

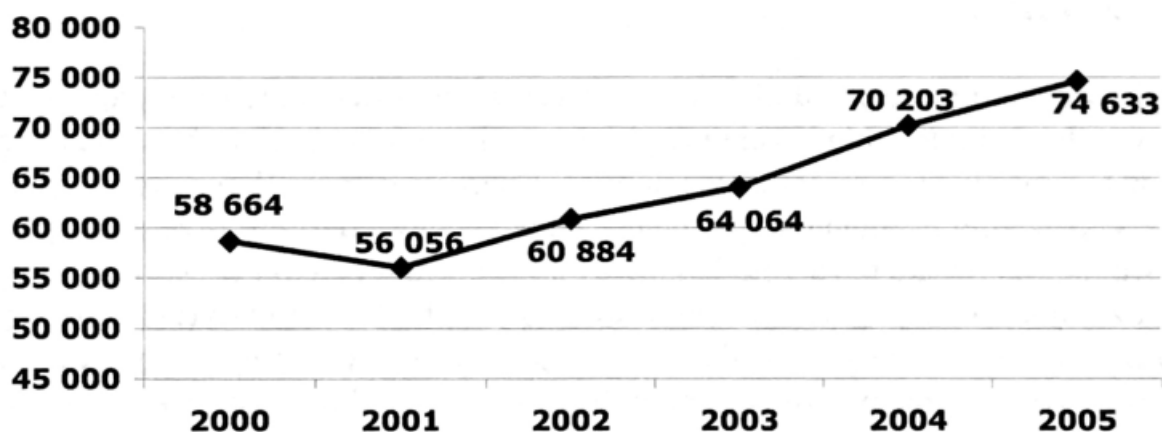
## Насильство у сім'ї з алкогольною проблемою

Насильство може траплятися у кожному зв'язку і в кожній родині, проте численні дослідження звертають увагу на факт, що у сім'ях з алкогольною проблемою воно є досить розповсюдженим явищем. Домашнє насильство у сім'ях осіб з алкогольною проблемою приховується особливо ретельно, тому що у цих сім'ях зобов'язують і «оберігають» перед розкриттям проблем назовні три, згадувані раніше, правила: «не говори», «не довіряй» і «не відчувай».

Дослідження, проведені 2002 року (CBOS) свідчать, що майже у кожній п'ятій польській сім'ї (18%) доходить до конфліктів з приводу зловживання алкоголем. Своєю чергою 2005 року 8% респондентів підкресливали, що зловживання алкоголем домашніми є причиною конфліктів і непорозумінь у родині.

На агресивну поведінку uzалежненої від алкоголю особи наражаються як її діти, так і дружина (партнерка). Жінки, зв'язані з особами, uzалежненими від алкоголю, досить часто мають досвід з насильством у минулому. Крім того, що є жертвами насильства у дорослому житті, зазнали його, або були його свідками у дитинстві, нерідко також з жертв стають винуватцями зловживань. Найчастішою формою насильства в алкогольній родині є насильство вербальне. Трохи рідше членам сім'ї погрожують насильством (погрози).

Кількість винуватців насильства у сім'ї під впливом алкоголю\*



Джерело: Головне управління поліції

\*Понад 70% винуватців насильства щодо найближчих осіб знаходилося під час здійснення дій під впливом алкоголю.

Досить поширеним є переконання, що вживання алкоголю звільняє від відповідальності за поведінку («був п'яний», «не розумів, що робив» і т. п.). Таке бачення проблеми дає жінці аргументи для того, щоб залишатися у зв'язку, який її кривдить, і одночасно надію, що якщо чоловік кине пити, то перестане бути агресивним. В такому випадку алкоголь не сприймається як причина насильства, а швидше, як виправдання його скоєння. Адаже відомо, що як алкоголь, так і інші психоактивні речовини негативно впливають на функціонування людини, спричиняючи зокрема помилкову оцінку поведінки інших людей, ситуації в цілому, легковажні і неконтрольовані дії чи крайні реакції в конфліктних ситуаціях. При спробах відмовитися від вживання появляються симптоми абстиненції, а серед них занепокоєння, надмірна вразливість, дратівливість, вибуховість і агресія. Часте споживання алкоголю тягне за собою багато різних життєвих невдач, а також фрустрацію, що теж є причиною частих випадків агресивної поведінки в поєднанні зі скоєнням насильства.

Проте варто пам'ятати, що агресію і насильство демонструють не тільки особи, котрі зловживають алкоголем. Проблема значно ширша і тому нею повинні займатися не тільки заклади, відповідальні за вирішення алкогольних проблем.

