



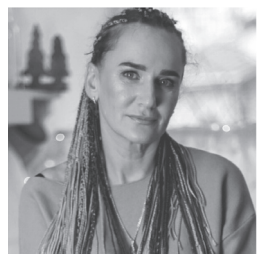
### **Олександр Фільц**

доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри психіатрії та психотерапії  
факультету  
післядипломної освіти ЛНМУ імені Данила  
Галицького.  
Заслужений лікар України.  
Президент Української Спільки Психотерапевтів  
Екс-Президент Європейської Асоціації  
Психотерапії  
Член наукової комісії  
міжнародного Фонду Зігмунда Фрейда



### **СЕДИХ Кіра Валеріївна**

<http://orcid.org/0000-0003-3528-7569>  
доктор психологічних наук, професор, завідувач  
кафедри психології  
Полтавського національного педагогічного  
університету ім. В.Г. Короленка,  
системний сімейний психотерапевт,  
тренер Української спілки психотерапевтів  
(м. Полтава)



### **Світлана Михайлів**

Психолог-адиктолог. психотерапевт, психоаналітик.  
Голова секції психіатрії залежності в УСП  
Керівник Українського Інституту Психотерапії  
залежності  
Керівник реабілітаційного центру для дітей  
та підлітків з девіантною та делінквентною  
поведінкою.



### **Анжела Борщевська**

к.мед.н., доцент кафедри психіатрії та психотерапії  
ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького,  
компетенції, Національний тренер з проблематики  
«Дитинство без насильства» та «Роль медичного  
працівника в системі захисту дітей. Реагування на  
випадки насильства». [Angela\\_kb@ukr.net](mailto:Angela_kb@ukr.net)

## Досвід реабілітаційного пілотного проекту «З вірою в майбутнє»

Українським Інститутом Психотерапії залежностей (УІПЗ), за підтримки двох університетських кафедр було розроблено програму реабілітації для делінквентних дітей з ризиком формування адиктивної поведінки. Влітку 2020 року було ініційовано і здійснено Проект «З вірою в майбутнє». У статті описано отриманий досвід та аналіз результатів проекту.

The Ukrainian Institute of Addiction Psychotherapy (with the support of two university departments) has developed a rehabilitation program for delinquent children at risk of developing addictive behavior. In the summer of 2020 the Project «With Faith in the Future» was initiated and implemented. The article describes the experience gained and the analysis of the project results.

Ключові слова: адиктивна поведінка, делінквентні підлітки, чинники травматизації, профілактика

Key words: addictive behavior, delinquent adolescents, traumatic factors, prevention

**Вступні зауваження.** Українським Інститутом Психотерапії залежностей (УІПЗ), за підтримки двох університетських кафедр (кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького та кафедра психології Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка) влітку 2020 року було ініційовано і здійснено Проект «З вірою в майбутнє». На етапі підготовки команда УІПЗ розробила програму реабілітації для обраної групи *делінквентних дітей з ризиком формування адиктивної поведінки* та визначилась з безпосередніми виконавцями Проекту.

**Метою нашої статті** є опис отриманого досвіду та аналіз результатів проекту.

**Загальною метою проекту** ми визначали підвищення рівня соціальної та особистісної довіри та, відповідно, зниження ризиків формування адиктивної поведінки - як головного *дигресивного порушення* - у делінквентних підлітків, позбавлених сімейної підтримки. **Спеціальна мета Проекту** полягала у тестуванні ресурсів делінквентних дітей для формування моделей більш адаптивної соціальної та інтерперсональної поведінки.

**Завдання Проекту** полягало, передусім, у профілактиці ризиків адиктивної поведінки серед підлітків з делінквентною поведінкою, що перебувають у спеціалізованому притулку (м.Львів), не маючи батьків. Концепція роботи з дітьми базувалась на досвіді наших фахівців та нашій теоретичній концепції, яку опишемо окремо. Тут лише зазначимо, що в основі теоретичних міркувань лежить ідея *дигресивних розладів* (як часткових (парціальних) порушень у цілісній структурі особистості, які коригуються психотерапевтично сформованим захищеним перехідним контейнеруючим простором (“*SECURE TRANSITIONAL HOLDING SPACE*”).

