



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



Альянс
громадського здоров'я

Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ПАЦІЄНТАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

Міжнародний досвід, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА терапія, інтерактивна система, терапевтичний альянс, індивідуальний підхід, подолання патологічного потягу, відмова від алкоголю, афективні стани і депресія, техніки вирішення проблем, соціальна підтримка, планування поведінки, принцип «тут і тепер», реабілітація, замісна підтримувальна терапія

Київ – 2022



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



Альянс
громадського здоров'я

Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ПАЦІЄНТАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

Матеріали опубліковані за підтримки
Надзвичайної ініціативи Президента США
з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR)
та у співпраці
з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC)
і МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Київ – 2022

Авторський колектив:

Вікторія Горбунова — докторка психологічних наук, психотерапевтка, голова Національного комітету EuroPsy, експертка з психічного здоров'я для проекту «Психічне здоров'я для України», Центру громадського здоров'я.

Віталій Климчук — доктор психологічних наук, координатор із розвитку послуг із психічного здоров'я у громадах проекту «Психічне здоров'я для України», експерт із психічного здоров'я для Українського офісу Ради Європи, ОБСЄ, Центру громадського здоров'я.

Андрій Карачевський - Лікар-психіатр, нарколог, психотерапевт, к.м.н., доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л Шупика; керівник Центру психічного здоров'я і травматерапії «Інтеграція», віцепрезидент Української асоціації когнітивно-поведінкової терапії.

Літературна редакція: *Ігор Андрущенко*

Дизайн та верстка: Катерина Косьміна

Замовник: МБФ «Альянс громадського здоров'я»

ПОСІБНИК РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО

Ці матеріали опубліковані за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). CDC не бере на себе жодної відповідальності за правдивість фактів, представлених у цих матеріалах. Зміст матеріалів, викладені позиції, результати та висновки, представлені авторами цих матеріалів належать суто авторам матеріалів та ні в якому разі не відображують офіційну позицію або політики Центрів контролю та профілактики захворювань США або уряду США.

These materials have been published with support of U.S President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) in collaboration with U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC assumes no responsibility for the factual accuracy of the materials presented. The content of materials, opinions expressed, findings and conclusions reported by the authors of materials are strictly their own and in no way meant to represent the official position or policies of CDC or US Government.

Розробка посібника стала можливою за технічної підтримки проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Прискорити темпи зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ВІЛ за рахунок забезпечення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики і лікування туберкульозу, шляхом розширення доказової медичної профілактики, діагностики та лікування ВІЛ та створення стійкої та життєздатної системи охорони здоров'я в Україні».

These materials have been made with the technical support of the project of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria "Accelerating progress in reducing the burden of tuberculosis and HIV infection through forging universal access for timely and quality TB and DR-TB diagnosis and treatment, scaling up evidence-based HIV prevention, diagnosis and treatment, and building up resilient and sustainable systems for health in Ukraine".

Contents

Передмова.....	4
1. Загальні аспекти застосування КПТ на сайтах ЗПТ	5
1.1. Наслідки зловживання алкоголем пацієнтами замісної підтримуючої терапії	5
<i>Нейробіологічна взаємодія алкоголю та опіоїдів</i>	<i>5</i>
<i>Вплив вживання алкоголю на здоров'я та смертність від передозування.....</i>	<i>5</i>
<i>Вплив вживання алкоголю на когнітивне, соціальне функціонування та якість життя</i>	<i>6</i>
<i>Вплив алкоголю на поведінку пацієнтів ЗПТ та прихильність до програми</i>	<i>6</i>
1.2. Особливості застосування КПТ для пацієнтів ЗПТ	7
1.3. Рекомендації щодо організації роботи в умовах криз та гуманітарних станів	8
2. Основні поняття та принципи КПТ у контексті роботи з пацієнтами ЗПТ, які зловживають алкоголем	10
2.1. Основні принципи КПТ	10
<i>Когнітивний принцип</i>	<i>10</i>
<i>Поведінковий принцип</i>	<i>13</i>
<i>Принцип інтерактивної системи</i>	<i>13</i>
<i>Принцип роботи з підтримуючими процесами, які діють «тут і тепер»</i>	<i>14</i>
<i>Принцип континууму психічної патології</i>	<i>14</i>
<i>Емпіричний принцип</i>	<i>15</i>
<i>Роль індивідуального підходу</i>	<i>15</i>
<i>Роль терапевтичного альянсу</i>	<i>15</i>
2.2. КПТ модель зловживання алкоголем та пацієнти ЗПТ	16
3. Структура та завдання сесій КПТ при роботі з пацієнтами ЗПТ, які зловживають алкоголем ..	18
3.1. Загальна структура та завдання сесій КПТ	18
3.2. Оцінка та обстеження пацієнта	19
3.3. Сесія 1. Мотивування і залучення.	23
3.4. Сесія 2. Функціональний аналіз	33
3.5. Сесія 3. Подолання патологічного потягу	38
3.6. Сесія 4. Навички відмови від алкоголю (як сказати «Ні»).....	46
3.7. Сесія 5. Розпізнавання і подолання гніву	50
3.8. Сесія 6. Негативно забарвлені афективні стани і депресія	58
3.9. Сесія 7. Техніка вирішення проблем.....	65
3.10. Сесія 9. Зміцнення соціальної підтримки.....	69
3.11. Сесія 10. Планування поведінки у кризових ситуаціях і подолання рецидивів	72
3.12. Сесія 11. Перспективне планування	77
Література.....	80
Матеріали для самодопомоги	86
Буклети для пацієнтів	86
Робочий зошит для самостійної роботи і самодопомоги з попередження рецидивів.....	88

Передмова

Цей посібник особливий – він народився у відповідь на практичний запит фахівців, які працюють із пацієнтами замісної підтримуючої терапії. Основний запит був – зробити його максимально практичним і зручним у використанні. Ми сподіваємось, що це вдалося.

Цей посібник також особливий тим, що писався у часи війни. Частина його авторів стали «тимчасовими переселенцями», а один писав його, будучи на службі у Збройних Силах України. Тому сам процес створення посібника був викликом, і ми маємо сподівання, що ми з ним справилися.

Цей посібник особливий ще з однієї причини – він покликаний удосконалити систему підтримки пацієнтів замісної підтримувальної терапії, спровокувати вихід її за межі виписки ЗПТ-препаратів та перетворення на комплексну, цілісну систему піклування про психічне та фізичне здоров'я пацієнтів. Він покликаний сприяти тому, щоб все більше людей позбавлялися від зловживання та залежності від алкоголю і розпочинали повноцінне щасливе життя.

Ми, автори книги, маємо особливе ставлення до алкоголю. Ми його не вживаємо «взагалі». Звісно, так було не завжди... Це дає нам підстави говорити, що не вживати алкоголь – можливо. Опираючись на непродуктивні культурні норми, насадженим росією, – можливо. Відмовлятися від чарки, коли тебе припрошують, – можливо. Не хотіти пива навіть у спекотний день – можливо. І ще, ми знаємо одну важливу річ – отримувати більше насолоди від кожного дня, проведеного у тверезості – також можливо.

Тож, бажаємо тим фахівцям, які читатимуть і використовуватимуть цей посібник, застосовувати перш за все техніки КПТ на собі. Лише тоді у вас буде хоча б наближене розуміння того, що переживають ваші пацієнти, і ви зможете їм допомогти пройти через усі виклики.

Віталій, Вікторія та Андрій

1. Загальні аспекти застосування КПТ на сайтах ЗПТ

1

1.1. Наслідки зловживання алкоголем пацієнтами замісної підтримуючої терапії

Нейробиологічна взаємодія алкоголю та опіоїдів

Дослідницькі дані щодо нейробиологічного впливу алкоголю та опіоїдів на нервову систему людини вказують на низку спільних механізмів та інтерференцію (Soyka, 2015):

- і алкоголь, і опіоїди мають спільну цільову зону мозку – вони індукують вивільнення дофаміну у вентральнійтегментальній області (ventraltegmentalarea) та прилеглому ядрі (nucleusaccumbens);
- дія алкоголю частково опосередковується внутрішньою опіоїдно-ендорфінною системою людини;
- опіоїди стимулюють прийом алкоголю через паравентрикулярне ядро (paraventricularnucleus), а опіоїдні рецептори блокують зниження прийому алкоголю;
- алкоголь та опіоїди мають пригнічуючий вплив на нервову та дихальну системи.

Відтак, спільне вживання алкоголю та опіоїдів може мати низку негативних наслідків, про що свідчать наведені нижче дані.

Вплив вживання алкоголю на здоров'я та смертність від передозування

Коморбідність вживання алкоголю та опіоїдів є суттєвим фактором ризику погіршення здоров'я та передчасної смерті від цілої низки хвороб та передозування. Передусім, ідеться про гепатотоксичність алкоголю, а, відтак, його негативний вплив на результат лікування гепатитів, які є доволі поширеними серед споживачів опіоїдів. Зокрема, гепатит С зустрічається у 64–100% споживачів опіоїдів (Soyka, 2015; Watsonetal., 2007). За наявними даними, в Україні ця цифра складає63,9%¹.

Інша проблема спільного вживання – це зростання ризику травм. Особи, що мають коморбідності у 2,3 рази частіше травмуються та в 1,2 рази частіше потрапляють в автопригоди; також вони більш схильні до депресій та тривожних розладів (Landsman-Blumbergetal., 2017).

Ще однією великою проблемою є передозування. Так, за даними дослідження осіб, які тривалий час приймали опіоїди при хронічних болях при паралельному вживанні алкоголю, передозування реєструвалися у 5 разів частіше (Landsman-Blumbergetal., 2017). УСША

¹ Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп (2018).
<https://aph.org.ua/uk/publications/osnovni-rezultaty-biopovedinkovyh-doslidzhen-sered-klyuchovyh-grup-2018/>

із 3883 смертей від передозування опіоїдами, що використовуються для тамування болю 22,1% було пов'язано із вживанням алкоголю (дані 13 штатів, 2010 рік); у Великобританії та інших країнах розлади вживання алкоголю також суттєво збільшують ризик смерті від передозування опіоїдами. (Witkiewitzetal., 2018).

У дослідженні отруєнь бупренорфіном у Фінляндіїв 2000–2008 роках виявлено, що у 58% випадків це сталося у зв'язку із одночасним вживанням алкоголю, а у 82% випадків – у зв'язку із вживанням бензодіазепінів (Häkkinenetal., 2012). За даними з Австралії, (Новий Південний Уельс, 1998–2007 роки) смерть у зв'язку із вживанням метадону також часто пов'язана із одночасним вживанням бензодіазепінів (63,7% випадків) та алкоголю (23,6% випадків) (Darkeetal., 2010). Дані із іншого штату Австралії (Вікторія), отримані між 2001–2005 роками, свідчать, що 98% смертей, пов'язаних із метадоном, також мають зв'язок із іншими речовинами, переважно опіоїдами, антидепресантами, антипсихотиками та етанолом (бензодіазепіни – 88% випадків, алкоголь – 10% випадків) (Pilgrimetal., 2013). За іншими даними, з Бельгії за 2002–2005 роки, 78,2% смертей, пов'язаних із передозуванням метадоном, одночасно пов'язані із бензодіазепінами, іншими наркотиками (65,2%) та алкоголем (21,7%) (Denooz&Charlier, 2006).

Вплив вживання алкоголю на когнітивне, соціальне функціонування та якість життя

Надмірне вживання алкоголю суттєво знижує якість життя пацієнтів, які перебувають у програмах ЗПТ. Такі пацієнти менш задоволені своєю дозою метадону, ніж ті, хто не вживає, хоча й отримують більше; вони мають більше проблем із фізичним здоров'ям та психологічним станом; нижчі показники якості життя; а також відчують більше обмежень у соціальному функціонуванні, емоційні проблеми та гірше самосприйняття загального стану здоров'я (Senbanjoetal., 2007).

Також, одночасне вживання вражає когнітивне функціонування – знижується точність уваги, уповільнюється реагування та погіршується епізодична пам'ять (Kleykampetal., 2015).

Вплив алкоголю на поведінку пацієнтів ЗПТ та прихильність до програми

Пацієнти, які зловживають алкоголем, мають знижену прихильність, залученість у лікування та утримання у програмі ЗПТ. За даними більш раннього періоду від 11% до 26% зупинок участі у програмі ЗПТ сталися унаслідок вживання алкоголю (el-Basseletal., 1993; Joseph&Appel, 1985).

Сучасніші дослідження показують, що у 10-річній перспективі, 47,5% пацієнтів, які вживали алкоголь, перебуваючи на ЗПТ, переривали лікування, при цьому, чим вищий рівень вживання, тим менш значимими стають додаткові фактори і вживання алкоголю виходить на перше місце за значимістю (Klimasetal., 2018). Існує тісна кореляція між рівнем алкоголю у крові та кількістю пропущених візитів до клініки ($r=0,518$; $p=0,0014$) (Bickel&Amass, 1993). Пропуск прийому більше ніж 3-х доз протягом останніх 3-х місяців є суттєвим фактором зниження прихильності, стимулює продовження вживання героїну та веде до переривання лікування (Khueetal., 2017).

1.2. Особливості застосування КПТ для пацієнтів ЗПТ

1

У зв'язку з тим, що застосування КПТ планується для осіб, які мають не лише зловживання алкоголем, але ще й є пацієнтами сайтів замісної підтримуючої терапії, при плануванні змісту сесій та форматуванні роботи слід враховувати низку особливостей:

1. **Реалістичні цілі.** Зважайте на те, що цілі мають бути реалістичними. Нереалістична ціль, наприклад, «ніколи не вживати алкоголь», може бути недосяжною, а її недосягнення може суттєво знизити мотивацію пацієнта.
2. **Стан пацієнта.** При прийомі пацієнта важливо, щоб він був тверезим, передусім маєтись на увазі – не перебуває під дією алкоголю. Замісний препарат не вважається таким, що провокує зміни у стані свідомості. Тому перебування під дією замісного препарату не перешкоджає участі у КПТ сесії.
3. **Регулярність сесій.** Традиційний розклад сесій передбачає одну зустріч один раз на тиждень тривалістю 50 хв. У роботі з вашими пацієнтами така черговість може бути порушена з різних причин: пацієнти можуть отримувати препарат на руки на триваліший період; графік отримання ними препарату може не співпадати із вашим графіком роботи; пацієнт може не отримати препарат через те, що прийшов для його отримання у стані сп'яніння, і тому може бути додатково роздратованим тощо. Будьте готові до змін, до несподіванок, при цьому будьте творчими, щоб підтримувати контакт із пацієнтами.
4. **Зміст роботи.** Оскільки ви маєте справу із пацієнтами із коморбідним вживанням, і механізми розвитку залежності досить схожі – позитивні зрушення при роботі із зловживанням алкоголем можуть поширитися і на опіоїди та інші психоактивні речовини (ПАР). Втім, одразу брати тему опіоїдів у роботу не варто – зосередьтеся на алкоголі. І, при бажанні пацієнта, після появи змін у поведінці, пов'язаній із алкоголем, можете спробувати брати і роботу і інші ПАР.
5. **Реалістичні завдання.** Уникайте великих і громіздких завдань. Пацієнти просто не будуть їх виконувати. Натомість, краще давати прості і короткі завдання. Завжди обговорюйте, чи може пацієнт їх виконати, що може завадити продумуйте план подолання цих перешкод.
6. **Суперечки та дискусії** можуть бути важливим елементом роботи, якщо використати їх на користь терапії. Уникайте конфронтації, конфліктів, натомість, більше уваги приділяйте стилю «мотиваційного інтерв'ю».
7. **Рецидиви** – це очікуване явище. Чекайте рецидивів, використовуйте рецидиви як елемент терапії, як засіб виявити ті тригери, які раніше не були виявлені, і вказівку на розвиток тих навичок, яким раніше не приділяли уваги. Таке ж ставлення культивуйте у пацієнтів.

8. **Соціальне та культурне середовище** пацієнтів дуже важливе. Поступово рухайтесь із пацієнтом до усвідомлення необхідності зміни середовища, якщо це можливо, адже мета – не лише змінити поведінку вживання. Мета, врешті, значно ширша і глибша, і стосовно соціального оточення також. Наприклад, спілкуватися з людьми, що підтримують тверезий спосіб життя.
9. **Ціль – не лише не пити.** Врешті решт, для стабільного утримання від вживання слід рухатися до нових життєвих цінностей та сенсів, до змістовного, щасливого життя, до особистісного зростання та кращої стресостійкості.

1.3. Рекомендації щодо організації роботи в умовах криз та гуманітарних станів

Цей посібник було створено під час двох криз, перша була спричинена пандемією COVID-19, друга – збройною агресією росії. Досвід впровадження КПТ у ці часи дає нам змогу виділити декілька ключових рекомендацій, які можуть стати в нагоді і в майбутньому, в інших кризових ситуаціях.

Гнучкість та творчість у наданні КПТ є важливими передумовами неперервності процесу. Якщо ви не можете проводити зустрічі із пацієнтами «наживо», або робити їх рекомендованої тривалості – розгляньте інші опції, серед яких можуть бути: скорочення часу «живого» контакту та збільшення кількості і частоти таких коротких зустрічей; застосування дистанційних засобів зв'язку – онлайн відеозв'язку, аудіозв'язку(телефоном або іншим способом); текстовий контакт через додатки-месенджери; асинхронна комунікація – спілкування, при якому повідомлення ваші та пацієнта віддалені у часі. Усі ці стратегії покликані заповнити прогалину, яка виникає при розриві контакту, і звісно, не є повноцінними заміниками його – але в ситуації кризи краще мати щось, аніж нічого. Якщо пацієнти отримують препарат на довші періоди, ніж зазвичай, – продумайте, як підтримувати з ними контакт вищезазначеними засобами.

Зміни у розподілі ролей також можуть бути важливі, особливо у ситуації перенавантаження основного персоналу. У цих випадках варто ретельно розглянути, хто які функції виконує, та запропонувати тим, хто має нерівномірне навантаження, додати або забрати додаткові функції. Наприклад, після короткого навчання, працівник, який видає ліки пацієнтам, може пропонувати їм заповнити скринінгові анкети на вживання алкоголю; незадіяний у цей момент інший працівник може, після відповідного навчання, надавати мотиваційні втручання, перевіряти виконання пацієнтом домашнього завдання тощо.

Залучення третіх осіб та організацій може бути ще однією важливою підтримкою для вас. Розгляньте наявні у вашій громаді громадські організації, волонтерські спільноти, фахові товариства – серед них можуть бути бажаючі допомогти вам робочою силою, наприклад, фахові психологи, соціальні працівники та інші можуть долучитися до вашої роботи на волонтерських засадах або мають на таку роботу кошти. Відтак, у вас буде змога більше часу

приділити пацієнтам або надавати їм психологічну підтримку силами цих працівників. Звісно, важливо переконатися у їхній фаховості, а також погодити відповідні заходи із адміністрацією закладу/організації, та, у разі потреби, провести додаткові короткі навчання для таких залучених осіб.

План евакуації та інші плани екстреного реагування обов'язково повинні бути розроблені у закладі, треба провести навчання персоналу, а також донести основні алгоритми дій до пацієнтів: що робити, якщо заклад буде евакуйовуватися, як і де знайти інший заклад для отримання препарату, як зв'язатися із закладом, якщо його буде переміщено до іншої місцевості, як і кому повідомити про проходження КПТ та як продовжити роботу із іншими фахівцями у разі потреби і можливості.

2. Основні поняття та принципи КПТ у контексті роботи з пацієнтами ЗПТ, які зловживають алкоголем

2.1. Основні принципи КПТ

Когнітивно-поведінкова терапія залежності від алкоголю – це короткотерміновий, структурований метод психотерапії, спрямований на розвиток навичок контролю над адиктивною поведінкою у хворих із залежністю від алкоголю в умовах формування і підтримання ремісії.

В основі КПТ лежать декілька принципів, які варто розглянути, перш ніж переходити до знайомства із сесіями. Періодично, працюючи із пацієнтами, варто повертатися до цих принципів, щоб не втратити орієнтири у роботі.

Основні принципи КПТ такі:

1. Когнітивний принцип
2. Поведінковий принцип
3. Принцип інтерактивної системи
4. Принцип роботи з підтримуючими процесами
5. Принцип континууму психічної патології
6. Принцип емпіричності

Когнітивний принцип

Основний зміст когнітивного принципу полягає у тому, що наші інтерпретації подій (наші думки про них, уявлення тощо) є вирішальними у визначенні нашої емоційної реакції на подію.



Відтак, важливі не лише події, не лише життєва ситуація людини, але й те, як вона це сприймає. Люди по різному можуть сприймати однакову ситуацію – це може обумовлюватися їхнім минулим, фізіологічним, емоційним станом, середовищем тощо.

Тому, щоб зрозуміти людину, її реакції, поведінку, важливо розуміти її сприйняття, її спосіб бачення світу. Завдяки цьому ми можемо, допомагаючи людям, змінити оцінку певних ситуацій, допомогти їм «виходити» з негативних емоційних станів, вирішувати проблеми, або й уникати ситуацій, які б могли виникнути через помилкове сприйняття подій.

У КПТ говорять про три рівні «когніцій»:

- Негативні автоматичні думки.
- Проміжні переконання (правила життя) та когнітивні упередження (викривлення, спотворення, «фільтри»).
- Глибинні переконання.

Негативні автоматичні думки – це дуже «швидкі» думки, образи тощо, які приходять у голову після певних подій чи ситуацій. Як правило, вони «негативні», бо провокують емоції та почуття пригнічення, роздратування, гніву тощо, і призводять до дисфункційної поведінки (поведінки, яка провокує проблеми у житті людини та її оточення). «Автоматичні» – тому що приходять у свідомість людини без її волі на те, поза її бажаннями. Типовою автоматичною думкою особи із залежністю у стані стресу може бути: «Зараз вип'ю і мені стане легше».

