

Biopsychosocial model as a basis of delivering a care for addicts

Yuliia O. Asieieva

Odessa National Medical University

Abstract

The problem of addictive behavior has a long history in medicine and psychology. Given the current ephemerality of life, a sufficient number of stressful and frustrating circumstances, a large amount of information load contributes to the need to maintain one's mental health. Very often, the mechanisms of psychological protection direct the individual on the path of escape from problems and departure from reality, which leads to the formation of certain types of dependencies. The concept of dependence is considered in the work, some types are outlined and nosological characteristics are described. The principles and basic provisions of building a biopsychosocial model are revealed. The model of providing assistance from the standpoint of biopsychosocial approach and the main functions and tasks of each member of the multidisciplinary team are described. It is noted that the complex of addiction therapy is developed in accordance with the identified factors and type of addiction. In the biological context it is pharmacotherapy, in the psychological context it is psychocorrectional or psychotherapeutic assistance, in the social context it is assistance to a family or an individual member, other social interventions. The essence of our proposed adaptive model is to optimize the use of all resources that are available with their adaptation to the needs of a person with addiction. Note that with the growing number of people with addictions in our country there is an urgent need to create institutions with a "full cycle" of

services, where all components of biopsychosocial care could be received by people with different types of addictions, so to speak "through one window".

Key words: chemical dependency; non-chemical dependency; intermediate dependency; biopsychosocial approach.

БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ЯК БАЗИС ДЛЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ЗАЛЕЖНІСТЮ

Ю. О.Асєєва

Одеський національний медичний університет

Сучасні умови життєдіяльності людини характеризуються різким збільшенням об'єму та необхідністю швидкої обробки інформації, змінюються соціально-політичні, соціально-економічні, культурологічні та психологічні умови. Все це та багато інших факторів викликає необхідність збереження особистості свого психічного здоров'я. На несвідомому рівні запускаються механізми психологічного захисту, які дуже часто спрямовують особистість на шлях втечі від проблем та відходу від реальності, що призводить до формування різноманітних видів залежностей.

Звертаючись до аналізу літературних джерел з проблеми формування як «хімічних» так і «нехімічних залежностей», можливо відзначити їх міждисциплінарний характер, який потребує всебічного підходу до вирішення проблеми профілактики, лікування, психокорекції та супроводу осіб які страждають від певних видів залежностей.

Метою даної роботи став аналіз наукових досліджень та розробка біопсихосоціальної моделі допомоги особам які страждають від залежності

Методами дослідження було обрано: бібліографічний, історичний та аналітичний аналіз.

В сучасній адиктології закріплено поділ залежностей на дві глобальні групи: хімічні та нехімічні види адикцій. Згодом у роботах Ц.П. Короленко і М.В. Дмитрієва з'являється розподіл різноманітних залежностей на хімічні, нехімічні та проміжні [8].

До хімічних відносять залежність від алкоголю, тютюну, кофеїну, опіатів, канабіноїдів, галюциногенів, різних розчинників, транквілізаторів, барбітуратів тощо. До проміжних залежностей здебільшого відносять (F50; F64 F65): нервова анорексія;

атипова нервова анорексія; нервова булімія; атипова нервова булімія; переїдання, пов'язане з іншими психологічними розладами; розлади статевої ідентифікації та розлади сексуального уподобання тощо [11].

Серед нехімічних залежностей можливо відокремити: соціально прийнятні адикції; патологічні нехімічні адикції; кіберадикції. До соціально прийнятних залежностей відносять: трудовоголізм; релігійна; адикція від здорового способу життя; адикція від стосунків; патологічне читання; колекціонування тощо. До патологічних нехімічних залежностей можливо віднести: гемблінг; шопоголізм; зіпінг; телевізійну залежність, а також залежність від шуму тощо.

Розглядаючи поняття «залежності» можливо відзначити, що наприклад, Ц.П. Короленко та Б. Сігал характеризують залежну поведінку прагненням відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, під час якого людина зупиняється в своєму особистісному розвитку. В.Д. Менделевич під залежністю розуміє будь-яке надцінне захоплення, при якому об'єкт захоплення або діяльність стає визначальним для людини і витісняє інші види діяльності. Дж. Томер описує адиктивну поведінку, як зосередженість на вузькоспрямованій сфері діяльності при ігноруванні інших і прагненні до втечі від реальності [7, 8, 12, 13].