Під час обговорення результатів проекту вже після його закінчення відбулася бурхлива дискусія між учасниками нашої спільноти, одна із причин – різні теоретичні підходи до інтерпретації процесів і результатів.

**Теоретичні та практичні передумови Проекту.** Теоретична платформа Проекту формована нами на основі попереднього досвіду психодинамічно орієнтованої переважно групової реабілітаційної терапії з психологічно травмованими дітьми, у яких батьки загинули в АТО (Простір Радіти).

**А. Ця платформа передбачає наступні 8 теоретичних положень:**

1. Класичне психіатричне і психотерапевтичне розуміння травматичних і пост-травматичних стресових розладів (ТСР і ПТСР) пов'язується із специфічними *тривожними станами*, які виникають у відповідь на масивний або непереборний стрес. Традиційно такі стани кваліфікуються як *реактивні* за виникненням і *психогенні* за походженням. Це означає, що а) ці стани є зумовлені впливом *зовнішніх* обставин; б) що їх опрацювання залежить від *внутрішніх* психологічних ресурсів; в) що ці стани безпосередньо не призводять до *тотального розладу особистості*. Виникає питання – як розуміти ці стани.

2. Психодинамічні та психіатричні теорії найчастіше пояснюють виникнення таких станів (ПТСР) через механізм *диссоціації*, поєднаної з *регресивною поведінкою повторно-компульсивного типу* (безуспішних і повторних намагань подолати негативний вплив стресу інфантильними способами). Це означає, що а) особистість (Его особистості) відщепляє травматичну частину досвіду від здорової нетравматичної структури для збереження функціонування у повсякденному житті; б) у відповідь на стрес особистість *регресує* («падає») до нижчого рівня свого онтогенетичного розвитку; в) завдяки цьому особистість - повторно-компульсивно - постійно і повторно намагається подолати наслідки стресогенної травми, тобто досвід травматичних переживань, однак не може це здійснити, оскільки більша частина цього досвіду є диссоційована (витіснена через диссоціативний захист).

3. Головне завдання при лікуванні таких станів – і психіатричного, і психотерапевтичного - полягає у подвійному опрацюванні симптомів розладу: з одного боку, зовнішньої *екзогенної травматичної ситуації*, а з другого боку, *внутрішніх компенсаторних ресурсів* особистості.

4. Наш досвід показує /1/, що одним із найважливіших факторів у інтегральному лікуванні означених нами пацієнтів є *достатньо добрий* (good enough) *захиснений і безпечний психотерапевтичний простір*.

5. При цьому означені нами розлади, рівно ж як і ПТСР ми називаємо *ДИГРЕСИВНИМИ*. Цей термін ми пропонуємо для позначення психопатологічних (симптоматичних) та специфічних психологічних (проблемних) станів, які відображають порушення частини особистості – на відміну від регресивних станів, які є реакцією цілісної особистості на те чи інше ураження (психічне або фізичне).

6. Поняття *ДИГРЕСІЇ* ми запозичаємо з теорії екології, зокрема Соціальної екології людини (Віденська школа) /2/. Під цим поняттям ми розуміємо *відхилення або відступ* від нормального функціонування екосистеми – під впливом *ЕКЗОДИНАМІЧНИХ* (тобто, середовищних) або ж *ЕНДОДИНАМІЧНИХ* (тобто, внутрішньо особистісних) факторів.

Таке відхилення є результатом «ушкодження» частини цілісної системи

під впливом шкідливих факторів або чинників травматизації, за рахунок чого і відбувається *дигресія*. Наочним прикладом *дигресії системи* може слугувати токсичне забруднення *частини озера*, при неупшкодженості цілісного екваторію. При цьому, дигресивна частина системи (озера) перебуває в ушкоджені стані до тих пір, поки ресурси цілісної системи не зможуть її «очистити», тобто компенсувати та виправити наслідки ушкодження. Однак, часто ресурсів системи не вистачає для самовиправлення. Тоді, за необхідності, для допомоги системі повинні залучатись *зовнішні ресурси*, як наприклад, у випадку озера – очисні заходи, видалення залишків токсичних речовин, тощо.

7. Іншими словами, *ДИГРЕСИВНЕ УШКОДЖЕННЯ* відхиляє систему від повноцінного функціонування і вимагає від неї (у психологічному сенсі – від цілісної особистості) зосередитись на «репарації» виправленні наслідків цього дигресивного ушкодження (*«репарація дигресії»*).