Проміжні переконання, або правила життя – складніші когнітивні утворення, які існують у вигляді певних настанов. Наприклад: «Щоб тебе поважали люди, треба показувати, як ти багато працюєш», «Щоб досягти успіху, не можна відпочивати», «Мене люблять, доки я догоджаю іншим» тощо. Проміжні переконання «виробляються» особою впродовж життя, і часто є способом пристосування до середовища. Проблеми виникають тоді, коли ці правила життя перестають «працювати», або від самого початку є «дисфункційними».

Під **когнітивними упередженнями** (викривленнями, спотвореннями) маються на увазі систематичні помилки в мисленні, які є прикладом напрацьованої стереотипної звички, такої «шаблонної поведінки», що еволюційно склалася. Деякі з них виконують адаптивну функцію, оскільки сприяють більш ефективним діям або швидшому прийняттю рішень. Інші походять від нав'язаних іншими (батьками, однолітками) відповідних навичок мислення або через недоречне застосування мисленнєвих звичок, які були адаптивними в інших умовах.

Глибинні переконання – ще складніші утворення, які кореняться, зазвичай, у ранньому дитячому досвіді і стосуються «Я» людини, її уявлень про світ та інших людей. Формуються вони часто у вигляді однозначних тверджень: «Я – погана людина», «Світ – небезпечне місце», «Інші люди тільки й думають, як тебе обманути». Доступ до глибинних переконань буває важко отримати, і на початку роботи це не дуже й потрібно. Втім, варто про них пам'ятати, адже у осіб із залежністю більш імовірно травматичне дитинство, занедбання, а відтак – і глибинні переконання типу: «Я погана людина», «Я не маю ніякої цінності у житті».

Для роботи із автоматичними думками корисною є техніка їх тестування, або перевірки. Ви можете попрактикувати її із власними думками, перш ніж працювати із пацієнтами.

Крок 1. Усвідомлення думок

Зверніть увагу на те, коли саме у вас змінився настрій, погіршилося емоційне самопочуття (з'явилися, наприклад, відчуття тривоги, пригніченості, провини, злості тощо).

Відзначайте, що промайнуло у вас у голові в той момент. Які саме думки чи образи (картинки, уявлення)? Запишіть/опишіть їх.

Крок 2. Ключові питання, які необхідно задати самому собі

Докази. Які ваші докази (факти, а не почуття) підтримують ваші первинні думки? Які є докази проти них? Які докази є сильнішими? Що б сказало справедливе журі?

Альтернативні думки. Ваша первинна думка є одним із способів подивитися на ситуацію, але чи існують інші способи? Що могла б подумати інша людина? Що б ви сказали, якби ваш друг прийшов би до вас з такою ж проблемою? Що б ви думали про це іншим разом, коли б ви не були засмучені?

Спотворення. Чи спотворене ваше мислення? Наприклад, чи не занадто ви узагальнюєте? Чи, можливо, думаєте лише за принципом «чорне-біле», «все або нічого», не помічаючи відтінків сірого? Чи фокусуєтеся виключно на негативному, ігноруючи будь-які позитивні моменти?

«За» і «проти». Подумайте про те, який вплив мають подібні думки, які наслідки можуть бути, якщо ви будете вірити їм. Чи допомагають вони якось вам чи іншим людям? Чи вони просто роблять вас нещасливими і менш спроможними допомогти іншим?

Крок 3. Висновки

Подумайте, як слід, який обґрунтований, зважений висновок можна зробити?

Чи була ваша автоматична думка точною і корисною, чи ні? Якщо ні, то які аргументи проти неї?

Яким би був більш адекватний альтернативний погляд на ситуацію – щось ближче до фактів і корисніше?

Крок 4. План дій

Які дії ви можете вчинити, щоб наступного разу все було інакше? Чи є щось таке, що можна зробити, щоб змінити ситуацію, яка спочатку засмутила вас? Навіть якщо ні, що ви можете зробити, щоб наступного разу змінити свої власні думки та поведінку? Як ви будете справлятися з негативними думками? Як би ви могли діяти інакше?

Поведінковий принцип

Ви, мабуть, чули такі вислови: «Що посієш, те пожнеш», «Людина – ковальського щастя», «Наші дії важливіші, ніж наші слова», «Наші дії мають великий вплив на те, що ми думаємо, що відчуваємо, на нашу життєву ситуацію загалом».

Як видно із попереднього принципу, думки визначають нашу поведінку (скеровують нашу діяльність). Наприклад, при депресії «моє життя не має сенсу, всі лише мучаються зі мною», виникає поведінка – «ізолювати себе, нічого не робити» і т.д.).

Але наша поведінка також може змінювати наше бачення ситуації та думки – це може вести до формування «зачарованого кола», підтримуючого циклу (наприклад, «зі мною не хочуть спілкуватися» – самоізоляція – втрата стосунків і т.д.)



Наша поведінка веде до певних наслідків – гірших чи кращих, в залежності від наших дій (наприклад: «Конфлікт у подружніх стосунках – шукати шляхів порозуміння чи не шукати?», «Не мати друзів – пробувати бути другом іншим чи ізолюватися?»).

У зв'язку із цим, допомагаючи особі змінювати поведінку в процесі терапії, ми можемо тим самим допомагати змінювати думки, інтерпретацію подій та ставлення до світу. Наприклад, особа, яка вперше змогла втриматися від вживання алкоголю, уникнувши ризикованої ситуації, може почати думати про себе: «Я можу не вживати».

Принцип інтерактивної системи

Цей принцип свідчить про те, що людина є системою, у якій відбуваються складні взаємодії.

Фізіологічний стан впливає на нас, наприклад, через різну чутливість рецепторів мозку, а відтак, схильність до певних емоцій.

Певні емоційні стани впливають на когнітивні процеси (напр. порушення пам'яті та уваги при депресії, фокус уваги на джерелі небезпеки при тривозі і т.п.).

Емоції впливають на тіло, викликаючи певні тілесні відчуття (наприклад, при тривозі).

Тілесні відчуття можуть інтерпретуватися дуже по-різному і т.д.

Заняття спортом може впливати на настрій тощо.



Звідси випливає, що зміни в одному компоненті системи можуть порушувати взаємодії і вести до змін у інших компонентах.

Важливо розуміти специфічний характер взаємодій – діагнозу замало, у межах одного діагнозу можуть бути різні процеси (розлади – це складні індивідуальні процеси, які є наслідком взаємодії багатьох факторів).

Принцип роботи з підтримуючими процесами, які діють «тут і тепер»

Уявіть собі, що ви берете участь у гасінні пожежі. Що ви будете робити перш за все: шукати причину пожежі чи блокувати підтримуючий процес (в даному випадку – доступ кисню до того, що горить)?

Подібна робота відбувається і в процесі КПТ. Це не означає, що робота з причинами проблем не важлива, або не потрібна. Це означає, що працювати «тут і тепер», з тим що підтримує патологічний процес зараз – найкоротший шлях до полегшення стану пацієнта, до зменшення рівня його дисфункціональності та до його стабілізації.

Дуже часто ті фактори, які спричинили розвиток проблеми, не є уже тими факторами, які утримують/підтримують її. Так, перелом руки може бути спричинений необачністю при водінні велосипеда. Втім, вчити особу обачності є сенс уже після того, як вирішено проблему із самим переломом.

При цьому, легше віднайти інформацію про те, що відбувається зараз, ніж про те, що сталося у минулому. Легше і швидше досягти змін у тому, що відбувається зараз.

Принцип континууму психічної патології

Психічні розлади та їхня відсутність не є бінарною категорією, а, радше, континуумом-спектром, елементи якого відображають різні наші стани, від легкого емоційного дистресу до власне психічного розладу.

Ми всі інколи злимося, чи маємо поганий настрій, чи думаємо про себе негативно, чи стаємо «параноїдними» – але ми, переважно, можемо «зупинитися», перевірити своє сприйняття, знайти адекватний спосіб вирішення проблеми, активізувати ресурси

При психіатричних розладах люди заходять надто далеко «по спіралі вниз». Але основна ідея цього принципу – при психіатричних розладах діють ті ж механізми, що і у людей без розладів, просто вони більш виражені і домінують надто сильно.

Частина з нас так само, демонструють ознаки залежної поведінки, стосовно, наприклад, виробів із вмістом цукру, шоколаду, кави тощо. Пригадування такого досвіду буває корисним при спробі зрозуміти, наприклад, що таке «потяг» до чогось. Спробуйте свій потяг до шоколаду, кави, булочки з корицею помножити на 100...

Емпіричний принцип

Цей принцип говорить нам про те, що усі моделі в КПТ повинні пройти перевірку досвідом, практикою, але найкраще – науковими дослідженнями. КПТ повинна науково досліджувати саму себе і свою ефективність, її складові, як у індивідуальному випадку, так і як метод загалом.

Відповіді на запитання про те, чи КПТ справді допомагає? Наскільки допомагає? Коли допомагає? – дають змогу взяти на себе відповідальність і рекомендувати цей метод; також це інформація для клієнтів, аби зорієнтувати їх у виборі методу допомоги.

Відповідь на запитання «За рахунок чого допомагає КПТ?» – впливає на розвиток КПТ, вдосконалення, оптимізацію методу.

Для розвитку системи охорони здоров'я в цілому ці відповіді також важливі, адже орієнтують щодо необхідних послуг.

Роль індивідуального підходу

В КПТ є протоколи, є моделі певних розладів, є стандартизовані техніки і процедури. Але у кожному випадку – перш за все повинне йти детальне обстеження, на його основі будується подальша стратегія роботи. Усі втручання повинні бути припасовані до потреб пацієнта, його особливостей тощо.

Наприклад, пацієнту може бути складно виконувати довгі домашні завдання – слід тоді скоротити їх, зробити більш компактними. Великі таблиці можуть бути йому незрозумілими – тоді слід застосовувати замість них тексти, малюнки, інші доступні форми пояснення.

Роль терапевтичного альянсу

Попри структурованість та чіткі рамки роботи, слід пам'ятати, що є ще один фактор успіху терапії – це наявність терапевтичного альянсу.

КПТ-терапевти зазвичай займають доволі активну позицію – вони очікують активної позиції і від пацієнта. Також, додаткова роль, яку ви можете на себе приміряти – це роль «тренера», сприяти навчанню пацієнта стати самому собі терапевтом.

УКПТ очікується, що пацієнт поступово стане «сам собі терапевтом» і набуде відповідних навичок і знань. Тому важлива психоедукація та соціалізація клієнта у модель КПТ, знайомство його із основними її принципами.

Важливими є домашні завдання, вироблення навичок, технік. Якщо пацієнт не виконує домашні завдання, розгляньте разом із ним ситуацію та розберіться що саме заважає це зробити. У разі потреби, разом застосуйте техніку вирішення проблем до подолання цієї проблеми. Також, можливо, вам доведеться модифікувати домашні завдання, спростити їх, скоротити тощо. Можливо, продумати схему нагадування про них та схему звітування.

2.2. КПТ модель зловживання алкоголем та пацієнти ЗПТ

Перш ніж перейти до сесій, важливо також розглянути цілісну КПТ-модель зриву у пацієнтів, що залежні від алкоголю (та й інших речовин) (Beck et al., 1993).



У рамках цієї моделі вважається, що стимулом до вживання речовини, що формує залежність, стають ризиковані для вживання зовнішні або внутрішні обставини.

Зовнішні обставини – це, наприклад, перебувати поруч з тими, хто вживає, бути під тиском групи, бути поруч із речовиною, пережити конфлікт, втрату роботи тощо.

Внутрішні обставини – стани, які людині важко толерувати, наприклад, емоційний дистрес, гнів, сором, нудьга, біль та інші стани.

Після потрапляння у такі ризиковані для вживання ситуації, відбувається активація переконань про речовини.

У більшості випадків, це **переконання**, що речовина допоможе справитися зі стресом, принесе полегшення та допоможе вирішити проблеми. Джерелом таких переконань є соціум, вибіркові спогади про попередній досвід вживання (пригадуються позитивні моменти, і забуваються негативні наслідки).

Наступний крок – поява автоматичних думок.

Автоматичні думки – це думки, образи, які виникають без свідомого контролю з боку людини, і допомагають їй оформити переконання у вербальну форму: «Якщо я зараз вживу речовину, мені полегшає, Якщо я зараз візьму тільки трішки, нічого страшного не станеться, адже я контролюю себе...»

Після появи автоматичних думок формується потяг до вживання.

Фізіологічний потяг підкріплюється спогадами про позитивні емоції та відчуття від попереднього вживання.

Далі – включаються у дію так звані «**фасилітуючі переконання**», які дають людині «внутрішній дозвіл» на вживання.

Це переконання, типу: «Тут всі вживають, чому я не можу? Всі від чогось залежні... Ніхто не може опиратися такому бажанню...»

Далі особа фокусує свою увагу на інструментальних стратегіях – як саме і де роздобути алкоголь або іншу психоактивну речовину?

Це можуть бути такі стратегії, як, наприклад, шукати «баригу»; дзвонити друзям і питати, чи вони мають траву; безцільно ходити вулицями, поки не наштовхнешся на знайомого, який шукає з ким випити; шукати закладки тощо

Після того, як речовина вже знайдена, відбувається **вживання**, тобто **зрив** (рецидив).

Власне, цей ланцюжок думок, емоцій, потягів та поведінки, як бачимо, триває певний час. Тобто, тут діє та ж закономірність, як для розвитку залежності – має пройти певний час, вона не виникає миттєво, так і для самого процесу вживання речовини потрібен певний час.

Вживання – це процес, який розгортається у часі, а це означає, що одна зі стратегій лікування – знайти способи перервати цей ланцюжок. Наприклад, навчити особу уникати ризикованих для вживання ситуацій.

Знову ж таки, оскільки ви маєте справу із особами, які вживають дві і більше речовин, зважайте на те, що а) можуть бути різні типи автоматичних думок, переконань, тригерів, для різних речовин, б) деякі з ризикованих факторів, думок, переконань можуть бути спільними.

3. Структура та завдання сесій КПТ при роботі з пацієнтами ЗПТ, які зловживають алкоголем

3.1. Загальна структура та завдання сесій КПТ

Для проведення із пацієнтом повного курсу КПТ щодо вживання алкоголю вам буде потрібно приблизно 16 зустрічей, тривалістю близько 50 хвилин. Це стандартна кількість, пам'ятайте про застереження, описані вище, щодо особливостей організації вашої роботи із пацієнтами ЗПТ та роботи у ситуації кризи. Залежно від обставин, вам, ймовірно, доведеться змінювати цей підхід (збільшувати чи зменшувати тривалість сесій тощо).

Загалом, протягом цих сесій вам слід розглянути із пацієнтом низку різних тем. Зважте також, що порядок тем можна змінювати, залежно від реальних потреб пацієнта. Деякі теми ви будете розглядати декілька сесій, до деяких періодично будете повертатися. Наприклад, функціональний аналіз можна робити, періодично повертаючись і фіксуючи нові моменти, які раніше не були виявлені.

Отже, основні теми:

1. Мотивування і залучення.
2. Функціональний аналіз.
3. Подолання патологічного потягу.
4. Навички асертивної відмови від алкоголю.
5. Розпізнавання і подолання емоцій гніву.
6. Негативно забарвлені афективні стани і депресія.
7. Вирішення проблем.
8. Зміцнення соціальної підтримки.
9. Планування поведінки в кризових ситуаціях і подолання рецидивів.
10. Перспективне планування

У цю структуру сесій не включена зустріч-обстеження, на якій ви маєте дізнатись про життя пацієнта в ширшому аспекті, його стан, оцінюєте коморбідні розлади тощо. У наступному параграфі наведені короткі рекомендації щодо цієї зустрічі.

Структура кожної сесії повинна включати наступні обов'язкові елементи:

1. Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Тут ви з'ясуєте, як пацієнт провів час після вашої останньої зустрічі, що відбулося важливого у його житті (це може бути використано, як матеріал для наступної роботи під час основної частини). Після цього ви обговорюєте домашнє завдання, розглядаєте його результати та складнощі, які виникли при його виконанні.

2. Планування сесії

У цій частині ви, разом із пацієнтом, плануєте сесію, бажано з орієнтовним розподілом по хвиликах. Це допоможе вам обом триматися в рамках і ефективно використовувати час.

3. Основна частина

У цій частині ви, власне, розглядаєте основну заплановану тему сесії. У її рамках ви виконуєте психоедукацію, тренуєте вправи, виконуєте рольові ігри тощо.

4. Формулювання домашнього завдання

У цій частині ви формулюєте домашнє завдання, обов'язково враховуючи складнощі, які виникали раніше і приділяючи час їх подоланню.

5. Зворотній зв'язок щодо сесії

У цій короткій частині важливо запитати у пацієнта, як загалом він сприйняв сесію, чи було йому комфортно, чи відчував він, що його розуміють тощо. Також, чи було щось, що викликало дискомфорт, і що варто було б змінити наступної сесії. Також ви можете дати пацієнту свій зворотній зв'язок, щодо вашого бачення його роботи під час зустрічі.

3.2. Оцінка та обстеження пацієнта

Обстеження, як і інші частини роботи, може насправді тривати більше, ніж одну сесію. Кожна зустріч може приносити нову інформацію, яка доповнюватиме ваше розуміння пацієнта та його проблем. Тому перше обстеження варто сприймати радше як «нарис», який потім буде доповнюватися і ускладнюватися.

Саме тому, до речі, варто вести записи обстеження, і залишати поруч вільні місця, для того, щоб потім була змога їх доповнити.

Загальна логіка обстеження – йти від вільної розповіді пацієнта, поступово уточнюючи та конкретизуючи.

Вступ

Представтеся пацієнту та запитайте, як його звати. Розкажіть про свій фах і повідомте, над чим ви будете працювати.

«Добрий день! Мене звати... Я – психолог цього закладу, і ми з вами будемо працювати над проблемою вживання алкоголю. Завдяки психологічним методам, зокрема, когнітивно-поведінковій терапії, буде змога зменшити вживання та покращити якість вашого життя. Як вас звати?»

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії та терапії загалом, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо буде така потреба.

«Всього нам буде потрібно близько 16 зустрічей, тривалістю біля 50 хв кожна, орієнтовно один раз на тиждень. Пізніше ми обговоримо ці плани детальніше. Зараз давайте заплануємо нашу сьогоднішню роботу. Отже, наша мета сьогодні – це більше познайомитися із вами, вашим життям, вашими складнощами і перемогами. Це у нас займе близько 30–40 хвилин, результатом має стати складання плану роботи «під вас». Я буду вас розпитувати, а ви будете відповідати. Спершу у вільній формі, а по ходу я буду задавати уточнюючі запитання.

Чи так буде ОК для вас?

[Дочекайтеся відповіді]

Гаразд, і ще, я буду вести записи – вони мені потрібні, щоб планувати роботу і готуватися до наступних зустрічей. Усі записи надійно зберігаються і ніхто, крім мене, доступу до них не має.

Чи маєте ви якісь додаткові пропозиції до сьогоднішнього плану?

[Дочекайтеся відповіді, якщо будуть пропозиції, обговоріть, і або включіть до плану, або скажіть, що присвятите цьому час на наступних зустрічах, якщо це все ще буде актуально]

Основна частина

У цій частині рухайтесь послідовно, якщо є змога, і починайте із відкритих запитань, типу: «Розкажіть мені про свою родину, друзів», до уточнюючих: «Щодо дружини – які у вас стосунки?». Намагайтесь фіксувати відповіді та залишати поруч вільні місця, для доповнення.

- 1. Загальна життєва ситуація пацієнта.** Який його вік, чи він має партнера чи партнерку, живе сам чи з родиною, чи працевлаштований, ким працює, чи має де жити, в яких умовах живе тощо.

2. **Соціальна ситуація.** Більше інформації про стосунки, про людей, які знаходяться поруч – друзі, родина, діти, колеги тощо. Звертайте увагу не лише на саму ситуацію, але й на ставлення і стосунки пацієнта з людьми навколо – чи є ті, хто підтримує його, та чи є поруч «шкідливі» особи, які провокують вживання тощо.
3. **Ситуація із вживанням алкоголю.** Пацієнт потрапив до вас через те, що має проблему з вживанням алкоголю, тож варто розпитати його про це. Втім, зосередьтеся тут не на тому, чому він вживає (такі запитання можуть демотивувати його і відвернути від наступних зустрічей, час для розгорнутого обговорення буде пізніше). Розпитайте більше про моделі вживання алкоголю – який алкоголь він/вона вживає, коли, за яких обставин, як часто, в яких кількостях, в якій компанії тощо. Чи були випадки, що вдавалося відмовитися від вживання? Чи було таке, що не хотілося пити, але пацієнт був змушений це зробити через тиск оточення чи інші фактори?
4. **Коморбідні стани психічного здоров'я.** Оцініть інші можливі розлади, які є у пацієнта, і які слід також взяти у роботу. Найімовірніше, це буде депресивний розлад, тож проведіть його скринінг. Але зверніть увагу і на тривожні розлади та інше, наприклад, біполярний розлад, психотичні стани тощо.
5. **Інші стани здоров'я.** Запитайте у пацієнта, чи він знає про інші свої проблеми зі здоров'ям, хвороби тощо. Це може бути важливо з точки зору безпеки пацієнта – якщо він має ВІЛ/СНІД, приймає АРТ тощо.
6. **Ризики.** Особливо важливо оцінити негайні ризики – самогубства, самоушкодження, передозування. Запитайте у пацієнта, чи виникали у нього думки про самогубство, чи здійснював колись самоушкодження, чи знає про ризики передозування й смерті від зупинки дихання (це типова картина для поєднання алкоголю та опіоїдів).
7. **Мотивація.** Також важливим є оцінити мотивацію пацієнта до змін. Не усі пацієнти, з якими ви працюватимете, прийдуть до вас за «за власним покликом» та зі сформованою мотивацією, частину скерують інші працівники, і вони прийдуть «бо сказали прийти до психолога-соціального працівник-психіатра», або лише «бо цікаво, що тут роблять». Будь яка мотивація, з якою до вас прийшли, є доброю. Слід її просто зрозуміти і використати на користь лікування.