### **Що робити?**

Насильство стало предметом зацікавленості згаданих вище закладів на початку 90-х років, коли з кожним разом дедалі частіше про нього стали говорити особи, котрі приймали участь в терапії для співзалежних осіб. Висока активність Державного агентства з вирішення алкогольних проблем у протидії насильству призвела до того, що це явище почало асоціюватися переважно з алкоголем і трактуватися, як одна з найсерйозніших алкогольних проблем. Своєю чергою, заклади, котрі повинні займатися протидією насильству, старанно це використали і залишили проблему насильства системі лікування залежностей. В результаті, з фондів, призначених на вирішення алкогольних проблем (зокрема на профілактику і лікування), були направлені кошти на підготовку спеціалістів протидії насильству, 1995 року було створено телефонну допомогу для жертв насильства «Блакитна лінія», а також Загальнопольську рятувальну службу для жертв насильства у сім'ї. У наступні роки з'явилося Загальнопольське об'єднання осіб, організацій і установ, котрі допомагають

жертвам насильства, які зголошувались на «Блакитну лінію», а також Центр інформації про домашнє насильство, завданням якого було розповсюдження знань на тему домашнього насильства. З 1988 року видається двомісячник «Блакитна лінія», котрий займається явищем насильства з психологічної, соціологічної, юридичної і етичної перспективи. З 1998 року функціонує також урядова програма протидії насильству в сім'ї «Блакитна карта», котра, зокрема, зобов'язує поліцію до надання невідкладної допомоги жертвам домашнього насильства, показу можливості отримання всесторонньої допомоги, а також інтервенції щодо винуватця. Нотатки з проведеної поліцією інтервенції часто стають дуже важливим документом у судовому процесі. Впроваджено також процедуру «Блакитний ведмедик», котра допомагає реєструвати різні випадки кривдження дитини. Формуляр, заповнений при реалізації цієї процедури служить речовим доказом у підготовчому процесі, котрий проводиться поліцією чи прокуратурою.

Запобігання насильства, це в першу чергу дії, котрі полягають у:

- забезпеченні безпеки родині і захисті перед черговими актами насильства,
- зменшенні почуття безкарності у винуватця і переконання його, що кожні такого типу дії будуть пов'язані з певними юридичними наслідками,
- забезпеченні постраждалим систематичної опіки відповідних служб, таких як поліція, судові куратори чи соціальна опіка.

Не менш важливим є забезпечення жертвам насильства психологічної і юридичної допомоги, емоційної і суспільної підтримки, освіти (перш за все ознайомлення з законодавством і функціонуванням соціальної допомоги), а також навчання новій поведінці і психотерапія (особливо праця над зменшенням почуття самотності і того, що тебе не розуміють, а також над посиленням свідомості особистих прав). Істотним є також забезпечення жертвам насильства притулку, а також надання їм соціальної допомоги і допомоги в адаптації до середовища. Варто сподіватись, що польське законодавство, за зразком інших країн, з метою запевнення безпеки жертвам насильства впровадить чітко визначену процедуру заборони наближення до жертви насильства і наказу залишення винуватцем спільного житлового приміщення. Сьогодні законодавчі приписи дають невеликі можливості в цій сфері, до того ж вони досить рідко застосовуються.

Особливого підходу і обережності вимагають діти – жертви насильства, надто тоді, коли є підозра сексуального використання. Дитина повинна дізнатися, що те, що сталося, не є її провиною, ніхто з дорослих не має права її кривдити, така поведінка дорослого не є нормальною, те, що сталося – це зло, але його можна виправити, а також, що особа, котра розмовляє з дитиною, вірить їй і може допомогти.

Якщо винуватець насильства над близькими людьми знаходиться в нетверезому стані, його, безумовно, необхідно ізолювати, тому що його поведінка може становити реальну загрозу здоров'ю і життю членів сім'ї. Він також повинен знати, що ці дії були застосовані щодо нього не тому, що він нетверезий, а тому, що у цьому стані створює загрозу для здоров'я і життя інших людей. Нетверезого винуватця насильства необхідно помістити у витверезник, чи у інший відповідний заклад, створений чи рекомендований органом територіального самоврядування<sup>1</sup>.

У польській правовій системі, подібно до більшості правових систем, рішення про висунення звинувачення винуватцю насильства у сім'ї приймає прокурор. Може здаватися, що справа проста і ясна, проте досить часто прокурори не трактують винуватців насильства у сім'ї нарівні з винуватцями насильства між чужими особами. Це пов'язано, зокрема, з тим, що на думку більшості прокурорів, деякі форми насильства у сім'ї не є злочином, навіть якщо вони так визначаються законом. Одночасно прокурори неохоче займаються цього типу справами, тому що жертви насильства часто відмовляються співпрацювати з поліцією чи прокуратурою, нерідко відкликають свої заяви і зізнання та забирають справи з суду. З цієї причини дуже важко здобути докази злочину і появляється проблема з доказом провини (свідки відмовляються від своїх зізнань, досить часто через страх). Своєю чергою, суди досить часто визнають винуватців насильства невинними або виносять безрезультатні вироки.

