситуації, що викликають бажання випити, називаються *тригерами (пусковим механізмом тяги)*, а рекомендації по уникненню їх називаються *обмеженнями в тверезості*.

Ось деякі обмеження в тверезості:

Правило «чисті руки»: уникати будь-яких контактів з алкоголем – не купувати; не брати в руки; не зберігати; не відвідувати місця, де п'ють; остерігатися місць, де продають алкоголь; не пити безалкогольне пиво; не вживати психоактивні ліки й ті, що містять спирт і т.д.

Правило «HALT» (голодний, злий, самотній, втомлений): уникати небезпечних емоційних станів – злості, депресії, жалості, втоми, голоду, ейфорії, самотності, нудьги і т.д.

Правило «перший рік без різких змін»: уникати різких життєвих змін спочатку одужання – одруження/розлучення, звільнення/пристрою на нову роботу, романтичних стосунків, переїздів, ремонту і т.д.

Правило обмеження в спілкуванні: уникати старих товаришів по чарці; людей, які «напружують», та ін.

Одним з проявів алкогольної залежності є нездатність управляти бажанням випити або утриматися від випивки в деякі моменти життя.

Тому одужуючому алкоголікові необхідно дотримуватися обмежень в тверезості – уникати ситуацій, які можуть спровокувати гостре бажання випити.

Практична частина

1. За допомогою приведених нижче питань, заповніть таку таблицю:

Обмеження:	Як я можу уникнути:
Місця: 1. 2.	
Стани: 1. 2.	
Люди: 1. 2.	
Події: 1. 2.	
Інші небезпеки: 1. 2.	

- Перерахуйте місця** (конкретні, не менше двох), де у вас з'являється або може з'явитися бажання випити. Як конкретно ви можете уникнути відвідування кожного з цих місць?
- Перерахуйте емоційні стани** (злість, образа, страх, провина, самотність, не менше двох), в яких у вас з'являється бажання випити. Як конкретно ви можете уникнути появи кожного з цих станів?
- Перерахуйте людей** (конкретних, не менше двох), при спілкуванні з якими ви ризикуєте повернутися до вживання. Як конкретно ви можете уникнути спілкування з кожним з цих людей?
- Перерахуйте великі події (зміни) в житті** (втрата роботи, любов, ремонт, весілля, розлучення, не менше двох), які можуть спровокувати зрив. Як конкретно ви можете уникнути цих змін?
- Згадайте **інші небезпеки, які вам слід уникати** і які можуть привести вас до випивки. Як ви можете їх уникнути?
- Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Доповнюйте і переглядайте свій конкретний список обмежень щотижня і проговорюйте його на СТС!!!

Завдання 4. Концепція одужання

Теоретична частина

*Упродовж усього життя людина просить
у Бога, щоб він дарував їй виграш в лотерею.*

І так проходить усе життя день у день.

І ніяких результатів.

Вреши-реши, Господь не витримує і говорить:

«Ну ти хоч би раз лотерейний білет купи!»

Алкоголізм – це хронічна і прогресуюча хвороба, яка вражає біологічну, психологічну, соціальну і духовно-моральну сфери життєдіяльності людини. Отже, лікування цієї хвороби полягає у відновленні цих чотирьох сфер життя.

На відміну від фізичних хвороб, де лікування практично повністю залежить від лікаря, в психосоціальній, а тим більше в духовно-моральній сферах, відновлення клієнта більшою мірою залежить від його *самостійних* зусиль. Тому при роботі з хімічними залежностями зазвичай вживається термін **одужання**, а не лікування, який вказує на *необхідність власних зусиль* залежного, без яких одужання неможливе.

Для успішного одужання від алкогольної залежності людині необхідно перейти на себе **відповідальність за власне одужання**. На першому етапі відповідальність за одужання полягає в усвідомленій відмові від першої чарки і у виконанні *активностей* (курс лікування), сприяючих відновленню психіки.

Ось які види *самостійних активностей* пропонуються виконувати в перші три місяці одужання:

1. **Читання ранкових роздумів** («День за Днем») – допомагають налаштуватися на день;
2. **Читання матеріалів реабілітації і літератури АА** («Жити Тверезим», «Аноніми Алкоголіки») – забезпечують необхідними знаннями про хворобу;
3. **Ведення щоденника самоаналізу** – вчить контролювати свої емоції, бажання, поведінку, мислення, поступати обдуманно і так далі;
4. **Аналіз власних обмежень** – знімає ризики виникнення тяги;
5. **Робота з симптомами зриву** – вчить профілактиці зриву і роботі з тягою;
6. **Письмове планування і аналіз дня** – вчить жити усвідомлено: знати, що важливо на сьогодні, чого хочеш досягти і як це зробити.

Чим раніше алкозалежний переймає на себе відповідальність за виконання цих завдань і чим більш дисципліновано їх виконує, тим швидше покращується його стан.

Якщо не виконувати пропонованої самостійної роботи по одужанню, то може початися процес зриву, погіршення емоційного стану і, як наслідок, *рецидив* (повернення до вживання).

Практична частина

Це завдання допоможе вам навчитися планувати день.

1. Накресліть наступну таблицю.

Мій день: дата.

Час	Заплановані справи	Справи, якими я займався	Що б я змінив, якби наслідував рекомендації по одужанню?
06:00-07:00			
07:00-08:00			
08:00-09:00			
09:00-10:00			
10:00-11:00			
11:00-12:00			
12:00-13:00			
13:00-14:00			
14:00-15:00			
15:00-16:00			
16:00-17:00			
17:00-18:00	Реабілітація	Реабілітація	
18:00-19:00	Реабілітація	Реабілітація	
19:00-20:00	Реабілітація	Реабілітація	
20:00-21:00	Реабілітація	Реабілітація	
21:00-22:00			
22:00-23:00			
23:00-24:00			

3. Згадайте минулий день і заповніть третій стовпець (розпишіть по годинах, чим ви займалися весь день).
 4. Порахуйте, скільки часу ви приділили своєму одужанню.
 5. Подумайте, скільки часу ви готові приділяти своїй самостійній роботі по одужанню (подивіться свою відповідь на 5-е питання 1-го завдання). У четвертому стовпці вкажіть приблизний час, коли ви б могли зайнятися самостійною роботою по одужанню (розподіліть за часом усі 4 активності).
 6. Накресліть таку саму таблицю наступного дня.
 7. Заповніть в ній другий стовпець, запланувавши в нім вашу нову, самостійну роботу по одужанню (користуючись теорією цього завдання).
- У кінці завтрашнього дня проаналізуйте прожитий день так само. Виконуйте це завдання щоденно.*
8. Зробіть короткі висновки за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 5. Цілепокладання **Теоретична частина**

*Ціле опановують по частинах
Луцій Анней Сенека
(молодий)*

Причина алкогольної залежності – незрілість психіки людини, коли вона не може вирішувати свої життєві складнощі без вживання алкоголю.

У мотиваційній сфері психіки, до якої відносяться: бажання, мотиви, цілі, плани і так далі, незрілість залежного проявляється у вигляді явного переважання миттєвих бажань над планами і цілями. *Бажання – це те, що людині хочеться «тут і зараз», незважаючи на наслідки.* (Якщо бажаю випити, то відразу п'ю. Чи: є ціль піти на роботу, але бажання випити виходить на перше місце, чим спричиняє неможливість досягти мети – роботи.)

Найбільш дитячими є такі бажання, в яких хочеться щоб щось «сталося само собою», без зусиль і витрат часу з боку самої людини.

У людини із зрілою психікою переважають цілі. *Ціль – це усвідомлений результат, який хоче досягти людина, внаслідок виконання своїх обдуманих дій з розробленого нею плану.*

Відмінності цілі від бажання:

1. Ціль орієнтована на віддалений реалістичний результат (на відміну від часто недосяжного результату «тут і зараз» у бажаннях).
2. Ціль припускає обдуманий план дій, в якому враховані можливі наслідки (на відміну від необдуманих вчинків під впливом бажань, які можуть привести до плачевних результатів).
3. Ціль ставиться на досягнення того, що людина дійсно хоче (а не яке бажання перевершило по інтенсивності інші через низку обставин в даний момент часу).

Проявом хвороби залежності являється присутність *нав'язливих бажань* – з якими людина не може «впоратися» і часто не здатна чинити опір їхній дії. Одним з таких нав'язливих бажань є тяга – бажання випити.

Для того, щоб видужати від алкогольної залежності, необхідно замість звички слідувати на поводиті у своїх нав'язливих і дитячих бажань вчитися ставити прагматичні цілі. Головні критерії зрілої цілі це: бажання (я знаю, **Навіщо** мені досягати цієї цілі – вона спрямована на те, що я дійсно хочу); конкретність (я знаю, **Що** саме мені хочеться отримати, щоб задовольнити бажання); досяжна з розробленим планом (я знаю, **Як** і **Коли** мені щось необхідно робити, щоб цю ціль реально досягти); перевірка на відрізках часів (я знаю, **Коли** і **Чого** саме я досягну).

Для одужання від алкогольної залежності необхідно міняти звичку йти на поводиті у своїх миттєвих бажань на навичку наслідування поставлених цілей.

*Зріла ціль відповідає на питання: **Навіщо?** (чи дійсно я це хочу), **Що?** (що конкретно мені необхідно при цьому досягти), **Як?** (як саме я можу цього досягти), **Коли?** (я це отримаю).*

Практична частина

1. Чи були у вас випадки, коли *нав'язливе бажання випити* стало причиною вашої випивки, хоча до появи цього бажання ви пити не планували? Якщо так, то опишіть один такий конкретний випадок.
2. Чи були у вас випадки під час реабілітації, коли ви планували займатися заходами по одужанню (читання літератури, написання щоденника, робота з симптомами зриву і так далі), але не зробили цього із-за небажання (чи появи бажання займатися іншими справами)? Якщо так, то опишіть один такий конкретний випадок.
3. Чи були у вас випадки, коли ви відклали потрібні для вас справи із-за небажання, що з'явилося, ними займатися (прибирання, готування, пошук

- роботи, дрібний ремонт) або бажання займатися чимось іншим, що з'явилося? Якщо так, то опишіть один такий конкретний випадок.
4. Як би змінилася ситуація, описана в попередньому питанні, якщо б ви тоді зупинилися і поставили позитивну (реалістичну) ціль і спланували свої дії?
 5. Сформулюйте для себе ціль вашого одужання (навіщо ви хочете припинити пити). Що вам треба робити для досягнення цієї цілі?
 6. Дайте відповідь чесно, чи докладаєте ви досить зусиль для досягнення своєї цілі одужання? Якщо ні, то що ви можете змінити?
 7. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 6. Тяга **Теоретична частина**

*Пізно випита друга – даремно випита перша...
Тягу зазвичай визначають як непереборний потяг
до вживання алкоголю.*

Такий потяг є наслідком порушень у фізіології і проявляється тільки у залежних від алкоголю людей.

Гостра тяга може з'являтися після вживання деякої дози алкоголю, або може бути спровокованою психологічними проблемами.

Тому часто розширюють поняття тяги і включають в неї:

- фізіологічний (тілесний) потяг випити,
- психологічне бажання випити,
- також позитивні думки про випивку.

Тобто тяга це: 1) просто думки про можливість випити, 2) психологічне бажання випити, підтримуване позитивним очікуванням від випивки 3) тілесний потяг випити.

Непереборне бажання випити або, власне, «тяга» (гострий, нестримний фізіологічний потяг випити) не з'являється миттєво; існує процес її розвитку – процес розвитку тяги.

Процес розвитку тяги можна зупинити до того, як вона розвинеться до непереборного бажання.