Може бути таке, що вам не вдасться пройти усі теми, або не вдасться рухатися послідовно – нічого страшного, це нормально. Ви доповните ці дані пізніше, на наступній сесії, або, якщо у пацієнта та у вас буде змога, ви можете домовитися подовжити час сесії.

Зауважте, ви можете стикнутися із кількома типовими реакціями на обстеження. Одна з них – пацієнт буде скутий, закритий і ділитиметься дуже малою кількістю деталей. Це нормальна реакція, він поки що не довіряє вам, і, можливо, згодом розкриється, в процесі формування довіри. Інша реакція – це надмірне розкриття, у цьому випадку пацієнт може говорити дуже багато, в деталях, про все, про що ви запитуєте. В такому випадку ви можете його зупиняти, кажучи: «Дякую, я вже маю основну інформацію, давайте перейдемо до такого запитання...», «Дякую, це важливо, про що ви говорите, і ми до цього обов'язково повернемося. Зараз важливо обговорити таке...».

Також, у вас будуть пацієнти, дуже вдячні і здивовані таким спілкуванням, оскільки до вас ніхто раніше не цікавився їхнім життям.

Формулювання домашнього завдання

Після першої зустрічі особливих домашніх завдань можна не давати. Втім, ви можете дати пацієнту заповнити вдома анкети та опитувальники, які ви не опрацювали на сесії. Це мають бути короткі анкети, не варто давати для домашнього заповнення великі опитувальники (хіба що пацієнт сам зацікавився і готовий із ними працювати). Також, це може бути табличка з переліком плюсів та мінусів вживання алкоголю. І також варто дати пацієнту для ознайомлення та заповнення вдома терапевтичний договір. Варто попередити, що якщо щось буде незрозуміло, це можна буде обговорити на наступній сесії.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, аби уникнути цих перешкод.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Ця частина сесії також може бути незвичною для пацієнта, і перші відповіді, які ви отримаєте, будуть невизначеними або у вигляді коротких реплік. Це нормально, в процесі роботи пацієнти почнуть говорити більше, висловлювати свої думки та почуття краще.

Скажіть таке і поставте наступні запитання: *«Для нашої успішної роботи мені важливо знати, як ви її сприймаєте».*

- Тож, скажіть, чи було вам комфортно під час сесії?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?»

Також дайте пацієнтові зворотній зв'язок. Форма його може бути різною, як і зміст, головне – будьте максимально відверті й терапевтичні, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинне працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Передусім, хочу відмітити вашу чесність – це дуже важливо для нашої роботи. Також, цінним є те, що ви не відмовилися від роботи попри те, що не всі питання вам були приємні. Особливо мене радує ваша готовність робити домашні завдання. Це дуже важливий елемент роботи».

Подякуйте пацієнтові за роботу та нагадайте день і час наступної зустрічі.

3.3. Сесія 1. Мотивування і залучення

На цій сесії вашим завданням буде підтримати мотивацію участі у терапії, залучити пацієнта до співпраці, підготувати його до подальшої роботи та визначити цілі лікування. Для багатьох пацієнтів важливо хоча б у загальних рисах розуміти «маршрут подорожі» та її «місце призначення». Для виконання цих завдань вам слід буде описати процес лікування, представити пацієнту КПТ модель, провести на її основі психоедукацію, а також спільно із пацієнтом визначити цілі лікування.

По ходу роботи – може виникнути потреба у застосуванні технік мотиваційного консультування. Вони коротко описані у Додатку 2 до Сесії 1. Щоб отримати більше інформації, зверніться, будь ласка, до посібника із короткої інтервенції (Бебор, Хіггінс-Біддл, 2001).

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть наступне:

«На минулій зустрічі я просила (-в) вас заповнити декілька опитувальників. Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій формі, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити їх одразу після вашої зустрічі і після заповнення передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань або інструкцій – з'ясуйте, що саме було незрозумілим, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх та, у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо буде потреба.

«Наш план на сьогодні містить наступні пункти:

- Обговорити терапевтичний договір, якщо виникли запитання.
- Обговорити плюси та мінуси вживання алкоголю, заповнити таблицю.
- Обговорити теми залежності та те, як ми її розуміємо в КПТ.
- Обговорити ваш «маршрут» зцілення протягом наступних сесій.
- Визначити разом цілі вашого лікування.
- Дати вам домашнє завдання.

Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх і, у разі можливості, включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоденних завдань і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз і присвятіть час кризовим втручанням.

Інформація про кризові втручання виходить за межі цього посібника, зверніться, будь ласка, до інформації про першу психологічну допомогу та до протоколу mhGAP (ВООЗ, 2017; ВООЗ, 2020).

Основна частина

Обговорити залежність та її розуміння в КПТ

У цій частині роботи ви можете використовувати додаткові засоби – малювання на папері, готові малюнки, дошку з маркерами, інші засоби для ілюстрації механізму розвитку залежності. Адаптуйте зміст розмови до пацієнта та його стану під час зустрічі. Якщо ви розумієте, що пацієнт може розуміти складні концепції та мовні конструкції, можете їх використовувати. Якщо ні – спробуйте говорити простими реченнями, максимально образно, із опорою на досвід пацієнта.

Загалом, у всіх випадках намагайтеся звертатися до досвіду пацієнта, наводьте приклади, близькі до його життя, та залучаючи його у розмову, просячи його навести приклади, перепитуючи, чи він зрозумів, пропонуючи переповісти те, що він зрозумів, своїми словами.

Ви можете так і сказати: *«У цій частині роботи мені дуже важливо зрозуміти, чи ви мене зрозуміли. Тому я буду періодично зупинятися і просити вас переповісти почуте вашими словами. Це в жодному разі не є тестом, а лише орієнтир для мене – як краще пояснити».*

Після цього зверніться до КПТ моделі залежності, і поясніть її, враховуючи здатність пацієнта вам зрозуміти.

Наприклад, ви можете сказати наступне:

«Нам важливо зрозуміти, що залежність – це хвороба, яка розвивається. При цій хворобі бажання вживати алкоголь «не виникло раптово на голому місці». Пригадайте, як ви починали вживати алкоголь?»

- Чи зробили ви це, щоб просто спробувати?
- Чи зробили ви це для того щоб інші до вас ставилися краще?
- Чи ви себе погано почували і спробували алкоголь, щоб краще себе почувати?
- Чи на вас тиснули друзі, компанія?

[Дочекайтеся відповіді]

Бачите, вживанню були причини.

Потім ви почали вживати регулярно, поступово більше і більше. Чи не так?

І зараз вже та, перша причина, не має значення, вживання тепер стало ЗВИЧКОЮ.

Це сталося тому, що алкоголь втручається у роботу нашого мозку та організму в цілому, перебудовує його під себе, і змушує далі продовжувати його вживати. Він наче «хакер», «хакає» нашу нервову систему та інші системи організму.

Наприклад, зараз ваше вживання можуть провокувати певні «тригери». Тригери – це наче спускові гачки. Ними можуть бути певні запахи, або ситуації, або зустрічі з певними людьми.

Як ви можете пригадати свої тригери?

[Дочекайтеся відповіді]

От бачите, тепер речі, які безпосередньо не стосуються алкоголю, провокують його вживання. І через це стає важче не вживати – тригерів багато, і вони повсюди.

Серед типових тригерів є також певні думки та почуття. Наприклад, думка про те, що вас не цінують, або про те, що алкоголь допомагає покращити настрій або почуття тривоги, злості, образи, так?

Далі ми з вами навчимося працювати з цими тригерами, починаючи від ситуацій та обставин і закінчуючи думками, почуттями та поведінкою.

Чи ви б хотіли навчитися керувати цим усім?

[Дочекайтеся відповіді]

Ваше пояснення може бути більш розлогим і детальним, а може бути менш розлогим. Зважайте на реакції пацієнта на вашу розповідь, залучайте його якомога більше.

Обговорити «маршрут» зцілення протягом наступних сесій

«Після того, як ми погодили, що залежність від алкоголю – це така ж хвороба, поговоримо про шлях до лікування. Він не буде простий, бо ця хвороба хронічна. Це означає, що вона існувала певний час, наростила навколо себе багато додаткових складнощів і проблем. Наприклад, у стосунках, так? Або інших проблем? Яких?

[Дочекайтеся відповіді]

Сьогодні ми почнемо з вами шлях до зцілення. Важливо, щоб ви розуміли, як це відбуватиметься. Перше, ви вже знаєте про тригери, так? Ми з ними і будемо працювати. Я вчи-

тиму вас, як їх виявити, і ми разом будемо вчитися їх нейтралізувати. Також важливими будуть напрацювання певних автоматизованих навичок, наприклад, відмовлятися, коли вам пропонують. Також, я навчу вас переживати потяг і нічого не робити у відповідь на нього. І звісно, будуть у робота техніки для вирішення життєвих проблем, а також методи справляння із важкими емоціями та почуттями – тривогою, гнівом та іншими, які тригерують вживання».

Чи вам подобається такий план?

[Дочекайтеся відповіді]

Визначити разом цілі лікування

Після цього перейдіть до обговорення цілей лікування. Скажіть наступне:

«Тепер настав час поставити цілі. Адже, щоб мати маршрут, нам треба мати кінцеву мету. Відразу скажу, що цілі ми можемо змінювати в процесі просування лікування. Але, нам обов'язково робити це разом. Я не можу поставити вам ціль самотійно, але й ви не маєте її змінювати без обговорення зі мною. Чи так буде добре?

[Дочекайтеся відповіді]

«Гаразд. Тоді давайте подумаємо, що могло б бути вашою ціллю. Чи можемо мати віддалену ціль, велику, наприклад, взагалі не пити алкоголю. Або поставити більш близьку ціль, не таку велику – наприклад, зменшити вживання алкоголю удвічі, або на якусь кількість відсотків. І ми можемо по ходу роботи цей відсоток збільшувати?

З огляду на вашу теперішню ситуацію, яку б мету ви собі поставили?»

[Дочекайтеся відповіді]

Якщо пацієнт ставить нереалістичну мету, допоможіть йому скоригувати її і наблизити до дійсності. Наприклад, запитаннями: «Чи впевнені ви, що з огляду на ваш теперішній рівень вживання, це реально зробити за 4 тижні? Можливо, зменшити очікування?»

Окрім цілей, безпосередньо пов'язаних із вживанням, варто також торкнутися цілей ширших. Ви можете обговорити із пацієнтом наступні питання (якщо він готовий):

- Які є причини, чому б ви хотіли змін?
- Яких змін ви б хотіли в житті?
- Чому вони для вас важливі?
- Як це змінить ваше майбутнє?
- Яким би ви хотіли бачити своє життя через 5 років?
- Що для вас важливе у житті?
- Як алкоголь може стати перешкодою цьому?

Якщо пацієнт відмовляється змінювати свій рівень вживання і не бачить у ньому проблему, варто застосувати техніки мотиваційного інтерв'ю. У жодному випадку не варто конфронтувати, сперечатися та вступати у конфлікт із пацієнтом.

Ви можете, наприклад, зробити аналіз «за» і «проти» зменшення вживання, «за» і «проти» продовження вживання, а також обговорити коротко і довготермінові наслідки різних «доріг».

Після обговорення цілей їх можна зафіксувати у Бланку для постановки цілей (Додаток 1 до цієї Сесії). Разом із пацієнтом (дайте йому Бланк, нехай він сам пише), обговоріть такі елементи бланку:

- У своєму житті я хотів би змінити таке ...
- Найбільш важливі причини, чому я хочу цих змін, такі ...
- Для змін я планую зробити такі кроки ...
- Яким чином інші люди можуть допомогти мені в цьому?
- Я розумію, що мій план працює, якщо ...
- Деякі фактори, які можуть перешкодити реалізації мого плану, такі ...

Якщо ви не встигаєте опрацювати Бланк на сесії, дайте його для заповнення вдома. Це і буде домашнє завдання до наступної сесії.

Додаткові техніки самомотивування, яким ви можете навчити пацієнта (на цій, але швидше за все, на наступній зустрічі, на якій ви продовжите роботу над темою цієї сесії):

- Табличка/список довго/короткотермінових наслідків зміни чи продовження вживання алкоголю.
- Флеш-картка – перелік усіх причин до вибору дороги змін
- Лист/послання собі – рішення змінитися (слова віри, підтримки).
- Діалог крісел – використайте два крісла, одне – за вживання, інше – проти. Нехай пацієнт спробує вести діалог сам із собою, пересідаючи із крісла в крісло.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати такі домашні завдання (оберіть щось одне):

- Продовжити заповнення Бланку постановки цілей.
- Скласти список аргументів ЗА продовження вживання та ПРОТИ продовження вживання.
- Написати лист-послання самому собі із настановою до змін.
- Скласти список причин для зменшення вживання, кожна причина на окремій картці.

Після постановки домашнього завдання запитайте, чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати його у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Скажіть наступне і поставте такі запитання:

- Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?
- Чи було вам під час сесії комфортно?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?

Також дайте пацієнтові зворотній зв'язок. Форма його може бути різна, як і зміст, головне – будьте максимально відверті й терапевтичні, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Передусім, я помітив, що ви виконали частину домашнього завдання до цієї сесії. Це важливо. Також ви активно працювали, були включені та наводили багато прикладів. Ще ви справді відповідально поставилися до формулювання цілей лікування».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час наступної зустрічі.

Додаток 1 до Сесії 1. Бланк для постановки цілей

У своєму житті я хотів би змінити наступне...	
Найважливіші причини, чому я хочу цих змін, наступні...	
Для змін я планую зробити такі кроки ...	
Яким чином інші люди можуть допомогти мені в цьому?	
Я зрозумію, що мій план працює, якщо ...	
Фактори, які можуть перешкодити в реалізації мого плану, наступні ...	

Додаток 2 до Сесії 1. Принципи мотиваційного консультування

Мотиваційне консультування – це є направляючий клієнт-центрований стиль взаємодії, призначений допомагати людям досліджувати і долати їхню амбівалентність щодо вживання ПАР і почати змінювати свою поведінку у позитивному напрямку.

Під час мотиваційного консультування:

- використовуйте рефлексивне слухання та емпатію,
- уникайте конфронтації,
- працюйте, як команда, проти «проблеми».

Основні принципи мотиваційного консультування:

- емпатія,
- дослідження амбівалентності,
- уникання аргументів,
- робота з опором,
- підтримка самостійності пацієнтів.

Принцип 1: Висловлюйте емпатію

Ключова позиція – прийняття клієнта з усіма його протиріччями.

Фундаментальною основою роботи консультанта є рефлексивне слухання (уважний погляд, вдумливе вислуховування, вербальна та емоційна підтримка, повторювання з перифразовуванням тощо).

Важливо пам'ятати, що амбівалентність клієнта – це нормальне явище. Це прояв його хвороби. Консультант повинен демонструвати розуміння перспектив клієнта та не «навішувати ярлики».

Принцип 2: Розвивайте протиріччя (амбівалентність)

Прояснюйте клієнту його важливі цілі та завдання.

Досліджуйте існуючі або можливі наслідки поточної поведінки пацієнта.

Викликайте і збільшуйте у свідомості клієнта протиріччя між його теперішньою поведінкою і цілями.

Принцип 3: Уникайте аргументації

Пам'ятайте, що аргументи непродуктивні, а запевнення та директивні рекомендації збільшують опір. Якщо консультант відчуває опір – це сигнал для того, що слід змінити свою стратегію.

Принцип 4: Обходьте опір

- уникайте опору, а якщо він з'являється, зупиніться і шукайте інших шляхів для продовження консультування;
- уникайте конфронтації (переведіть увагу на щось інше);
- пропонуйте, але не нав'язуйте нові перспективи;
- оцінюйте клієнта, як ресурс для виявлення методів вирішення проблеми.

Принцип 5: Підтримка впевненості пацієнта у власних силах

Віра в можливість змінюватися (впевненість у власних силах) – дуже важливий мотиватор. Саме пацієнт є відповідальним за вибір особистих змін та шляхів їх досягнення.

Під час зустрічей пацієнту задаються наступні запитання:

- 1) які недоліки перебування у даному стані;
- 2) які недоліки зміни стану;
- 3) які переваги зміни стану.

Авторами підходу рекомендується не запитувати щодо переваг вживання, адже це може сприяти позитивному образу залежності; вони пропонують змінити запитання на такі, які пов'язані з негативним аспектами вживання.

Особливу увагу варто приділити мотивації пацієнта до змін, коли пацієнтові задається питання: «Що Ви хочете досягнути та змінити в собі?» (мета утримання та одужання) і які існують «стоп-цілі» (що пацієнт не хоче змінювати та що йому заважає).

Пацієнтові пропонується список особистих цілей із наступними запитаннями¹:

- Які мої цілі в контексті відмови від прийому наркотиків?
- Які причини йти до цієї мети?
- Які кроки я планую зробити, аби досягти цієї мети?

Консультанту слід точно виявити ті почуття, думки і поведінкові моделі, які заважають пацієнтові взяти на себе зобов'язання за зміну свого стану.

Якщо цілі є недостатньо визначеними або недоречними для лікування, тоді консультант спільно з пацієнтом заповнює протокол, пропонуючи декілька ідей, які можуть допомогти виявити цілі. У ході заповнення протоколу можна запропонувати внести зміни таким чином, аби пацієнт не відчував критики.

Якщо у пацієнта виникають проблеми з формулюванням цілей, є декілька способів, як допомогти йому у цьому:

- Скажіть пацієнтові, що на етапі припинення вживання, успішними стають ті люди, які мають чітке планування і стратегії для уникнення ситуацій які призводять до вживання.
- Запитайте пацієнта, чим він може відвернути себе від думок про вживання наркотиків?

¹ Sampl, S., & Kadden, R. (2001). *Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1*. DHHS Pub. No. (SMA) 01-3486. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Зверніть увагу пацієнта на факт, що в ході лікування він буде більше дізнаватися про конкретні стратегії, які дозволяють вирішити проблему складності утримання від наркотиків.

Як тільки лист цілей буде заповнений, консультант просить пацієнта прочитати його вголос, попередньо пояснивши, що читання вголос допомагає зміцнити мотивацію для досягнення мети. Лист цілей віддається пацієнту на руки та дається рекомендація тримати його в полі зору, періодично переглядати та оновлювати цілі.

Однією з базових технік консультування є техніка **OARS**²

OARS – це навички, які дозволяють залучати клієнтів у розмову, дослідити їх амбівалентність щодо вживання ПАР, і прояснити мотиви/причини для скорочення або припинення вживання ПАР. Техніка складається з наступного:

- Відкриті питання (Open-ended questions).
- Афірмації/схвалення, підтримка (Affirmation).
- Рефлексивне слухання (Reflective listening).
- Підсумовування/узагальнення (Summarising).

Відкриті запитання:

«Що є хорошого в тому, що Ви утримуєтесь від наркотиків?» замість запитання: «Чи щось доброго в тому, що Ви не вживаєте наркотики?».

«Розкажіть мені, які є не дуже гарні сторони того, що Ви не вживаєте наркотики?» замість питання: «Чи є негативні моменти в тому, що Ви не вживаєте наркотики?».

«Чи є які-небудь моменти, пов'язані з вживанням наркотиків, які Вас до сих пір турбують? Розкажіть мені більш докладно про це» замість питання: «Чи турбує Вас те, що Ви вживали наркотики?».

«Що турбує Вас найбільше?» тощо.

Афірмації:

- «Дякую, що Ви прийшли сьогодні».
- «Я високо ціную те, що Ви готові розповісти мені про ваше вживання наркотиків».
- «Ви, безсумнівно, досить винахідлива людина для того, аби впоратися з цими проблемами».
- «Це хороша ідея».
- «Про це говорити дуже важко. Я дійсно високо ціную те, що Ви продовжуєте (говорити)».

2 UNODC The Treatnet Training Package VOLUME B: Elements of Psychosocial Treatment
<https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/b.html>

Рефлексивне слухання:

- Відводить головне місце амбівалентності клієнта щодо вживання ним ПАР.
- Направляє клієнта до усвідомлення його або її проблем і реальних справ.
- Підсилює мотивацію до рішень, які вказують на те, що клієнт думає про зміни.

Підсумовування/узагальнення:

Узагальнення – це важлива техніка, яка підбиває підсумок всьому, що було сказано до цього і готує клієнта продовжувати рухатися далі.

Інші техніки мотиваційного консультування:

- Дослідження бачення теперішнього.
- Запрошення до дослідження «розриву» між бажаним і наявним та ролі проблеми у неможливості руху в напрямку до бажаного стану.
- Психоедукація та загальна інформація.
- Рефреймінг вживання як хвороби, без осудження особи (і удару по самооцінці).
- Запрошення подивитися на можливі негативні наслідки, подумати і звернутися ще раз, коли буде бажання поговорити і довідатися більше про можливість змін.
- Дослідження значення змін, цілей, проблеми. Прийняття амбівалентності. Позиція терапевта – нейтральна, без тиску – допомогти пацієнту дослідити значення змін і самостійно прийняти рішення.
- Аналіз «за» і «проти», коротко і довготермінові наслідки різних «шляхів».
- Мої мрії на майбутнє, життєві цілі – у співставленні з хворобою.
- Лист проблемі як другу і проблемі як ворогу.
- Лист з майбутнього – якщо проблема буде, і якщо проблеми не буде.
- Підсумкова копінг-картка.
- Табличка/список довго/короткотермінових наслідків зміни чи продовження вживання ПАР.
- Флеш-картка – перелік усіх причин до вибору дороги змін.
- Лист/послання собі – постанова змінитися (слова віри, підтримки) – діалог крісел – внутрішня мова.
- Постановка цілі (повне утримання / контрольоване вживання + позитивне формулювання змін в житті) + візуалізація + нагадування.
- Формування плану досягнення змін.