В часи, коли так багато говориться про удосконалення польського законодавства, я дуже хотів би вірити у те, що надійде час, коли насильство у сім'ї буде переслідватися законом у нас так само, як інші злочини. Може, за прикладом інших країн, на прокурорів буде покладено обов'язок переслідування насильства у сім'ї так само, як інших злочинів, навіть без згоди жертви, а на жертв насильства буде покладено обов'язок складання зізнань, подібно до жертв інших брутальних злочинів. Одночасно

---

<sup>1</sup> Детальні правила функціонування витверезників визначені Наказом Міністра охорони здоров'я і соціальної опіки від 4 лютого 2004 року у справі порядку припровадження, прийому і звільнення осіб в нетверезому стані, а також організації витверезників і закладів створених чи рекомендованих органом місцевого самоврядування (Dz.U. Nr 20, poz. 192).

буде обмежено право прокурора вільно приймати рішення про закриття справ цього типу, будуть створені спеціальні суди, котрі будуть приймати рішення в справах, які стосуються насильства, а насильники будуть охоплені реабілітацією і редукацією (відновленням).

Існує багато покарань, які може призначити суд винуватцям насильства у сім'ї: умовне засудження чи відтермінування виконання вироку, кураторський нагляд, громадський нагляд, штрафи, залучення порушників до суспільно корисної праці і насамкінець – позбавлення волі. Однак, засудження винуватця насильства не повинно викликати значного погіршення матеріальної ситуації сім'ї.

### **Програми реабілітації для винуватців насильства**

Коли в американському законодавстві впроваджувалося покарання позбавлення волі для винуватців насильства, то виявилось, що в багатьох випадках партнерки винуватців не хотіли, щоб вони йшли до в'язниці. Причиною такої позиції був з однієї сторони страх перед втратою сім'єю матеріальних засобів, а з другої побоювання (страх) перед втратою контактів дітей з батьком. Тоді з'явилися перші програми лікування і запобігання насильства для осіб, котрі отримали покарання за скоєння насильства. Якщо хтось був покараний вперше, то мав можливість пройти лікування, залишаючись на свободі, натомість винуватці насильства, покарані не вперше, відправлялися до в'язниці. Сьогодні в деяких країнах винуватці насильства, котрі відбувають покарання у вигляді позбавлення волі, можуть користуватися програмами терапії і реабілітації, які стосуються насильства у сім'ї. Суд може зобов'язати брати участь у такій програмі. В деяких випадках участь жертв насильства у прокурорському нагляді може залежати від того, чи буде можливим надання допомоги винуватцю такого типу діяння. Однак, цілком зрозуміло, що винуватці беруть участь у терапевтичних і реабілітаційних програмах не добровільно, й результати таких програм не завжди задовільні. Своєю чергою, примусова участь в реабілітаційній програмі може призвести до того, що винуватець скористається цим шансом і заангажується в терапію, яка допоможе йому змінити свою поведінку. Обов'язкова участь у програмі навчає відповідальності і дає винуватцям можливість вибору – якщо не виконають вимоги, на них чекають юридичні наслідки, в тому числі із утриманням у закладі позбавлення волі.

Система реабілітації винуватців насильства може бути альтернативою переслідування і запропонована обвинуваченому перед початком судової справи. Однак, це спірне

розв'язання, тому що може складатися враження, що суспільство не трактує насильство у сім'ї так само серйозно, як інші brutальні злочини. Натомість не повинно викликати жодних дискусій впровадження програм лікування і реабілітації винуватців насильства у програми ресоціалізації у закладах відбування покарання.

Явище домашнього насилля є винятково делікатною темою. Люди дуже неохоче розповідають про негативні справи з власного життя і ті, які викликають почуття сорому. Часто ідеалізують образ близьких людей і власної родини. Більш охоче говорять про свої успіхи, а особисті поразки намагаються приховати чи діляться ними тільки з особами, котрим довіряють. Найчастіше насильство стосується домашніх справ, і не легко признаватися у тому, що вдома панує погана атмосфера, навіть заповнюючи анонімну анкету. З цієї причини дуже важко встановити істинний масштаб різноманітних проблем, котрі є наслідком сімейної патології. На щастя, завдяки інформаційним і едукативним акціям, тема насильства перестає бути темою табу, а жертви насильства починають розповідати свої драми і шукати допомоги.