Нижче наведена шкала сили тяги від 1 до 10 балів, з описом процесу розвитку і способів подолання.

0 – немає тяги. Немає ні потягу до вживання, ні бажання випити, навіть думок про вживання. Такий стан справ потрібно зберігати, уникаючи тригерних ситуацій – ситуацій, які можуть спровокувати тягу.

1-2 бали. Позитивні думки про вживання. Такі думки потрібно відразу відганяти, не давати «засісти» їм в голові і аж ні в якому разі не розкручувати. Якщо думки викликала якась тригерна ситуація, з тієї ситуації слід терміново віддалитися.

3-4 бали. Нав'язливі думки про вживання. Від цих думок треба позбавлятися будь-якими способами. Є декілька дієвих способів: згадати останні п'янки і представити наслідки вживання, перемкнутися на зайняття іншими справами, почитати літературу про алкоголізм, якщо ви віруюча людина, то може допомогти молитва.

5-6 балів. Психологічне бажання. Дуже небезпечний стан. Треба використати один або декілька методів АА: бути тверезим «тут і зараз», телефонна терапія

(подзвонити товаришеві), піти на збори АА, зустрітися з товаришами з АА, добре поїсти, попити або поїсти щось солодке, зайнятися фізичними вправами або сексом.

7-8 балів. Тілесний потяг. Ця ситуація вже критична. Дієвий метод тут тільки один – попросити, щоб вас насильно утримали (закрили в реаб. центрі, квартирі, монастирі, камері і тому подібне).

9-10 балів. Непереборний тілесний потяг випити. Власне, все – тут вже алкоголь нічого не може поробити. 9 балів – це коли він шукає випивку, і зупинити його може тільки диво або випадковість. Часто в цьому стані він навіть не пам'ятає, чим може закінчитися для нього випивка. 10 балів – це тяга в стані сп'яніння. Тут або допиватися до чергового «дна», або лягати на детоксикацію.

Розвиток тяги виявляється процесом (сильна тяга не з'являється несподівано). Для успішного одужання алкозалежному бажано навчитися відстежувати найменшу тягу і зупиняти її на ранніх етапах.

Практична частина

- Згадайте ситуацію, де тяга у вас розвивалася поступово впродовж години (а можливо, хвилин або декількох годин) від 0 до 10 балів і закінчилася випивкою. Нижче наведений приклад заповнення таблиці. Накресліть аналогічну таблицю і заповніть її для свого випадку, користуючись питаннями:

Тяга (бальність і опис):	Ваша стара поведінка і її результат:	Ваша нова поведінка і її результат:
0 (ні бажань, ні думок про випивку)	Зайшов в магазин і зупинився подивитися на стенд з випивкою	Обійшов стенд з випивкою
1-2 (подумав, що добре було б випити)	Почав згадувати, як добре раніше випивав	Відігнав думку про випивку
3-4 (думки самі по собі почали повертатися до випивки)	Почав думати, як погано, що мені зараз не можна пити	Згадати конкретні випадки, як мені погано було на похмілля, або інші наслідки вживання
5-6 (психологічне бажання)	Узяв себе в руки і почав терпіти тягу	Передзвонити товаришам по одужанню і поговорити
7-8 (тілесний потяг – «відкрилася яма», бажання випити повністю захопило, від нього неможна відволіктися)	Пішов назад в магазин до стенду з випивкою (умовляючи себе, що я знову усього лише подивлюся)	Йти додому і попросити, щоб закрили і не випускали, поки тяга не пройде, наїстися солодкого, випити багато солодкого чаю, почати читати літературу по одужанню, поспілкуватися на форумах notdrink.ru або vesvalo.net

- Тяга 0.** У першому стовпці згадайте і опишіть ваш стан повної відсутності тяги. У другому стовпці опишіть порушені вами обмеження, із-за яких з'явилася тяга. У третьому опишіть, яких обмежень вам слід було дотримуватися, щоб не допустити розвитку тяги.

3. **Тяга 1-2 (позитивні думки про вживання).** У першому стовпці наведіть свій приклад і опишіть свій стан при цьому рівні тяги. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації, яка призвела до подальшого розвитку тяги. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для зупинки розвитку тяги.
4. **Тяга 3-4 (нав'язливі думки про випивку).** У першому стовпці наведіть свій приклад і опишіть свій стан при цьому рівні тяги. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації, яка призвела до подальшого розвитку тяги. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для зупинки розвитку тяги.
5. **Тяга 5-6 (психологічне бажання).** У першому стовпці наведіть свій приклад і опишіть свій стан при цьому рівні тяги. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації, яка призвела до подальшого розвитку тяги. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для зупинки розвитку тяги.
6. **Тяга 7-8 (тілесний потяг).** У першому стовпці наведіть свій приклад і опишіть свій стан при цьому рівні тяги. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації, яка призвела до подальшого розвитку тяги. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для зупинки розвитку тяги.
7. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 7. Лінь **Теоретична частина**

*Початок німецької казки: «Посадив цар
омолоджувальні яблука».*

*Початок руської казки: «Почув цар, що десь
ростуть омолоджувальні яблука».*

Лінь – це відсутність бажання (мотивації) що-небудь робити.

Існує два типи бажань (мотивацій) діяти – *позитивна мотивація* (бажання досягти чогось хорошого) і *негативна мотивація* (бажання піти від чогось поганого). Хорошою є ситуація, коли ці дві мотивації є присутніми одночасно і підтримують одна одну. Тобто коли є те, від чого хочу піти, і є те, чого хочу досягти.

Коли ж немає жодної з цих мотивацій, у людини з'являється лінь. Лінь є дуже небезпечним ворогом одужання і тверезого життя, оскільки якщо алкозалежний не буде нічого робити для одужання із-за ліні, у нього «запуститься» процес зриву і він повернеться назад до вживання.

Лінь може бути різною по силі, і залежно від «сили» ліні застосовуються різні способи роботи з нею:

Шкала ліні :

0 балів. Є присутнє бажання займатися корисними справами. Слід стежити за режимом відпочинку – не перероблятися (як мінімум, кожну годину відпочивати 10-15 хв.) Відмічати позитивні результати як наслідок виконаних справ.

1-2 бали. Відсутнє бажання займатися корисними справами. Почати виконувати справи, спробувавши захопити себе під час їх виконання.

3-4 бали. Небажання займатися справою. Згадати, навіщо мені треба цим займатися, заради чого я роблю – замотивувати себе позитивними цілями, яких ви можете досягти в результаті виконання цих справ. Згадати, від чого я йду і до чого можу повернутися, якщо цього не робитиму.

5-6 балів. Лійнь впливає на поведінку. Розпланувати режим заняття, включивши обов'язковий відпочинок. При цьому важливіші справи слід поставити на перше місце, менш важливі на друге і так далі. Обмежити час заняття (я займатимуся цим не більше ____ хв., не дивлячись на те встигну я все зробити, чи ні).

7-8 балів. Важкоздолана лійнь. Робити роботу малими частинами, давши собі обіцянку відразу припинити її, як тільки стане «не під силу». Головні почати, а не закінчити.

9-10 балів. «Блок» на заняття корисними справами. Змінити вид діяльності. Займатися тим, чим можете. Обов'язково проконсультуватися з консультантом і розібрати причини «блоків».

Робота з лійню є обов'язковою частиною одужання, адже якщо дозволити лійні диктувати умови, ніякого одужання не буде і настане повернення до вживання.

Практична частина

1. Згадайте різні ситуації, де лійнь не дозволяла займатися активностями одужання. Нижче наведений приклад заповнення таблиці. Накресліть аналогічну таблицю і заповніть її для своїх випадків лійні користуючись питаннями:

Лійнь (бальність і опис):	Ваша стара поведінка і її результат:	Ваша нова поведінка і її результат:
0 (бажання видужувати)	Займався підряд декілька годин так, що потім тиждень не міг поглянути на матеріали одужання	Розпланувати час зайняття і відпочинку і не займатися більше за заплановане (краще потім ще)
1-2 (відсутність бажання)	Займався, примушуючи себе	Робив так, щоб мені було цікаво
3-4 (небажання видужувати)	Почав робити завдання, потім розсердився і кинув	Згадав, навіщо мені це треба, і запитав, заради нормального життя у результаті я можу витратити півгодини зараз?
5-6 (важко змусити)	Як тільки згадував, про те, що треба щось зробити по одужанню, відразу накочувала лійнь, і відволікався на інші справи.	Обмежив час зайняття до 10 хвилин і більше цього часу не займався
7-8 (важко здолати)	Виникло роздратування на одужання, коли згадував про нього, і замість заняття злився на реабілітацію	«Розбив» зайняття на маленькі частини; відкрити зошит, згадати що написати, написати перший стовпчик і так далі, пообіцявши, що як тільки стане не під силу, відразу кину
9-10 (блок на одужання)	Не міг змусити себе зайнятися одужанням	Подзвонив товаришеві поговорити про це

2. **Лінь 0 (є присутнім бажання видужувати – займаюся із задоволенням).** У першому стовпці згадайте і опишіть ваш стан бажання займатися активностями. У другому стовпці опишіть можливі ваші помилки в підтримці мотивації (не робили відпочинку, втома, зробити все і відразу і так далі). У третьому опишіть, як слід було правильно підтримувати мотивацію.
3. **Лінь 1-2 (відсутність бажання займатися активностями одужання – займаюся, тому що потрібно).** У першому стовпці наведіть свій конкретний приклад цього рівня ліні. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для подолання ліні.
4. **Лінь 3-4 (небажання займатися активностями одужання – займаюся з небажанням).** У першому стовпці наведіть свій конкретний приклад цього рівня ліні. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для подолання ліні.
5. **Лінь 5-6 (лінь впливає на здатність займатися активностями одужання – важко змусити себе займатися).** У першому стовпці наведіть свій конкретний приклад цього рівня ліні. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для подолання ліні.
6. **Лінь 7-8 (важкоздолана лінь – можливо насилу змусити себе зробити тільки частину роботи по одужанню).** У першому стовпці наведіть свій конкретний приклад цього рівня ліні. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для подолання ліні.
7. **Лінь 9-10 («Блок» на зайнятті активностями одужання – не можу себе змусити нічого зробити по одужанню).** У першому стовпці наведіть свій конкретний приклад цього рівня ліні. У другому стовпці опишіть вашу поведінку в тій ситуації. У третьому стовпці опишіть, що б ви могли зробити для подолання ліні.
8. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 8. Безсилля – втрата кількісного контролю над вживанням

Теоретична частина

Сто грам багато, а літр мало.

У переважній більшості випадків людина, що проходить лікування від алкогольної залежності, насправді не хоче кинути пити, її змушують це зробити проблеми, спричинені зловживанням алкоголю.

Тоді виникає питання: чи існують інші способи рішення цих проблем, окрім як повного припинення вживання алкоголю – чи є можливість пити контрольовано?

У алкозалежного відбуваються безповоротні зміни у фізіології – його організм усе життя, що залишилося, реагуватиме на алкоголь інакше, ніж у інших людей (тяга, абстинентний синдром, алкогольна ейфорія і так далі). Це і є фізіологічна залежність від алкоголю. Сучасна медицина не здатна усунути фізіологічну залежність – тобто відновити нормальну реакцію організму на алкоголь, тому хвороба і є **хронічною**.

Багато алкоголіків намагалися відновити контроль над кількістю алкоголю, що випивався, різними способами, але здебільшого ці способи діяли або обмежений час, або не діяли зовсім.

Але бувають випадки, коли алкоголік п'є контрольовано і робить не розумний висновок, що контроль все ж можливий. Найчастіше саме ці випадки тимчасового «відновлення контролю» не дають алкозалежному повірити в те, що контроль таки загублений, визнати своє безсилля перед алкоголем, що по суті означає визнати хворобу.