3.4. Сесія 2. Функціональний аналіз

Завдання цієї сесії – дослідити разом із пацієнтом деталі вживання ним алкоголю. Адже недостатньо знати факт вживання алкоголю або його тип. Вкрай необхідно знати, наскільки вживання алкоголю взаємопов'язане з іншими аспектами життя клієнта. Ці деталі важливі для складання плану лікування, побудови змісту наступних сесій тощо. Також таке знання, наприклад, тригерів, допоможе вибудувати поведінку щодо їх уникання.

Для того, щоб дізнатися про деталі вживання, ви маєте провести функціональний аналіз. Ви вже використовували його елементи на зустрічі, присвяченій оцінюванню, коли розпитували про особливості вживання алкоголю пацієнтом. На цій сесії ви будете це робити у більш структурований спосіб.

Компоненти функціонального аналізу наступні:

- Моделі вживання алкоголю.
- Зовнішні та внутрішні запусकाючі фактори (тригери).
- Короточасні позитивні наслідки та довготривалі негативні наслідки.

Відповідно, ви будете ставити пацієнтові п'ять основних запитань:

- Коли?
- Де?
- Чому?
- З ким? Від кого?
- Що сталося?

Контекст цих запитань такий:

Коли?	Час, коли клієнт вживає алкоголь.
Де?	Місце, де клієнт вживає і здобуває алкоголь.
Чому?	Зовнішні причини і внутрішні емоційні стани, які можуть бути тригерами потягу до алкоголю.
З ким? Від кого?	Люди, з якими клієнт вживає алкоголь або люди, у яких (від кого) він/вона отримує алкоголь.
Що сталося?	Ефекти, які клієнт переживає в результаті вживання алкоголю, – психологічні та фізичні вигоди у короткій перспективі та негативні наслідки у довготривалій перспективі.

Функціональний аналіз може доповнюватися від сесії до сесії, особливо цінними бувають моменти після рецидиву. На цих сесіях ви зможете виявити нові моделі, тригери, ефекти, які не були виявлені раніше.

В результаті такого функціонального аналізу зросте розуміння пацієнтом своєї залежності, а також ваше розуміння «точок прикладання» інструментів КПТ.

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть таке:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..)... Чи вдалося Вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте, що завадило, у доброзичливій спосіб? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники одразу після вашої зустрічі. І після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було не зрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та, у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо буде потреба.

«Наш план на сьогодні – це зробити те, що називається функціональним аналізом вашого вживання. Ми будемо говорити про ваше вживання, і про те, як, коли, де, за яких обставин воно провокується. І, звісно, буде наступне домашнє завдання.

Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і у разі можливості включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це і запитати, чи питання все ще актуальне.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Для проведення функціонального аналізу використайте Бланк функціонального аналізу (ФА), у загальній формі (Додаток 1 до Сесії 2).

Крок за кроком обговоріть та зафіксуйте відповіді у бланку ФА, у відповідних полях:

- Час, коли клієнт вживає алкоголь.
- Місце, де клієнт вживає і здобуває алкоголь.
- Зовнішні причини і внутрішні емоційні стани, які можуть бути тригерами потягу до алкоголю.
- Люди, з якими клієнт вживає алкоголь, або люди, у яких (від кого) він/вона отримує алкоголь.
- Ефекти, які клієнт переживає в результаті вживання алкоголю, – психологічні та фізичні вигоди у короткій перспективі та негативні наслідки у довготривалій перспективі.

Додаткові запитання, які ви можете поставити, для уточнення:

- Що відбувається у вашому житті перед тим, як ви починаєте випивати?
- Де ви перебували в той момент, коли вперше в цей день подумали про випивку?
- Як ви почуваетесь перед тим, коли починаєте випивати?
- Де і як ви купуєте алкоголь?
- З ким ви випиваєте?
- Що змінюється після того, як ви випили?

В ході роботи, ви можете побачити, що є певні типові ризиковані ситуації, які найімовірніше провокують вживання. Ймовірно, вам не вистачить часу на цій сесії їх детальніше проаналізувати. Тому варто продовжити функціональний аналіз на наступній зустрічі. Якщо пацієнт має таку спроможність, то можна, пояснивши йому завдання, дати можливість провести наступний аналіз ризикованої ситуації дома.

Для ФА ризикованих ситуацій використайте відповідний Бланк (Додаток 2 до Сесії 2). Візьміть одну із ситуацій, і, разом із пацієнтом, розберіть її за схемою.

Ситуація	Думки	Почуття та відчуття	Поведінка	Наслідки
Де я був?	Про що я думав?	Як я себе почував?	Що я зробив?	Що сталося потім?
Хто був зі мною?		Які сигнали я отримував від свого тіла?	Що я вжив?	Як я відчував себе одразу після вживання?
Що відбувалося?			Скільки я вжив?	Які інші люди реагували на мою поведінку?
			Що я ще робив?	Які ще негативні наслідки були?
			Що інші люди поруч робили в цей момент?	

У процесі зіткнення із новими ризикованими ситуаціями ви можете повертатися до цього формату ФА та разом із пацієнтом опрацьовувати їх. На основі цих ФА – загального та щодо ризикованих ситуацій – ви зможете скласти план дій.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати наступні домашні завдання (оберіть щось одне):

- Продовжити заповнення Бланку функціонального аналізу (якщо не вдалося його завершити під час сесії).
- Заповнити Бланк ФА для ризикованих ситуацій (якщо на сесії вдалося зробити це із однією ситуацією, додому дайте завдання проаналізувати іншу подібну ситуацію).

Після постановки домашнього завдання, запитайте, чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт просто забуває робити завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні, додати нагадування в календар тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? У який день, в який час доби?

Попросіть його записати завдання у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти, та що можна зробити, щоб уникнути цих перешкод.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Скажіть наступне і поставте такі запитання:

«Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?»

- Чи було вам комфортно під час сесії?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?»

Також дайте зворотній зв'язок пацієнтові. Форма його може бути різною, як і зміст, головне – будьте максимально відвертими й терапевтичними, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Ви були дуже уважним сьогодні, і ми вклалися в час. Вам вдалося виявити багато цікавих закономірностей щодо вашого вживання – особливо, щодо впливу емоцій злості та гніву на ваше вживання, а також присутності ваших колег по роботі і їхнього тиску на вас. Це дуже важливо знати для того, щоб зробити наступні кроки лікування ефективними».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час наступної зустрічі.

Додаток 1 до Сесії 2. Таблиця функціонального аналізу (загальна форма)

Коли?	Час, коли ви вживаєте алкоголь	
Де?	Місця, де ви здобуваєте та вживаєте алкоголь	
Чому?	Зовнішні причини і внутрішні емоційні стани, які можуть бути тригерами потягу до алкоголю	
	Зовнішні тригери	Внутрішні тригери (емоції, думки)
З ким? Від кого?	Люди, з якими ви вживаєте алкоголь, або люди, у яких (від кого) ви отримуєте алкоголь.	
Що сталося?	Ефекти, які ви переживає в результаті вживання алкоголю	
	Психологічні та фізичні вигоди у короткій перспективі	Негативні наслідки у довготривалій перспективі

Додаток 2 до Сесії 2. Таблиця функціонального аналізу (для ризикованих ситуацій)

Ситуація	Думки	Почуття та відчуття	Поведінка	Наслідки
Де я був?	Про що я думав?	Як я себе почував?	Що я зробив?	Що сталося потім?
Хто був зі мною?		Які сигнали я отримував від свого тіла?	Що я вжив?	Як я відчував себе одразу після вживання?
Що відбувалося?			Скільки я вжив?	Які інші люди реагували на мою поведінку?
			Що я ще робив?	Які ще негативні наслідки були?
			Що інші люди поруч робили в цей момент?	

3.5. Сесія 3. Подолання патологічного потягу

У результаті функціонального аналізу ви отримали дані про людей, місця, речі, час і емоційні стани, які у ваших пацієнтів стали асоціюватися з вживанням алкоголю. Всі ці обставини є «тригерами». При постійному вживанні – з певними людьми, в певний час тощо – вони згодом стають «спусковими гачками» для вживання. Навіть, якщо особа не планувала вживати, потяг до вживання, потрапивши у поле дії «тригера», наростатиме досить швидко, і пацієнту буде дуже важко йому опиратися. Наприклад, при надходженні певного часу доби, коли пацієнт традиційно вживав (в обід, ввечері тощо), потяг до вживання зростає. Або, потяг може відзначатись при появі поруч певних людей – друзів, співробітників, з якими регулярно вживалося. Досить сильно тригерують вживання певні страви, які, як правило, поєднуються із певним часом доби – вечеря, борщ, запах часнику, ковбаси тощо.

Далі наведемо декілька прикладів тригерів різного типу.

Зовнішні тригери

- Люди: родичі, друзі, «компанія у дворі».
- Місця: бари, місця вечірок, будинки/квартири «товаришів по чарці», район міста, де вживались ПАР
- Речі: алкоголь, наркотики, гроші, фільми з епізодами вживання алкоголю чи наркотиків;
- Часові періоди: день зарплатні, вільний час, час після роботи, період стресу.

Внутрішні тригери

- Занепокоєння / тривога.
- Фрустрація / розчарування.
- Сексуальне збудження.
- Гнів / роздратування.
- Збудження / хвилювання.
- Туга / нудьга.
- Втома / знемога.

Також слід розуміти різницю між **ситуаціями високого ризику** (власне, всі ситуації, які містять тригери і значною мірою асоціюються із вживанням алкоголю), та **ситуаціями низького ризику** (інші місця, люди і ситуації, які ніколи не асоціювалися із вживанням алкоголю).

Навчити пацієнта низці технік і правил для додання потягу – одне із найважливіших завдань КПТ. І досягається це привчанням пацієнтів зменшувати проведення часу в ситуаціях високого ризику і збільшувати часу ситуаціях низького ризику.

Ймовірно, ця сесія також триватиме більше, ніж одна зустріч.

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть наступне:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..)... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники чи зробити інше завдання одразу після вашої зустрічі. І після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було незрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, за потреби.

«Наш план на сьогодні – це використати функціональний аналіз, який ми робили раніше, щоб навчитися зменшувати вживання алкоголю. Отже, сьогодні ми:

- *Поговоримо про потяг та спробуємо краще його збагнути.*
- *Познайомимося із техніками подолання потягу.*
- *Складемо план подолання потягу.*

Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи є у вас додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і, за можливості, включіть їх у програму сесії. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Потяг та його розпізнавання

Обговоріть із пацієнтом, що таке «потяг» і як він його переживає. Пацієнт може використувати для пояснення свої власні слова (наприклад, «тяга» або інші). Поясніть, що йдеться про наявність сильного бажання, потреби, нужди, яка видається непереборною. Багато людей описують потяг як сильний голод або спрагу. Як правило, потяг – це комбінація думок, почуттів та відчуттів.

Запитайте у пацієнта, як він переживає потяг? Що він відчуває в тілі? Які має думки? Які образи виникають? Які почуття при цьому?

[Дочекайтеся відповіді]

Для деяких пацієнтів переживання мають переважно соматичний характер. Наприклад: «Я починаю відчувати це в шлунку» або «Моє серце б'ється дуже сильно» або «Я починаю відчувати запах». Для інших потяг проявляється, як правило, когнітивно. Наприклад: «Мені потрібно це зараз» або «Я не можу викинути це з голови» або «Це тягне / кличе мене».

Після того, як ви обговорили з пацієнтом його особливості переживання потягу, скажіть приблизно так:

«Потяг – неприємний феномен, але нерідкий і не небезпечний. Його можна долати, тому що:

- Потяг обмежений в часі і, зазвичай, триває протягом декількох хвилин*
- Потяг досягає піку через кілька хвилин і потім згасає, як хвиля*
- Потяг буде ставати менш інтенсивним і виникати рідше, в процесі того, як ви будете вчитися його долати*

Саме тому краще бути готовим впоратися з ним. Розпізнавання тригерів може допомогти зменшити їх вплив».

Пам'ятайте, багато клієнтів вірять – якщо у них з'являється потяг до алкоголю, то це неминуче призведе до того, що вони будуть вживати. Як свідчить їх досвід, вони завжди «потрапляли в руки» потягу і після цього починали вживати алкоголь. У КПТ дуже важливо навчити клієнтів технікам опору / стійкості до потягу.

Стратегії подолання потягу

Описані далі техніки не слід проходити одна за одною, радше стратегія буде така: опираючись на функціональний аналіз, разом із пацієнтом обрати одну або декілька із технік і опрацювати їх на сесії, після чого дати домашнє завдання із її використання, і разом із пацієнтом з'ясувати, чи працює та чи інша стратегія, чи вдається її використати. Ймовірно, на наступній зустрічі ви зможете це обговорити і спробувати нові техніки, або підсилити і додатково пропрацювати вже обрану, для кращого закріплення.

Стратегія «Залучення в активність, яка не пов'язана із вживанням алкоголю»

Підходить для пацієнтів, у яких тригером вживання є певна активність – наприклад, риболовля або святкування. Також вона пригодиться тим, для кого тригером є нудьга та ситуація «не знаю, чим себе зайняти», типова для вихідних днів.

Обговоріть із пацієнтом цю ситуацію та разом продумайте, які активності він може використати замість тригеруючих, щоб заповнити вільний час.

Складіть список таких справ (спорт, ігри, курси іноземної мови, похід у парк із дітьми тощо).

Заплануйте ці справи. Інколи може знадобитися похвилинне і поденне планування. Якщо є потреба, розплануйте весь тиждень, щоб у пацієнта не було вільного часу для нудьгування або для тригеруючих справ.

Стратегія відволікання

Ця стратегія краще підходить для тих, чий потяг має значну когнітивну або емоційну складову. Поясніть пацієнтові, що мозок влаштований так, що не може водночас робити дві речі, думати дві думки. Тому гарний підхід – спробувати його відволікати, бажано – на щось зовнішнє. Оскільки потяг триває недовго, його гострота з часом спадає, — цього може бути достатньо, аби зупинити процес.

Отже, спробуйте спершу прості техніки – попросіть пацієнта назвати усі червоні предмети, які знаходяться навколо вас, назвати усі звуки, які він чує, коли прислухається, назвати свій номер телефону у зворотному порядку тощо.

Після цього, потренуйтеся і допоможіть пацієнту пережити відчуття спадання потягу.

- Попросіть його пригадати ситуацію, яка тригерує вживання (смак, запах, місце тощо).
- Попросіть оцінити силу потягу за 10-бальною шкалою.
- Застосуйте техніку відволікання на щось.
- Знову попросіть оцінити силу потягу.
- Якщо потяг не знизився, застосуйте відволікання протягом тривалішого проміжку часу, або застосуйте яскравіші стимули для відволікання. Це може бути щось триваліше – перегляд улюбленого відеокліпу, прослуховування музики, перегляд фільму (на сесії можна продивитися фрагмент).
- Знову попросіть оцінити силу потягу.

Стратегія зупинки думок

Корисна для тих, у кого потяг має значний когнітивний або емоційний компонент. Перед вживанням такі пацієнти, як правило, думають, що «вжити один раз – то нічого страшного», «всі тут п'ють і я теж мушу» тощо.

Інші приклади думок:

- «Алкоголь мені треба для підтримки психологічної та емоційної рівноваги».
- «Алкоголь покращує спілкування».
- «Алкоголь дає енергію і збільшує сили».
- «Алкоголь надає заспокоєння».
- «Алкоголь знімає тугу, тривогу, напругу і депресію».
- «Цей потяг буде тривати нескінченно і можливо стане ще гірше».

Алгоритм роботи з пацієнтом:

- Попросіть уявити знак «СТОП», або придумати невелику дію, яка у пацієнта асоціюється із зупинкою. Наприклад, це може бути явне натискання на гальма в автомобілі, для тих, хто водить авто.
- Після цього дайте інструкцію: «Зараз ми потренуємо зупиняти ці думки. Я хочу, щоб зараз почали думати про щось нейтральне. Чи ви вже почали? Гаразд, а тепер скажіть собі голосно «СТОП» та уявіть червоний знак «СТОП» перед очима»
- Можливо, треба буде сказати СТОП голосніше або потренувати це робити разом із пацієнтом.
- Після цього – потренуйтеся говорити думкам СТОП внутрішньо, але твердо і «голосно».
- Після цього потренуйтеся із думками про вживання та про алкоголь.

Стратегія нагадування про переваги тверезості

Складіть із пацієнтом перелік переваг тверезості. Перенесіть його на флеш-карту (або зручний листок паперу/картку, який зручно швидко виймати і читати). Потренуйтеся із пацієнтом його швидко витягати (це можна зробити у вигляді веселої гри, наприклад, хто швидше витягне картку і прочитає її).

Дайте завдання: 1) перерхитувати картку декілька разів на день, 2) витягати і читати її одразу, як тільки з'являться перші ознаки потягу.

Розмова про потяг

Потяг часто зникає, коли про нього і про його ознаки почати розмову із довіреною особою. З'ясуйте, хто може бути цією особою (вона не повинна вживати і повинна бути на зв'язку у разі потреби). Запропонуйте пацієнту одразу після появи перших ознак потягу зв'язатися із цією людиною і поговорити про свій потяг.

Потренуйте розмову, використовуючи рольову гру, – наче ви ця людина, а пацієнт вам телефонує, і починає розмову.

Нові контакти з людьми, які не вживають алкоголь та інші ПАР (консультант, друзі)

Для багатьох пацієнтів важливим способом зниження кількості ризикованих ситуацій є зменшення кількості контактів із людьми, які вживають, і збільшення кількості контактів із тими, хто не вживає. Так зменшується кількість тригерів.

Обговоріть і складіть список людей, які не вживають алкоголь або активностей, не пов'язаних з ним. Складіть план, як пацієнт може познайомитися із такими людьми, налагодити контакти і почати регулярне спілкування.

3

«Серфінг» з потягом

Цю техніку слід відпрацювати разом із пацієнтом. Ви даєте інструкції, пацієнт слідує вам. Під час надання інструкцій він може вмикнути запис у своєму телефоні, або ви можете зробити запис і переслати його пацієнту.

Поясніть наступне:

Коли потяг виникає, нам здається, що він триватиме нескінченно довго і наростатиме без упину. Насправді це не так. Він наростає і спадає, наче хвиля. Ви мабуть бачили, як серфери опановують хвилі? (якщо ні – знайдіть відео та покажіть його). Така майстерність вимагає тренування і практики, але це цілком реально навчитися. Така ж ситуація із потягом. Цілком реально навчитися серфінгу цією хвилею потягу. Давайте потренуємося.

Зробіть глибокий вдих і спрямуйте фокус уваги всередину. Нехай Ваша увага охопить все тіло. Зверніть увагу, де у вашому тілі ви відчуваєте потяг і які при цьому відчуття. (Почекайте.) Розкажіть собі, що ви переживаєте. Наприклад: «Я відчуваю почуття присмаку шоколаду в роті, в носі і в животі.» (Зачекайте кілька секунд.)

Далі, зосередьтеся на одній ділянці, де ви відчуваєте потяг. Зверніть увагу, які саме відчуття ви відчуваєте. Наприклад, чи відчуваєте ви жар, холод або оніміння? Ваші м'язи напружені чи розслаблені? Наскільки велика площа цих відчуттів? Зверніть увагу на свої відчуття і опишіть їх собі. Зверніть увагу на зміни, які відбуваються. Наприклад, «У мене пересихає в роті. Я відчуваю напругу в губах і язиці».

Зачекайте трохи, аби усвідомити свої відчуття і опишіть їх собі. (Почекайте близько 15 секунд.)

Тепер повторіть фокусування уваги на кожній частині вашого тіла, яка відчуває потяг. Зверніть увагу і опишіть собі зміни, які відбулися у відчуттях. Зверніть увагу, як хвилі нагочуються і відходять. Згадайте, де і наскільки сильне це відчуття ви відчували, коли починали цю вправу. Зверніть увагу, де і наскільки сильне відчуття потягу зараз».

Складання плану подолання потягу

Після того, як ви, опираючись на дані функціонального аналізу, вибрали та потренували на сесії одну або кілька технік подолання потягу, складіть із пацієнтом план подолання потягу (бланк у Додатку 1 до сесії 3). Поясніть, що важливо бути підготовленими, перш ніж використовувати бланк, і заповніть його разом із пацієнтом, давши відповіді на такі запитання (використовуйте дані ФА та вже відпрацьовані техніки):

- Що запускає (тригерує) мій потяг?
- Що я маю робити, відчувши перші ознаки потягу?
- Яких ситуацій я маю уникати?
- Куди я маю йти, щойно відчувши потяг чи потрапивши у ризиковану ситуацію?
- Кому я маю зателефонувати?

Цей план буде видозмінюватися від сесії до сесії, особливо при зіткненні із рецидивом або якщо обрана стратегія не працює для пацієнта. Тоді План буде доповнений, видозмінений тощо. Також, в процесі опанування нових навичок на наступних сесіях, пацієнт також може його доповнювати новими елементами.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати наступні домашні завдання:

- Практикувати відпрацьовані на сесії техніки подолання потягу.
- Опрацювати план подолання потягу, якщо не вдалося це зробити на сесії. Якщо вдалося – то носити його із собою та використовувати його протягом тижня.

Після постановки домашнього завдання, запитайте, чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі, тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати його у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, аби цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Озвучте наступне і поставте запитання:

- Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?
- Чи було вам комфортно під час сесії?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?»

Також дайте зворотній зв'язок пацієнтові. Форма його може бути різною, як і зміст, головне – будьте максимально відвертими й терапевтичними, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Ви дуже гарно працювали над технікою серфінгу потягом та технікою зупинки думок. Було корисно розуміти, що у вас не виходить, коли ви говорили про це. Дуже важливо продовжувати також наполегливо і регулярно практикувати ці техніки».

