

Старков Денис Юрійович
практичний психолог, фахівець із соціальної роботи,
Дніпровський РЦСССДМ, м. Київ

Іванов Владимир Олексійович
медичний психолог, фахівець із соціальної роботи,
майстер соціальної роботи
Дніпровський РЦСССДМ, м. Київ

Забава Світлана Миколаївна
головний спеціаліст відділу соціальної роботи, майстер соціальної роботи
Дніпровський РЦСССДМ, м. Київ

На основі досвіду взаємодії структурних підрозділів РЦСССДМ соціально-психологічної реабілітації алкозалежних та служби соціальної підтримки сім'ї запропоновано методологічну парадигму, теоретичну модель та практичні рекомендації соціального супроводу сімей з алкогольною залежністю.

Ключові слова: соціальний супровід, алкогольна залежність, співзалежність

Основываясь на опыте взаимодействия структурных подразделений районного ЦСССДМ социально-психологической реабилитации для алкозависимых и службы социальной поддержки семьи предложено методологическую парадигму, теоретическую модель и практические рекомендации социального сопровождения семей с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: социальное сопровождение, алкогольная зависимость, созависимость

A methodological paradigm, theoretical model and practical recommendations on social support to families with alcohol dependence are proposed based on the experience of interaction of social center's structural divisions the psychosocial alcohol rehab and services of social support of the family.

Key words: social support, alcohol abuse, codependence

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ СІМЕЙ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

На сьогодні загальний стан проблеми алкогольної залежності у країні [1-3] можна назвати кризовим. Це робить напрямок соціальної роботи з сім'ями, в яких присутня алкогольна залежність, одним з найбільш актуальних. В той же час, аналізуючи сучасний фактичний стан системи соціальної роботи в Україні, можна констатувати, що у нас немає методологічної основи, відсутні теоретичні підходи, бракує ефективних методик соціальної роботи з такими сім'ями. Як наслідок, маємо брак кваліфікованих спеціалістів в цій області, а їх робота в таких сім'ях часто зводиться до «уговорів» залежного кинути пити або піти кудись лікуватися. Зайве казати, що ефективність при цьому є практично нульовою.

Внаслідок низької ефективності роботи з сім'ями, в яких присутня алкогольна залежність, спеціалісти не бажають працювати з такою «безперспективною до вирішення проблемою» і або «беруть в роботу» такі сім'ї, коли ситуація із-за зловживання алкоголю досягла вже кризового стану, або «ігнорують» присутню залежність і працюють з сім'єю за іншим напрямком проблематики. Цю картину відображають данні районних ЦСССДМ міста Києва по кількості сімей з проблемою алкогольної залежності. Так, станом на лютий 2014 р. серед всіх районних центрів максимальним показник кількості сімей з алкогольною проблемою із загальної кількості сімей, що стоять на обліку СЖО, складав всього 17%, що, звичайно, ніяк не відображає фактичної картини розповсюдження зловживання алкоголю в таких сім'ях.

Автори статті пропонують методологічну парадигму та теоретичну основу соціальної роботи із алкозалежними сім'ями. Також, користуючись досвідом тісної взаємодії структурних підрозділів Дніпровського РЦСССДМ Центру амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для алкозалежних «Сенс» та Служби соціальної підтримки сім'ї, спеціалісти якої здійснювали соціальних супровід деяких клієнтів центру реабілітації, запропоновано

практичні рекомендації для соціального супроводу сімей з алкогольною залежністю.

Алкогольну залежність можна розглядати як комплексну проблему, яка має біологічні, психологічні та соціальні чинники (біо-, психо-, соціальний підхід).

Біологічним чинником є незворотні порушення деяких нейромедіаторних механізмів головного мозку. Ці порушення не дають змогу контролювати дозу вживання алкоголю, але на інші сфери життя людини, коли вона знаходиться в тверезому стані, ніяк не впливають. Тому, з біологічної точки зору, необхідною і достатньою умовою лікування алкогольної залежності є припинення вживання алкоголю.