Втрата кількісного контролю не означає, що алкоголік ніколи не зможе пити контрольовано, що втративши контроль, він завжди напиватиметься. Втрата кількісного контролю означає якраз протилежне – бувають випадки, коли алкоголік напивається сам того не бажаючи, *хоча бувають, коли він і не напивається*. Головне, що *алкоголік не знає, нап'ється він цього разу або ні*.

Втрата кількісного контролю – це втрата контролю над вірогідністю того, проконтролює кількість випитого алкоголік цього разу або ні. У «нормальної» людини ця вірогідність дорівнює нулю – вона ніколи не напивається, коли цього не хоче. У алкоголіка ця вірогідність відмінна від нуля (бувають випадки, коли вона не може проконтролювати себе). З прогресом хвороби ця вірогідність росте – алкоголік напивається все частіше і частіше. На останніх стадіях хвороби ця вірогідність майже 100%, проте не повністю – і тоді бувають дуже рідкісні випадки, коли алкоголік здатний проконтролювати себе (і із-за яких він може все ще чіплятися за марну надію відновлення контролю і не шукати іншого виходу до самої смерті).

Алкозалежному потрібно – визнати, що можливість контролювати кількість випитого втрачена назавжди, не брати першу чарку і вчитися жити тверезо.

Практична частина

1. Наведіть приклади, як ви намагалися контролювати кількість випитого за допомогою обмеження дози (приміром, давали собі обіцянку пити не більше чарок). Що було в результаті?
2. Наведіть приклади, як ви намагалися контролювати своє сп'яніння за допомогою «народних» методів (не пити на голодний шлунок, добре закушувати, їсти жирне, спожити перед п'янкою соняшникову олію і так далі). Опишіть результати цих спроб.
3. Наведіть приклади, як ви переходили на інші види алкогольних напоїв (слабкіші, дорожчі і так далі) в надії, що так ви зможете «нормально» пити. Як довго вам вдавалося контролювати кількість випитого?
4. Наведіть приклади того, як ви вирішували зробити деяку перерву в пияцтві в надії, що організм відновиться і ви зможете пити «нормально». Чи виходило відновити контроль, і якщо так, то чи надовго?
5. Чи були у вас періоди (випадки) контрольованого вживання? Чи напивалися ви знову?
6. Виходячи зі своїх сьогоднішніх знань про втрату контролю, дайте визначення поняттю «алкоголік»:
Алкоголік – це людина, яка ...
Чи підходите ви під ваше визначення?
7. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

**Завдання 9. Безсилля. Втрата ситуаційного контролю
над вживанням – емоційна незрілість**

Теоретична частина

*Хвилина до відкриття винно-горілкового магазину.
Перед магазином витягнута як струна черга; стоїть
мертва тиша, всі в напрузі.
Тут уздовж черги йде кіт. Один мужик не витримує і
з усієї сили штовхає kota:
«Усі коти як коти, а цей ТОП, ТОП, ТОП, ТОП».*

У алкоголіка окрім *фізичної залежності*, наслідком якої є нездатність контролювати кількість випитого, є ще і *психологічна залежність* – нездатність утриматися від випивки в певні моменти життя із-за порушень в його психіці. Одне з таких порушень – *емоційна незрілість*.

Емоційна незрілість – це схильність дорослої людини відчувати емоції, властиві більш раннім стадіям розвитку: «дитячі» сплески емоцій, афекти і «підліткові» емоції (сором, провина, образа, роздратування, тривога, депресія і т.д.). Прояв таких незрілих емоцій і нездатність управляти ними шкідливо впливає на поведінку і мислення залежного і проявляється в неадекватності реакцій на різні ситуації і так далі. *Незрілі афекти і емоції у своїй основі спираються на неприйняття* людиною цього світу, ситуацій, людей і себе такими, які вони є.

Оскільки емоційно незріла людина не здатна управляти своєю емоційною сферою, то їй потрібне щось, що допомагає їй справлятися зі своїми «дитячими» емоціями і афектами. У алкозалежного в ролі такого емоційного регулятора виступає алкоголь.

Небезпека в регуляції своєї емоційної сфери за допомогою зовнішнього засобу – алкоголю – в тому, що така людина з часом повністю втрачає здатність самостійно регулювати свої емоції і стає залежною від цього емоційного регулятора – алкоголю.

Емоційно зріла людина у своєму житті спирається на «дорослі» почуття: прийняття, віра, надія, любов, відповідальність і так далі. Ознаками зрілості психіки є здатність свідомо управляти емоціями, корисність усвідомлених дій, адекватна оцінка ситуації і т.д.

Зрілі почуття спираються на прийняття світу, ситуацій, людей і себе такими, які вони є.

Емоційна «дорослість» не приходить сама собою, але її можна придбати, працюючи над своєю емоційною сферою – навчаючись приймати світ, людей і себе такими, які вони є.

Оскільки здатність регулювати емоції відразу не відновиться, спочатку слід застосовувати безпечні емоційні регулятори, наприклад, терапевтичні групи і збори груп АА.

Одужання від психологічної залежності полягає в емоційному «дорослішанні» – навчанні контролювати свої емоції без регулятора алкоголю, у вираженні дорослих почуттів, заснованих на прийнятті світу, людей і себе.

У цій роботі можуть допомогти ведення щоденника самоаналізу, читання спеціальної літератури, відвідування терапевтичних груп, АА, робота з психологом та ін.

Практична частина

1. Наведіть приклад, коли ви дійсно намагалися кинути пити і знову напивалися із-за нервової напруги. Які саме почуття були причиною вашої випивки?
2. Чи приносила випивка емоційне полегшення? Опишіть конкретний випадок.
3. Які емоції (почуття) ви відчували під час того, як «відходили» від чергового вживання? Чи можете ви уявити, як почуватимете себе далі, якщо не припините пити? Опишіть.
4. Чи намагалися ви змінити свій емоційний стан іншими способами, окрім як «тримати себе в руках» або випити? Чи вдавалося це? Опишіть конкретні приклади.
5. Які способи роботи з емоціями (способи ставати емоційно більш зрілим) ви знаєте і які з них застосовуєте на сьогодні?
6. Виходячи зі своїх сьогоднішніх знань про втрату ситуційного контролю із-за емоційної незрілості, дайте визначення «алкоголікові».

Алкоголік – це людина, яка ...

Чи підходите ви під ваше визначення?

7. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 10. Емоції. Злість

Теоретична частина

«Всяка злість походить від безсилля».

Руссо Ж.

Емоції злості (*злість, образа, роздратування, гнів, ненависть і т.д.*) – це емоції, що вказують на незадоволення яких-небудь бажань людини, «не отримання бажаного». Ці емоції *відносяться до теперішнього часу*, коли саме зараз не відбувається те, чого людина хоче, або відбувається те, чого людина не хоче.

Корисною злість буває тоді, коли, просигналізувавши *Свідомості* про те, що щось йде не так, як повинно було відбуватися з точки зору «Я», злість відходить (триває це 5-10 сек.) Тоді людина може зробити які-небудь *обдумані* дії. Деяка кількість енергії злості може також допомогти у виконанні цих *обдуманих* дій.

«Шкідливою» або руйнівною емоція злості стає тоді, коли замість того, щоб просто сигналізувати свідомості про небажаний хід подій, *злість перебирає на себе управління поведінкою людини*.

Причина «шкідливих» емоцій злості у людини – *неприйняття* людиною подій, ситуацій, людей, Світу і себе такими, які вони є в теперішньому часі, коли те, що відбувається, *неприйнятно* для стереотипних поглядів людини.

Злість – це емоція, що виникає при неприйнятті людиною ситуацій такими, які є в теперішньому часі.

Шкідливою злість є тоді, коли впливає на поведінку або мислення людини.

Корисною злість є тоді, коли підконтрольна Свідомості і допомагає їй в усвідомлено вибраних діях (приміром, при фізичній роботі).

Змінити шкідливі дитячі емоції і афекти злості на моральні почуття можна, безумовно приймаючи ситуацію (чи частину ситуації) такою, як вона є в теперішньому часі (тут і зараз).

Практична частина

1. Чи були у вас випадки, коли злість призводила до випивки? Опишіть.
2. Наведіть приклад шкідливого прояву вашої злості (коли злість, узявши контроль над вашою поведінкою і мисленням, привела до негативних результатів).
3. Наведіть приклад корисного прояву злості (коли злість допомагала в усвідомлено зроблених діях досягти позитивного результату – приміром, давала енергію у виконанні якоїсь фізичної роботи).
4. Наведіть ще один приклад вашої негативної злості. Знайдіть причину вашої злості – що ви не приймали в тій ситуації таким, як воно є. Опишіть, як би змінилися ваші емоції, якби ви прийняли те, що не приймали таким, як воно є (якби це стало для вас в тому або іншому ступені прийнятним).
5. Опишіть, як ви тепер розумієте вираження «**прийняти те, що я не в силах змінити**».
6. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 11. Емоції. Депресія

Теоретична частина

Депресія - це моральна смерть

Емоції депресії (смуток, печаль, туга, журба, розчарування і так далі) – це емоційна реакція людини на втрату чогось цінного. Емоції депресії відносяться до переживання негативного минулого, тобто думки людини приковані до минулих негативних подій.

Корисними депресивні емоції бувають тоді, коли повідомивши Свідомість про зроблені помилки, емоції зникають (5-10 сек.) Деяка міра депресивних емоцій буває корисна при аналізі і виробленні відповідних висновків (як надалі не слід поступати).

Шкідливими депресивні емоції бувають тоді, коли вони не допомагають людині в її усвідомлених діях, а починають негативно впливати на її мислення і поведінку.

Причина шкідливих депресивних емоцій полягає в неприйнятті свого минулого досвіду таким, як він є.

Змінити шкідливі депресивні емоції і афекти на більш зрілі почуття можна, якщо прийняти своє минуле таким, яким воно є (зробити своє минуле прийнятним для себе).

Депресивні емоції – це емоції неприйняття свого минулого.

Корисними депресивні емоції є тоді, коли допомагають в усвідомлених діях (наприклад, в аналізі минулих подій).

Шкідливою депресія стає тоді, коли перебирає на себе управління поведінкою і мисленням.

Позбавитися від шкідливих депресивних емоцій можна приймаючи минулі події такими, які вони є, просто як досвід.

Практична частина

1. Чи були у вас випадки, коли депресивні емоції (переживання негативного минулого – смуток, печаль, туга, розчарування тощо) були причинами випивки? Опишіть.
2. Наведіть приклад шкідливого прояву депресивних емоцій (*депресивні емоції перебрали контроль над вами і не давали зробити нічого корисного*).
3. Наведіть приклади корисного прояву депресивних емоцій (*депресивні емоції допомагали в усвідомлено вибраних діях, приміром, аналізі минулих подій*).
4. Наведіть ще один приклад шкідливого прояву ваших депресивних емоцій. Знайдіть причину ваших депресивних емоцій – що ви не приймали в минулій події таким, як воно є. Опишіть, як би змінилися ваші емоції, якби ви прийняли те, що не приймали таким, як воно є (якби це стало для вас в тому або іншому ступені прийнятним).
5. Поясніть, як ви розумієте приказку «Що не відбувається, все до кращого!» і як ви можете застосовувати її в житті?
6. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 12. Емоції. Провина

Теоретична частина

*Провина — найдаремніше з усіх почуттів.
Ширлі Конран «Мереживо»*

Емоції провини – це реакція психіки на можливе засудження або неприйняття оточенням поведінки людини. Емоція провини виникає, коли людина порушує моральні рамки і норми поведінки, прийняті в його оточенні. Провина пов'язана з минулими подіями, коли людина вже щось зробила або чогось не зробила.