Подякуйте пацієнтові за роботу та нагадайте день і час наступної зустрічі.

Додаток 1 до Сесії 3. План подолання потягу

Що запускає (тригерує) мій потяг?	
Що я маю робити, відчувши перші ознаки потягу?	
Яких ситуацій я маю уникати?	
Куди я маю йти, щойно відчувши потяг чи потрапивши у ризиковану ситуацію?	
Кому я маю зателефонувати?	
Фактори, які можуть перешкодити в реалізації мого плану, наступні ...	

3.6. Сесія 4. Навички відмови від алкоголю (як сказати «Ні»)

Однією з поширених ситуацій, що приводять до зриву, є випадок, коли клієнтові пропонують алкоголь, наприклад, друзі або інші особи. Це пов'язано з тим, що багато хто вважає, що вони не можуть відмовити, не можуть сказати «ні». Причиною цьому можуть бути думки про те, що вони втратять друзів, що ті образяться, страх втратити коло спілкування, тривоги через можливі наслідки для кар'єри (якщо вживання відбувається у робочих умовах, або пропонується керівництвом).

Часто, навіть попри бажання пацієнта і щирий намір відмовитися наступного разу, неефективні способи спілкування в таких ситуаціях можуть призвести до вживання алкоголю.

Тож завданням цієї сесії буде навчити пацієнта навичкам відмови від вживання алкоголю, потренувати їх під час сесії та дати завдання тренувати і практикувати їх далі.

Робити це ви будете за допомогою моделювання. У поведінковій психології термін моделювання (соціальне навчання) означає процес, при якому одна людина спостерігає поведінку іншої людини і, в результаті, копіює її. Це один із механізмів формування залежності, коли особа спостерігає, як вживають інші, і вчиться цьому. Ці ж механізми можна використати для формування ефективної поведінки, у цьому випадку – навичок відмовлятися від вживання, казати «ні». На сесії ви будете тренувати у пацієнта *нові форми поведінки через рольові ігри, за схемою: спостереження пацієнта за вашою поведінкою, його повторення цієї поведінки, ваші корективи до неї, повторне тренування із врахуванням помилок.*

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть таке:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..)... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники після вашої зустрічі, одразу. І після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було не зрозуміло і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та, у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо буде потреба.

«Наш план на сьогодні – навчитися відмовлятися від алкоголю, коли вам його пропонують. Сьогодні ми:

- *Обговоримо, чи були у вас такі ситуації.*
- *Обговоримо, як саме слід відмовлятися від вживання, коли вам пропонують.*
- *Будемо тренуватися відмовлятися.*
- *Доповнимо план подолання потягу новим навичкам.*

Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і, у разі можливості, включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Обговорення ситуацій «запрошення» вживати алкоголю

Ви вже маєте дані функціонального аналізу, і базова інформація у вас є. Втім, варто до неї повернутися. Якщо раніше ця тема не піднімалася, тим більше варто її обговорити. Скажіть таке:

«Певно, у вашому житті були ситуації, коли ви отримували дуже наполегливе запрошення випити і навіть попри ваше небажання, ви змушені були погодитися. Чи можете пригадати і описати такі ситуації?»

[Дочекайтеся відповіді]

Якщо таких ситуацій не було, скажіть, що все одно буде корисно над цим попрацювати із профілактичною метою, щоб підготуватися до можливих ситуацій у майбутньому.

Якщо такі ситуації були, скажіть, що *«це дуже важливо навчитися відмовлятися, але дуже часто ми не можемо цього зробити, бо нам бракує просто навичок. Адже насправді, однією з найпоширеніших ситуацій, що приводить до зриву, є така, коли вам пропонують алкоголь, а ви не можете відмовити»*. І що є спеціальні правила про те, як саме слід відмовлятися від вживання.

Як саме слід відмовлятися від пропозиції вживання

Розкажіть пацієнтові про базові принципи ефективної відмови від пропозиції вживання. Вони наступні:

- Відповідайте швидко (без запинок, бурмотіння, коливання).
- Дивіться прямо в очі.
- Відповідайте ясно/однозначно, впевнено/твердо «ні», так щоб блокувати подальші пропозиції про алкоголь чи наркотики.
- Робіть розмову короткою.
- Ідіть (з цієї ситуації) .

Важливі також невербальні навички:

- Поза
- Особистий простір
- Очний контакт
- Рухи голови (кивки)
- Міміка
- Нервові рухи і жести руками
- Модуляції голосу

Тренування навичок відмовлятися

Після обговорення принципів відмови, запропонуйте пацієнтам попрактикуватись відмовлятися. Для цього візьміть за основу одну із ситуацій, які ви обговорили на початку сесії. Нехай пацієнт зіграє роль того, хто запрошує до вживання, а ви – покажете, як може виглядати відмова.

Після цього обмінюйтеся ролями, нехай пацієнт спробує відмовитися.

При цьому уважно спостерігайте за усіма вищеописаними та обговореними принципами, і після спроби пацієнта відмовитися (як правило, вона буде невдалою) дайте йому зворотній зв'язок і чіткі інструкції, коли треба говорити чіткіше, коли його голос «поплив», де він «зав'яз у розмові» тощо.

Запропонуйте спробувати ще декілька разів, кожного разу коригуючи пацієнта, допоки у нього не вийде відмовити у максимально правильний спосіб.

Похваліть пацієнта після завершення.

Доповнення Плану подолання потягу

Обговоріть із пацієнтом, чи будуть протягом тижня ситуації, в яких йому доведеться відмовлятися від вживання. Складіть план, як він діятиме, і доповніть цією інформацією вже раніше створений план подолання потягу. У разі потреби, зробіть рольову гру на тему майбутньої поведінки, щоб полегшити завдання пацієнтові.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати таке домашнє завдання:

- Практикувати відмову від вживання.

Після постановки домашнього завдання, запитайте чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати його у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Скажіть наступне і поставте такі запитання:

- Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?
- Чи було вам комфортно під час сесії?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?

Також дайте зворотній зв'язок пацієнтові. Форма його може бути різна, як і зміст, головне – будьте максимально відвертими й терапевтичними, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Наша рольова гра та відпрацювання технік відмови справді були вражаючими. Коли ви рішуче і однозначно сказали мені Ні, дивлячись у очі, я наче подивився на вас новими очима, і справді перехотілося вас умовляти далі. Було відчуття, що я спілкуюся з новою людиною, яка внутрішньо сильніша за мене».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час наступної зустрічі.

3.7. Сесія 5. Розпізнавання і подолання гніву

Гнів та злість є дуже типовими тригерами для вживання алкоголю, і, як мінімум, одну сесію варто присвятити роботі з цією темою. На ній ви, знову ж таки, опираючись на дані функціонального аналізу та розуміння ролі злості та гніву у тригеруванні вживання, будете обирати з низки технік і опрацьовувати їх разом із пацієнтом.

Можливо, гнів для конкретного пацієнта не є проблемою і не тригерує вживання, а більший вплив мають інші емоції та почуття. Тоді варто цю сесію відкласти на пізніше, до моменту, коли у ній виникне потреба, або й пропустити, якщо вона справді не є релевантною для пацієнта.

Також зверніть увагу, що, якщо пацієнт має серйозні проблеми із управлінням гнівом або забороняє собі гніватися взагалі, йому може бути потрібна додаткова спеціалізована психотерапія методом КПТ, представлена, наприклад, тут (Reilly, Shopshire, 2019). Однієї сесії для таких пацієнтів може бути недостатньо, щоб навчитися опановувати свою поведінку чи проявляти емоції в здоровий спосіб.

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть таке:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..) ... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники після вашої зустрічі, одразу. І після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було не зрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та, у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо є така потреба.

«Наш план на сьогодні – робота із гнівом та злістю, дуже потужними емоціями, які, як ми бачили раніше, провокують вживання алкоголю та мають негативні наслідки для вас та вашого оточення. Сьогодні ми:

- Обговоримо, як розвивається емоція гніву та які вона має наслідки.
- Будемо вчитися менеджменту гніву та злості.

Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і, за можливості, включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоденних завдань і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Обговорення емоції гніву

Почніть обговорення з емоцій гніву, злості та їх зв'язку з агресивною поведінкою та її наслідками. Також обговоріть типові міфи про злість. Лише після цього перейдіть до технік управління гнівом.

Злість – це емоція, яка має цілий спектр, від дрібного роздратування до інтенсивного гніву та люті. Загалом, злість є природною реакцією на ситуації, які ми сприймаємо, як загрозові, в яких ми очікуємо певну шкоду для нас, фізичну чи психологічну. Чи знайомі вам такі ситуації?

[Дочекайтеся відповіді]

Отже, злість може бути дуже корисною емоцією, чи не так? Але часто буває, що ми у своїй злості заходимо занадто далеко, чи було у вас так?

[Дочекайтеся відповіді]

А також буває, що вона є безпідставною або спрямованою не на справжнє джерело небезпеки, правда?

[Дочекайтеся відповіді]

І коли таке трапляється, відбувається багато неприємних подій, серед них – і вживання алкоголю, і пошкодження чужого майна, (... наведіть приклади із життя пацієнта...).

Нам також важливо розрізняти, емоцію злості та агресивну поведінку. Це, насправді, різні речі. Злість – це те, що ми відчуваємо. А агресія – це те, що ми робимо. Що ви про це думаете?

[Дочекайтеся відповіді]

Так, насправді, між цими поняттями є зв'язок, але не завжди злість веде до агресії або до надмірної агресії, правда? Чи бували у вас випадки, коли ви злилися, але не реагували надміру агресивно?

[Дочекайтеся відповіді]

Отже, як ми вже говорили, злість не завжди є проблемою. Коли ж вона стає проблемою?

[Дочекайтеся відповіді]

Саме так, вона стає проблемою, коли:

- Стає занадто сильною.
- Відчувається занадто часто.
- Виражається неадекватно (надмірною агресією, спрямованою не на джерело злості тощо)

Необов'язкові частини розмови, які ви можете долучити до роботи у разі потреби:

- Про позитивні короткотермінові наслідки злості та негативні довготермінові наслідки.
- Про міфи щодо злості та агресії.

Позитивні короткотермінові наслідки злості та негативні довготермінові наслідки

Зробіть таку таблицю, і заповніть її разом із пацієнтом (ви вже могли робити таку таблицю щодо вживання, тож робота буде пацієнтові знайома):

Що запускає (тригерує) мій потяг?	Позитивні наслідки	Негативні наслідки
Короткотермінові наслідки		
Довготермінові наслідки		

Для зручності, ви можете взяти конкретну ситуацію із життя пацієнта. Далі наведено приклад заповнення такої таблиці.

Що запускає (тригерує) мій потяг?	Позитивні наслідки	Негативні наслідки
Короткотермінові наслідки	– Я отримав бажане – мені повернули гроші за продукти. – Я відчув, що мене поважають, і що моє слово має значення.	– Я пішов, одразу ж взяв пару пляшок пива і зірвався. – Я зіпсував собі настрій.
Довготермінові наслідки	– Вони тепер будуть повертати покупцям гроші за зіпсований товар!	– Я зірвався, пішов у запій і не отримав метадон. – Дружина втратила у мене віру. – Мені соромно тепер заходити у той магазин.

Опрацьовану так ситуацію ви можете надалі брати у роботу, щоб обдумати –а як можна було б вчинити інакше і досягти бажаної мети без негативних наслідків?

Міфи:

Міф 1. Агресивна поведінка – це те, чого не можна змінити.

Це неправда, оскільки вчені давно довели, що агресивні реакції у відповідь на емоцію злості у людей є завченими через спостереження за поведінкою інших. А, отже, її можна перевивчити і навчитися новим способам поведінки. Наприклад, менш агресивним.

Міф 2. Злість автоматично веде до агресії.

Це дуже типовий міф про те, що єдино правильний і можливий спосіб виразити злість – це агресія. Це не так. Насправді, є багато інших способів поведінки, і ми поспробуємо деякі з них вивчити.

Міф 3. Люди мають бути агресивними, щоб отримати те, що хочуть.

Люди часто плутають агресивність і асертивність. Асертивність – це вміння досягати бажаного із повагою до інших людей, без спричинення шкоди їм або собі. І є багато способів отримати бажане, не вдаючись до надмірною агресії.

Міф 4. Вентиляція (вільне вираження) злості є корисним.

Це ще один міф, про те, що вираження злості через биття посуду, крик, кидання подушок є здоровою і корисною поведінкою для вираження злості. Насправді, дослідження кажуть, що люди, які вчаться так виражати злість, просто краще виражають злість саме у такий спосіб.

По завершенні частини обговорення, скажіть таке:

«Отже, тепер ми з вами розберемо і потренуємо ефективні техніки для управління своєю злістю та гнівом, вдома ви продовжите їх практикувати».

Техніки менеджменту (управління) емоціями гніву, злості

Загалом, є чотири групи технік, серед яких ви можете обирати для роботи максимально релевантні життєвій ситуації пацієнта. Якщо проблема гніву є основною, ймовірно, ви проведете із ним більше ніж одну зустріч на цю тему, послідовно відпрацьовуючи техніки, даючи домашні завдання та оцінюючи результат роботи.

1. Техніки усвідомлення злості.
2. Техніки негайного контролю злості.
3. Техніки розвитку міжособистісних умінь.
4. Превентивні техніки.

У цьому посібнику наведено мінімальний набір технік до кожної групи. Для глибшого опрацювання цієї теми із пацієнтом, зверніться до відповідних джерел.

Техніки усвідомлення злості

Техніка вимірювання злості (типу «Емоційний градусник»)

Вимірювання злості є дуже корисною вправою, адже дозволяє моніторити наш стан і розуміти, коли його інтенсивність стає настільки високою, що ми втрачаємо контроль над своєю поведінкою.

Поясніть це пацієнтові, та надайте йому малюнок (Додаток 1 до сесії 5).

Розкажіть, що 0 означає повну відсутність злості, а 10 – те відчуття гніву та люті, при якому втрачаєш голову і не можеш контролювати свої дії. Бали між цими позначками позначають проміжні стани. Попросіть пацієнта пригадати різні події з його життя, почавши з тих, де він зовсім не відчував злості, і декілька інших, з різним рівнем злості. Дайте йому змогу самостійно застосувати цей інструмент до різних ситуацій.

Після цього скажіть про те, що злість десятибального рівня ніколи не активується миттєво. Ми завжди проходимо по шкалі від нижчих значень до десятки. Інколи ми це робимо повільно, інколи дуже швидко, але цей час завжди є. І наступним нашим завданням буде навчитися збільшувати цей проміжок часу. За рахунок цього вдасться краще себе опанувати, зважувати наслідки подій і зупиняти надмірний гнів.

Техніки негайного контролю злості

Тайм-аут

Тайм-аут – це техніка, яка дає змогу зробити паузу і, навіть, покинути ситуацію, в якій ви відчуваєте, що злість виходить з-під контролю. Наприклад, ви в автобусі і відчуваєте, що ваша злість наростає, бо інші люди весь час вас штовхають. Ви, одразу відчувши це, виходите з автобусу на найближчій зупинці. Ви можете покинути розмову, в якій відчуваєте, як наростає злість, або вийти з будь-якої іншої ситуації.

І коли ви відчули, що емоції вляглися, ви можете повертатися.

Попрактикуйте цю вправу. Спершу, пригадавши попередні ситуації, обдумайте разом, коли пацієнт міг би покинути їх, в який спосіб він би це зробив? Потім зробіть уявну репетицію – хай він програє цю ситуацію в уяві, лише додавши момент, коли він покидає її, і негативні наслідки не настають.

Обговоріть отриманий досвід.

Глибоке дихання та м'язова релаксація

Ця техніка діє за принципом зворотного біологічного зв'язку. В стані гніву ми починаємо дихати часто і поверхово. Якщо вловити момент початку такого дихання, примусово змусити себе сповільнити його і зробити глибоким – мозок отримає від тіла зворотній сигнал про те, що ситуація не настільки критична. Ставши спокійнішим, ви зможете опанувати свою поведінку, не допустивши 10-бального гніву.

Навчіть пацієнта техніці глибокого дихання, потренуйтеся починати дихати глибоко і повільно, повертаючись до звичного режиму дихання.

Після цього попросіть пацієнта пригадати і уявити якусь ситуацію злості, уважно стежте за його диханням та іншими ознаками злості (стиснутими щелепами тощо). Після цього попросіть його глибоко дихати певний час.

Запитайте про його досвід та обговоріть, що спрацювало, а що ні.

Також можете потренувати Прогресивну м'язову релаксацію.

Зупинка думок

Ця техніка добра, коли злість наростає під потоком думок. Схема її використання така ж, як при зупинці потягу.

- Попросіть уявити знак «СТОП», або придумати невелику дію, яка у пацієнта асоціюється із зупинкою. Наприклад, це може бути уявне натискання на гальма в автомобілі, для тих, хто водить автомобіль.
- Після цього дайте інструкцію: «Зараз ми потренуємо зупиняти ці думки. Я хочу, щоб ви почали зараз думати про щось нейтральне. Чи ви вже почали? Гаразд, а тепер скажіть собі голосно «СТОП» та уявіть червоний знак «СТОП» перед очима.
- Можливо, треба буде сказати СТОП голосніше або потренувати це робити разом із пацієнтом.
- Після цього потренуйтеся говорити думкам СТОП внутрішньо, але твердо і «голосно».
- Після цього потренуйтеся із спогадами про ситуацію злості.

Техніки розвитку міжособистісних умінь

Більшість пацієнтів, які мають складнощі із регуляцією гніву, мають також і складнощі в міжособистісних стосунках. Тому одне із завдань – це допомогти набути умінь, серед яких основне – це вміти просити про підтримку та надавати її у відповідь. Цій темі буде присвячена окрема сесія, далі, тому ви можете звернутися до її матеріалів. Також ви можете тут коротко розглянути цю роботу, а на наступних сесіях зануритися у неї глибше.

Скажіть пацієнту таке:

«Ми усі повинні інколи просити про допомогу, і нам важливо її отримати. Це може бути допомога у простих побутових питаннях, а може бути – щодо допомоги з контролю гні-

ву. Давайте спробуємо скласти план такого прохання і також потренуємося просити про допомогу. Мати мережу підтримки може бути дуже важливо у критичні моменти».

Розгляньте з пацієнтом наступні питання:

- Які типи підтримки можна, в принципі, знайти? (друзі, групи самодопомоги, професійна допомога, співробітники, послуги у громаді тощо).
- Як просити про допомогу? (Бути конкретним щодо того, чого потребуєте. Виказувати вдячність за допомогу, якщо вона була корисна. Давати зворотній зв'язок особі, якщо допомога не була корисна. Знайти спосіб підтримати інших людей).

Превентивні техніки

Превентивні техніки спрямовані на те, щоб допомогти пацієнту у майбутньому зменшити кількість ситуацій, коли можуть виникнути гнів та злість. Для цього корисними є когнітивні техніки, спрямовані на зміну способу мислення та сприйняття світу. Ймовірно, ви не дійдете із пацієнтами до цього кроку, оскільки вони є елементом уже більш глибокої спеціалізованої програми щодо роботи із гнівом. З її використанням ви можете познайомитися тут, наприклад (Вестбрук та ін., 2014; Карачевський, 2016).

Елементи цієї техніки також будуть розглянуті далі, в контексті депресивних станів. Ви можете їх використати для роботи і в цій частині, щодо емоцій злості.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати таке домашнє завдання:

- Попрактикувати одну або більше опрацьованих на заняттях технік.
- Вести записи щодо спроб їх використання та результату.

Після постановки домашнього завдання запитайте, чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі, тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати його у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Скажіть наступне і поставте такі запитання:

- Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?
- Чи було вам під час сесії комфортно?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?

Також дайте пацієнтові зворотній зв'язок. Форма його може бути різною, як і зміст, головне – будьте максимально відвертими й терапевтичними, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Ваша наполегливість при опрацюванні техніки сповільненого дихання вражає, це було дуже круто!».

Подякуйте пацієнтові за роботу та нагадайте день і час наступної зустрічі.

Додаток 1 до Сесії 5. Злостемір

Вибухова поведінка
Насилля
Негативні наслідки
Втрата контролю

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



3.8. Сесія 6. Негативно забарвлені афективні стани і депресія

Окрім злості та гніву є низка інших негативно забарвлених емоційних станів, які можуть тригерувати вживання або просто погіршувати якість життя пацієнта. Пригніченість, сум, тривога та низка інших станів супроводжують життя особи, яка має досвід вживання. При цьому, оскільки алкоголь і опіоїди самі по собі є депресантами нервової системи, коморбідні депресивні стани є типовими для пацієнтів ЗПТ, які зловживають алкоголем.

Будьте уважні щодо таких станів пацієнтів. Корисним буде додатково провести оцінку депресивних та тривожних розладів. У разі їх наявності опрацювання в рамках 1–2 сесій може бути недостатньо. При потребі лікування депресії або якогось із виявлених тривожних розладів, зверніться до відповідних протоколів або настанов, у тому числі, і щодо медикamentозного лікування. При медикamentозному лікуванні фахівці, які призначають препарати (наприклад, антидепресанти), повинні бути свідомі щодо прийому пацієнтом метадону або іншого замісного препарату і враховувати потенційну взаємодію

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть таке:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..) ... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники одразу після вашої зустрічі. А після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було незрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо буде потреба.

«Наш план на сьогодні – це робота із емоціями та почуттями, які, як ми бачили раніше, провокують вживання алкоголю та можуть мати негативні наслідки для вас та вашого

оточення. Як правило, це сум, пригнічений настрій, депресивний стан, тривога тощо. Сьогодні ми:

- Обговоримо виникнення різних емоцій та їхній вплив на вас.
- Будемо вчитися визначати свій емоційний стан.
- Спробуємо навчитись керувати своїми емоціями та почуттями.

Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи маєте ви додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і у разі можливості включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Обговорення емоцій та почуттів, ідентифікація їх

Почати роботу з цими темами варто із обговорення тих емоційних станів, які провокують вживання та погіршують якість життя людини. Впродовж попередніх сесій ви вже мали змогу їх ідентифікувати. Також ви могли їх виявити під час функціонального аналізу. Сум, пригніченість, тривога – найтипівіші з них. Обговоріть із пацієнтом свої спостереження, або результати ФА.

Скажіть наступне:

«Такі почуття, як пригніченість, сум, тривога також можуть погіршувати ваш стан і провокувати вживання. Чи знайомі вони вам? Чи мали вони негативні наслідки у вигляді вживання алкоголю?»

[Дочекайтеся відповіді]

«Нам треба навчитися їх вчасно помічати, розуміти, що з вами відбувається, давати назву цим станам, вимірювати їх. Коли ми це зробимо, ми зможемо рухатися далі і вчитися управляти ними».

«Отже, для початку, ми складемо перелік цих почуттів та емоцій, про які ви говорили, та з'ясуємо їх ознаки»

(Представте таблицю Почуття та Емоції, Додаток 1 до сесії 6).

Почуття, емоція	В яких ситуаціях я її переживаю	Що я відчуваю в тілі при цій емоції	Інші відчуття, стани, які я переживаю при цьому

Разом із пацієнтом заповніть таблицю. Завдання цієї вправи – допомогти пацієнту провести «інвентаризацію» своїх станів та збільшити рівень усвідомленості щодо них. Також ця таблиця допоможе йому краще диференціювати свої стани, і навчитися завчасно розуміти, що саме переживається.

Вимірювання емоцій

Після цього скажіть наступне:

«Окрім знання про емоцію нам також важливо вміти вимірювати її інтенсивність. Ми вже робили подібну вправу щодо злості. Тепер ми застосуємо цей же спосіб щодо інших почуттів».

Оберіть одне з почуттів з таблиці, і, пригадуючи з пацієнтом різні життєві ситуації, оцініть силу обраного почуття в цих ситуаціях.

Потренуйтеся на різних почуттях і різних ситуаціях, періодично звертаючи увагу на негативні наслідки (особливо переживання почуттів високої інтенсивності).

Дайте завдання пацієнтові – коли у нього виникатимуть важкі емоції, давати їм назву та оцінювати їхню інтенсивність. Нехай використовує для цього свій робочий блокнот або інший зручний спосіб.

Менеджмент емоцій

Поведінкова активація

Ця техніка корисна для пацієнтів, які тривалий час знаходяться у пригніченому настрої. Вона також є складовою частиною роботи із депресією, тому вона буде корисною пацієнту для роботи з цим станом, коли при ознаках депресії поруч буде відсутній фахівець.

- Обговоріть із пацієнтом його звичайний розклад дня та тижня. Пройдіться про його денному розкладу від моменту прокидання до засинання – що і коли він робить.
- Скажіть про велику роль ресурсних активностей – справ, які приносять почуття задоволення та енергії.
- Запитайте, які активності йому раніше приносили задоволення. Чи міг би він якісь з них повернути у своє життя?
- Заплануйте із пацієнтом фізичні активності: ранкову зарядку, басейн, похід у спортивний зал, пробіжку, активні спортивні ігри тощо. Що йому було б близьким? Що можна запланувати?
- Допоможіть йому запланувати такі активності, як мінімум, тричі на тиждень. На наступному тижні – додайте навантажень або часу для цього, і так щотижня.

Обговоріть інші ресурсні активності, до яких би пацієнт міг залучитися – будь що, що є безпечним з точки зору вживання, але корисним і таким, що принесе відчуття задоволення або

успіху від досягнення. Це може бути прибирання, городні роботи, долучення до волонтерського руху, приготування страв тощо.

Складіть список таких справ.

Заплануйте хоча б 2–3 таких справи на наступний тиждень.

Обговоріть бар'єри, які можуть заважати виконувати ці активності, і складіть план щодо їх подолання. Наприклад, корисним може бути завести будильник, або просити щодня вам звітуватися через СМС чи повідомлення в інших месенджерах щодо виконаної роботи тощо.

Зважування думок

Ця техніка вимагатиме окремого часу для виконання, тому краще виділити для роботи з нею окрему сесію або розбити її виконання на дві частини. Спершу слід навчити виявляти **негативні автоматичні думки**, а вже потім, на наступній сесії, – їх **зважувати**.

Зобразіть для пацієнта ось таку схему і поясніть її.



Поясніть на прикладах, як так відбувається, що думки впливають на наші емоції та поведінку. Спочатку використайте нейтральний приклад, в якому можна змінити думку і отримати різні варіанти поведінки.

Після цього використайте попередню *Таблицю емоцій та почуттів*, і попросіть пацієнта пригадати ситуацію, в якій виникла та чи інша емоція. Після цього – згадати саму емоцію та поведінку, яка стала її наслідком. Наприклад, це може бути щось таке: «Я прийшов додому, а дружина нагримала на мене через запізнення. Мені стало сумно, я пішов і напився з друзями».

Після цього розпишіть цей рядок відповідно до схеми вище, пропустивши блок із думками. Ще раз поясніть роль думок і попросіть пригадати, які думки прийшли в голову у тій ситуації? Чому вони викликали сум?

Ймовірно, це будуть думки типу «Вона мене не поважає і не цінує», або «Я стільки роблю, а вона так поводить ся», або «Вона не вірить у мене, тож чому я маю вірити у себе?». Якщо думки не знаходяться, допоможіть їх знайти, запропонувавши свої варіанти, інколи, від супротивного: «Чи могли б ви подумати, наприклад, «Ой, який чудовий день сьогодні був?». У відповідь на це ймовірно, пацієнт скаже «Ні, ви що? Як я таке міг подумати? Я подумав, що все моє життя так і пройде, в сварках і в непорозуміннях з дружиною».

Скажіть, що те, що ми виявили – це **негативні автоматичні думки**, які приходять у голову багатьом і псують настрій. Але вони не завжди правдиві. Адже якщо їх вловити, роздиви-

тися і подумати, наскільки ці думки точні, то ми побачимо, що вони викривляють дійсність, яка насправді складніша. Наприклад, дружина могла бути знервованою, бо хвилювалася за пацієнта, за його вчасний прихід додому, або могла мати інші причини – наприклад, невдалий робочий день, сварку з колегою з роботи тощо.

Потренуйтеся виявляти такі думки у ще кількох подібних ситуаціях.

Дайте пацієнтові домашнє завдання – у ситуаціях, коли у нього виникатимуть важкі емоційні стани, після визначення їх та оцінки інтенсивності поруч фіксувати усі думки, які прийшли в голову у момент, коли ситуація сталася.

Скажіть, що це важливо для наступного кроку, наступної техніки.

Після того, коли пацієнт зрозумів ідею щодо **негативних автоматичних думок**, опрацюйте з ним техніку **зважування думок**. Дайте йому наступний бланк (Техніка зважування думок, Додаток 2 до сесії 6).

- Візьміть одну з раніше виявлених думок, запишіть її у бланк разом із пацієнтом. Зазначте емоцію, яку вона викликала та її інтенсивність.
- Складіть перелік аргументів ЗА цю думку.
- Складіть перелік аргументів ПРОТИ цієї думки.
- Зважте, це повинні бути якісні аргументи, факти, докази, а не просто ще одні думки або почуття.
- Після цього допоможіть пацієнтові сформулювати альтернативну думку. Вона не обов'язково повинна суттєво відрізнитися від попередньої, але має бути певна відмінність. Наприклад, вона може бути не такою категоричною, не такою загальною, менш жорсткою тощо.
- Після цього запропонуйте пацієнту уявити, які б він мав почуття та якої інтенсивності вони були б, якби у тій ситуації він мав альтернативну думку? Зафіксуйте це у бланку.
- Запитайте, які були б дії пацієнта? Чи змінилися б вони?

Обговоріть висновки, які для себе пацієнт зробив.

Запропонуйте домашнє завдання: опрацювати протягом тижня хоча б по одній негативній автоматичній думці в день, використовуючи вищезгаданий бланк (краще 3–5, але хоча б 1). Дайте йому достатньо копій бланку.

Типове зауваження від пацієнтів – що робити, якщо думка виявляється правдивою? Скажіть, що таке, звісно, буває, і в таких випадках є два варіанти поведінки:

- 1) Запитати себе: «Навіть якщо ця думка правдива, і мої почуття виправдані – чи корисною є ця поведінка? Чи не призводить вона до ще більших проблем?»
- 2) Використати техніку вирішення проблем, яка буде розглянута на наступній сесії.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати наступне домашнє завдання (лише 1–2, відповідно до матеріалу, опрацьованого на сесії):

- Коли у пацієнта виникатимуть важкі емоції, давати їм назву та оцінювати їхню інтенсивність.
- В ситуаціях, коли виникатимуть важкі емоційні стани, після їх називання та оцінки інтенсивності, поруч фіксувати усі думки, які прийшли в голову у момент, коли ситуація відбувалася
- Опрацювати протягом тижня хоча б по 1 негативній автоматичній думці в день, використовуючи бланк.
- Виконувати ресурсні активності відповідно до плану.

Після постановки домашнього завдання, запитайте чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі, тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати його у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Скажіть таке і поставте наступні запитання:

- «Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?
- Чи було вам під час сесії комфортно?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?»

Також дайте зворотній зв'язок пацієнтові. Форма його може бути різною, як і зміст, головне – будьте максимально відверті й терапевтичні, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Ви дуже гарно навчилися вловлювати Автоматичні думки, і фіксувати їх. Ви справді зрозуміли суть цієї роботи, і це дуже важливо – це допоможе нам рухатися вперед».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час наступної зустрічі.

Додаток 1 до Сесії 6. Емоції та почуття (ознаки)

Почуття, емоція	В яких ситуаціях я її переживаю	Що я відчуваю в тілі при цій емоції	Інші відчуття, стани, які я переживаю при цьому

Додаток 2 до Сесії 6. Зважування думок

Думка:	
Емоція:	Інтенсивність:
Аргументи ЗА	Аргументи ПРОТИ
Альтернативна думка:	
Вірогідна емоція:	Інтенсивність:
Альтернативна поведінка:	

3.9. Сесія 7. Техніка вирішення проблем

Ви вже помітили, що однією із особливостей ваших пацієнтів є неконструктивні способи вирішення проблем, або взагалі їх «невирішування». У результаті, негативні наслідки – практичні (фінанси, стосунки тощо) та емоційні – накопичуються у їхньому житті, створюючи замкнені кола, з яких важко вибратися без сторонньої допомоги.

Ця сесія присвячена лише одній техніці, опрацювання якої допоможе пацієнтам використовувати більш конструктивні способи вирішення проблем, і крок за кроком вирішувати власні життєві складнощі.

3

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть таке:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..)... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливий спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники одразу після вашої зустрічі. І після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було не зрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо буде потреба.

«Наш план на сьогодні – це техніка вирішення проблем. Це простий структурований спосіб роботи із життєвими складнощами, який допоможе вирішувати вже накопичені проблеми, а також уникати їх накопичення у майбутньому.»

Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і у разі можливості включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Поясніть пацієнтові, що ви будете рухатися крок за кроком, дотримуючись інструкцій. Для роботи ви можете використати Бланк техніки вирішення проблем (Додаток 1 до сесії 7).

Зауважте, що для опису усіх варіантів рішень та їх наслідків може не вистачити місця у бланку, тому його слід використати як основу, а додаткові записи вести на окремих аркушах паперу або в інший зручний спосіб.

Отже, оберіть разом із пацієнтом проблему, над якою ви будете працювати разом. Вона не повинна бути складною, за давньою і комплексною – для навчання варто почати з простіших проблем.

Крок 1: Формулювання проблеми

Разом із пацієнтом сформулюйте проблему, з якою ви хочете працювати. Формулювання має бути чітким, якомога простішим, при цьому – максимально конкретним і менш загальним.

Використовуйте запитання, щоб уточнити, конкретизувати, звузити проблему.

Наприклад, проблема «Мало грошей» – занадто розмита і неконкретна. Але проблема «Мені не вистачає коштів, щоб одягнути дитину у школу» – цілком реалістична і добре сформульована. Але ще краще – «У моє дитини немає ... (перелік)... щоб мати те, що мають інші діти у школі для навчання».

Крок 2: Ваша ціль

Разом із пацієнтом сформулюйте, якою була б його ціль, у якому напрямку він би хотів вирішити проблему? Почніть з «я хочу...», «мені потрібно». Ціль повинна бути вимірювана, конкретна, досяжна, реалістична і конструктивна.

Використовуйте запитання, щоб уточнити, конкретизувати, звузити ціль.

Можете пропонувати свої варіанти цілі, щоб допомогти пацієнтові. Адже часто він не в змозі сам це зробити, бо не мав досвіду такої роботи.

Мета «Я хочу мати більше грошей» – не є підходящою для цієї техніки. Мета «Мені потрібно мати додаткові 2000 грн на місяць, щоб забезпечити потреби дитини» – вже набагато краще. «Моїй дитині потрібні... (перелік)...» – теж гарна ціль для роботи.

Як ви вже здогадуєтеся, від цього залежить, які варіанти дій ми оберемо, в якому напрямку будемо думати.

Крок 3: «Мозковий штурм»

Дайте пацієнту наступні інструкції: «Які є можливі варіанти рішення проблеми? Подумайте і запишіть усе, що приходить у голову. Чим більше, тим краще. Не продумуйте їх вірогідність, не критикуйте себе, просто пишіть ідеї».

У певний момент ідей більше не буде – допоможіть, додайте свої варіанти.

Скажіть, що так само, пацієнт може долучити до свого мозкового штурму інших людей – друзів, знайомих, інших довірених осіб.

Крок 4: **Наслідки**

Після цього, візьміть кожне із рішень і продумайте, які наслідки кожного варіанту рішень? Думайте про коротко- і довготермінові наслідки, про позитивні і негативні наслідки.

Крок 5: **Рейтинг рішень**

Оцінивши усі наслідки, оберіть оптимальне рішення.

Крок 6: **Кроки вирішення проблеми**

Складіть разом план, він має бути максимально конкретним – які крок слід зробити, коли і хто їх робитиме – щоб втілити обраний варіант вирішення проблеми.

Крок 7: **Оцінка результату**

Цей крок робимо наступного тижня, після виконання елементів плану з кроку 6. Разом оцінюємо, що вдалося, що ні, і щось слід зробити, щоб вдалося.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати таке домашнє завдання:

- Реалізувати План вирішення проблеми, якщо ви його склали на сесії.
- Або/та Зробити вдома Техніку вирішення проблем щодо іншої проблеми (її слід обрати на сесії).

Після постановки домашнього завдання, запитайте чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі, тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати завдання у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Скажіть таке і поставте наступні запитання:

- «Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?
- Чи було вам під час сесії комфортно?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?»

Також дайте зворотній зв'язок пацієнтові. Форма його може бути різна, як і зміст, головне – будьте максимально відверті й терапевтичні, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Ваш мозковий штурм був вражаючий! Стільки ідей, стільки варіантів вирішення однієї проблеми. Так тримайте при виконанні домашнього завдання. Пам'ятайте, що варіанти є завжди!».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час наступної зустрічі.

Додаток 1 до Сесії 7. Техніка вирішення проблем

Проблема:
Моя мета (Я хочу, мені потрібно):
Мозковий штурм (Які є варіанти?) (10 ідей мінімум):
Наслідки кожного з варіантів:
Яке рішення найкраще? (Найбільше позитивних і найменше негативних наслідків)
План (Як втілити рішення?)
Оцінка (Чи вдалося? Що не вдалося? Чи варто обрати інше рішення?)

3.10. Сесія 9. Зміцнення соціальної підтримки

Ще одна сфера, яка часто є проблемною для пацієнтів сайтів ЗПТ, а особливо тих, які додатково зловживають алкоголем – це сфера стосунків. Вочевидь, у них значно менше шансів отримати соціальну підтримку від оточення, ніж у решти пацієнтів. Наразі, не настільки важливими є причини цього – завдання не у тому, щоб з'ясувати, чи власне алкоголь спричинив руйнування стосунків, чи стосунки спровокували вживання, чи вони є взаємо-підтримуючими факторами. УКПТ важливіше подумати, що можна зробити, щоб розірвати ці замкнені кола, і допомогти пацієнту здобути або відновити втрачені стосункові навички. Цьому і буде присвячено наступний блок роботи.

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть наступне:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..)... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники одразу після вашої зустрічі. А після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було не зрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести зміни, якщо буде потреба.

«Наш план на сьогодні – це робота зі стосунками, і обговорення зусиль щодо зміцнення вашої соціальної підтримки. Ми будемо використовувати вже вивчені техніки щодо нових, соціальних проблем. Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і у разі можливості включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Обговоріть із пацієнтом ключові уміння, важливі для отримання соціальної підтримки та розвитку конструктивних стосунків. Залежно від пацієнта, та його особливостей, вам ймовірно треба буде зосередитися на якомусь певному аспекті, на якомусь із умінь, яких бракує і які потребують розвитку. Втім, навіть якщо потребують розвитку декілька умінь, складіть план і зосередьтеся на чомусь одному, ключовому і важливому саме зараз, чомусь, що може позитивно вплинути на поточну ситуацію і спрацювати на попередження рецидиву.

Ключові уміння (для обговорення із пацієнтом, самооцінки ним рівня їх розвитку):

- Уміння просити про підтримку.
- Уміння бути вдячним за надану підтримку.
- Уміння давати підтримку.
- Уміння сприймати «ні» і казати «ні» – балансувати турботу про свої потреби і потреби інших.
- Уміння турбуватися про себе і про інших.
- Уміння просити пробачення, спокутувати заподіяну шкоду.
- Уміння вибачати.
- Уміння вибирати середовище, друзів, спільноту і т.д.
- Специфічні навички: батьківства, комунікації в подружжі, асертивність та ін.

Обговоріть із пацієнтом його соціальне середовище. Складіть перелік тих, хто:

- корисний для пацієнта і може надати підтримку;
- шкідливий, бо провокує вживання;
- є в негайному доступі;
- з ким порушилися стосунки через вживання;
- з ким би хотілося відновити стосунки;
- з ким би хотілося встановити нові стосунки;
- які є соціальні середовища, групи, у які було б корисно увійти;

Оберіть уміння, з першого списку, та оберіть особу (осіб) з другого списку, до яких було б важливо ці уміння застосувати. Складіть разом із пацієнтом детальний план: коли, кому, що, у який спосіб він має сказати (попросити, запросити, вибачити, вибачитися тощо).

Проведіть рольову гру-репетицію такого повідомлення. Зіграйте роль особи, до якої звертатиметься пацієнт, після цього дайте йому зворотній зв'язок, запропонуйте зміни у поведінці і повторіть кілька разів. Після вдалої спроби обміняйтеся ролями і спробуйте самі побути у ролі пацієнта, а пацієнт – у ролі особи, до якої звертаються.

Після завершення вправи обговоріть враження, почуття пацієнта, його висновки.

Складіть план втілення цих дій у реальному житті.

У разі потреби – використовуйте Техніку Вирішення Проблем.

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати таке домашнє завдання:

- Реалізувати План, який ви склали на сесії.

Після постановки домашнього завдання, запитайте чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі, тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати завдання у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

- Скажіть таке і поставте наступні запитання:
- «Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?
- Чи було вам під час сесії комфортно?
- Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?
- Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?»

Також дайте зворотній зв'язок пацієнтові. Форма його може бути різна, як і зміст, головне – будьте максимально відверті й терапевтичні, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. У вас не все вийшло з першого разу, і було видно, як вам важко було змінювати свою поведінку і пробувати різні її варіанти. Але ви справилися, і наприкінці у нас все вийшло. Така наполегливість і готовність до змін дуже важлива».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час наступної зустрічі.

3.11. Сесія 10. Планування поведінки у кризових ситуаціях і подолання рецидивів

Це одна із завершальних сесій, якщо проводити їх по-порядку. Втім, потреба у роботі з рецидивом може виникнути у будь-який момент. Тож у описі цієї сесії буде дві частини. Одна – щодо планування поведінки у кризових ситуаціях, підготовки пацієнта до можливого рецидиву та дій після нього, а друга, власне, стосуватиметься дій – ваших та пацієнта – після рецидиву.

Із організаційної точки зору, для профілактики рецидиву важливо планувати із пацієнтом «бустерні» сесії. Це зустрічі, які ви будете проводити після завершення основного курсу терапії, із більшим інтервалом, ніж один тиждень. Як правило, спершу бустерні сесії проводять щомісяця, потім щоквартально, потім раз на півроку, потім раз у рік.

Із точки зору тривалості утримання цінною є соціальна інтеграція (ре-інтеграція) пацієнта, його залучення до соціального середовища, яке є корисним і навіть «терапевтичним». Ви самі можете створити таке середовище у себе на сайті ЗПТ, наприклад, організувавши регулярну групу підтримки та взаємопідтримки для пацієнтів, які пройшли курс КПТ щодо вживання алкоголю. На жаль, часто опція із групами АА або АН для ваших пацієнтів не є доступною, оскільки в ідеологію таких груп закладена повна відмова від речовин (до яких вони відносять і замісний препарат). Втім, якщо пацієнт планує вихід із програми ЗПТ і працює над зниженням дози препарату, такі групи цілком можна йому рекомендувати – він може звернутися і бути в терапевтичному середовищі після завершення програми ЗПТ.

Звісно, у профілактиці рецидиву велику роль відіграють і такі речі, як стресостійкість пацієнта, розвиток і багатство ціннісної сфери, загальна якість життя тощо. Інструменти КПТ, які ви використовували протягом усіх сесій, працюють і в цьому напрямку. Але інколи цього буває недостатньо – необхідне залучення інших фахівців для підтримки. Наприклад, для вирішення юридичних питань, працевлаштування, соціальних допомоги тощо. Ці проблеми і, хоч і знаходяться поза межами психотерапії, мають прямий вплив на «стійкість» пацієнта перед життєвими негараздами і покращують його здатність опиратися потягу до вживання.