Характеризуючи нозологію хімічних, нехімічних та проміжних залежностей можливо відзначити усі вони викликають нав'язливі бажання та потреби, послаблення контролю за даним видом діяльності й труднощі, пов'язані з їх припиненням. Важливо, що патологічна дія «агенту» залежності продовжується, не зважаючи на істотну шкоду для особистості в цілому та її оцінки з боку соціуму [4, 6, 10, 13, 17]. Різні дослідники вказують, що поведінкові (нехімічні та проміжні) залежності, хоча і не передбачають вживання хімічних препаратів, але їхня дія на нейромедіатори мозку має схожий характер з такою, як і при вживанні психоактивних речовин (ПАР) [2, 3, 4, 10]. Поведінкові адикції інколи порівнюють з компульсивною поведінкою, тобто їхня схожість полягає в нав'язливості, повторюваності дій і очевидному домінуванні над іншою діяльністю особи; та, не дивлячись на шкоду для людини, ці стани дуже важко контролюються вольовими ресурсами залежного. Проте, нехімічні адикції багато в чому відрізняються від компульсивної поведінки: головне те, що адикція має на увазі пошук задоволення, тоді як нав'язливий стан складається з короткочасних серій дій, які самі по собі не несуть задоволення, вони схематично повторюються, але за їх допомогою хворі прагнуть уникнути здобуття передбачуваного негативного досвіду. Наприклад, коли людині з obsesивно-компульсивним розладом (неврозом нав'язливих

станів) перешкоджають в здійсненні характерних для нього ритуалів (наприклад, постійне миття рук, прибирання), вона стає пригніченою та може відчувати справжню паніку. Не дивлячись на те, що залежність тісно пов'язана з досягненням мети, використовувані при цьому засоби можуть легко варіюватися залежно від ситуації. Також для нав'язливих дій не характерні властиві залежності зростання толерантності та синдром відміни [1, 4, 13, 16, 18]. Виходячи з цих міркувань, деякі дослідники залежної поведінки наполягають на тому, що первинний потяг не можна ототожнювати з обсессивно-компульсивними симптомами [1, 3, 13, 17, 19].

Як при хімічних видах залежності, поведінкові залежності також служать задоволенню різних потреб. Один в такий спосіб хоче отримати відчуття безпеки, інший шукає пригод і екстремальних відчуттів, а третьому необхідне спілкування з іншими людьми тощо. Ступень соціальної дезадаптації, клінічні прояви при цьому можуть значно відрізнятись залежно від конкретного виду залежності, зокрема і гендерними відмінностями. Так, наприклад, неконтрольоване переїдання (булімія) є більш характерним для жінок, ніж для чоловіків (співвідношення прагне до 10/1 на користь жінок) [2, 14, 15]. У свою чергу, відомо, що пристрасть до азартних ігор, як і залежність від психоактивних речовин, частіше спостерігається серед осіб чоловічої статі.

Нехімічні залежності зазвичай не накладають помітного відбитку на сомато-фізичному стані людини, а позбавлення від них істотно відрізняється від подолання наркотичної або алкогольної залежності. Соціальне функціонування людини може тривалий час зберігатися на преморбідному рівні. Наприклад, сексуальні адикти зустрічаються в різних соціальних верствах населення, так що подібна адикція зовсім не обов'язково спричиняє людині зниження її соціального статусу або свідчить про належність до якої-небудь окремої субкультури, на відміну від, скажімо, наркотичної залежності. Проте, як при хімічних, так і при більшості нехімічних та проміжних залежностей, соціальна деградація з часом все-таки стає відчутною через психологічну ізоляцію адиктів; вони відчувають сором та змушені приховувати особливості своєї поведінки від тих, у кого не спостерігається подібних проблем.

Світовий та власний досвід підтверджують, що більшість нозоформ «поведінкових адикцій» супроводжується вегетативно-афективними розладами, серед яких згадуються не тільки депресивні стани, але і тривожні прояви, порушення сну та інше [4, 5, 8, 12, 19, 20].