Дедалі більше людей усвідомлюють, що домашнє насильство не викликається алкоголем, натомість:

- алкоголь може бути тільки претекстом чи відмовкою, яка виправдовує застосування насильства (агресивні дії після споживання алкоголю найчастіше пов'язані з послабленням механізмів, контролюючих поведінку);
- вживання алкоголю може підвищувати рівень загрози для жертв домашнього насильства, тому необхідно також звернути увагу на питання гарантування безпеки для жертви насильства, дітей і найближчого оточення;
- у більшості випадків домашнього насильства винуватець не втрачає контролю над тим, що робить;
- потреба розрядити емоційну напруженість чи зняти стрес не є і не може бути виправданням скоєння домашнього насильства;
- проблеми і конфлікти в стосунках між двома людьми не виправдовують домашнього насильства;
- звинувачення жертви в провокуванні винуватця не може бути виправданням домашнього насильства;
- існують організації і заклади, котрі можуть допомогти у затриманні насильства.

Необхідно також пам'ятати, що жертви домашнього насильства вимагають дещо іншого підходу й іншої допомоги, ніж жертви інших форм насильства (напр., грабінництва чи крадіжок). Тому що тут ми маємо справу зі злочином, де один і той самий винуватець протягом тривалого часу застосовує насильство щодо тієї самої жертви. Запевнення безпеки не може полягати тільки у невідкладних діях, напр., у поміщенні винуватця насильства у витверезнику чи затриманні його поліцією до в'яснення обставин. Винуватець домашнього насильства рано чи пізно повертається до жертви і може пробувати помститися їй. Тому дуже важливим є створення локальної системи допомоги для жертв насильства у сім'ї шляхом співпраці різних осіб, установ та організацій, діючих на даній території.

Проблема насильства була предметом зацікавленості Європейського парламенту, котрий 20 червня 2007 року прийняв рішення, котре стосується запобігання і боротьби з насильством щодо дітей, підлітків і жінок, а також у справі охорони жертв і груп ризику, як частину загальної програми «Основні права і справедливість».

Наприкінці необхідно також звернути увагу на той факт, що не варто ототожнювати агресивну поведінку і насильство із залежністю від алкоголю (алкоголізмом), а лише із «послабленням гальм» після споживання алкоголю, а це може стосуватися кожного.

### **Примус і обов'язок лікування**

Постулат примусового лікування uzалежнених від алкоголю першим 1975 року під час II з'їзду Польських лікарів і натуралістів у Львові проголосив Едвард Савіцький. Однак першою європейською країною, яка запровадила у себе примусове лікування осіб, uzалежнених від алкоголю, була Швеція, де 1916 року було видано розпорядження «примусового розміщення у закладі тих алкоголіків, котрі небезпечні для себе й інших ... наражають жінку чи дітей на злидні або очевидне здичіння ... є тягарем для гміни чи родини ... були протягом останніх двох років повторно покарані за п'янство», а спеціальна «управа тверезості», зокрема, мала право видати «наказ відправлення під опіку лікаря чи до закладу».

Проте лише 1956 року було ухвалено «закон про протидію алкоголізму», котрим у Польщі було запроваджено примусове лікування uzалежнених від алкоголю осіб в лікувальних закладах відкритого і закритого типу на підставі соціального фактору (територіальні і профспілкові громадсько-лікарські комісії у справах примусового лікування алкоголіків, котрі проводили свої зустрічі при закритих дверях). 1959 року

(10 грудня) ухвалено другий закон, котрий доповнив попередній. Громадсько-лікарські комісії у справах примусового лікування алкоголіків виносили рішення про застосування примусового лікування у відкритих закладах, а також мали право подавати заяву до повітового суду про застосування примусового лікування в умовах закритих закладів. Видане 1961 року Міністром охорони здоров'я і соціальної опіки виконавче розпорядження до цього закону визначало, зокрема, склад і спосіб дії Комісії, а також регламент «закритих лікувальних закладів для невинуватих алкоголіків». Цей регламент, наприклад, давав керівнику закладу повноваження до згаданого вже раніше «примусового застосування лікувальних процедур і організаційних заходів, обмежуючих свободу пересування пацієнтів, якщо цього вимагали рекомендації лікаря».

Ситуація змінилася на діаметрально протилежну лише після ухвалення Закону про виховання в тверезості і протидії алкоголізму від 1982 року, котрий установив, що «лікування алкоголізму є добровільним» (ст. 21.2). Проте в певних ситуаціях (ст. 24) можливе зобов'язання судом до лікування у стаціонарному чи не стаціонарному закладі лікування залежностей (ст. 26). Постанова про зобов'язання до лікування залежності приймається у непроцесуальному порядку і не носить характеру судового вироку - каральної санкції. Закон визначає, що особи, котрі у зв'язку зі зловживанням алкоголем спричиняють розпад сімейного життя, деморалізацію неповнолітніх, ухиляються від обов'язків забезпечення потреб сім'ї або систематично порушують спокій чи громадський порядок, скеровуються на обстеження експерта з метою надання висновку стосовно залежності від алкоголю і рекомендації щодо типу лікувального закладу (ст. 24). На обстеження, про яке йдеться у ст. 24, направляє гмінна комісія з вирішення алкогольних проблем відповідно до місця проживання чи перебування особи, котрої стосується справа, на підставі її заяви чи з власної ініціативи (ст. 25).