Ще один важливий фактор у профілактиці рецидивів – це ставлення самого фахівця до них і розуміння того, що рецидиви – це не катастрофа і не «провал», а закономірний і навіть очікуваний етап подолання залежності. Рецидиви дозволяють виявити раніше не опрацьовані тригери, побачити «прогалини» у терапевтичній роботі, у навичках пацієнта, які потребують доопрацювання. Це переконання, цю віру в те, що рецидиви – це не кінець, а лише один крок назад на шляху до одужання – дуже важливо транслювати пацієнтам, особливо, коли рецидив стався і пацієнт зневірений у собі, у терапії тощо.

Будьте готові опрацьовувати такі думки як:

- Зрив (вживання) означає повний провал.
- Я все продув! Все, що я можу зробити, так це далі продовжувати пити.
- Я розплачуюся за всі гріхи.
- Я безнадійний.
- Одного разу алкоголік – алкоголік на все життя.
- Я пияк. Я ніколи не зможу виправитися.

- У мене немає сили волі ... Я втратив контроль.
- Я фізично схильний до цієї гідоти. Я завжди буду таким.

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть наступне:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..) ... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники одразу після вашої зустрічі. І після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було не зрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести, за потреби, зміни.

«Наш план на сьогодні – це робота над профілактикою рецидиву. Оскільки наша робота підходить до завершення, дуже важливо, щоб ви були готові до всього, навіть якщо мене поруч не буде. Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і у разі можливості включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Профілактика

Розкажіть пацієнту про рецидив та його ймовірність, а також про те, що рецидиви – це не катастрофа і не «провал», а закономірний і навіть очікуваний етап подолання залежності. Рецидиви дозволяють виявити раніше не опрацьовані тригери, побачити «прогалини» у терапевтичній роботі, у навичках пацієнта, які потребують до-опрацювання.

Скажіть таке: «Після того, як стався рецидив, у вас можуть виникнути дві думки. Ви можете подумати: «Я допустив помилку і зараз мені потрібно наполегливо працювати, щоб протверезіти». Або ви можете подумати «Це безнадійно, я ніколи не зможу кинути, все що я зміг би зробити – це продовжувати вживати». Або можуть виникнути подібні думки:

- Зрив (вживання) означає повний провал.
- Я все продур! Все що я можу зробити, так це далі продовжувати пити.
- Я розплачуюся за всі гріхи.
- Я безнадійний.
- Одного разу алкоголік – алкоголік на все життя.
- Я пияк. Я ніколи не зможу виправитися.
- У мене немає сили волі ... Я втратив контроль.
- Я фізично схильний до цієї гідоти. Я завжди буду таким».

Запитайте, чи знайомі такі думки пацієнтові, і чи мав він раніше рецидиви, зриви, після того, які вирішував припинити вживання.

Ймовірно, він скаже вам, що це так, він вже пробував зупинити вживання, мав рецидиви, і тому вже майже здався і не дуже вірить, що може припинити вживання. Або сформулює інші песимістичні думки.

Це гарний момент розповісти про модель рецидиву та роль думок та умінь.

«Рецидив виникає у ризикованій ситуації, особливо якщо при цьому ми не маємо навичок справляння з потягом, з управлінням ризикованими ситуаціями тощо (наведіть приклади, релевантні пацієнту), як це було до початку КПТ. Ви очікуєте, що вживання покращить ваш стан, настрій тощо, при цьому ви не вірите у свою здатність справитися і опиратися потягу. Відтак, ви починаєте вживати, і трапляється рецидив. Але, все міняє наявність цих навичок. Пригадуєте, скільки разів уже нам вдавалося зупинити вживання, або зменшити його? Отже, якщо ви маєте всі ці навички і віру у свої сили – ймовірність рецидиву зменшується. Але навіть якщо він трапляється, – це лише означає, що нам треба попрацювати ще, щоб стати ще сильнішими, ще майстернішими».

Поясніть важливість бути підготовленим до виникнення рецидиву

Визначте роль стресу, який запускає фактори рецидиву. Важливі життєві події і зміни можуть призводити до рецидивів (включаючи позитивні зміни).

Проаналізуйте роль негативного мислення у розвитку рецидиву. Попередьте, що якщо рецидив виникає, він найчастіше супроводжується почуттям провини і сорому. Іноді ці почуття прикриваються заявами «мені все одно».

Розробіть план подолання рецидиву. Для цього зробіть наступні кроки:

1. Запропонуйте клієнтам описати життєві події, які можуть призвести до загострення патологічного потягу або до зриву. Обговоріть ситуації, яких необхідно вміти уникати.
2. Запропонуйте клієнтам написати план екстрених заходів, бажано, щоб пункти плану були конкретними.
3. Нагадайте їм про навички подолання, засвоєні на попередніх сесіях, таких як прийоми відмови, методи спілкування, подолання патологічного потягу.

Приклад плану дій в ситуаціях високого ризику, до п.2.

Якщо я стикаюся з подіями, які для мене є ситуаціями високого ризику:

1. *Я покину або зміню оточення або ситуацію.*
2. *Я відкладу рішення про вживання алкоголю на 15 хвилин. Я буду враховувати, що більшість потягів короточасні, і я можу почекати, зберігаючи тверезість.*
3. *Я буду чинити опір своїм думкам про вживання алкоголю. Чи справді мені необхідно випити? Я нагадаю собі, що насправді мої основні потреби включають повітря, воду, їжу і дах над головою.*
4. *Я буду думати про щось, не пов'язане із вживанням алкоголю.*
5. *Я нагадаю собі про свої успіхи до теперішнього моменту.*
6. *Я зателефоную близьким людям з мого списку для екстрених випадків.*

У Додатку до цього посібника наведено «Робочий зошит для самостійної роботи і самодопомоги з попередження рецидивів» – ви можете використати його, як основу для роботи, представивши його пацієнтові.

Робота з пацієнтом після рецидиву

Якщо рецидив стався, і ви маєте зустріч із пацієнтом після цього, майте на увазі, що його емоційний стан може бути суттєво погіршеним.

Нагадайте пацієнтові про всі навички, які він вже отримав і про те, як ці навички можуть впливати на його поведінку в майбутньому.

Проаналізуйте рецидив разом із ним, звертаючи увагу на пов'язані з ним думки і почуття. Зробіть скорочену версію функціонального аналізу, зосередившись на тій ситуації, яка призвела до рецидиву.

При цьому, не допускайте проявів негативного мислення, наприклад: «На мою думку, я ніколи не змінюся». Активно взаємодійте з пацієнтом для спростування цих думок.

На основі проведеного ФА, зосередьтеся на тих тригерах, які були пропущені, або на тих навичках, яких не вистачило пацієнтові в цій ситуації. Ймовірно, цим навичкам варто буде присвятити окрему сесію (або декілька).

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати таке домашнє завдання:

- Доопрацювати План екстрених заходів, доповнити його.

Після постановки домашнього завдання, запитайте чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі, тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати його у свій блокнот або планувальник, якщо він у нього є.

Заплануйте день та час наступної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Скажіть таке і поставте наступні запитання:

- *«Які уроки ви винесли із нашої зустрічі? Що для вас було найважливішим? Як би ви підсумували нашу зустріч?»*
- *«Чи було вам під час сесії комфортно?»*
- *«Чи було щось, що викликало дискомфорт та напругу?»*
- *«Що я маю робити або не робити наступного разу, щоб ви почувалися краще?»*

Також дайте зворотній зв'язок пацієнтові. Форма його може бути різною, як і зміст, головне – будьте максимально відверті й терапевтичні, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе.

«Дякую вам за зворотній зв'язок. Я теж хочу поділитися з вами враженнями від нашої сьогоднішньої зустрічі. Вона була непроста, бо ми говорили про речі, які можуть статися, і які є неприємними для обговорення. Втім, ви мужньо долучилися до розмови, активно пропонували свої стратегії та кризові тактики, доволі творчі, до речі».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час наступної зустрічі.

3.12. Сесія 11. Перспективне планування

Ця сесія завершальна, її мета для пацієнта – розширити сприйняття себе та світу, та себе у світі. Адже відмова від вживання – це не лише про певну поведінку, навички чи ставлення, – це також і про перебудову всього свого життя, переосмислення цінностей, перетворення стосунків, і врешті решт, про зміну особистості, про її розвиток.

Багато клієнтів мають бідний або нереальний репертуар тверезої діяльності. Вони не знають, що робити, коли ти тверезий, чим займатися, як і з ким спілкуватися? Відтак, завдання цієї сесії – допомогти «віднайти» пацієнтові «себе тверезого». Звісно, це завдання тривалістю в життя, втім, його варто розпочинати виконувати тут і зараз.

Огляд міжсесійного періоду та домашнього завдання

Привітайтеся із пацієнтом, подякуйте за те, що він прийшов, і скажіть, що раді його бачити. Потім скажіть таке:

«На минулій зустрічі ми планували домашнє завдання щодо... (..)... Чи вдалося вам це зробити?»

Якщо ні, з'ясуйте у доброзичливій спосіб, що завадило? Вислухайте відповідь, та попросіть, наприклад, заповнити опитувальники одразу після вашої зустрічі. І після заповнення – передати їх вам. Скажіть, що заповнення не займе багато часу.

Якщо проблема у тому, що пацієнт не зрозумів окремих запитань, або інструкцій, – з'ясуйте, що саме було не зрозуміло, і проясніть. У разі потреби – заповніть опитувальники одразу ж, разом із ним.

Якщо були інші домашні завдання, розгляньте їх, та у разі потреби, обговоріть складнощі їх виконання.

Перейдіть до наступного елементу роботи, плану сесії.

План сесії

Обговоріть із пацієнтом план сесії, а також запропонуйте йому внести, за потреби, зміни.

«Наш план на сьогодні – підбиття підсумків та обговорення ваших перспектив, планів на майбутнє. Для цього у нас є 30–40 хвилин. Чи ви маєте додаткові теми для роботи?»

Якщо пацієнт має пропозиції, вислухайте їх, і у разі можливості включіть їх у програму роботи. Якщо ці теми виходять за межі сьогоднішніх завдань, і не є «гарячими» у сенсі кризовості, загрози самогубства тощо, – занотуйте їх, і включіть у план роботи на наступну зустріч. Не забудьте на початку наступної зустрічі нагадати про це, і запитати, чи це все ще актуально.

Якщо пацієнт хоче обговорити питання, які мають кризовий характер, – відкладіть план роботи на наступний раз, і присвятіть час кризовим втручанням.

Основна частина

Власне, ця сесія буде більше проходити у форматі структурованої бесіди, в якій ви задаватимете питання, слухатимете відповіді та робитимете пропозиції пацієнтові щодо низки питань.

Варто обговорити з пацієнтом наступні питання:

- Як ви розумієте свої проблеми – походження, розвиток? Чого ви навчились в процесі терапії?
- Що найбільш допомагає? Думки? Поведінка?
- Чи було досягнуто певного успіху у подоланні труднощів?
- Які ваші наступні кроки? Як ви будете продовжувати розпочату роботу?
- З якими труднощами ви можете зіткнутися у майбутньому? Які ситуації є ситуаціями високого ризику?
- Як ви зможете запобігти рецидиву? Як можна буде підготуватися до його уникнення?
- Що робити, якщо у вас відбудеться «зрив»? Які кроки треба зробити? Як ви зможете собі допомогти? Коли буде потрібно звернутися за допомогою до інших?

Окремо обговоріть, в яких сферах життя пацієнт може додатково реалізуватися, зробити свій внесок, або що потребує покращення, і як він може цього досягти:

- Освіта
- Психологічний добробут
- Робота
- Духовність, релігія
- Відпочинок
- Захоплення, хобі
- Родина
- Суспільство, громада
- Друзі, стосунки
- Фізичне здоров'я
- Спорт
- Матеріальне становище, фінанси
- Інше...

Формулювання домашнього завдання

Після цієї зустрічі ви можете дати наступне домашнє завдання:

- Почати втілювати в життя зміни у тих сферах, які того потребують.

Після постановки домашнього завдання, запитайте чи пацієнт його зрозумів? Попросіть його переказати, що саме він буде робити вдома.

Запитайте, що може стати на перешкоді? Обговоріть, як можна уникнути чи подолати ці перешкоди? (Наприклад, якщо пацієнт забуває про домашнє завдання, то можна на сесії навести будильник в телефоні чи поставити нагадування в календарі, тощо).

Запитайте, коли пацієнт планує виконувати домашнє завдання? В який день, в який час доби?

Попросіть його записати його у свій блокнот або планувальник.

Розкажіть про роль бустерних зустрічей. Заплануйте день та час першої бустерної зустрічі. Обговоріть, чи може щось зашкодити пацієнту прийти та що можна зробити, щоб цих перешкод уникнути.

Зворотній зв'язок щодо сесії

Дайте зворотній зв'язок пацієнтові про всю роботу під час сесій. Форма його може бути різною, як і зміст, головне – будьте максимально відверті й терапевтичні, пам'ятайте, що на цій стадії усе, що ви робите, повинно працювати на підтримку мотивації змін та віри пацієнта у себе. Наприклад:

«Я теж хочу поділитися з вами загальними враженнями від нашої роботи. Подекуди це справді було непросто. Ви доволі складна особистість, і було важко знаходити правильні слова та вдалий підхід. Але, разом з тим, ви дуже наполегливі і мотивовані на зміни. Ви чітко розуміли базові елементи нашої роботи, виконували домашні завдання і дуже багато працювали над собою. Хочу побажати вам і далі бути таким же наполегливим, і у вас все вийде».

Подякуйте пацієнтові за роботу, та нагадайте день і час бустерної зустрічі.

Література

1. Бебор Т.Ф., Хіггінс-Біддл Д.К. (2001). Короткі інтервенції для боротьби з небезпечним і шкідливим вживанням алкоголю. ВООЗ. 2001. 44 с. (Оригінал – World Health Organization. (2001). Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care / Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle. WorldHealthOrganization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67210>)
2. Вестбрук, Д., Кеннерлі, Г., & Кірк, Д. (2014). Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Свічадо. – Львів. – 2014. – 410 с.
3. ВООЗ(2017). Перша психологічна допомога. Посібник для працівників на місцях. – К.: Пульсари, 2017. – 66 с. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf?sequence=72>
4. ВООЗ(2020). Керівництво mhGAP: для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Карачевський А. (2016). Подолати алкогольну залежність. – Львів: Свічадо, 2016 – 124 с.
6. Маїстро С., Коннорс Дж., Дірінг Р. Розлади, спричинені вживанням алкоголю. – Львів: Свічадо, 2018. – 123 с.
7. APA (2018). The American Psychiatric Association Practice Guideline For The Pharmacological Treatment Of Patients With Alcohol Use Disorder <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615371969>
8. Beck, A.T. Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press.
9. Bennett, G. A., Edwards, S., & Bailey, J. (2002). Helping methadone patients who drink excessively to drink less: short-term outcomes of a pilot motivational intervention. Journal of Substance Use, 7(4), 191–197.
10. Bickel, W. K., & Amass, L. (1993). The relationship of mean daily blood alcohol levels to admission MAST, clinic absenteeism and depression in alcoholic methadone patients. Drug and alcohol dependence, 32(2), 113–118.
11. Bickel, W. K., Marion, I., & Lowinson, J. H. (1987). The treatment of alcoholic methadone patients: a review. Journal of Substance Abuse Treatment, 4(1), 15–19.

12. Bickel, W. K., Rizzuto, P., Zielony, R. D., Klobas, J., Pangiosonlis, P., Mernit, R., & Knight, W. F. (1988). Combined behavioral and pharmacological treatment of alcoholic methadone patients. *Journal of Substance Abuse*, 1(2), 161–171.
13. Bromet, E. J., Gluzman, S., Paniotto, V., et al. (2005) Epidemiology of psychiatric disorders in Ukraine: findings from the Ukraine Mental Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 689 – 690
14. Darke, S., Duflou, J., & Torok, M. (2010). The comparative toxicology and major organ pathology of fatal methadone and heroin toxicity cases. *Drug and alcohol dependence*, 106(1), 1–6.
15. Darker, C. D., Sweeney, B. P., El Hassan, H. O., Smyth, B. P., Ivers, J. H. H., & Barry, J. M. (2012). Brief interventions are effective in reducing alcohol consumption in opiate-dependent methadone-maintained patients: Results from an implementation study. *Drug and alcohol review*, 31(3), 348–356.
16. Darker, C. D., Sweeney, B., Keenan, E., Whiston, L., Anderson, R., & Barry, J. (2016). Screening and brief interventions for illicit drug use and alcohol use in methadone maintained opiate-dependent patients: Results of a pilot cluster randomized controlled trial feasibility study. *Substance use & misuse*, 51(9), 1104–1115.
17. Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., et al. (2008) Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5, e141
18. Denooz, R., & Charlier, C. (2006). Fatal methadone poisoning: observations at the CHU of Liege. *Acta Clinica Belgica*, 61, 32–36.
19. El-Bassel, N., Schilling, R. F., Turnbull, J. E., & Su, K. H. (1993). Correlates of alcohol use among methadone patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(3), 681–686.
20. EMCDDA (2016). Drug use among the general population and young people. https://www.emcdda.europa.eu/countries/ukraine_en#prevalence
21. Establishing a strong recovery from drug and alcohol addiction. Workbook created by St. Joseph Institute for Addiction, 2005
22. Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., Córdova, J., & Kelley, M. L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 229–246.
23. Feldman, N., Chatton, A., Khan, R., Khazaal, Y., & Zullino, D. (2011). Alcohol-related brief intervention in patients treated for opiate or cocaine dependence: a randomized controlled study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 1–8.
24. Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioral therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579–585.

25. Garbutt, J. C., Kranzler, H. R., O'Malley, S. S., Gastfriend, D. R., Pettinati, H. M., Silverman, B. L., ... & Vivitrex Study Group. (2005). Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Jama*, 293(13), 1617–1625.
26. Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors*, 102, 106128.
27. Guerzoni, S., Pellesi, L., Pini, L. A., & Caputo, F. (2018). Drug-drug interactions in the treatment for alcohol use disorders: a comprehensive review. *Pharmacological research*, 133, 65–76.
28. Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E., & Lopatko, O. (2009). Guidelines for the treatment of alcohol problems. <https://www.health.gov.au/resources/publications/guidelines-for-the-treatment-of-alcohol-problems>
29. Häkkinen, M., Launiainen, T., Vuori, E., & Ojanperä, I. (2012). Benzodiazepines and alcohol are associated with cases of fatal buprenorphine poisoning. *European journal of clinical pharmacology*, 68(3), 301–309.
30. Hartzler, B., Donovan, D. M., & Huang, Z. (2010). Comparison of opiate-primary treatment seekers with and without alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 39(2), 114–123.
31. Huang, W., Penaherrera, E. P., Desir, D. F., Gamarro, D. L., Cottrell, J., Chu, T., & Chang, S. L. (2019). Bi-directional Acceleration of Alcohol Use and Opioid Use Disorder. *Journal of drug and alcohol research*, 2019.
32. Joseph, H., & Appel, P. (1985). Alcoholism and methadone treatment: consequences for the patient and program. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 11(1–2), 37–53.
33. Kleykamp, B. A., Vandrey, R. G., Bigelow, G. E., Strain, E. C., & Mintzer, M. Z. (2015). Effects of methadone plus alcohol on cognitive performance in methadone-maintained volunteers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 41(3), 251–256.
34. Klimas, J., Nosova, E., Socías, E., Nolan, S., Brar, R., Hayashi, K., ... & Wood, E. (2018). Factors associated with discontinuation of methadone maintenance therapy (MMT) among persons who use alcohol in Vancouver, Canada. *Drug and alcohol dependence*, 186, 182–186.
35. Klostermann, K., & Fals-Stewart, W. (2008). Behavioral couples therapy for substance abuse. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, 1(4), 81.
36. Landsman-Blumberg, P. B., Katz, N., Gajria, K., Coutinho, A. D., Yeung, P. P., & White, R. (2017). Burden of alcohol abuse or dependence among long-term opioid users with chronic noncancer pain. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 23(7), 718–724.

37. Laramée, P., Kusel, J., Leonard, S., Aubin, H. J., François, C., & Daeppen, J. B. (2013). The economic burden of alcohol dependence in Europe. *Alcohol and alcoholism*, 48(3), 259–269.
38. Larimer, M. E., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Psychosocial treatments*, 11–28.
39. Lenz, A. S., Rosenbaum, L., & Sheperis, D. (2016). Meta-analysis of randomized controlled trials of motivational enhancement therapy for reducing substance use. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 37(2), 66–86.
40. Levchuk, N. (2009). Alcohol and mortality in Ukraine. Institute for Demography and Social Studies at the National Academy of Sciences of Ukraine [Electronic resource]/N. Levchuk. – Access: http://www.academia.edu/1521860/Alcohol_and_mortality_in_Ukraine.
41. Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modeling study. *The Lancet*, 393(10190), 2493–2502.
42. Mar Y, Kunins H. (2020) Treatment of Alcohol Use Disorder [Internet]. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2020 Jul. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561234>
43. Maremmani, I., Pani, P. P., Mellini, A., Pacini, M., Marini, G., Lovrecic, M., ... & Shinderman, M. (2007). Alcohol and cocaine use and abuse among opioid addicts engaged in a methadone maintenance treatment program. *Journal of addictive diseases*, 26(1), 61–70.
44. Miller, W. R. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. 2). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
45. Monti, P. M. (Ed.). (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Guilford Press.
46. Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., & Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (p. 221 – 241). Allyn & Bacon.
47. Nolan, S., Klimas, J., & Wood, E. (2016). Alcohol use in opioid agonist treatment. *Addiction science & clinical practice*, 11(1), 1–7.
48. Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., ... & Leake, B. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug and alcohol dependence*, 107(1), 23–30.
49. O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2012). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. Guilford Press.