Психологічний механізм утворення алкогольної залежності полягає у руйнуванні природної регуляторної системи психіки та заміщення її функцій вживанням алкоголю. Залежна людина, кидаючи пити, через деякий час стикається з важкими для неї психологічними проблемами, які вона не в змозі подолати без вживання алкоголю. Її тверезе життя стає нестерпним і, як наслідок, вона рано чи пізно повертається до вживання алкоголю. Тому, з психологічної точки зору, видужанням від алкогольної залежності є реконструкція особистості з відновленням здатності вирішувати свої психологічні проблеми у тверезому стані.

Так, спеціалісти центру реабілітації «Сенс», розробили власну теоретичну концепцію психологічного одужання від алкогольної залежності: Інтегративну особистісно-орієнтовану розвиваючу (ІООР) модель [4]. В цій моделі одужання проходить через шість фаз, на кожній з яких розв'язуються специфічні задачі.

Фаза 1. Прийняття відповідальності за видужання. 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.

Фаза 2. Зупинка компульсії. Завдання цієї фази: навчання альтернативним конструктивним способам (копінгам) соціальної поведінки, ситуаційного планування, емоційного реагування і мислення.

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.

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.

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.

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

Проходження цих етапів одужання займає 5-6 років, з яких особливо кризовими та небезпечними для повернення до зловживання алкоголю є перші 2-3 роки. Ефективне одужання на перших етапах може забезпечити професійні програми реабілітації для алкозалежних (амбулаторні та стаціонарні), у подальшому робота з психологом та у терапевтичних групах, що не спеціалізовані на алкогольній проблематиці (тобто вирішуються психологічні проблеми вже у відриві від алкогольної).

Однак, як показує практика, розглядання залежності тільки з цих двох сторін (психологічної та біологічної) є недостатньою.

У центрі «Сенс» було проведено дослідження взаємозв'язку вірогідності рецидиву (повного повернення до зловживання алкоголю) від виду сімейного оточення клієнтів, що пройшли 3-х місячну програму реабілітації. Клієнтів було згруповано по трьом видам оточення: що проживають з батьками, що проживають з чоловіком або дружиною, відносно самостійні (мешкають тільки з дітьми або самостійно). По типу ремісії також було виділено три групи: повний рецидив (повернення до зловживання алкоголю, яке було й до проходження реабілітації), значне зниження шкоди (було не більше 2-х зривів з подальшим поверненням до тверезого життя), повна тверезість (повністю припинили вживання алкоголю). Результати дослідження групи клієнтів з 30 осіб, що закінчили 3-х місячну програму реабілітації у центрі «Сенс» з липня 2011 по червень 2013 (тобто мали б мати терміни тверезості від 1 до 3 років на момент дослідження у лютому 2014) наведено у таблиці 1.

Таблиця 1.

Залежність типу ремісії від виду оточення

Вид оточення \ Тип ремісії	Батьки	Подружжя	Самостійність
Тип ремісії	13 осіб; 43%	6 осіб; 20%	11 осіб; 37%
Рецидив 14 осіб; 47%	9 осіб; 65%	3 осіб; 21%	2 осіб; 14 %
Зниження шкоди 8 осіб; 27%	3 осіб; 38%	2 осіб; 24%	3 осіб; 38%
Неперервна тверезість 8 осіб; 27%	1 особа; 13%	1 особа; 12%	6 осіб; 75%

Крім того, виявилось, що з тих, хто проживав з батьками, повний рецидив був у 70% клієнтів; хто проживав з чоловіком або дружиною рецидив був у 50%; з тих, хто мав відносну самостійність рецидив був у 20%. Слід також зазначити, що батьки тих 3 осіб, що набули тверезості з одиничними

алкогольними «зривами», відвідували групи взаємодопомоги для родичів алкоголіків (Ал-анон).

Було також досліджено залежність типу ремісії від інших факторів: гендерних, вікових, типу акцентуації характеру (за опитувальником Леонгардо-Шмишека). Статистично значущих впливів цих факторів виявлено не було.