В рамках розробки біопсихосоціальної моделі допомоги особам які страждають від певних видів залежності ми спирались на розуміння здоров'я і захворювання людини з позиції принципів біопсихосоціального підходу, який трактує людину як цілісний організм. Згідно даної моделі поняття «здоров'я» трактується як гармонійний розвиток фізичної, інтелектуальної, емоційної та соціальної складових особистості. Біопсихосоціальний підхід також називають інтеграційним (від лат. *integrum* – ціле; інтеграція означає процес об'єднання будь-яких елементів в одне ціле, процес утворення взаємозв'язків) [9].

Основний принцип біопсихосоціальної (інтеграційної) моделі виражає концепцію єдності душі і тіла, що охоплює всі області розвитку людини та фактори середовища, які знаходяться в постійному взаємозв'язку. Крім того, важливе значення надається впливу середовища. Факторами впливу середовища вважають сімейні стосунки, відносини з друзями, приналежність до певного соціального класу, культури та релігії. Згідно з біопсихосоціальною моделлю (рис. 1), у певних випадках фактори середовища можуть стати визначальними для виникнення залежності.

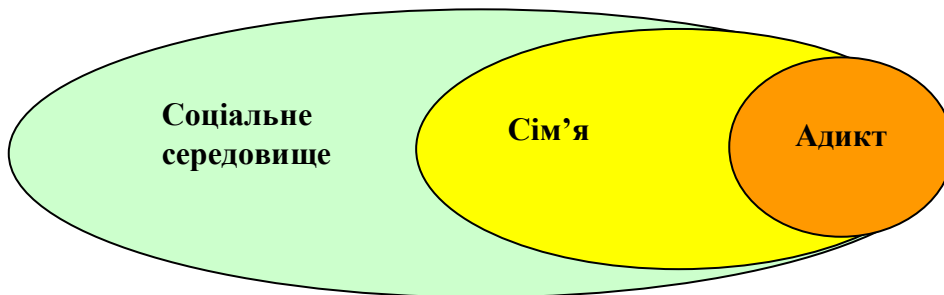


Рис. 1. Біопсихосоціальна (інтеграційна) модель: взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних факторів

Основною причиною вживання ПАР є їх певний вплив на психічний та фізичний стан людини. Впливаючи на психічну сферу ПАР викликають релаксуючий, ейфорізуючий і седативний ефект [1, 17, 18]. Потреба в такому ефекті більша в осіб з невротичними або психопатичними рисами особистості, порушеннями адаптації, що сприяє початку наркотичної залежності та її поглибленню [15, 16]. При нехімічних та проміжних залежностей подібну роль відіграють обрані залежним адикти. Мають значення мікросередовище, виховання, традиції, психічне і фізичне перенапруження, психотравмуючі ситуації тощо. Також важливо враховувати вплив факторів зовнішнього середовища на організм. Роль соціальних чинників у формуванні

залежності є не менш вагомою так, як людина по своїй природі є соціальною істотою і роль соціуму на протязі всього її життя відіграє одну із найважливіших ролей [16- 18]. Таким чином, етіологія залежності складається з різних співвідношень соціальних, психологічних і фізіологічних факторів.

Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі – мультифакторність, означає мультипричинність і ситуативність співвідношення психологічних і непсихологічних факторів. Згідно з біопсихосоціальною моделлю, розвиток особистості, її здоров'я, адаптація до життя чи поява захворювання є індивідуальними процесами, що залежать від комбінації зовнішніх та внутрішніх факторів. Для різних людей комбінація цих факторів різна та властива лише цій особі/ситуації. Немає єдиного уніфікованого процесу, який викликає певну хворобу чи залежність. Існує багато факторів ризику, які у різних комбінаціях і в кожному окремому випадку викликають захворювання. Фактори впливу поділяють на фактори ризику та протективні фактори (захисні, від лат. *protego, protectum* – захищати). Обидві групи можуть мати різний контекст: біологічний, особистісний та соціальний.

Діагностичний принцип біопсихосоціальної моделі – мультимодальність, а саме одночасне та узгоджене використання для діагностики медичних і психосоціальних методів.