50. OECD (2019), “Alcohol consumption among adults”, in Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/961753cf-en>
51. Petry, N. M. (2011). Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. *The psychiatrist*, 35(5), 161–163.
52. Popova, S., Rehm, J., Patra, J., et al. (2007) Comparing alcohol consumption in Central and Eastern Europe to Southern and Western Europe, Russia and Ukraine. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 465 – 473.
53. Ramachandran, A., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., Karachevskyy, A., Kharchenko, N., Shpiker, M., ... & Roberts, B. (2019). Alcohol use among conflict-affected persons in Ukraine: risk factors, coping and access to mental health services. *European journal of public health*, 29(6), 1141–1146.
54. Rehm, J., Allamani, A., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Manthey, J., Probst, C., ... & Wojnar, M. (2015). Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC family practice*, 16(1), 1–9.
55. Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G., & Frick, U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence.
56. Reilly, P., & Shopshire, M. S. (2019). *Anger Management for Substance Use Disorder and Mental Health Clients: A Cognitive-behavioral Therapy Manual*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/anger_management_manual_508_compliant.pdf
57. Saffier, K., Colombo, C., Brown, D., Mundt, M. P., & Fleming, M. F. (2007). Addiction Severity Index in a chronic pain sample receiving opioid therapy. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 303–311.
58. Sallie, S. N., Ritou, V., Bowden-Jones, H., & Voon, V. (2020). Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ open*, 10(11), e044276.
59. Samokhvalov, A. V., Pidkorytov, V. S., Linskiy, I. V., Minko, O. I., Minko, O. O., Rehm, J., & Popova, S. (2009). Alcohol use and addiction services in Ukraine. *International Psychiatry*, 6(1), 5–7.
60. Soyka, M. (2015). Alcohol use disorders in opioid maintenance therapy: prevalence, clinical correlates and treatment. *European Addiction Research*, 21(2), 78–87.
61. Srivastava, A., Kahan, M., & Ross, S. (2008). The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 34(2), 215–223.

62. STEPS (2019). STEPS Поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань Україна 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336643/WHO-EURO-2020-1468-41218-56059-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
63. Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Yothasamut, J., & Lertpitakpong, C. (2009). The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 4(1), 1–11.
64. Watson, B., Conigrave, K. M., Wallace, C., Whitfield, J. B., Wurst, F., & Haber, P. S. (2007). Hazardous alcohol consumption and other barriers to antiviral treatment among hepatitis C positive people receiving opioid maintenance treatment. Drug and alcohol review, 26(3), 231–239.
65. Webb, C. P., Bromet, E. J., Gluzman, S., Tintle, N. L., Schwartz, J. E., Kostyuchenko, S., & Havenaar, J. M. (2005). Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: findings from the world mental health survey. Alcohol and Alcoholism, 40(4), 327–335.
66. WHO (2020). Recorded alcohol per capita consumption, from 2010. Updated May 2020. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en&showonly=GISAH>
67. Witkiewitz, K., & Vowles, K. E. (2018). Alcohol and opioid use, co-use, and chronic pain in the context of the opioid epidemic: A critical review. Alcoholism: clinical and experimental research, 42(3), 478–488.

Матеріали для самодопомоги

Буклети для пацієнтів

Ризики вживання алкоголю



Ризики вживання алкоголю учасниками програми ЗПТ

Якщо ви знаєте або відчуваєте, що маєте проблеми із вживанням алкоголю – скажіть про це своєму лікарю та отримайте допомогу і підтримку щодо зменшення вживання.

Навіть часткове зменшення вживання алкоголю суттєво покращить якість вашого життя та переваги від участі в програмі ЗПТ.



Робочий зошит для самостійної роботи і самодопомоги з попередження рецидивів

(непереклад з *Establishing a strong recovery from drug and alcohol addiction. Workbook created by St. Joseph Institute for Addiction, 2005*)

Реабілітація алко- та наркозалежних – це не просто крок, а ціла подорож. На жаль, така подорож наповнена неодноразовими стартами та зупинками, і однієї сили волі недостатньо, щоб не повернутись до залежності. Більшість науковців стверджує, що залежність – це хронічна хвороба. Якщо ти хочеш вилікуватись від цієї хвороби, тобі потрібно навчитись жити інакше. Тобі потрібен план.

Цей посібник допоможе тобі розробити план, який допоможе дійти до кінця і не зірватись. Ми пропонуємо тобі самотужки опрацювати його, відповісти на запитання та з часом повернутись до них для переосмислення.

Спочатку проаналізуй плани реабілітації, які пройшли перевірку часом. Як люди з найкращим показниками успішності керують своїм процесом реабілітації? Як виглядає повна програма реабілітації?

Науковці дослідили алко- та наркозалежних, в яких після 5 років показник успішності сягнув 90% та вище. Їхні дослідження показали, що найуспішніші виконували наступні рекомендації:

- **Приділяй час лікуванню.** Однієї детоксикації недостатньо. Ти повинен вивчити свою залежність та навчитись жити інакше. Чим довше ти лікуєшся, тим краще проходитиме процес реабілітації.
- **Вирішуй супутні проблеми.** Більшість з тих, хто має залежність, стикається з проблемами, які підштовхують їх повернутись до залежності. Депресія, тривога, психічна травма, біполярний розлад, посттравматичний розлад, нервовий розлад, образа – причини, які призводять до самолікування. Ефективне лікування залежності вимагає, щоб всі проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям, були вирішені.
- **Заручись підтримкою.** Реабілітація – це затяжний процес. Коли настають складні часи та залежність дає про себе знати, то краще, щоб поруч був хтось, хто зможе підтримати. На щастя, існує багато груп для людей, які проходять процес реабілітації.
- **Будь відповідальним та чесним перед собою.** Залежність живиться брехнею та секретами. Тому ти маєш подивитись правді в очі та час від часу пересвідчуватись, що не повернувся до минулого стилю життя. Багато людей, які проходять реабілітацію, періодично роблять тест на наркотики протягом перших трьох років.
- **Змінюйся.** Ефективний реабілітаційний процес вимагає від тебе важких рішень. У твоєму житті все має змінитись - від малого до великого.
- **Будуй краще життя.** Реабілітація - це не лише відмова від певних речей, але й кращий стиль життя, мета якого реалізувати мрії та досягти успіху.

Вчись на успіхах інших та будуй реабілітаційний план, який допоможе тобі не повернутись до залежності. У наступному розділі ти зможеш проаналізувати ситуацію, в якій ти зараз знаходишся, визначиш завдання для реабілітації та створиш список та план, які допоможуть тобі пересвідчитись, що ти маєш достатню підтримку.

Повертаємось до реальності.

Аналіз ситуації: Чому я це роблю?

Ти вживаєш наркотики через якусь причину. Ти хочеш змінити своє самопочуття?

Ти хочеш розслабитись, втекти, забутись, розвеселитись чи уникнути болю. Основний твій мотив – це бажання змінити свої думки та почуття. Цей розділ допоможе тобі визначити емоційні та інші причини, які призводять до вживання, збільшують шанси вживання та завдання, які мотивують пройти реабілітацію.

Тобі слід визначити «причини», які вмотивують не зірватись та пройти реабілітацію успішно. Які думки, емоції чи обставини пробуджують бажання до вживання наркотиків чи алкоголю? Якщо ти визначиш причини, які заохочують до вживання наркотиків, то ти зможеш знайти кращу альтернативу. Боротьба з залежністю не означає, що ти повинен відігнати всі свої емоції, просто ти маєш зрозуміти їх і знайти кращий спосіб управління ними.

Визнач причини, які призводять до вживання наркотиків (можливі всі варіанти).

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| – Стрес | – Фінансові труднощі |
| – Проблеми в сім'ї | – Самотність |
| – Нудьга | – Проблеми зі сном |
| – Фізичний біль | – Бажання бути таким, як інші |
| – Тривога | – Бажання керувати емоціями |
| – Депресія | – Розчарування |
| – Злість | – Бажання побороти страх |
| – Бажання отримати більше розваг | – Інше: |
| – Бажання побороти сором'язливість | – _____ |
| – Бажання забути деякі події | – _____ |

Які з зазначених причин ти б назвав основними? Чому?

1. _____
2. _____
3. _____

Визначаємо стрес

Які основні причини нервовості в моєму житті?

Всі знають, що основною причиною вживання наркотиків є стрес. Тому, в твоєму реабілітаційному плані ти маєш визначити методи керування стресом у своєму житті.

Деякі з методів у твоєму списку будуть швидкими та простими (наприклад, закрити очі на декілька секунд та глибоко вдихнути). Інші методи потребуватимуть більше дій (наприклад, відвідування спортзалу, велопогулянки чи робота в саду).

Найважливіше, що ти не повинен ігнорувати стрес.

Якщо ти дозволиш стресу накопичуватись, то це призведе до повернення до залежності.

Спершу визнач основні причини стресу (вибери три основні причини):

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| – Робота | – Забагато обов'язків |
| – Фінансові труднощі | – Проблеми зі спілкуванням |
| – Фізичний біль | – Колишні психічні травми |
| – Самотність/нудьга | – Виснаження |
| – Проблеми з управлінням часом | – Інше: |
| – Проблеми зі сном | – _____ |
| – Проблеми в сім'ї | – _____ |

Використовуючи цей список, визнач методи, які допоможуть тобі впоратись зі стресом (вибери методи, які, на твою думку, будуть найефективнішими, та занотуй можливі дії (наприклад, список книг, які ти хочеш прочитати)):

Читати книги

Слухати музику

Медитація

Розмовляти з друзями

Займатись спортом (спортзал, прогулянки, аеробіка)

Хобі

Молитви

Ведення розкладу та ефективне керування часом

Участь у заходах

Інше:

Аналізуємо думки

Як я можу змінити своє мислення?

Залежність характеризується як «деструктивне мислення» - думки, ідеї та пояснення, які виправдовують причину вживання. Під час реабілітації тобі слід перестати позитивно мислити про свою залежність (наприклад: «Я дуже сильно знервований, тому мені потрібні наркотики/алкоголь, щоб заспокоїтись».)

Такі думки мають класифікуватись як «голос залежності» та мають бути замінені позитивними ідеями, які направлятимуть тебе в правильному напрямку (наприклад: «Якщо я не буду вживати, то я зможу повернути втрачену довіру родини»).

Напиши думки, які використовує «голос залежності», щоб змусити тебе повернутись до вживання.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Напиши позитивні думки «голосу реабілітації», які допомагають не вживати.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Змінюємось

Що я маю змінити у своєму житті?

Існує таке прислів'я: «Нічого не зміниться, якщо нічого не змінювати». Таке усвідомлення - дуже важливий крок до абсолютного утримання від залежності.

Ти мусиш змінити своє життя! Найважливіше те, що ти маєш створити середовище, в якому легше не вживати. Тому тобі потрібно уникнути сфер життя, які спонукали до залежності.

Проаналізуй своє життя та визнач зміни, які ти хочеш зробити. Вибери твердження, які важливі для тебе та допиши деталі та імена.

Я хочу залишатись подалі від деяких людей, оскільки вони вживають

Я хочу оминати місця, де розповсюджують наркотики

Я хочу оминати людей, які додають стрес та конфліктні ситуації в моє життя

Я хочу оминати місця, де існує стиль життя, якого я намагаюсь оминати

Я хочу залишитись подалі від людей, які не підтримуватимуть мене на шляху до змін

Я не хочу відвідувати заходи, які асоціюються з моєю залежністю

Я хочу оминати деякі місця, які спонукають мене повернутись до вживання

Я хочу уникати речей, які асоціюються з моєю залежністю (музика, одяг, атрибути, заходи) _____

Витрати якийсь час, щоб подумати над цими твердженнями про зміни. Які зміни пройдуть легко для тебе? Які зміни пройдуть важко? Чи потребує твій процес реабілітації будь-яких серйозних змін, таких як пошук нової роботи, припинення стосунків або переїзд в інший район чи місто? Якщо так, то склади план, щоб знайти людей і ресурси, які будуть потрібні для підтримки цих змін (у розділі «Діємо» ти дізнаєшся як створити групу підтримки).

Тепер, коли ти розглянув те, що ти хочеш видалити зі свого життя, подумай про те, що ти хотів би додати до нього. Чи існують якісь стосунки, які ти хотів би розвивати? Може, ти хочеш покращити свою освіту в майбутньому? Чи існують які-небудь місця або групи, які ти хотів би відвідувати регулярно та зробити частиною свого життя?

Визначаємо цілі

Чого я хочу досягнути в житті, щоб покращити його чи, щоб воно набуло сенсу?

Залежність руйнує твої життєві цілі. Це може перешкодити тобі досягти їх, або підірвати їх важливість. Занадто часто головною метою життя залежних стає отримати і використати наркотики або алкоголь.

Реабілітація стає ефективнішою і швидшою, якщо ти визначиш, куди ти рухаєшся і чи хочеш ти туди рухатись. Коли життя має більш чітку мету, воно набуває нового змісту і мотивації.

Визнач, що ти хочеш досягнути протягом реабілітації. Нехай ці цілі стають маяком, до якого ти рухаєшся, і мотивацією для зміни. Витрати деякий час, щоб визначити декілька короткострокових, середньострокових і довгострокових цілей.

Які мої короткострокові цілі (досягнути протягом цього місяця)?

1.

2.

3.

Які мої середньострокові цілі (досягнути протягом наступних 6-12 місяців)?

1.

2.

3.

Які мої довгострокові цілі (досягнути протягом наступних 1-3 років)?

1.

2.

3.

Діємо

Якщо у тебе є залежність, ти вже знаєш, наскільки підступною вона є. Залежність, наче тигр на полюванні, нападає, коли ти найуразливіший. Будь-який натяк на слабкість, стрес або біль у твоєму житті може бути запрошенням для думок про вживання наркотиків чи алкоголю. Не дозволяй залежності захопити тебе зненацька.

Ця частина допоможе створити список для аналізу твого процесу реабілітації. Це також допоможе тобі встановити чіткі і доступні канали підтримки для запобігання або переривання рецидиву.

Створюємо список

Що я маю робити, щоб реабілітація проходила ефективно?

Використовуючи список нижче, ти маєш визначити, що робитиме твій процес реабілітації ефективним (вибери 3-4 пріоритети). Час від часу повертайся до цього списку, адже ти помітиш, що пріоритети можуть змінитись через певний період. Нагадуй собі щодня свої пріоритети та цілі, щоб пересвідчитись, що ти не повернувся на старий шлях.

- Підтримувати здорові стосунки.
- Залишатись в хороших стосунках.
- Покращити спілкування.
- Зменшити кількість конфліктів.
- Оминати людей, які вживають/шкодять/не допомагають реабілітуватись.
- Дбати про здоров'я:
 - здорова їжа;
 - врегульований сон;
 - заняття спортом
 - інше: _____
- Знайти підтримку:
 - відвідувати групи взаємодопомоги;
 - працювати з куратором;
 - знайти наставника/радника;
 - інше: _____
- Вирости морально
 - спробувати/дізнатись про духовний світ;
 - молитися/медитувати;
 - приєднатись до релігійної общини;
 - інше: _____

Помічаємо небезпечні прояви залежності

Як визначити речі, які потрібно змінювати?

Повернення до залежності – це процес, а не випадкова подія.

Зазвичай, рецидив розпочинається за декілька днів чи тижнів до фактичного вживання наркотиків чи алкоголю.

Готовність до небезпечних проявів залежності та швидка відповідь (зміна) допоможе перешкодити поверненню до залежності. Якщо ти спостерігаєш емоційні труднощі, важкі думки чи зміни в поведінці, які можуть призвести до рецидиву, то краще звернутись за підтримкою.

Вибери зі списку нижче 3 найсерйозніші прояви повернення до залежності:

- | | |
|----------------------------------|--|
| – Збільшення тривоги | – Проблеми зі сном |
| – Нетерплячість | – Занепад духу |
| – Злість | – Самотність/туга |
| – Захисна поведінка | – Приголомшення |
| – Перепади настрою | – Роздуми про речі, які нагадують про залежність |
| – Відчуження | – Брехня |
| – Небажання пошуку допомоги | – Ідеалізоване минуле |
| – Припинення дій по реабілітації | – _____ |

Якщо ти починаєш думати про вживання, ти повинен діяти. Яка із стратегій тобі підійде?

- **Повторення істин.** Задумайся над тим, що наркотики зробили з твоїм життям. Що буде з тобою, якщо ти знову повернешся до залежності?
- **Відволікання.** Тяга до вживання триває від 15 до 30 хв. Тому, в цей період потрібно сфокусуватись на чомусь іншому.
- **Спілкування.** Коли ми ділимося емоціями та думками з іншими, то, зазвичай, бажання зникає.
- **Відвідування зустрічей.** Проведення часу з іншими, хто проходить реабілітацію допомагає врегулювати процес.
- **Молитви/медитації.** Пошук духовної сили допоможе тобі побороти негативні та руйнівні чинники.
- Інше: _____

Впроваджуємо заходи щодо попередження

Кому я зателефоную у важкий момент?

Боротьба із залежністю відбувається лише у твоїй голові. Думки та бажання спонукають тебе діяти не так, як ти цього хочеш. Часом будуть періоди, коли ти з легкістю відкидатимеш думку про вживання, але будуть і такі періоди, коли твоя голова розриватиметься від думок про вживання. Коли настане такий період, а він настане, тобі буде потрібна підтримка. Ти не мушиш боротись із залежністю самотужки.

Склади список людей, яким ти зможеш зателефонувати у випадку необхідності. Ці люди будуть твоєю особистою гарячою лінією. Завжди тримай список оновленим та використовуй, коли відчуваєш, що втрачаєш самоконтроль.

Ім'я

Контактні дані

Групи взаємної допомоги допоможуть впоратись, коли тяга та бажання тебе турбуватимуть.

Група

Адреса

Час зустрічей

Розробляємо запасний план

Що робити, якщо зірвався?

На жаль, коли людина повертається до залежності, вона стикається з тими ж проблемами минулого. У запасному плані мають бути друзі, родина, наставники – люди, які допоможуть повернутись до процесу реабілітації без значних страждань.

Розроби план дій, щоб зупинити рецидив, і поділися ним із людьми, які допоможуть втілити його в життя. План має бути хорошим, адже він слугуватиме на все життя.

Як найближчі для мене люди допомагатимуть мені?

Імена: _____

- Періодично проводитимуть мені тести на наркотики без мого відома.
- Забиратимуть гроші у моменти, коли я хотітиму вживати.
- Телефонуватимуть до мого наставника/куратора задля допомоги.
- Відмовлятимуть у допомозі, доки я не повернусь до реабілітації.
- Інше: _____

Як мої друзі допомагатимуть мені?

Імена: _____

- Мотивуватимуть мене ходити на зустрічі.
- Змушуватимуть мене телефонувати до наставника/куратора.
- Не допомагатимуть потрапити в місця, які асоціюються з наркотиками.
- Показуватимуть свою любов до мене та будуть зі мною у складний момент.
- Інше: _____

Як мій наставник/куратор допомагатиме мені? Ім'я: _____

- Телефонуватиме родині та друзям, щоб вони мене підтримали.
- Доправлятиме мене до місця зустрічей.
- Відмовлятиметься приймати мої причини вживання.
- Інше: _____

Готуємо легенду

Що ти розповідатимеш про свою реабілітацію?

Продумай, що ти розповідатимеш про свою залежність та реабілітацію та можливі відповіді на запитання.

Що ти розповіси сім'ї та друзям про свою залежність та реабілітацію?

Що ти відповіси колегам чи знайомим на запитання, чому ти не п'єш чи не вживаєш?

Рухаємось далі

Що допоможе не вживати?

Знаючи, що допомагає і що шкодить твоїй реабілітації, ти зможеш приймати кращі рішення.

Тези, наведені нижче, сформульовані людьми, які вже не вживають 5, 10, 15, та навіть 50 років. Тобі захочеться впровадити багато що у своє життя.

Позитивне мислення. Ти повинен налаштувати свої думки лише на позитив. Якщо твої думки хороші, то і твоє життя буде хорошим.

Приділяй увагу симптомам. Коли твоє тіло, емоції та духовний стан починають проявляти незрозумілі ознаки, ти повинен діяти негайно, щоб повернутись назад у русло реабілітації.

Не намагайся робити все самотужки. Всі, хто робить найбільший прогрес на шляху до реабілітації, не бояться попросити про допомогу.

Знайди підтримку в спільноті. Людина створена для стосунків. Долучайся до спільнот, які цінуватимуть і підтримуватимуть тебе.

Постійно вивчай щось нове. Дуже важливо зрозуміти суть залежності, адже тоді тобі буде легше не потрапити в її капкан. Наука постійно розвивається, тому навчання ніколи не завершиться.

Розважайся. Реабілітація не повинна бути сумним процесом. Мільйони людей теж шукають нових друзів, з якими можна насолоджуватись життям без залежності.

Слідкуй за собою. Ти мусиш слідкувати за собою. Пам'ятай, що такі фактори як голод, злість, самотність та втома можуть серйозно вплинути на процес реабілітації.

Змирись з тим, що життя складне. Вживання наркотиків та алкоголю – один із найпоширеніших способів уникнення життя. Замість того, щоб нарікати на життя, ми повинні прийняти його виклики та вирішувати наші проблеми.

Постійно розвивайся. Всі завдання реабілітації спрямовані на те, щоб стати кращою людиною. Працюй над собою, контролюй стрес, будуй здорові стосунки та досягай цілей з ентузіазмом.

Не забувай про духовне. Не слід уникати найбільших питань в житті. Подумай, у що ти віриш. Прагни будувати свою віру.

МБФ «Альянс громадського здоров'я»

01601, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 24, корп. 3,
тел. +380 44 490 54 85 / 85 / 87