З проведеного дослідження можна зробити однозначний висновок про значний вплив найближчого соціального оточення на та одужання від алкогольної залежності. Так наявність близьких зв'язків збільшують вірогідність невдачі одужання (до 50% у випадку наявності батьків у такому оточенні). З іншого боку, проходження особами з найближчого оточення залежного відповідних програм для родичів, значно знижують вірогідність невдачі. Крім того, можна казати, що саме фактор соціального оточення є визначальним для становлення ремісії на довгих строках (від року). Такі дані корелюють з іншими дослідженнями проблеми впливу найближчого оточення на залежного [5].

Тобто сім'я грає істотну роль як в походженні, так і в підтримці залежної поведінки. Родичі залежних часто мають специфічні психологічні проблеми, в силу чого вони нерідко провокують зрив залежного. Такі специфічні психологічні проблеми можуть як бути притаманні родичу залежного спочатку, так і з'являтися у разі тривалого збереження залежної поведінки одного з членів сім'ї. Комплекс цих специфічних психологічних проблем називають станом співзалежності [5].

Негативний вплив співзалежного на сімейну систему може бути не менш руйнівним, ніж вплив залежного: співзалежність одного з членів родини: підтримує залежну поведінку іншого; співзалежність формує нездорову емоційну атмосферу в сім'ї; співзалежна сім'я «забуває» про свої соціальні, психологічні та духовно-моральні функції, кидаючи всі зусилля на марну боротьбу з залежністю; співзалежна сім'я є «гарним» підґрунтям для формування залежності; у співзалежній сім'ї значно порушена виховна функція.

Тому робота з сім'єю, в якій є алкогольна залежність, не зводиться тільки до роботи з самим залежним, але й повинна обов'язково включати в себе й опрацювання проблем співзалежності.

Якщо ж в такій сім'ї є дитина, то вона зазнає негативного впливу з двох сторін: як зі сторони залежного, так і співзалежного. Вона може зазнавати дискомфорту, стресу, зневаги з боку дорослих, піддаватися насильству або жорстокому поводженню. Головною характеристикою такої сім'ї з проблемою залежності (та співзалежності) є відсутність адекватної любові до дитини, турботи про неї, задоволення її потреб, захисту її прав і законних інтересів. Проблеми залежності-співзалежності батьків негативним чином впливають на дитину протягом всього процесу соціалізації. Це призводить до того, що формується особистість з тими ж самими проблемами залежності, співзалежності та іншими психологічними вадами.

Робота з сім'ями з алкогольною залежністю це є комплекс соціальних та психологічних заходів, що обов'язково включає в себе п'ять напрямків: психологічна реабілітація залежного, психологічна реабілітація співзалежного, психологічна робота з дитячими травмами, сімейне консультування та терапія (вирішення проблем взаємовідносин у сім'ї як у системі), вирішення загальних соціальних питань сім'ї та окремих її членів. Неохоплення хоча б одного з цих напрямків значно підвищує вірогідність негативного результату роботи. Цю тезу можна визначити як методологічну парадигму соціальної роботи з залежними сім'ями.

Враховуючи теоретичний підхід ІООР моделі, беручи до уваги досвід інших дослідників в цій області та спираючись на власний досвід, ми виділяємо наступні кроки соціальної роботи з сім'єю з алкогольною залежністю.

- 1. Дистанціювання.** Члени родини максимально психологічно дистанціюються один від одного та обмежують взаємодію.
- 2. Реабілітація.** Члени родини опрацьовують власні проблеми залежності та співзалежності.

3. *Зближення*. Члени родини вчаться новим патернам взаємодії один з одним.

4. *Реструктуризація сімейного досвіду*. Члени родини переглядають свій сімейний досвід, прощають образи, звільнюються від накопиченого негативу.

5. *Гармонізація*. Родина приходиться до гармонійних взаємовідносин.

6. *Сімейна ресоціалізація*. Перегляд місця родини як соціальної комірки в суспільстві, нові загальносімейні соціальні цілі та соціальні взаємовідносини.

Ці кроки відповідають фазам індивідуального одужання в ІООР моделі.