8. За браком внутрішніх ресурсів системи у її намаганнях дигресивної репарації, необхідна *зовнішня підтримка*, спрямована як на опрацювання наслідків ушкодження, так і підтримку і посилення ресурсів системи (психотерапевтична реабілітація). Неухильною передумовою для зовнішнього реабілітаційного «втручання» є *ДОВІРА* до носіїв цього втручання, без якої починати процеси «дигресивної репарації» неможливо.

Ось чому головним завданням першого етапу Проекту і було підвищення рівня соціальної та особистісної довіри та, відповідно, зниження ризиків формування адиктивної поведінки.

Саме дефіцит соціальної та інтерперсональної довіри ми вважали *головним дигресивним розладом* у дітей, включених у Проект.

### **Б. Практичні передумови та положення платформи Проекту:**

1. Проект реалізований із залученням у психотерапевтично-реабілітаційну роботу *14 делінквентних дітей* із Притулку для дітей служби у справах для дітей облдержадміністрації (директорка Гаврилук С. П.), які на той момент різний час перебували там (від тижня до кількох місяців, деякі вже не перший раз) «для перевиховання» на час відлучення (відмови) від прийомних батьків. Всі діти мали приводи в органи правопорядку у зв'язку з *антисоціальною поведінкою та ризиком вживання хімічно активних речовин*. Всі діти, крім цього, неодноразово пропускали навчання в школі (з різних причин, найчастіше – прогули) і мали низьку або критично низьку успішність (в середньому – 6 балів). У притулку діти знаходяться 90 днів, а далі повторно вирішується їхнє питання щодо повернення в сім'ю, за можливості, чи адаптації у прийомних батьків, у будинках сімейного типу.

2. Проект передбачав 10-денне перебування у психотерапевтично-реабілітаційному таборі, організованому в готелі «Берлога», на окраїні карпатського селища Хащоване за суттєвою спонсорською підтримкою власника (Ігор Волощук), який взяв на себе кошти за проживання та оренду приміщень для проведення занять.

3. Для реалізації Проекту були залучені фахівці різних напрямків психотерапії та реабілітації (загалом – 7 осіб), які працювали у напрямках: груповий психоаналіз

(Світлана Михайлів), групова дитячо-юнацька психотерапія та дитяча психіатрія (Анжела Борщевська), психотерапія зайнятості, ігрова та анімаційна терапія, включаючи фізичні активності: Олександр Смахов - координатор комунікації, спостерігач за онлайн простором; Тарас Аркуша - психолог, тренер з боротьби; Юрій Карвацький - координатор активного відпочинку; Юля Мислінчук - арт-терапевт, психолог; Даниїл Кішп- тренер, вчитель танців; Галина Віршук - медичний працівник.

Під час реалізації Проекту директорка притулку допомагала у вирішенні необхідних організаційних питань, але у реабілітаційні процеси не втручалась. Робота Проекту супервізувалась онлайн (проф. Седих К.В., проф. Фільц О.О.).

*Всі фахівці працювали на волонтерських засадах, безоплатно.*

4. Підготовка Проекту тривала до двох місяців та включала регулярні онлайн-дискусії (1 раз на тиждень, тривалістю 90 хв.) учасників Українського Інституту психотерапії залежностей (акредитований в Українській Спільці Психотерапевтів), загалом 17 фахівців з різних напрямків психотерапії та реабілітації адиктивних розладів. У цих дискусіях були випрацьовані мета, завдання, склад психотерапевтичної команди та рамкові умови проведення Проекту.

5. Рамкові умови Проекту передбачали:

5.1. Створення безпечного контейнеруючого, простору для дітей. Стосунок до дітей будувався на основі *толерантно-дискусійного* обговорення усіх можливих інцидентів чи порушень правил перебування в готелі, не штрафуючого, а навпаки, мотивуюче-підтримуючого стилю роботи з дітьми.

5.2. Забезпечення умов для формування довіри дітей до терапевтичної команди та її інтервенцій, що досягалось через вирішення усіх проблем завдяки *консенсусному прийняттю рішень*, у якому діти брали активну та безпосередню участь. *І це вдалося.*

5.3. Обов'язковому поєднанню усіх активностей Проекту із щоденними *груповими заняттями*, де обговорювались усі проблеми у «відкритому» режимі і приймались відповідні рішення.