Обстеження судового експерта має забезпечити від зобов'язання до лікування осіб, котрі не є узалежненими від алкоголю. У ст. 26 говориться про те, що: 1. Осіб, про яких говориться у ст. 24, якщо вони узалежнені від алкоголю, можна зобов'язувати до лікування у стаціонарному, або нестаціонарному закладі лікування залежностей. 2. Постанову про застосування обов'язку лікування у закладі лікування залежностей виносить районний суд у відповідності до місця проживання чи перебування особи, котрої стосується справа у непроцесуальному порядку. 3. Суд порушує справу на підставі заяви гмінної комісії з вирішення алкогольних проблем, або прокурора. 4. До



заяви додається зібрана документація разом з висновком експерта, якщо проводилася  
судова експертиза.

Застосування процедури зобов'язання до лікування алкоголізму з точки зору багатьох  
осіб є питанням дискусійним, як з етичної, так і практичної точок зору. Її соціальна  
функція полягає у інституціональному мотивуванні до лікування алкоголізму. В  
групах, в яких перебуває занадто багато осіб, зобов'язаних до лікування судом,  
порушується терапевтичний процес на початковому етапі терапії, власне тоді, коли  
будується мотивація пацієнта до лікування. Адже зобов'язані до лікування судом  
пацієнти мають значно нижчу від середньої мотивацію і бажання лікуватися.

## Розділ 24

### *Що ще потрібно знати?*

#### **Отруєння**

Симптоми отруєння, виявлені у особи, від якої відчутний запах свіжого чи перетравленого алкоголю, можуть мати іншу, ніж етиловий спирт, причину. Необхідно завжди пам'ятати про можливість одночасного отруєння іншими спиртами (напр., етиленгліколь чи метанол) або іншими токсичними речовинами (наркотиками, оксидом вуглецю і т. п.).

Зміна поведінки може бути також наслідком підвищеного чи пониженого рівня цукру в крові у осіб, котрі страждають на цукровий діабет, чи теж наявності скороминучих або стійких змін у головному мозку. Особливо часто особи, котрі знаходяться під впливом алкоголю, стають жертвами нещасних випадків та зазнають черепно-мозкових травм. З огляду на це, ніколи не варто нехтувати навіть дрібними травмами чи слідами побиття, тому що завжди існує можливість внутрішньочерепної гематоми чи внутрішньої кровотечі.

У випадках тяжкого отруєння алкоголем з комою, що спостерігається переважно при концентрації алкоголю вищій за 3 проміле, необхідно діяти так само, як при інших отруєннях. До прибуття професійної допомоги (незважаючи на причину такого стану) непритомну особу необхідно покласти у безпечну позицію на боці, щоб запобігти захлинанню секретом слинних залоз чи власними блювотними масами, а також удушенню від западання язика. Після транспортування до лікарні необхідно пам'ятати про: підтримання дихання і кровообігу, запобігання подальшому всмоктуванню (провокування блювоти, промивання шлунку), прискорення виведення етанолу (форсований діурез, гемодіаліз, перитонеальний діаліз), призначення нейтралізуючих ліків (налоксон, фізостигмін). Смертельною дозою (для осіб без підвищеної толерантності) можуть бути вже 300 – 400 мл етилового спирту, тобто 750 – 1000 мл 40% горілки випитої менш ніж за 1 годину.

У нетверезих осіб, котрі виявляють збудження або ведуть себе агресивно, протипоказано призначення будь-яких фармакологічних засобів, й особливо заспокійливих ліків, котрі можуть посилити дію алкоголю.

Як виникає алкоголізм?

Щоб краще зрозуміти, яким чином доходить до uzалежнення від алкоголю, а також, як пов'язані між собою біологічні, психологічні і соціальні фактори, пропоную уявити собі наступну ситуацію. Так як люди мають меншу чи більшу схильність до алкоголізму, так само і земля (грунт) може бути більш чи менш врожайною. На дуже врожайному ґрунті навіть з невеликої кількості й до того ж з не дуже якісного зерна, мають шанс вирости цілком пристойні рослини, натомість у поганому ґрунті будь-що важко виростити. Відомо також, що для того, щоб вирости будь-яка рослина, необхідні відповідні кліматичні умови, пов'язані з температурою, вологістю чи кількістю сонячного світла.