Лікувальний принцип біопсихосоціальної моделі – мультидисциплінарність та індивідуальність, коли заходи терапії базуються на комплексному, командному та індивідуальному підходах. Лікування згідно з біопсихосоціальним підходом передбачає індивідуальний підхід до кожного окремого випадку та надання комплексних заходів допомоги. Це можливо лише за умови спільної роботи команди фахівців, за потреби – співпраці з іншими медичними закладами, психологами, соціальними службами, недержавними організаціями.

Основою роботи з клієнтом (пацієнтом) із залежністю має бути мультидисциплінарний підхід, при якому на кожного фахівця, що працює з адиктом, будуть покладені певні завдання та функції (рис. 2).

Завдання лікаря полягає у визначенні стану пацієнта і обсягу медикаментозного лікування, яке хворий отримуватиме у стаціонарі або амбулаторно, та, за необхідності, у проведенні корекції терапії для підвищення ефективності реабілітаційних заходів разом з лікарем стаціонару або районним наркологом (у випадках хімічних залежностей). Лікар також забезпечує систематичний лікарський огляд пацієнтів з

необхідною періодичністю, залежно від психічного стану хворих, активності біологічної терапії, наявності труднощів лікування.



Рис. 2. Склад мультидисциплінарної команди в терапії залежності

Завдання медичної сестри полягає у регулярному проведенні бесід з пацієнтами з метою виявлення у них медичних проблем, спостережанні за їхнім психічним станом.

Завдання психолога – реалізація тої частини реабілітаційної програми, яка стосується психологічно-консультативної та корегуючої допомоги клієнтам (пацієнтам), а також педагогічне втручання, спрямоване на мотивацію адиктів до активної діяльності, і проведення психоед’юкативної роботи з родичами клієнтів (пацієнтів).

Завдання соціального працівника – вивчати й забезпечувати вирішення соціальних проблем клієнтів чи пацієнтів шляхом представництва їх інтересів у державних і громадських організаціях, а також навчати самих адиктів ефективній поведінці для самостійного вирішення своїх проблем та вмінню відстоювати свої права й інтереси.

Завдання інструктора з праці (чи трудовлаштування) – здійснювати навчання адиктів навичкам самообслуговування, основним побутовим, виробничим навичкам, проводити заняття у творчих майстернях.

Фахівці, незалежно від ролі, посади та спеціалізації повинні мати необхідні навички, знання і особистісні переконання для виконання наступних функцій:

1. встановлювати терапевтичний зв'язок з пацієнтами для налагодження тісної взаємодії;
2. допомагати пацієнтам у визначенні й постановці особистих цілей реабілітації;
3. допомагати адиктам в оцінці їх навичок і ресурсів оточення, виходячи з кінцевої мети реабілітації;
4. допомагати хворим використовувати навички, якими вони вже володіють;
5. допомагати пацієнтам опановувати нові навички, які їм необхідні;
6. допомагати пацієнтам встановлювати зв'язки з ресурсами, які їм необхідні та змінювати їх для посилення підтримки;
7. надавати хворим постійну особисту підтримку, якої вони потребують.

Безпосередньо комплекс терапії залежності розробляється відповідно до виявлених факторів та виду залежності. У біологічному контексті – це фармакотерапія, в психологічному – психокорекційна або психотерапевтична допомога, у соціальному – допомога сім'ї або окремому її члену, інші соціальні втручання.

Практичне значення передбачає, що розкриті у роботі пропозиції щодо надання допомоги особам із залежністю можуть бути корисними, як для лікарів, психіатрів, наркологів, психологів та соціальних працівників, які працюють з такими адиктами, так і для створення індивідуальної комплексної програми медичної реабілітації чи для розробки групових психокорекційних програм.

Сутність запропонованої нами адаптивної моделі полягає в оптимізації використання всіх ресурсів, які є в наявності з адаптацією їх до потреб особи із залежністю. Під ресурсами ми розуміємо інформаційні, професійні, технічні, адміністративні, територіальні та ін. В Україні існує досить розгалужена мережа закладів, які надають окремі спеціалізовані послуги особам із хімічною залежністю, однак для осіб із нехімічними та проміжними залежностей фактичних закладів які надають такі послуги практично не має. Ми вважаємо, що в нашій державі існує нагальна потреба в створенні закладів з «повним циклом» послуг, де всі складові біопсихосоціальної допомоги могли б бути одержані особами із різними видами залежностей, так би мовити «через одне вікно».