Найбільш прийнятною формою такої загальної роботи з алкозалежною родиною є соціальний супровід [6]. Стратегія соціального супроводу сімей з проблемами залежності складається з наступних складових:

1. Підготовка: попереднє знайомство з усіма наявними відомостями про сім'ю, складання плану інтервенції;

2. Налагодження довірливого контакту спеціалістів із членами сім'ї;

3. Виявлення суті сімейних проблем та мотиваційна робота на їх вирішення;

4. Визначення плану виходу сім'ї з важкої ситуації, виявлення наявних ресурсів сім'ї, змісту необхідної допомоги і підтримки з боку спеціальних служб;

5. Реалізація наміченого плану. Залучення фахівців, здібних допомогти у вирішенні проблем.

6. Патронаж сім'ї (може тривати від 2-3 до 5-6 років). У ході роботи з сім'єю будуть виникати нові проблеми, а вирішення багатьох «старих» проблем буде проходити поетапно. Також можуть виникати кризи у роботі, зриви, необхідність зміни спеціалістів і т.д. Тому, зазвичай, кроки з 1 по 5 можуть циклічно повторюватись з новим комплексом проблем, або зі «старими» проблемами.

Як особливості «стилю» соціального супроводу сімей з алкогольною залежністю, що істотно відрізняють його від соціального супроводу інших типів сімей, ми виділяємо наступні:

Мотиваційна складова. Члени родин з алкогольною залежністю відрізняються запереченням своїх проблем, високим спротивом до роботи, низькою мотивацією до змін. Тому мотиваційна складова в роботі з такими сім'ями є одною з визначальних. При цьому важливість мотиваційної роботи може не знижуватися на протязі майже всього часу супроводу.

Психологічна спрямованість. По важливості вирішення проблеми йдуть у наступному порядку: психологічні проблеми кожного з членів (насамперед проблеми залежності та співзалежності), проблеми сім'ї як сімейної системи, соціальні питання. Такий супровід можна назвати соціально-психологічним, або навіть психологічно-соціальним.

Тактичний план. У роботі з алкозалежною сім'єю важко скласти стратегічний план дій, якого можна було б підтримуватися досить довгий час. Це пов'язано з тим, що часто проблеми, що потребують вирішення, проявляються поступово або мотивувати на їх вирішення вдається частково, у членів родин часто змінюються цілі і пріоритети, робота з такими сім'ями насинена кризами, які потребують зміни пріоритетів у роботі. Тому соціальний супровід скоріше просто орієнтовано на загальну стратегію, а спирається він на послідовність тактичних, що часто корегуються та повністю змінюються, планів.

Інтегративна роль соціального працівника. Робота з алкогольною сім'єю є однією за найбільш комплексних. Кожен з напрямків роботи проводить незалежний спеціаліст або навіть організація (наприклад, реабілітаційний центр), зі своєю стратегією роботи. Функція соціального працівника в цьому випадку полягає більше в інтеграції роботи всіх цих напрямків, ніж у загальному напрямленні чи навіть керівництві процесу.

Тому соціальному працівникові, що займається сім'ями за алкогольною залежністю, крім загальних, повинні бути притаманні наступні специфічні навички та особливості:

1. Знання по питанням залежності, співзалежності та інших супутніх.
2. Навички мотиваційного консультування.

3. Володіння основами психокорекційного та сімейного консультування.
4. Навички витримування границь у роботі та виходу з «ігор».
5. Здатність опрацювати свій емоційний контрперенос.
6. Вміння налагодження взаємодії між різними суб'єктами роботи.

На наш погляд найбільш перспективною у розвитку соціальної роботи з залежними сім'ями є створення відповідних структур (амбулаторної реабілітації для залежних, для співзалежних, підтримуючих груп, штату спеціалізованих на такій роботі фахівців із соціальної роботи і т.д.) в рамках районних ЦСССДМ.

1. Global Status Report on Alcohol and Health – WHO Library Cataloguing - in - Publication Data, 2011. – 286 p.
2. 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.
3. Global report: Sweden. WHO.Data range 1996-2005. [Електронний ресурс] Режим доступу : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsreur.pdf].
4. Іванов В.О. 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.
5. Москаленко В. Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных). / В. Д. Москаленко. – М. : «Анахарсис», 2002. – 112 с.
6. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / За заг. ред. проф. І. Д. Звереві. – Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. – 536 с.