А тепер спробуємо уявити собі людину, котра має сильну біологічну схильність до залежності (врожайний чи дуже врожайний ґрунт), яка часто вживає високопроцентні алкогольні напої (кидає багато «високоякісного зерна» у ґрунт) й одночасно часто перебуває у сприятливих для пияцтва умовах середовища (є відповідна температура, вологість і кількість сонячного світла і тепла). Якість зерна тут ми можемо порівняти з міцністю алкогольних напоїв. «Цінним» зерном (високої якості) в нашому випадку будуть міцні алкогольні напої, котрі викликають найсильнішу деструкцію у організмі і найшвидше призводять до залежності. У такої людини, за відносно короткий час, мусить розвинутися алкоголізм (виросте дорідна рослина).

Однак, якщо, незважаючи на біологічну схильність (врожайний ґрунт), така людина не буде занадто часто і багато пити (сіяти зерно), а умови середовища не будуть сприяти п'янству (сухо, холодно і темно), то шанс на розвиток алкоголізму буде значно меншим (або майже нічого не виросте, або виросте слабка низькоросла рослина). Подібно не всі особи, котрі мають біологічну схильність до алкоголізму, стають залежними від алкоголю.

Користуючись наведеними вище порівняннями можна прослідкувати також процес одужання. Уявіть собі згадувану раніше дорідну рослину (алкоголізм), котру ми не підливаємо (не забезпечуємо алкоголем). Ймовірно, вона почне поволі висихати, і цей процес буде протікати роками. Так відбувається у випадку осіб, uzалежнених від

алкоголю, котрі страждають і утримуються від вживання алкоголю ціною величезних зусиль. Процес подолання хвороби триває безкінечно довго. Тому що рослина (алкоголізм) періодично підсихає, а пізніше (в період повернення до вживання) щедро підливається. Завдяки цьому періодичному підливанню не засихає, а тільки далі росте.

У цьому місці виникає питання, що потрібно робити, щоб позбутися небажаної рослини? Відповідь тільки одна – потрібно дозволити їй цілком засохнути, а потім вирвати її з корінням. В тому місці, де вона росла, необхідно посіяти інше зерно, а коли від нього зійде нова рослина – дбати і доглядати, щоб вона назавжди зайняла місце попередньої. Так само після припинення вживання алкоголю, порожнє місце необхідно чимось заповнити шляхом здійснення докорінних змін у собі й у своєму дотеперішньому житті.

### **Що таке алкогольний «голод»?**

Формулювання алкогольний «голод» вживається для означення стану, котрий характеризується інтенсивним мисленням про алкоголь з посиленням бажанням вжити його чи напитися, з яким важко боротися. Це явище трапляється виключно в uzалежнених осіб і поєднується зі зростаючою дратівливістю, напруженням і занепокоєнням. На думку багатьох дослідників алкогольний «голод» є дуже важливим чинником розвитку і утримання залежності від алкоголю.

«Голод» може виникнути в різних ситуаціях, напр., у місцях і обставинах, у яких часто вживався алкоголь, негайно після вживання невеликої кількості алкоголю, разом з іншими симптомами абстинентного синдрому, може бути пов'язаний з прагненням ейфорії чи супроводжувати розлади настрою, сну або погане загальне самопочуття.

На думку деяких дослідників, алкогольний «голод» містить у собі багато психопатологічних феноменів. З метою більш точної їх ідентифікації були навіть здійснені спроби опрацювати шкалу, за допомогою якої можна було б виміряти цей «голод». Реєстрували, наприклад, супутні алкогольному «голоду» зміни фізіологічних функцій, таких як ритм серця, артеріальний тиск чи виділення потових залоз. Змін, специфічних для алкогольного «голоду», не було знайдено.

Не можна, однак, виключити, що алкогольний голод може виникнути внаслідок адаптаційних змін у нервовій системі, котрі призводять до того, що головний мозок uzалежненої особи стає більш схильним до повернення до вживання алкоголю. Ці зміни

зберігаються також у період, коли в організмі вже немає алкоголю і можуть викликати свідоме чи несвідоме, фізичне або психічне страждання, яке проявляється суб'єктивними симптомами почуття «голоду». Частина дослідників вважають, що «голод» - це гіпотетичне поняття, і що він не існує, тому що не можна підтвердити його наявність за допомогою об'єктивних критеріїв, таких як фізіологічні чи біохімічні показники. Як, у такому разі, назвати стани, котрі ми переживаємо тоді, коли протягом більш тривалого часу нічого не їмо? Чим є бажання випити склянку води у спекотний день? Чому курець через якийсь час тягнеться за наступною цигаркою? Чому жінка, котра дбає про свою фігуру, через два дні дотримання дієти з величезною охотою тягнеться за тістечком чи еклером? Що викликає таку поведінку? Чи тільки бажання? Може тут відіграють роль механізми, які ми спостерігаємо в uzалежнених від алкоголю?