5.4. Проведення *щоденного стафу* (організаційно-методичних нарад) після завершення кожного дня роботи, на стафі обговорювались біжучі проблеми у роботі кожного із фахівців, за потреби забезпечувались онлайн-супервізії, а також детально планувались активності на наступний день.

5.5. Активності кожного наступного дня планувались у залежності від результатів попередніх днів, а головне, з урахуванням *потреб, висловлюваних дітьми* під час групових занять. Такий формат роботи вагомо сприяв опрацюванню основної мети Проекту – *довіри*, спрямованої на зниження ризиків делінквентної та адиктивної поведінки.

5.6. Робота у Проекті здійснювалась на умовах *консенсусного дотримання та виконання* усіма учасниками (дітьми та терапевтами) *сеттінгу*, тобто запланованих терапевтично-реабілітаційних активностей, розпорядку дня та правил перебування у терапевтичному середовищі. Таким чином, *навколо сеттінгу*, його порушень та проблемних ситуацій і, відповідно, їх консенсусно-дискусійного вирішення і будувалась стратегія формування захищеного контейнеруючого

простору, як основи для «репарації» дигресивного порушення – *довіри* – у дітей з означеними розладами.

5.7. Важливі події кожного дня, а також головні проблеми та способи їх вирішення протоколювались (Анжела Борщевська, Кіра Седих) для подальшого опрацювання.

#### **Опис роботи у Проекті.**

Правила роботи в проекті були організовані для створення атмосфери безпеки і підтримки, з іншого боку – дотримання сетінгу і чітких, зрозумілих рамок.

Методом спостереження ми досліджували ефективність і впливи різних активностей як окремих частин, так і цілісну систему «проект». Записи робилися на диктофон кожного дня, також зроблені відео та фотоматеріали, які дозволяють проаналізувати дії, взаємодії, особливості спілкування і поведінки кожного із учасників проекту, як дітей, так і дорослих.

#### **Аналіз структури і процесу проекту.**

##### **В програму реабілітації дітей і підлітків були включені такі активності.**

1. Створення спільних ритуалів.
2. Функціонували гуртки танців і малювання, спортивні вправи, анімація (ігрові активності),
3. Спільні походи з вивченням природи і навчання релаксації на природі, в гори і на озеро; рибалка; поїдка узами через гори на водоспад. Дискотеки. Співу.
4. Залучення до трудової діяльності, так, спільне (і дорослі, і діти) приготування їжі (вареники); чергування дітей в їдальні, спільне генеральне прибирання;
5. Обіди за спільним столом кожного дня, вечірнє коло (на початку, з участю і менших дітей, потім, тільки старших; заключне коло знов було спільне для всіх дітей).
6. Перегляд художніх фільмів і мультфільмів з елементами обговорення, психотерапевтичні казки.
7. Робота психотерапевтичних груп, де були задіяні техніки, спрямовані на розвиток емоційної компетентності, довіри, командної взаємодії; тілесні практики; арт-терапевтичні техніки (малювання, ліпка з пластиліну, робота з фольгою, метафоричні картки. Структурованість групових занять.
8. Вільний день.
9. Кожного вечора на Стафі проходили обговорювання активностей і аналіз процесу, напрацьовували командні взаємодії, ідеї, гіпотези, і зміни Сетінгу.

На першому етапі відбувалася адаптація всіх учасників одне до одного і нових правил, була тривога у тренерів, тривога у дітей. Зразу почали напрацьовувати командні і міжособистісні взаємодії, чіткий графік різноманітних активностей.

Було створено дуже інтенсивну рамку «літнього табору», це створювало відчуття безпеки і зменшувало тривогу.

Завдяки обговоренню на стафі в другий день, відбулася власна переорієнтація тренерів, які перестали бачити в дітях делінквентів і девіантів, а побачили в них

«зраних» дітей і підлітків, які знаходяться в класичних вікових кризах, які ще й підсилюються тим, що в них була довготривала депривація в їх сім'ях; в деякого з них немає рідних і близьких, у інших сім'ї дисфункціональні. Діти відчували себе нікому не потрібними,

В процесі психотерапії реалізовували ідею - спиратися на здорову і позитивну внутрішню частину дитини, тоді під час сесій ця частка дістає право на визнання і діти знову починають довіряти дорослим, пробують відкриватися, пробують самі навчатися новому.