Корисними емоції провини бувають тоді, коли повідомляють Свідомості про те, що людина переступила моральні норми і, можливо, необхідно зробити у зв'язку з цим якісь усвідомлені дії, а після цього емоції зникають. Помірною провина допомагає при безпосередньому спілкуванні з людьми.

Шкідливі стани провини (комплекс провини) бувають тоді, коли вина перебирає на себе управління поведінкою і мисленням людини, і людина, на шкоду собі, йде на повіді у думки оточення.

Причина шкідливих емоцій провини лежить в неприйнятті думки інших людей про себе такою, якою вона є (коли думка інших людей цінується вище за свою).

Змінити шкідливі емоції провини на більш зрілі почуття можна, приймаючи думку інших людей такою, як вона є (не дозволяючи думці інших людей впливати на свою самооцінку, а тільки враховувати її).

Емоції провини – неприйняття відношення до себе інших людей таким, яким воно є.

Корисними емоції провини бувають тоді, коли допомагають в усвідомлених діях (наприклад, у безпосередньому спілкуванні з іншими людьми).

Шкідливими емоції провини стають тоді, коли перебирають на себе управління поведінкою і мисленням (коли думка інших людей підсвідомо цінується вище за свою).

Змінити шкідливі емоції провини на більш зрілі почуття можна прийнявши думку і відношення інших людей такими, як вони є, без суджень (зробити негативну думку інших людей прийнятною для себе, тою, що не впливає на самооцінку).

Практична частина

1. Чи були у вас випадки, коли ви починали пити із-за відчуття провини? Наведіть приклад.
2. Наведіть приклад шкідливого прояву емоцій провини (*провина перебирала управління поведінкою і не давала зробити нічого корисного*).
3. Наведіть приклад корисного прояву провини (*контрольоване відчуття провини допомагало в усвідомлених діях – приміром, в спілкуванні з іншими людьми*).
4. Наведіть ще один приклад вашої негативної провини. Знайдіть причину вашої провини – що ви не приймали в думці і/або відношенні інших людей таким, як воно є. Опишіть, як би змінилися ваші емоції, якщо б ви прийняли те, що не приймали відносно інших людей таким, як воно є (якби це відношення стало для вас в тому або іншому ступені прийнятним).
5. Як ви розумієте приказку «В питаннях совісті закон більшості не дієвий»?
6. Зробіть короткі висновки за підсумками цього завдання.

Завдання 13. Емоції. Сором

Теоретична частина

— *Що це ти робиш?* — *запитує Маленький принц.*
— *П'ю, — похмуро відповів п'яниця.*
— *Навіщо? — Щоб забути. — Про що забути?*
— *запитує Маленький принц; йому стало шкода п'яницю. — Хочу забути, що мені совісно,*
— *признався п'яниця і повісив голову.*
— *Чому ж тобі совісно?* — *запитує Маленький принц, йому дуже хотілося допомогти бідоласі.*
— *Совісно пити!* — *пояснив п'яниця, і більше від нього не можна було добитися ані слова.*

Емоція сорому (неповноцінності, неспроможності тощо) виникає тоді, коли людина здається *собі* не такою, якою вона, на її думку, має бути.

Корисними емоції сорому є тоді, коли повідомляють Свідомості про те, що людина порушила свої власні моральні норми і це необхідно виправити. Помірне почуття сорому допомагає при самоаналізі.

Шкідливими емоції сорому стають тоді, коли перебирають управління над поведінкою і мисленням людини, і вона починає займатися самоїдством.

Причина шкідливих проявів емоції сорому лежить в неприйнятті себе (чи частини себе) таким, яким я є. Тобто, коли людина себе любить умовно – коли я відповідаю своїм нормам, я себе люблю, коли я не відповідаю – то не люблю.

Позбавитися від шкідливих емоцій сорому можна, приймаючи себе таким, яким я є, тобто навчаючись безумовній любові до себе (я себе люблю в незалежності від того, відповідаю я своїм нормам чи ні).

Емоції сорому – це неприйняття себе таким, яким я є.

Корисним сором буває тоді, коли допомагає в усвідомлених діях (приміром, в самоаналізі).

Шкідливим сором стає тоді, коли перебирає на себе управління поведінкою і мисленням людини (і вона, наприклад, починає займатися самоїдством).

Змінити шкідливі емоції сорому на більш зрілі почуття можна приймаючи себе таким, яким я є.

Практична частина

1. Чи були у вас випадки, коли ви починали пити із-за емоцій сорому? Наведіть приклад.
2. Наведіть приклад шкідливого прояву емоцій сорому (сором перебирав на себе управління вашим мисленням і поведінкою, що приводило, приміром, до самоїдства).
3. Наведіть приклад корисного прояву сорому (*контрольоване почуття сорому допомагало в діях, що усвідомлено робилися, приміром, в самоаналізі*).
4. Наведіть ще один приклад вашого негативного сорому. Знайдіть причину вашого сорому – які свої якості ви не сприймали такими, якими вони є. Опишіть, як би змінилися ваші емоції, якщо б ви прийняли те, що не приймали в собі таким, як воно є (якби ці негативні якості або якості стали для вас прийнятними, якщо ви не можете їх доки змінити).
5. Опишіть, як ви розумієте приказку «Людя властиво помилятися».
6. Зробіть короткі висновки за підсумками цього завдання.

Завдання 14. Емоції. Тривога **Теоретична частина**

«Те, що не вбиває нас, лише робить сильніше»

Тривожні емоції (тривога, страх, побоювання, боязнь тощо) – це емоції, що відносяться до майбутнього. Вони переживаються, коли цінності, бажані результати подій, які психіка вважає важливими, стоять під загрозою.

Корисними тривожні емоції бувають тоді, коли повідомляють Свідомість про можливу загрозу і про те, що необхідно до цієї загрози підготуватися. Помірна тривожність буває корисна, приміром, при плануванні.

Шкідливими емоції тривоги стають тоді, коли перебирають на себе управління над поведінкою і мисленням людини і не дають зробити нічого корисного.

Причина шкідливих тривожних емоцій полягає в неприйнятті різних можливих результатів майбутніх ситуацій такими, які вони є, неприйняття того, що у світі відбувається не все так, як ми хочемо, коли один або декілька результатів подій стають неприйнятними для нашого «Я».

Змінити шкідливі тривожні емоції на більш зрілі почуття можна приймаючи будь-які результати майбутніх ситуацій такими, якими вони є, і бути готовим до будь-якого результату (роблячи будь-який результат подій прийнятним для своєї психіки).

Тривожні емоції – це емоції неприйняття можливого майбутнього таким, яким воно є.

Корисними тривожними емоції бувають тоді, коли допомагають в усвідомлених діях (приміром, в плануванні).

Шкідливими вони стають тоді, коли перебирають на себе управління поведінкою і мисленням.

Змінити тривожні емоції на більш зрілі почуття можна, приймаючи усі можливі результати подій такими, які вони є.

Практична частина

1. Чи були у вас випадки, коли ви починали пити із-за тривожних емоцій. Опишіть.
2. Наведіть приклад шкідливого прояву емоцій тривоги (*тривога перебирала на себе управління поведінкою мисленням і не давала зробити нічого корисного*).
3. Наведіть приклад корисного прояву тривоги (контрольована тривожність допомагала в усвідомлених діях, приміром, в плануванні).
4. Наведіть ще один приклад ваших негативних емоцій тривоги. Знайдіть причину вашої тривоги – які можливі майбутні результати ви не приймали такими, які вони є. Опишіть, як би змінилися ваші емоції, якщо б ви прийняли ці можливі результати такими, як вони є (якби ці можливі результати ситуації стали для вас прийнятними).
5. Як ви розумієте приказку «що не вбиває нас, то робить сильніше»?
6. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 15. Втрата контролю над соціальним життям (соціальністю)

Теоретична частина

Кожного разу, переходячи на гіршу роботу, я думав, що починаю нове життя.

Некерованість соціальним життям (соціальністю) – це нездатність досягати в житті того, чого людина запланувала досягти, і втрати того, що людина не хоче втрачати. Протягом прогресу залежності алкоголік поступово втрачає контроль над своєю соціальною адаптивністю, його супроводжують втрати і крах його життєвих цілей.

Певна річ, головною причиною втрати контролю над соціальністю є зловживання алкоголем. Тому головною умовою відновлення нормального соціального життя є **повне припинення вживання**. А для цього необхідно напрацювати здатність не брати першу чарку (відновити здатність контролювати *тягу*).

Якщо алкоголік просто припинить пити, не працюючи над відновленням здатності контролювати і чинити опір бажанням випити (тязі), то навіть налагодивши більшість

речей у своєму соціальному житті в період стриманості, він знову може все втратити, не утримавшись в якийсь момент перед «першою чаркою».

Проте недостатньо одного тільки припинення вживання і відновлення психологічної здатності чинити опір тязі, необхідно докладати зусилля і налагоджувати соціальне життя – адже втрачена робота не відновиться сама собою, гроші теж самі не повернуться, стосунки в сім'ї самі собою не налагодяться і так далі.

Для упорядкування свого життя необхідно спеціально працювати над відновленням контролю над соціальністю. У цю «роботу» входять навчання нової тверезої навички спілкування з людьми, навчання новим стосункам в сім'ї, навчання нової професії або відновленні старої кваліфікації, навчання новим видам тверезого відпочинку і так далі.

Є також і зворотний зв'язок між проявами *тяги* і втратою контролю над соціальністю. Алкоголікові, який не поміняв своє соціальне оточення, буде дуже важко припинити пити. Практично неможливо видужуючому алкоголікові залишатися тверезим, спілкуючись з товаришами по чарці, що вживають, зберігаючи напругу в сім'ї, працюючи на невідходящій роботі, не знаючи як проводити вільний час і так далі.

Важливим кроком по відновленню контролю над соціальністю може стати активна участь в житті груп АА (служіння), де алкозалежний може навчитися новим тверезим способам спілкування, знайти нових друзів, навчитися тверезому відпочинку, відповідальному відношенню до довірених доручень і багато чого іншого.

Практична частина

Складіть список ваших втрат від вживання алкоголю, користуючись приведеними нижче питаннями.

1. Фінанси.

Підрахуйте, скільки грошей ви витратили на алкоголь за час вашого вживання.

- Для цього підрахуйте, скільки ви приблизно витрачаєте в місяць на алкоголь, помножьте на 12 місяців і на кількість років, що ви пили.
- Підрахуйте, скільки часу ви не працювали, і помножьте на максимальну зарплату, яку ви отримували в той час, коли працювали (можете врахувати інфляцію).
- Підрахуйте, скільки часу ви заробляли менше, ніж могли. Відніміть це з максимального вашого заробітку. Підрахуйте усю суму втрати через некваліфіковану роботу.
- Підрахуйте, скільки ви або ваші родичі витратили на компенсацію збитку від вживання алкоголю.
- Що ще можна внести в цей список?

2. **Робота.** Як вживання вплинуло на вашу роботу. Що вам треба зробити, щоб відновити свою кваліфікацію?

3. **Спілкування.** Як вживання вплинуло на ваше спілкування? Що вам треба зробити для відновлення здібностей нормально спілкуватися?