Якщо когось стосується котрась з наведених вище ситуацій, якщо будь-коли пережив її, то нехай спробує зрозуміти uzалежену від алкоголю особу. Він також, протягом якогось часу відмовляв собі у алкоголі (так само, як хтось відмовлявся від цигарки чи тістечка). Часто не витримує, тому що не може впоратися з наростаючим «голодом» (бажання випити, котрому важко опиратися), так само як і ти, читачу, не зміг відмовити собі з'їсти відбивну, випити кока-колу, запалити цигарку чи «проковтнути» тістечко.

Аргумент, що це не те саме, що алкоголь тільки частково правдивий, тому що різним людям різні речі і різні дії приносять задоволення. Варто також пам'ятати, що «алкогольний голод» вважається одним з головних механізмів, котрий призводить до повернення до вживання чи рецидиву хвороби.

### **Чому особі, uzалеженій від алкоголю, мало одного дня випивки?**

Юліан Тувім говорив: «Різниця між верблюдом і людиною в тому, що верблюд може працювати не п'ючи цілий тиждень, а людина може цілий тиждень пити, не працюючи». У цьому місці виникає питання: чому так відбувається?

Серед симптомів синдрому залежності від алкоголю особливу роль у механізмі продовження вживання відіграють два з них. Перший – це недостатність контролю (порушення, втрата) над вживанням, котра полягає у неможливості послідовної реалізації своїх власних рішень відносно вживання чи не вживання (проблеми з контролюванням кількості, частоти і ситуацій вживання алкоголю), що призводить до труднощів з утриманням від випивки та припиненням розпочатого вживання. Другий

симптом – це надзвичайно неприємні симптоми абстинентного синдрому із супутнім алкогольним голодом, а також свідомістю припинення цих симптомів після вживання чергової порції алкоголю.

Втрата контролю над випивкою, котра є основним симптомом залежності від алкоголю і зберігається протягом усього життя (більшість дослідників виключають можливість повернення до контрольованого вживання), не дозволяє особі, узалежненій від алкоголю, повністю контролювати кількість алкоголю що вживається, частоту вживання і ситуації, пов'язаних з випивкою. Тому, якщо особа, узалежнена від алкоголю, починає пити (візьме в руки перший кухоль пива чи чарку горілки,) то йому буде надзвичайно важко припинити вживання й, найімовірніше, воно затягнеться на декілька наступних днів. Рушійною силою цього механізму є симптоми абстиненції, котрі з'являються в момент зниження рівня алкоголю у крові. Ці симптоми (особливо тривога, страх, тремтіння (тремор), блювота, надмірна пітливість, порушення сну, а нерідко також якісь «видіння» чи «голоси») в поєднанні з алкогольним «голодом» і знанням способу на їх послаблення чи усунення змушують до продовження вживання. Адже вживання ще одної порції алкоголю дійсно послаблює симптоми і приносить полегшення.

Як відомо, алкоголь розкладається в організмі людини і виводиться з нього, тому його концентрація в крові поступово знижується. Це викликає повторне зростання симптомів абстиненції і посилення алкогольного «голоду». Для покращення самопочуття потрібна чергова порція алкоголю і т. д. і т. ін.. «Хибне коло» замикається, а випивка затягується на подальші дні, тижні, місяці, а інколи навіть і на роки.

Особі, котра ніколи нічого такого не пережила, важко зрозуміти цей механізм. Тому пропоную на мить уявити собі біль власного зуба (мало є людей, які не пережили подібного стану). Зуб болить все сильніше, а поблизу немає дантиста, або страх перед ним є настільки сильним, що про візит й мови не може бути. Тоді людина починає шукати щось, що могло б полегшити їй страждання. Частіше за все приймає знеболюючу таблетку. Виявляється, що вона допомагає, хороший настрій повертається ... але через годину чи дві зуб починає нагадувати про себе, біль наростає. Що робити? Звичайно ж чергова знеболююча таблетка і т. д. Ця таблетка (так само як у особи, узалежненої від алкоголю алкоголь) пом'якшує неприємні симптоми, але (подібно до алкоголю) розкладається в організмі і видалається. Біль повертається, «хибне коло»

замикається, а знеболююча таблетка, так само як алкоголь, стає засобом, який дозволяє полегшити страждання.

Марек Гласко так описував у «Петлі» страждання і радість алкоголіка: «Цокнулися чарками і випили. Куба занурився у тепло; щасливе, болісне, заповнює кожний закуток тіла, тепло. Тепер він вже не був ганчіркою; був молодим, сильним і здоровим. Буфетниця раптом стала схожа на Лолобріджиду, ніздрюватий здавався цілком симпатичним чолов'ягою, бар – пристойним, теплим, мудрим місцем на землі. Ще раз – сказав Куба. Буфетниця налила ... Випив; глибоко зітхнув і запалив цигарку. Руки мав спритні і сильні, вже не тряслися так, як рано. Він дивився на них з задоволенням».