References:

1. Aleksandrovskiy Yu. A. Psychiatry and narcology / Yu. A. Aleksandrovskiy. - M., GEOTAR - Media, 2009. – № 5. – 332 с.

2. Akhmetova V. V. The prevalence of food addictions among students of a medical university / V. V. Akhmetova, T. P. Zlova / mat. Scientific - practical. conf. with international participation "The world of addictions: chemical and non-chemical addictions, associated mental disorders", abstracts of the conference / Edited by prof. N. G. Neznanova, prof. E. M. Krupitsky; - SPb. – 2012. – C. 11-12.
3. Darenskiy ID Addictive cycle / ID Darenskiy. - M.: Logos, 2008. – 256 c.
4. Egorov A. Yu. Non-chemical dependencies / A. Yu. Egorov. - SPb.: Speech, 2007. – 190 c.
5. Zhichkina A. Socio-psychological aspects of communication on the Internet / A. Zhichkina // Neofits. P. F - that psychol. Moscow State University. Access mode: <http://www.lgg.ru/index.html>
6. Ilyin E. P. Motivation and motives / E. P. Ilyin // SPb.: Peter. – 2006. – 512 c.
7. Korolenko Ts.P. Addictive behavior, general characteristics and patterns of development. Review of Psychiatry and Med. psychology. 1991. № 3. C. 8-15.
8. The concept of "State policy to prevent the harmful effects of alcohol abuse for the period 2012-2020." / ed. Vievsky A. - K., 2012. – 14 c.
9. Kulbachnaya E.V. Social, clinical-psychological and psychiatric paradigms of research on gambling and computer addictions (interdisciplinary aspects) / E.V. Kulbachnaya, E.S. Shabalin, T.Z. Biktimirov / II National Congress on Social Psychiatry with international participation "Social transformations and mental health" (Moscow, November 29-30, 2006). - Moscow, 2006. – C. 120.
10. Cooper JE Pocket Guide to ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders: with glossary and research diagnostic criteria. Per. from English D. Poltavets. Kiev: Sphere, 2000. 464 c.
11. Mendeleovich V.D. Fake - diagnoses in psychiatric classifications. Neurological Bulletin. 2018. № 4. C. 15-18.
12. Melnyk EV On the nature of addiction (alcoholism, drug addiction, "computer addiction" and others) / EV Melnyk // Odessa: Ed. "Black Sea", 1998. – 400 c.
13. Moyzrist OM Types of eating disorders // Problems of modern psychology: Collection of scientific works Kamyants Podolsk National University named after Ivan Ogienko, Institute of Psychology. G.S. Kostyuk NAPS of Ukraine / Ed. SD Maksymenko, LA Onufrieva. - Vip. 14. - Kamenets Podolsky: Axiom, 2011. – 928 c.

14. Pavlov I. S. Features of the system-forming factor of dependence / Pavlov I. S. // Modern achievements of narcology (materials of the international conference). – M., 2005. – C. 84-85.
15. Orphan N. A. Prevention of drug addiction and alcoholism / N. A. Sirota, V. M. Yaltonsky. - M.: Academy, 2007. – №2. –176 c.
16. Sosin IK Atypical in the clinic of narcological diseases [Electronic resource] / IK Sosin, AS Volkov, A. A. Osipov // Actual problems of modern psychiatry and narcologists / Subtotal. ed. P.T. Petryuk, A.N. Bacherikov. Kiev-Kharkov, 2010. - T.5. - Access mode: www.psychiatry.ua/books/paper103.htm.
17. Sosin IK Narcology. National textbook / IK Sosin, YF Chueva. - Kharkiv: Collegium, 2014. – 1500 c.
18. Shabalina V.V. Cognitive structure of mental dependence / V.V. Shabalina // Nark. – 2006. – №9. – C.69-72.
19. Griffiths M. D. Behavioural addiction: on issue for everybody / M. D. Griffiths // J.Workplace Learning. – 1996. – V.8. – №.3. – P. 19-25.
20. Wiederhold M.D. Mental health // 2015. P. 315