4. Перерахуйте **інші втрати** у вашому соціальному житті (сім'я, відпочинок, здоров'я, хобі і так далі), а також кроки по можливості в

- їх відновленні. Чи можете ви відновити щось з втраченого, продовжуючи пити?
5. Чи були у вас досить тривалі періоди відмови від алкоголю, коли ви відновлювали частину з того, що втратили із-за свого попереднього пияцтва? Чим все, врешті-решт, закінчувалося? Чому ви все-таки брали «першу чарку»?
 6. Чи зможете ви залишатися тривалий час тверезими, ведучи таке соціальне життя, як ви ведете сьогодні? Поясніть. Що вам потрібно змінити у своєму житті, щоб припинити пити?
 7. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 16. Взаємозв'язок між втратою контролю над соціальністю, психікою і бажанням випити (тягою) в тверезості

Теоретична частина

У суді. - Як ви дійшли до такого сп'яніння?

- У всьому винна погана компанія, у яку я потрапив. Нас було четверо.

У мене була пляшка, а інші троє не захотіли пити.

Надмірне вживання алкоголю призводить до порушень в психіці алкозалежного. Він, по-перше, стає *емоційно розбалансованим*, по-друге, у нього працює *"залежне мислення"*, по-третє, його *поведінка стає імпульсивною і компульсивною*, і по-четверте, його *бажання стають неадекватними і шкідливими* (передусім, для нього самого). Алкоголь же допомагає, на якийсь час, компенсувати, згладжувати усі ці порушення.

Коли алкоголік перестає пити, усі перераховані порушення в психіці нікуди не зникають, але проявляються відчутніше, оскільки не застосовується звичний «регулятор» психіки – алкоголь.

Алкоголік втрачає контроль над своєю психікою і стає безсилий без додаткової допомоги впоратися зі своїми психологічними проблемами (деструктивними емоціями, мисленням, поведінкою і бажаннями) в тій же мірі, в якій він безсилий був раніше впоратися з тягою до алкоголю.

Ці ж порушення в психіці є причиною нездатності управляти своїм соціальним життям в тверезому стані: негативні емоції можуть привести до скандалів з близькими, залежне мислення – до складності з плануванням і так далі. Тобто, *втрата контролю над психікою призводить до втрати контролю над соціальністю*.

Незадоволення своїм соціальним життям і внутрішній розбалансований психічний стан *знову приводять алкоголіка до нападів тяги*, а потім і до першої чарки.

Виходить замкнутий круг з трьох взаємопов'язаних ланок, що підтримують одна одну:

- *нездатності контролювати соціальне життя,*
- *некерованості психіки і невміння контролювати бажання випити (та інші прояви тяги).*

Щоб вирватися з цього кола, недостатньо виправити якусь одну з ланок, треба працювати над усіма трьома складовими компонентами замкнутого кола. А саме, слід працювати над

- лікуванням своєї психіки (психологічні групи, індивідуальна робота з психологом тощо),
- відновленням свого соціального життя (нове соціальне оточення, нове відношення до нього і т.д.)
- навчанням способам контролю тяги до алкоголю (групи АА, спілкування з іншими видужуючими алкоголіками і т.д.).

Тому одужання від алкоголізму – це не просто «не брати першу чарку», а ще і рішення своїх психологічних і соціальних проблем.

Практична частина

1. Накресліть наступну таблицю з трьох стовпців:

Втрата контролю над соціальністю	Втрата контролю над психікою	Втрата контролю над тягою до вживання
Визначення: це нездатність досягати бажаних цілей в житті і запобігати негативним наслідкам.	Визначення: це нездатність тверезо думати, відчувати і поступати.	Визначення: це думки про випивку, ейфоричні спогади, напади тяги тощо, кінцевим підсумком яких може бути неконтрольоване вживання

2. **Спочатку заповніть першу графу таблиці. Запишіть факти втрати контролю над соціальністю в періоди тверезості, користуючись наступними питаннями:**

- Згадайте, як ваші наміри влаштувати своє соціальне життя (роботу, навчання і так далі) в тверезості не випадалися.
- Наприклад, ви приймали рішення почати працювати і самому забезпечувати своє життя, але у вас це не виходило.
- Розгляньте тепер ваші бажання влаштувати особисте життя, які не здійснилися.
- Приклад. Ви не пили декілька місяців і думали, що стосунки в сім'ї повинні налагодитися, але скандали тривали.
- Згадайте інші випадки втрати контролю над соціальністю (друзі, захоплення, відпочинок, фінанси тощо), коли ви хотіли зробити життя краще, це було цілком реально і досяжне, але чомусь не вийшло.
- У другому стовпчику таблиці проти кожного прикладу втрати контролю над соціальністю запишіть супутні приклади втрати контролю над психікою (втрату контролю перед деструктивними емоціями, мисленням, дезадаптивною поведінкою або нав'язливими бажаннями), які були у вас в той період.
- У третьому стовпці запишіть супутні прояви вашої хвороби – бажання випити і так далі

Приклад заповнення таблиці

Втрата контролю над соціальністю	Втрата контролю над психікою	Втрата контролю над тягою до вживання
1. Скандали з дружиною, незважаючи на моє бажання не скандалити.	Роздратування, злість, упевненість в тому, що дружина не права, імпульсивність в поведінці	Думки про випивку, пару разів сильна тяга (6 балів) після скандалу, невпевненість, що залишуся тверезим.

3. Поясніть, як ви тепер розумієте зв'язок втрати контролю над соціальністю, психікою і потягом до вживання?
4. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 17. Когніції. Порушення мислення – повинування Теоретична частина

Я мислю, значить, я існую.
Рене Декарт

Як я мислю, так я і існую
Приказка

Неадекватні емоції, бажання і поведінка мають у своїй основі неадекватне відношення людини до світу, інших людей, себе. Адекватне відношення до світу, інших людей і себе побудовано на принципах духовної свободи. А неадекватне – на принципах підпорядкування і «буквоїдства». Це неадекватне відношення безпосередньо виражається у відповідному оціночному автоматичному мисленні.

Автоматичне оціночне мислення алкозалежного (як і його відношення до світу, людей і себе) категорично і безальтернативно. У залежному мисленні передбачається тільки один варіант, який повинен статися обов'язково. Таке мислення називають вимогами або **повинуваннями**. Вимога або повинування говорять: **«це обов'язково повинно статися тільки так і ніяк інакше»**. Приклади: *«У мене все повинно вийти = у мене не може не вийти»*, *«Автобус повинен приїхати вчасно = автобус не може приїхати не вчасно»*, *«Мене повинні поважати = мене не можуть не поважати»*.

У нормі оціночне автоматичне мислення (оцінюючи думки, які автоматично виникають на певну ситуацію) людини, з адекватним поглядом на світ і себе, побудоване на принципі **можливостей**, де є декілька альтернатив, одні з яких більш прийнятні, інші менш прийнятні, але прийнятні усі. Приклад: *«У мене робота може вийти, а може і не вийти (але я старатимуся, щоб вийшла)»*, *«Автобус може приїхати вчасно, але може і запізнитися»*, *«Мене можуть як поважати, так і не поважати»*.

Людина, у якої оціночне мислення побудоване на принципі можливостей, об'єктивно оцінює світ, людей і себе і, як наслідок, адекватно себе відчуває і поводить себе. Повинування навпаки призводять до нервової напруги, оскільки події у світі відбуваються за своїми законами, а не так, як вважає алкоголік. От як повинування призводять до негативних емоцій:

Злість: Вимоги до світу (у сьогоденні) *«Все повинно йти по-моєму»*

Депресія: Вимоги до світу (у минулому) *«Це не повинно було статися!»*

Сором. Вимоги до своїх якостей і здібностей: *«Я не повинен помилятися!»*

Провина: Вимоги до враження, справленого на інших *«Я не повинен був так виглядати!»*

Тривога: Вимоги до світу (в майбутньому) *«Це не повинно статися!»*

Свідомо позбавляючись від провинувальних і навчаючись мислити можливостями, людина, залежна від алкоголю, змінює своє відношення до світу, людей і себе з диктаторського на духовно-вільне. Тим самим зменшується психологічна напруга і виникає можливість отримувати радість від тверезого життя. Один з перших кроків до психологічного здоров'я – це усвідомлення, що мені нічого не повинні Світ, інші люди, Я сам; а також те, що Я нічого не повинен Світу, іншим людям і собі самому.

Практична частина

1. Наведіть конкретний приклад вашого провинування, що відповідає емоції сорому (у мене повинно було вийти...) Яким буде альтернативне здорове мислення (у мене могло вийти, могло не вийти...)? Як при новому мисленні зміняться ваші емоції?

Приклад. Не вийшла робота. Повинування: Я не повинен бути таким невдахою. Емоція: Сором. Здорове мислення: Робота могла як вийти, так і не вийти – цього разу не вийшла, нічого страшного. Емоція: спокій.

2. Наведіть конкретний приклад вашого провинування, що відповідає емоції провини (я повинен був виглядати...) Яким буде альтернативне здорове мислення (я можу виглядати..., а можу виглядати...)? Як при новому мисленні зміняться ваші емоції?

Приклад. Виглядав безглуздо в очах інших. Повинування: Я не повинен був так виглядати. Емоція: Вина. Здорове мислення: Я можу виглядати добре в очах інших, а можу і погано - моє право! Емоція: спокій.

3. Наведіть конкретний приклад вашого провинування, що відповідає емоції депресії (все повинно було йти по-моєму...) Яким буде альтернативне здорове мислення (могло бути по-моєму, але могло і не бути...)? Як при новому мисленні зміняться ваші емоції?

Приклад. Звільнили з роботи. Повинування: Цього не повинно було статися. Емоція: Депресія. Здорове мислення: Могли не звільняти, але могли і звільнити, що і зробили, в принципі, нічого страшного. Емоція: спокій.

4. Наведіть конкретний приклад вашого провинування, що відповідає емоції злості (все повинно йти по-моєму...) Яким буде альтернативне здорове мислення (може..., а може і не...)? Як при новому мисленні зміняться ваші емоції?

Приклад. Стою на зупинці, немає транспорту. Повинування: Автобус повинен приїхати! Емоція: Злість. Здорове мислення: Автобус міг би приїхати швидше, але може і не приїхати... Емоція: спокій.

5. Наведіть конкретний приклад вашого провинування, що відповідає емоції тривоги (все повинно буде йти по-моєму...) Яким буде альтернативне здорове мислення (може статися так, а може і інакше...)? Як при новому мисленні зміняться ваші емоції?

Приклад. Перед складанням іспиту. Повинування: Мені повинні поставити п'ятірку (мені не повинні поставити двійку). Емоція:

Тривога. Здорове мислення: можуть поставити і високу оцінку, але можуть і не поставити... Емоція: спокій.

6. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 18. Втрата ситуаційного контролю над вживанням.

Когніції. Порушення пам'яті

Теоретична частина

Алкоголік перед склянкою горілки тренує силу волі: «Я не хочу пити! Я не хочу пити!»

Потім хапає склянку і залпом випиває:

«Ось це сила волі – не хотів пити, а випив!»

У цьому завданні розглядається одне з порушень в когнітивній сфері психіки, а саме *порушення пам'яті*, яке призводить до так званого «безумства першої чарки».

Пам'ять людини складається з неприємних і приємних спогадів, але психіка людини віддає перевагу приємним. У випадку з алкоголіком це призводить до того, що позитивні спогади про алкоголь переважають спогади про негативні наслідки, і алкоголік бере першу чарку. Цей ефект називається *ейфоричною пам'яттю*.

Однією з особливостей пам'яті у «здорових» людей є властивість забувати погане: «час лікує». У алкоголіка може настати момент, коли усі негативні наслідки зловживання алкоголем просто забуваються, і настає «тимчасова амнезія». Без нагадування собі про свою хворобу і роботи над собою (виконання спеціальних завдань, які допомагають згадати і закріпити в пам'яті якомога більше різних моментів минулої випивки і її наслідків) склянка, швидше за все, опиниться в руці.