*Через три дні Команда зрозуміла, як циркулярно впливають емоції різних частин нашої системи одна на одну і підсилюють ці емоції. Оскільки дорослі вже відчували більше впевненості у власній компетентності та більше довіри до себе, до Команди та дітей, вони змогли краще усвідомлювати власні емоції, керувати ними. Тренерська команда завдяки зборам Стафу змогла також усвідомити, що робота з цими психологічно травмованими дітьми актуалізувала власні травмовані частини тренерів і спогади про травми свого дитинства. Ці рефлексії дозволили Команді децю змінити як своє бачення проблем, так і відкоректувати моделі взаємодій з дітьми та між собою.*

Важлива роль і чоловіків - спортсменів, як добра батьківська фігура, в досвіді цих дітей бракувало такої фігури, був дефіцит.. Дорослі змогли «бути» з цими дітьми і відчувати «їх сенс», спілкування відбулося на людському, глибоко особистісному рівні. Буття разом.

З точки зору психології систем в нашому проекті виділяються 4 підсистеми: «тренери»; «діти»; «директорка»; «персонал готелю». Вдалося налагодити достатньо добрі типи взаємодії між цими підсистемами. Так, якщо на першому етапі, директорка виконувала роль «Контролера» дітей і дорослих, була настороженою до тренерів і займала позицію децю опозиційного спостерігача, то потім вдалося створити альянс між нею і тренерами, тобто організувалася позиція взаєморозуміння і підтримки на користь дітям.

Завдяки встановленню чітких правил і визначенню функцій кожного члена тренерської підсистеми вдалося встановити оптимальні границі (так звані напівпрозорі), хоча частина дітей на першому етапі явно демонструвала дифузні границі і тяжіла до встановлення симбіотичного стосунку із дорослими, а деякі діти мали границі закритого типу.

*Кожного дня частину часу весь проект перебував разом (наприклад: їдальня ,перегляд фільмів, ранкова руханка, загальне коло, тощо); частину часу – в невеликих підгрупах, спонтанних або структурно створених; частину часу – могли побути на самоті. Така організація часово-просторового континууму сприяє формуванню позитивної сепарації та індивідуації; з іншого боку - вміння працювати і бути в групі і з групою.*

**Під час психотерапевтичних груп.** В структуру психотерапевтичних сесій входили обов'язково рухові, комунікативні і **ритуал**. На перших терапевтичних групах діти болісно сприймали теми, пов'язані із їх сім'ями, були сильні неприємні емоційні реакції або реакція «замороженості». На третій день почала проявлятися

позитивна групова та індивідуальна динаміка. Так, оди із лідерів, 16-річний хлопчина почав плакати і група його підтримала, дали дозвіл на емоції, сказали як це круто, що мужчина дозволив собі посумувати, і мужчини почали йому тиснути руку, запитали дозволу чи можна обняти, він дозволив обняти. Коли піднімали питання порушення правил (декілька хлопців потайки курили, а перед цим вони пообіцяли директорці притулку цього не робити), одна із учасниць-підлітків, дістала сміливість говорити і почала його захищати, хоча він на неї часто агресував перед цим.

У кожної дитини своя трагічна і драматична власна та сімейна історія. В цій статті ми не ставили перед собою завдання проаналізувати зміни кожної дитини. Це ми опишемо в нашій наступній публікації. Мета цієї статті – аналіз ефективності програми реабілітації.

**Спорт.** Спочатку старші діти дуже зраділи можливості навчатися у тренерів-спортсменів, але простіше було працювати з молодшими дітьми, вони були дуже орієнтовані на такі заняття і більше ресурсні фізично. Старшим в перші дні було дуже важко з фізичними вправами. Ми думали, що можливо в них немає бажання, але вони дійсно легко втомлювалися. Директорка коментувала, що вони всі дуже швидко і часто хворіють, з найдрібніших причин. Із цього зробили припущення, що їх імунний статус дуже низький і має психосоматичну природу.