Наступне порушення – *помутніння свідомості*. У цей момент свідомість людини просто відключається, і волею вже нікому управляти (людина повністю перемикається на «автомат»). Здорове мислення дає збір, а потім алкоголік вже не може собі логічно пояснити, навіщо він тоді випив (тому що закони логіки тоді вже не працювали).

А може бути зворотний ефект: *одержимість*. Алкоголіка настільки опановують думки про випивку, що вже бракує волі чинити їм опір. *Попередити моменти помутніння свідомості і одержимості можна розвитком здатності міркувати розсудливо, логічно, передбачати негативні наслідки випивки (робота з плануванням, навчання обдумуванню вчинків, робота з мисленням за допомогою щоденника самопостереження).*

Ще одне з порушень – *витіснення* зі свідомості всього, що пов'язано з алкоголем (як поганого, так і хорошого). Алкоголік живе, як звичайна людина, неначе у нього і немає ніякої залежності. І, врешті-решт, він бере першу чарку тільки тому, що звичайні люди можуть пити (адже це соціальна норма). *Самий час перечитати перші письмові завдання, а потім розкрити конспект по симптомах зриву і подивитися, на якій фазі ви вже знаходитесь – можливо, це є час зупинитися в руці до першої чарки.*

Усі описані процеси не є свідомими, це те, що відбувається окрім волі алкоголіка, це частина хвороби психіки. І щоб жити тверезо, алкоголікові треба вчитися усвідомлено відноситися до подій, що відбуваються у власному житті.

**Завдання 19. Втрата ситуаційного контролю над вживанням.
Когніції. Порушення пам'яті**

Практична частина

1. Згадайте конкретний приклад, коли ви брали першу чарку під дією позитивних спогадів про минулі випивки. Що вам слід робити, щоб уникнути подібних випадків в майбутньому?
2. Згадайте конкретний приклад, коли ви брали першу чарку, не згадуючи про усі минулі негативні її наслідки. Що вам слід робити, щоб уникнути подібних випадків в майбутньому?
3. Опишіть випадок, коли ви узяли першу чарку, і потім не могли згадати, навіщо ви це зробили. Що вам слід робити, щоб уникнути подібних випадків в майбутньому?
4. Опишіть випадок, коли ви були настільки одержимі думками про випивку, що сили волі чинити опір їм не вистачало і ви починали пити. Що вам слід робити, щоб уникнути подібних випадків в майбутньому?
5. Опишіть періоди життя, коли ви забували про свою алкогольну проблему і жили, як звичайна людина. Чим це закінчувалося? Що вам слід робити, щоб уникнути подібного в майбутньому?
6. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 20. Психологічні захисти

Теоретична частина

*Генерал з похмілля сидить перед дзеркалом.
Закриває погони руками: «Типовий алкоголік»!
Знімає руки з погон: «Ні, все-таки генерал»!*

Існує декілька рівнів людської психіки – особистісний, соціальний і тілесний. Тільки один з цих рівнів відповідає за усвідомлені, продумані вчинки (особистісний), інші два керуються звичками і інстинктами, тобто відповідають за автоматизовані вчинки (а також автоматичні думки, бажання, емоції і інші автоматизовані реакції) людини.

Однією з таких автоматизованих реакцій є захист від «душевного» болю. Ці захисні реакції психіки називаються **психологічними захистами**. Психологічні захисти діють за принципом *спотворення або блокування інформації про життєві проблеми*.

В одних ситуаціях психологічні захисти допомагають – вони зменшують міру душевного болю. Проте в інших ситуаціях вони заважають, оскільки не дають *Свідомості* побачити повну реальну інформацію про проблеми і щось зробити для виправлення ситуації.

Для залежної людини надмірний рівень психологічних захистів згубний, вони не дають йому можливості визнати проблеми з алкоголем повною мірою і, відповідно, їх вирішити.

«Помічник» психологічних захистів та їх невід'ємна частина – це спотворене, залежне мислення, тому здолати психологічні захисти можливо, змінивши своє мислення із залежного на здорове.

Ось декілька прикладів того, як різні види психологічних захистів спотворюють інформацію про проблеми з алкоголем, і як їх можна здолати, змінивши своє мислення:

Заперечення – ігнорування або забуває алкоголіком фактів про свою хворобу. Психіка не допускає у свідомість інформацію про хворобу або, якщо вона туди потрапила, витісняє: Автоматичні думки: «Ні, у мене немає проблем з алкогольною залежністю!» Здорове мислення: «У мене повно проблем із залежністю, і якщо я їх не бачу, я можу попросити зворотний зв'язок».

Контроль – факти про хворобу признаються, але алкоголік упевнений в тому, що може контролювати хворобу. Психіка в цьому випадку роздуває відчуття всемогутності алкоголіка. Автоматичні думки: «Я можу сам впоратися зі своїми проблемами». Здорове мислення: «Якби я міг сам впоратися, я б вже давно кинув пити!»

Проекція – проблеми з алкоголем проєктуються або привласнюються іншим людям або обставинам. Автоматичні думки: «Я п'ю, тому що у мене скандали в сім'ї, тому що ненормальні родичі, тому що у мене така робота і т. д.» Здорове мислення: «Їх поведінка обумовлена, звичайно, їх внутрішніми проблемами. Але ж моя поведінка і мої реакції на них – це повністю проблеми моєї психіки».

Фантазування – проблеми з алкоголем визнаються, але замість їх рішення алкоголік живе у фантазіях про «завтра», не вирішуючи сьогоднішніх проблем. Автоматичні думки: «Я завтра почну виконувати рекомендації!» Здорове мислення: «Я можу видужувати тільки «тут і зараз», тому пора братися за рекомендації сьогодні».

Раціоналізація – проблеми пояснюються не алкоголізмом, а деякими природними причинами, вирішувати які не потрібно: «Депресії у мене з дитинства, і алкоголь допомагає мені, навіщо їм займатися?» Здорове мислення: «Причина моїх запоїв – алкоголізм, а не депресії, оскільки інші люди не п'ють при депресії».

Практична частина

Згадайте приклади психологічних захистів, які проявлялися у вас упродовж процесу реабілітації.

1. **Заперечення. Як проявляється:** *Я ігнорую або забуваю факти, пов'язані з хворобою.* Згадайте приклад дії цього захисту (згадавши конкретну ситуацію, ваші автоматичні думки, емоції і поведінку). Як дія цього захисту може привести до розвитку зриву і подальшого вживання? Якими будуть здорове альтернативне мислення, емоції, поведінка?

Приклад. *Не міг згадати прикладів своїх складнощів в житті для щоденника самоаналізу.* Думки: «У мене зараз в житті немає проблем!» Емоції: *самовпевненість.* Поведінка: *не пишу щоденник.* Здорове мислення: «Я не можу знайти сам свої проблеми!» Почуття: *моральний страх.* Поведінка: *попросив зворотний зв'язок у товаришів.*

2. **Контроль. Як проявляється:** *Я визнаю, що у мене проблеми з алкоголем, але я упевнений, що з ними впораюся.* Згадайте приклад дії цього захисту (згадавши конкретну ситуацію, ваші автоматичні думки, емоції і поведінку). Як дія цього захисту може привести до розвитку зриву і подальшого вживання? Якими будуть здорове альтернативне мислення, емоції, поведінка?

Приклад. Покликали на свято. Мислення: «Якщо буде тяга, то я її здолаю». Емоції: *упевненість*. Поведінка: *пішов на свято*. Здорове мислення: «А можу і не здолати». Почуття: *моральний страх*. Поведінка: *відмовився*.

3. **Проекція. Як проявляється:** Пояснення своїх проблем не алкоголізмом, а обставинам або іншими людьми. Згадайте приклад дії цього захисту (згадавши конкретну ситуацію, ваші автоматичні думки, емоції і поведінку). Як дія цього захисту може привести до розвитку зриву і подальшого вживання? Якими будуть здорове альтернативне мислення, емоції, поведінка?

Приклад. Тяга через скандал з дружиною. Мислення: «А все вона винна!» Емоції: *злість*. Поведінка: *подавив злість*. Здорове мислення: «Моя злість, моя відповідальність, адже запити із-за дружини можу я, а не вона» Почуття: *моральний страх*. Поведінка: *проаналізував ситуацію в щоденнику*.

4. **Фантазування. Як проявляється:** Я уявляю, як в майбутньому вирішу свої проблеми з алкоголем. Згадайте приклад дії цього захисту (згадавши конкретну ситуацію, ваші автоматичні думки, емоції і поведінку). Як дія цього захисту може привести до розвитку зриву і подальшого вживання? Якими будуть здорове альтернативне мислення, емоції, поведінка?

Приклад. Ляг писати щоденник. Мислення: «Зроблю завтра». Емоції: *розслаблення*. Поведінка: *дивився телевизор*. Здорове мислення: «Я завтра роблю вже два місяці». Почуття: *моральний страх*. Поведінка: *взявся писати*.

5. **Раціоналізація. Як проявляється:** Я пояснюю свої складнощі природними причинами, а не проблемами психіки. Згадайте приклад дії цього захисту (згадавши конкретну ситуацію, ваші автоматичні думки, емоції і поведінку). Як дія цього захисту може привести до розвитку зриву і подальшого вживання? Якими будуть здорове альтернативне мислення, емоції, поведінка?

Приклад. Складно робити завдання на реабілітації. Мислення: «Я унікальна людина, і мені потрібний особливий підхід». Емоції: *ейфорія*. Поведінка: *почав сперечатися з консультантом*. Здорове мислення: «Але пив чомусь дуже банально». Почуття: *розкаяння*. Поведінка: *порадився з консультантом*.

6. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 21. Опір одужанню

Теоретична частина

Алкоголік в реабілітаційному центрі отримує листа з дому і жахливо засмучується.

Його запитують: - Що там, неприємності дома? - Так, дружина пише, що дитину залишили на другий рік в школі. Уявляєте, яка ганьба для сім'ї!?

Опір одужанню – це неусвідомлене (існуюча поза контролем свідомості) перешкодження психіки алкоголіка одужанню. Опори – це результат дії психологічних захистів, які захищають не від визнання хвороби, а від одужання.

Психіка чинить опір одужанню з тієї причини, що вважає пияцтво життєво необхідним для людини, будь-які спроби позбавити людину від алкогольної залежності сприймає як загрозу і, певна річ, цій загрозі чинить опір.

Ось деякі приклади поведінкових проявів опорів і автоматичних думок, які при цьому зазвичай виникають:

Зміщення акцентів. Фокус уваги зміщується з одужання на інші аспекти життя (пошук роботи, стосунки в сім'ї і так далі). Думки: «У мене зараз є важливіші справи».

Покірність. Людина зовні нібито видужує, але насправді ніякої внутрішньої переконаності в необхідності такої роботи немає, процес одужання формальний. Думки: «Нехай так, я зроблю це, раз просять і говорять».

Зневажливість. Видужуючий нехтує багатьма рекомендаціями програми. Думки: «Мені вони не потрібні, я і так впораюся!»

Надмірність. Видужуючий алкоголік ставить себе в положення «най-най», тому припиняє працювати як інші. Думки: «Вони усі дурні, я краще знаю».

Жалість до себе. Видужуючий починає себе жаліти замість того, щоб реально щось робити. Думки: «Як мені не пощастило, мені гірше за всіх!»

Опір одужанню – це нормальна реакція психіки на хворобливу інформацію, яку необхідно визнавати під час одужання. Опір одужанню усувається усвідомленням своєї шкідливої поведінки і мислення і виправленням його на конструктивне, розсудливе.

Практична частина

Приведіть по одному конкретному прикладу проявів вашого опорю одужанню (поведінка і мислення). Яким може бути поведінка і мислення, які допомагають одужанню?

1. Наведіть приклад вашої поведінки і мислення, коли ви чинили опір одужанню **зміщенням акцентів**. Якими можуть бути корисні поведінка і мислення?

Приклад. В середині реабілітації почав шукати нову роботу. Думки: «для мене важливіше зараз робота». Корисна поведінка і мислення: відкласти пошук роботи. «Якщо я зап'ю, не буде ніякої роботи!»

2. Наведіть приклад, коли ви чинили опір одужанню **покірністю**. Якими можуть бути корисні поведінка і мислення?

Приклад. Забирають дитину, і умовою її повернення є проходження реабілітаційної програми. Ходжу формально на реабілітацію. Думки: «Добре, я потерплю, так потрібно, через три місяці все закінчиться, і мені повернуть дитину». Корисна поведінка і мислення: Почати серйозно працювати над своїм одужанням. «Все сталося не просто так, отже, у мене є проблеми і їх треба вирішити».

3. Наведіть приклад, коли ви чинили опір одужанню **зневажливістю**. Якими можуть бути корисні поведінка і мислення?

Приклад. Не виконую більшу частину рекомендацій програми. Думки: «У мене і так усе нормально». Корисна поведінка і мислення: намагання виконувати усі рекомендації. «Чим краще я працюватиму, тим швидше у мене покращає стан».

4. Наведіть приклади, коли ви чинили опір одужанню **жалістю до себе**. Якими можуть бути корисна поведінка і мислення?
Приклад. Скаржуся на життя. «Я такий нещасний». Корисна поведінка і мислення: Шукати шляхи виходу з проблем. «Якщо мені погано, треба не жаліти себе, а шукати, як зробити, щоб було добре».
5. Наведіть приклад, коли ви чинили опір одужанню **надмірністю**. Якими можуть бути корисні поведінка і мислення?
Приклад. Даю поради оточенню. «Я кращий!» Корисна поведінка і мислення: Самому шукати ради. «У мене проблеми, і мені потрібна допомога».
6. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 22. Аналіз психологічних захистів

Теоретична частина

- Учора моя дружина повзала переді мною на колінах!
- О! І що вона при цьому говорила?
- «Вилазь з-під ліжка, боягуз нещасний!»

Психологічні захисти спотворюють думки, що оцінюють реальність так, щоб інформація про реальність приносила менше душевного болю. Для алкозалежної людини це дуже небезпечно, оскільки через дії психологічних захистів вона не може оцінити міру шкоди своєї хвороби і зробити відповідні заходи по протидії їй.

Для того, щоб *Свідомість* не могла упізнати небезпечну (як «залежне Я») для неї правду, захисти можуть спотворити інформацію (думки, за допомогою яких людина оцінює реальність) декількома шляхами: змінити усю інформацію, змінити частину інформації, додати додаткову частину неправдивої інформації тощо.

Наприклад, правда – «Я надто багато п'ю, мені пора піти лікуватися». Захисти в думки, що оцінюють цю правду, вносять спотворення шляхом застосування порівняння з іншими п'ючими людьми. І виходить, що людина думає наступне: «Я п'ю багато, але не так, як мій сусід N, тому лікуватися треба йому, а мені можна почекати».

Спосіб боротьби з «спотвореним мисленням», обманом – це *логічний аналіз* свого мислення: поставити під сумнів правильність своїх *автоматичних думок*, їх повторна перевірка на логічність, і пошук спотворень в них. Для цього треба розділити уявну інформацію на правду і брехню, проаналізувати брехню і замінити її правдою.

Приклад. Захисне мислення: «Я п'ю багато, але не так, як мій сусід N, тому лікуватися треба йому, а мені можна почекати». Аналіз: «Так, мій сусід N п'є більше за мене, і йому, швидше за все, дійсно потрібно лікуватися (правда). Брехня – мені доки не треба лікуватися. Незалежне мислення: «Я п'ю досить багато, не можу сам зупинитися, тому мені потрібна допомога».

Ще один приклад. Захисне мислення: «У мене сьогодні, нарешті, з'явилася робота. Адже гроші треба заробляти? То ж мені сьогодні реабілітацію доведеться пропустити». Аналіз: «Правда: гроші треба заробляти і так далі. Брехня: через роботу потрібно жертвувати одужанням». Незалежне мислення: «Гроші треба заробляти, але зрівнявшись, я ніяких грошей не зароблю і втрачу роботу, тому жертвувати одужанням мені не потрібно».

Аналізуючи свої думки-захисти, алкозалежний може ослабити дію цих захистів, і, як наслідок, маючи можливість об'єктивно оцінювати своє життя, виправити його.

Практична частина

- Уважно прочитайте список прикладів *неправдивого, захисного* мислення:
 - У мене це не такий важкий випадок, як у інших.
 - Мені не небезпечно відвідувати місця, де п'ють (у мене не виникає там тяги).
 - Безалкоголка нічим не пошкодить.
 - У мене тільки психологічна залежність, фізіологічної ще немає.
 - Мені не треба писати ці щоденники, адже інші видужують і без них.
 - Я завтра обов'язково почну видужувати.
 - Раз я не п'ю, у мене не повинно бути емоційних сплесків.
 - Якщо я вип'ю тільки раз, це мені не пошкодить.
 - Я можу зустрічатися зі своїми п'ючими друзями і не пити.
 - Я вже досить знаю для того, щоб не зірватися.
 - Мені усі повинні допомагати в моєму одужанні.
 - У мене є важливіші справи, ніж одужання.
 - Мої діти важливіші за мою тверезість.
 - У мене немає часу займатися одужанням.
 - Одужання занадто складне.
 - А може я все таки не алкоголік, а просто був складний період в житті?
 - Для того, щоб не пити, досить не брати першу чарку.
 - Тепер мене чекає сіре, сумовите, похмуре тверезе життя.
 - Алкоголь допомагає впоратися з емоційними проблемами.
 - Алкоголь допомагає відпочити.
- Накресліть таку таблицю у своєму зошиті.

Захисне мислення	Частина правди	Частина брехні	Наслідки брехні	Незалежне (правильне) мислення
Просто я хочу побачитися з другом.	Я хочу з ним побачитися.	«Просто» – я з ним «просто» ніколи не спілкувався, я з ним завжди пив.	Я можу піти на зустріч, яка, швидше за все, закінчиться випивкою.	Я не ризикуватиму своєю тверезістю заради сумнівного бажання зустрітися з колишнім товаришем по чарці. І швидше за все мені хочеться не стільки зустрітися з ним, скільки випити.
Я вип'ю тільки разок, адже ніхто не побачить!	Дійсно, зараз ніхто не побачить.	«Я тільки разок» – Багато разів я намагався обмежитися одним разом і відразу або трохи пізніше продовжував вживання.	Я алкоголік. Я можу випити і піти в запій.	Саме один раз у мене і не виходить випити – у мене виходить пити або багато, або взагалі нічого не пити.

3. Виберіть зі списку приклад захисного мислення, що коли-небудь використовувалися вами, і запишіть текст цього мислення в першій стовпець.
4. Розділіть цей приклад захисту на *правду* і *брехню*. Запишіть їх окремо в другий і третій стовпці. У третьому стовпці поясніть також, чому ви вважаєте це брехнею.
5. Подумайте, до яких наслідків може привести вас подібне мислення і запишіть в четвертий стовпець.
6. У п'ятому стовпці запишіть приклад альтернативного незалежного (правильного) мислення.
7. Виберіть наступний приклад захисного мислення і проаналізуйте його так само. Проаналізуйте таким чином декілька прикладів.
8. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 23. Історія життя і розвитку вживання **Теоретична частина**

І тоді я кинув пити і дружину, яка своїм ниттям вбивала в мені любов до алкоголю.

Алкогольна залежність – це прогресуюча хвороба, що має біологічні, психологічні і соціальні основи. Біологічну основу або генетичну схильність до алкоголізму мають приблизно 10-15% населення, і їм пити суворо протипоказано. Проте це абсолютно не позначається на інших сферах життя.

Соціальною основою або передумовами до вживання являються відношення населення до алкоголю і пропаганда алкоголю. А також «алкогольні» установки: «не пити – не нормально», «треба мати п'юче оточення», «необхідно дотримуватися алкогольних ритуалів» і так далі. Психологічні передумови початку вживання: низька самооцінка, проблеми з емоціями, проблеми в стосунках тощо.

Після першої проби алкоголю слідує період *неперіодичного вживання* (не частіше декількох раз на рік), коли алкоголь ще практично ніяк не вбудовується в життя людини. У людей без схильності до алкоголю і із стабільним соціально-психологічним станом цей період може тривати усе життя (випивають трохи у свята).

Далі із-за тиску соціального оточення (наприклад, прийнято постійно випивати на роботі) або психологічних передумов (наприклад, використати алкоголь для зняття психологічної напруги) настає *регулярне вживання*. Знову-таки, у людей, не схильних до алкоголізму, цей період може зайняти усе життя.

Із-за *регулярного вживання* у людини (особливо зі схильністю до алкоголізму) починає мінятися реакція на алкоголь (отримання ейфорії, підвищення толерантності), і вона може вживати алкоголь для зміни свідомості і періодично напиватися до середнього або сильного сп'яніння. У цей період у людини починають відбуватися поступові зміни психіки: зменшуватися контроль над емоціями, розбалансуватися самооцінка і так далі.

Подальші зміни у біохімії обміну речовин в організмі (метаболізмі) призводять до втрати контролю над вживанням – появи похмілля, багатоденних випивок, подальшої появи запоїв, постійного пияцтва тощо. Одночасно з цим посилюються негативні зміни в психологічній сфері людини, пропадає почуття комфорту в тверезому стані.

Відбуваються так само негативні зміни в соціумі – зміна свого оточення на те, що п'є, проблеми на роботі, в сім'ї і так далі.

Прогрес зловживання алкоголем призводить до накопичення проблем в житті, що примушує людину спочатку робити спроби контролювати вживання, а потім і зовсім кинути. Проте зміни в психіці і провокуюче соціальне оточення, як правило, не дають це зробити. Не дивлячись на періодичні спроби «зав'язати», зловживання триває, а разом з ним деструктивні зміни в психіці і соціумі.

Надалі відбувається виснаження організму – толерантність починає падати, тривалість запоїв зменшуватися, тривалість похмілля збільшуватися. Зазвичай на цьому етапі у людини практично повністю руйнуються адекватні соціальні зв'язки, а психіка деградує до рівня божевілля. Далі людина може пройти «точку неповернення» – її стан стає настільки неадекватним, що їй вже не можна допомогти.

Наступний етап розвитку хвороби – смерть, хоча найчастіше вона настає раніше із-за нещасних випадків або супутніх хвороб.

Фізіологічні зміни, які відбуваються в процесі розвитку хвороби, безповоротні – хвороба хронічна. Це означає, що неможливо повернути контроль над вживанням алкоголю. Водночас психологічні і соціальні зміни повністю відновлені. **Одужання – це відновлення і подальший розвиток свого соціально-психологічного стану.**

Практична частина.

У цьому завданні вам слід коротко описати розвиток залежності від алкоголю упродовж усього життя і досліджувати, як це було пов'язано з вашим внутрішнім (психологічним) і соціальним життям.

1. Заповніть наступну таблицю.