**Фільми.** Ще на етапі створення програми проекту командою було запропоновано таку форму роботи, як спільний перегляд та спільне обговорення певних фільмів з психотерапевтичним ефектом, але реальність показала, що в першій вечір діти самі вибрали фільм «Джуманджа 2», спочатку дивилися, а потім частина позасинала, частина пішла. На стафі вирішили спробувати якийсь новий досвід, можливо переглядати фільм частинами. Спробували зрозуміти цей феномен, були озвучені гіпотези: «кліпове мислення», зниження функціонування уваги, втомлюваність після насичених різними активностями дня. Вирішили змінити час перегляду фільмів, перенесли з вечора на більш ранній час. І зміна рамки спрацювала позитивно.

**Деякі результати.** У двох дітей до приїзду в проект, було регулярне нічне нетримання сечі. Перебуваючи в проекті, вони жодного разу не мали ніякого ексцесу.

Директорка притулку розказала, що у багатьох дітей «імунітет нікудишній», що «вони постійно хворіють, і вітер повіє - вони починають чихати, піднімається температура». В проекті кожного дня вранці та увечері всім міряли температуру – це було пов'язано із ситуацією пандемії на коронавірус і за 10 днів ні в одній дитини не було підвищення температури, не було ніяких катаральних явищ.

Декілька дітей в процесі проекту «почали говорити», як відмітила директорка Притулку, до цього вони постійно мовчали; один хлопчик почав читати (одна із тренерок його вчила).

**Оскільки діти були знайомі одне з одним, і мали певні моделі стосунку і взаємодії між собою,** до участі в проекті багато із цих дітей звикли вирішувати питання агресивно.



**Вдалося змінити моделі взаємодії на більш ефективні і позитивні.** Діти отримали досвід командної співпраці між собою та дорослими, досвід конкурентності між командами, з бажанням перемогти. Ця рамка допомагає формуванню моделей більш адаптивної соціальної та інтерперсональної поведінки.

**Створили вдалий психофізичний ритм: навантаження – відпочинок.**

На першому етапі проекту діти поведінкою та словами «тестували» команду Стафу: «Чи ми вам дійсно потрібні?»; під час прощання від дітей звучала довіра, звучало те, що вони вертаються іншими. Було багато добрих слів, були обійми.

Тестування ресурсів учасників проекту підтвердило нашу гіпотезу щодо дигресивного типу порушень як провідного у делінквентних дітей.

**Висновки.**

1. У системі «проект» для групи *делінквентних дітей з ризиком формування адиктивної поведінки* був створений специфічний простір, де різні активності мали як окремий реабілітаційний вплив, так і створювали синергетичний ефект (коли загальний вплив більше ніж сума окремих впливів).
2. У цих дітей підвищився рівень соціальної та особистісної довіри, що знижує ризики формування адиктивної поведінки - як головного *дигресивного порушення*.
3. Ресурсами для групи були: спілкування групове та індивідуальне – уважне, щире; задіяння ефекту групи; терапія природою.
4. Була створена модель «доброї великої родини».
5. Вдалося напрацювати ефективні форми взаємодії між окремими підсистемами системи «Проект» завдяки аналізу подій дня на стафах кожного вечора: обговорювалися різні ідеї, гіпотези; коригувалася програма.
6. 6. Можливість для кожного бути разом і мати окремий час для себе.
7. Вдалося підвищити рівень емоційного та соціального інтелекту, покращити комунікативні навички.
8. Створення спільних ритуалів і їх важливість для створення нової моделі взаємодії зі світом

**Список літератури.**

1. Бейтсон Г. Екологія розуму. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии. 1969-1972: Пер. с англ. М.: Смысл. 2000. – 476 с.
2. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. – СПб.: Речь, 2000. – 300 с.
3. *Кігічак-Борщевська А. В. Ранні моделі стосунків як вагомий чинник психічних дефіцитів у майбутньому // Архів психіатрії. 2015. т.Т. 21,№ № 1.-С.46-48.*
4. Седих К. В., Фільц О.О. Ритуал зцілення як технологія психологічної реабілітації осіб із хімічним узаалежненням / К.В. Седих, О.О. Фільц // Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди: Психологія. Вип. 60. – Харків:ХНПУ, 2019. – 262 с. С.231-247.