Час вживання	Характер вживання (вік початку і закінчення, періодичність, напій, кількість, приводи, товариші по чарці, місця впливов і так далі)	Соціальний стан (сім'я, робота/навчання, друзі/товариші, емоційна атмосфера, взаємовідносини, матеріальний стан, конфлікти, проблеми тощо)	Психологічний стан (самооцінка, емоційний стан, цілі-плани в житті, психологічний комфорт і так далі)
Період до початку вживання (вказіть вік і соціальний статус)	ні		
Період перших проб і епізодичного вживання (вказіть вік і соціальний статус)			
Періодичне вживання (вказіть вік і соціальний статус)			
Період вживання заради сп'яніння, періодичні випадки середнього і/або сильного сп'яніння (вказіть вік і соціальний статус)			

Закінчення таблиці

Період багатоденного вживання, запоїв, щоденного вживання (вказіть вік і соціальний статус)			
Період «дна»: спроби припинити вживання (вказіть вік і соціальний статус)			
Період «виснаження»: скорочення тривалості запоїв, збільшення тривалості похмілля, пониження толерантності			

2. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 24. Цілі в тверезості Теоретична частина

Бог не може врятувати нас без нашої участі.

В процесі одужання алкозалежному важливо знати не тільки те, від чого він хоче піти (наприклад: від запоїв), а і чого він хоче досягти в результаті цього шляху (**мотив**), які етапи шляху йому для цього необхідно пройти (**ціль**), як він цього може досягти (**план**), і що йому в цьому може допомогти (**засоби**).

Мотив – це бажання (мрія, намір і так далі), яке людина хоче здійснити. В процесі одужання мотиви можуть бути як негативними («Я хочу, аби припинилися проблеми, пов'язані з алкоголем»), так і позитивними («Я хочу отримувати задоволення від свого тверезого життя»).

Ціль – це проміжний етап в досягненні мотиву. Правила для постановки цілей такі: **конкретність** (що?), **вимірність** (скільки?), **визначеність в часі** (коли?) Приклад: *я маю намір вилужити – приклад неправильної цілі. Приклад правильної цілі: я маю (коли?) намір – за місяць, (що?) – навчитися вести щоденник самопостереження (скільки?) – настільки, щоб будь-яку ситуацію описувати за 5 хв.*

План – це послідовність дій, які необхідно виконати людині, для досягнення поставленої мети.

Допомога – це те, що необхідно людині окрім її власних зусиль для досягнення поставленої мети.

Допомогу треба відрізнити від **рятувальництва**.

Допомога – коли у вас не виходить якась справа, ви просите когось допомогти вам зробити цю справу. **Рятувальництво** – коли у вас не виходить якась справа, ви просите когось зробити цю справу за вас.

Рятувальництво	Допомога
<i>Вимагається мною або нав'язують мені</i>	<i>Прошу його сам я</i>
<i>Мої зусилля мінімальні, максимальні від «рятувальника»</i>	<i>Мої зусилля максимальні, зусилля того, що «допомагає», зводяться в основному до «інструкцій»</i>

Рятувальництво	Допомога
<i>Відповідальність за дії на «рятувальнику»</i>	<i>Відповідальність за дії на мені</i>
<i>Результат, який хоче моє «патологічне Я»</i>	<i>Результат, який корисний моїй Свідомості</i>
<i>Моя позиція пасивна</i>	<i>Моя позиція активна</i>
<i>Головний або я, або «рятувальник»</i>	<i>Рівність</i>
<i>Підпорядкування</i>	<i>Співпраця</i>

Приклади правильних і неправильних цілей в одужанні:

Неправильна: Я хочу завжди залишатися тверезим! (помилки – Ти і так тверезий. Тоді що лякає: зрив і його наслідки? А завжди – це коли?)

Правильна: Мотив: Я не хочу знову запити. Чи: Я хочу залишатися тверезим.

Ціль: (що конкретно мається на увазі?) Підтримувати свою тверезість упродовж місяця – виконувати рекомендації (скільки?) – три групи терапії, зборів АА, щоденник самоаналізу, домашні завдання, обмеження, література (коли?) – цього місяця.

План: (для досягнення цілі я буду) відвідувати групи реабілітації (три рази на тиждень), збори АА (двічі на тиждень), читати літературу АА (30 хв на день), писати щоденник (щодня).

Допомога: консультант, реабілітація, група АА.

Неправильна: Я хочу жити щасливо! (помилки – а що таке щастя?)

Правильна: Мотив: Я хочу не дратуватися.

Мета: (конкретно?) – навчитися не дратуватися (наскільки?) – в 2 рази менше, (коли?) – за цей місяць,

План: аналізувати від 2 до 3 ситуацій в день в щоденнику самоаналізу, планувати і аналізувати день, відвідувати терапевтичну групу (1 раз на тиждень), навчитися релаксації.

Допомога: терапія, консультант.

Практична частина.

1. Накресліть наступну таблицю:

<i>Мотив</i> (0 – взагалі не хочу; 10 – найвище моє бажання в житті, яке коли-небудь було)	<i>Мета</i> (на найближчий місяць)	<i>План</i> (що треба зробити самому?)	<i>Допомога</i> (хто (що) може допомогти?)
1. Не запити			
2. Поліпшити емоційний стан (що конкретно)			
3. Сімейні відносини			
4. Робота			

2. У першому стовпці запишіть один зі своїх **мотивів (бажань)** на найближчий місяць, що стосується вашого одужання.
3. У другому стовпці визначте **ціль**, яку вам необхідно досягти **за цей місяць** для задоволення вашого мотиву.

4. У третьому стовпці зробіть нарис **плану** – що вам необхідно періодично робити, щоб досягти цієї мети.
5. У четвертому стовпці опишіть, чією **допомогою** ви можете скористатися для здійснення свого плану.
6. Проаналізуйте так само інші ваші мотиви на найближчий місяць.
Через одне вам буде запропоновано завершальне завдання (план одужання) в циклі першого етапу реабілітації. Вам слід перед його написанням визначитися, як ви збираєтеся продовжувати своє подальше одужання. Ми рекомендуємо вам продовжувати його у рамках другого етапу реабілітації, який полягає у відвідуванні одного заняття реабілітації на тиждень (з 13:00 до 16:30, неділя) і це, як мінімум, двох з трьох терапевтичних підтримувальних груп (пн., вт., чт. 19:00-20:30). Існують альтернативи одужання поза реабілітацією: відвідування груп АА, робота із спонсором, також ви можете знайти індивідуального психолога і працювати з ним. Важливо пам'ятати, що підтримка вам необхідна! Щоб визначитися і прийняти усвідомлене рішення, вам слід в найближчу неділю відвідати заняття другого етапу реабілітації, а також поспілкуватися з тими членами АА, які працюють із спонсорами.
7. Зробіть короткий висновок за підсумками виконання цього завдання.

Завдання 26. План одужання

*«Якщо ви хочете мати те, що маємо ми,
робіть те, що робили ми!»
«Це працює, якщо ти робиш це!»*

Для того, щоб залишатися тверезим і вчитися отримувати задоволення від тверезого життя, необхідно продовжувати одужання. Для цього в реабілітаційній програмі передбачений другий етап.

Другий етап реабілітації містить обов'язкове щотижневе відвідування групи реабілітації в неділю (13:00-16:30), і, як мінімум, однієї з трьох підтримувальних терапевтичних груп (сімейної – понеділок, терапевтичної – вівторок, профілактики зриву – четвер з 19:00 до 20:30). Тривалість другого етапу реабілітації – дев'ять місяців.

Нижче перераховані активності, які рекомендується виконувати для подальшого одужання, якщо ви маєте намір продовжувати його у рамках другого етапу реабілітації.

Прочитайте список активностей по одужанню. Виберіть, яких з цих активностей ви маєте намір дотримуватися у своєму одужанні.

Рекомендовані активності для одужання:

	Активності для одужання	Частота
1.	Група 2-го етапу реабілітації (нд, 13:00-16:30)	1 раз на тиждень
2.	Групова терапія (пн, вт, чт 19:00-20:30)	2-3 рази на тиждень
3.	Групи взаємодопомоги АА	2-3 рази на тиждень
4.	Щоденник самоаналізу	щодня 2-3 ситуації
5.	Планування і аналіз дня	щодня
6.	Симптоми зриву	1 раз на тиждень

	Активності для одужання	Частота
7.	Індивідуальне консультування	1-2 рази на місяць
8.	Читання спеціальної літератури	щодня
9.	Робота з обмеженнями в тверезості	1-3 рази на тиждень
10.	Аналіз-планування тижня	1 раз на тиждень
11.	Фізкультурні вправи	щодня
12.	Громадська діяльність (приміром, в групі АА)	1 раз на тиждень

Складіть свій список активностей, якими ви збираєтеся займатися в *найближчий місяць*, вказавши частоту зайняття і час зайняття кожною активністю. (Часу – «як вийде» – не існує! Якщо ви не можете вказати точний час, який ви відводите для своєї роботи, це все одно, що ви не включате її в план).

Приклад:

Другий етап реабілітації – один раз на тиждень, неділя 13:00-16:30

Групи АА – три рази на тиждень, середа, п'ятниця 19:00-20:30, неділя 17:00-18:30

Групова терапія – щотижня, щопонеділка 19:00-20:30

Щоденник самоаналізу – щодня з 22:00 до 22:30

і так далі

На наступній сторінці представлений **щотижневий планувальник**, який дозволить вам створити *розклад активностей для одужання на тиждень*.

Якщо ви захочете продовжувати одужання у рамках програми «12 Кроків», то вам необхідно буде погоджувати його із спонсором, і активності рекомендуватиме вам вже він. Поєднувати одужання за програмою «12 Кроків» із спонсором і підтримувальну програму реабілітації не рекомендується.

Розгляньте звичайний тиждень і вставте активності для одужання в потрібний тимчасовий осередок, як це зроблено в прикладі.

Приклад щотижневого плану одужання (продовження)

15:30							Реабілітація
16:00							Реабілітація
16:30							
17:00							Група АА
17:30							Група АА
18:00							Група АА
18:30							
19:00	Групова терапія	Групова терапія	Група АА	Групова терапія	Група АА		
19:30	Групова терапія	Групова терапія	Група АА	Групова терапія	Група АА		
20:00	Групова терапія	Групова терапія	Група АА	Групова терапія	Група АА		Аналіз тижня, робота з обмеженнями
20:30	Групова терапія	Групова терапія		Групова терапія			Планування тижня
21:00							
21:30							
22:00	Робота з щоден. самоан.. Аналіз дня	Робота з щоден. самоан.. Аналіз дня	Робота з щоден. самоан.. Аналіз дня	Робота з щоден. самоан.. Аналіз дня	Робота з щоден. самоан.. Аналіз дня	Робота з щоден. самоан.. Аналіз дня	
22:30							

Науково-практичне видання

**Іванов Володимир Олексійович
Безсмертний Юрій Михайлович
Старков Денис Юрійович**

**Принципи роботи амбулаторної
соціально-психологічної реабілітації осіб
залежних від алкоголю**

Науково-методичний посібник

Редагування та коректура авторів

Дніпровський районний в місті Києві
центр соціальних служб для сім'ї дітей та молоді.
Центр амбулаторної соціально-психологічної реабілітації
для залежних від алкоголю «Сенс»
02183, м. Київ 183, бульвар Перова, 56 тел. (044) 512-23-48
e-mail: sense.reab@gmail.com
www.sensecenter.com.ua

Підписано до друку 12.11.2013. Формат 84×108/32.

Папір офсетний. Друк офсетний.

Умовн. друк. арк. 6,72. Обл.-вид. арк. 11,5
наклад 200 прим.

Віддруковано ПАТ «Віпол». 03151, Київ, вул. Волинська, 60

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
серія ДК № 4404 від 31.08.2012 р.