### **Вживання непродовольчого алкоголю, чи так званих «сурогатів»**

«Сурогати» - це популярна назва замінників продовольчого алкоголю (рідин, котрі містять у собі непродовольчі спирти). Споживають їх виключно узалежені від алкоголю особи в станах дуже сильного алкогольного «голоду», при одночасній недоступності продовольчого алкоголю, а дехто з економічних міркувань. За результатами досліджень, проведених у США, особи, які вживають ці речовини, складають 10 – 15% госпіталізованих до відділень детоксикації. Американська психіатрична асоціація трактує вживання непродовольчих спиртів як один з діагностичних критеріїв залежності від алкоголю.

Ці речовини мають одну спільну рису – містять у собі спирт (не обов'язково етиловий) і часто, незважаючи на огидний смак та запах, мають ідентичну чи дуже наближену дію до етанолу, уможливлуючи досягнення стану одурманення (сп'яніння). Дуже часто до їх складу входять такі небезпечні сполуки, як метанол і етиленгліколь, а також речовини які денатурують етанол, такі як хлороформ, трихлоретилен, бензен, ксилен і т. ін..

В якості замінників алкоголю вживаються:

- косметичні засоби (одеколони, дезодоранти, лаки для волосся і т.ін.),
- засоби домашнього господарства (денатурати, детергенти, миючі засоби і т.ін.),
- ліки для внутрішнього і зовнішнього застосування, в яких етанол застосовується як розчинник,
- засоби, які використовуються в моторизації (антифриз, гальмівна рідина і т. ін.).

### **Гострий і хронічний абстинентний синдром (синдром відміни)**

«... Виглядає так, наче хтось зігнув його в баранячий ріг. Зовсім отупів від цієї горілки, з'явилися якісь судоми в руках і ногах, голова трясеться безперестанку, як холодець ... Знайти спільну мову з ним не можна, хоча тверезий ... люди думають, що п'яний, бо так виглядає ... так описував одного зі своїх героїв Адольф Дигасіньський («Горілка»). Власне так може виглядати людина з симптомами абстинентного синдрому. Цей синдром, як я вже згадував раніше, виникає в uzалежнених осіб тоді, коли під час запою, чи спроби перервати його доходить до зниження рівня алкоголю у крові. Це виглядає так, наче, продукуючи абстинентні симптоми, організм uzалежненої особи домагається доставки чергової порції алкоголю.

Симптоми гострого абстинентного синдрому не є характерними виключно для нього і можуть імітувати багато різних захворювань. Помилковий діагноз і, як наслідок, неправильне лікування призводять до дальшого поглиблення залежності. Симптоми абстиненції такі нестерпні, що особа, яка не отримає адекватної і невідкладної допомоги у їх пом'якшенні, «лікується» сама – п'ючи далі. Для неї чергові порції алкоголю – засіб, який усуває неприємні симптоми і полегшує страждання. Видача в таких станах документу (лікарняного листка), що дає право на звільнення від праці за станом здоров'я без скерування до спеціалізованого закладу чи на зібрання Анонімних Алкоголіків необхідно трактувати як несвідому допомогу в продовженні вживання алкоголю.

Після відступу гострих симптомів абстиненції, протягом декількох тижнів, і навіть місяців можуть зберігатися симптоми хронічного абстинентного синдрому. Тоді з'являються порушення концентрації уваги і розлади абстрактного мислення, проблеми зі «свіжою» пам'яттю, більша схильність до стресу, апатія чи дратівливість, надмірна емоційна збудливість а також розлади сну.

### **«Алкогольна епілепсія» або абстинентні судомні напади**

Симптоми абстинентного синдрому можуть супроводжуватися судомними нападами, котрі виглядають дуже загрозово (див. розділ «Проблеми зі здоров'ям»). У випадку їхньої появи обов'язковою є консультація спеціаліста, котрий може відрізнити їх від судомних (епілептичних) нападів іншої етіології (напр., викликаних травмою, запаленням, судинними патологіями, пухлинними процесами і т. п.). Провести диференціальну діагностику допомагає той факт, що поява абстинентних судомних



нападів тісно пов'язана у часі з обмеженням вживання алкоголю чи закінченням запою, і вони не виникають у осіб, котрі протягом довшого часу утримуються від вживання.

### **Уявний абстинентний синдром («сухе похмілля»)**

Після багатьох тижнів, місяців а часом навіть і років цілковитої відмови від алкоголю можуть з'явитися симптоми, ідентичні із тими, що виникають безпосередньо після припинення вживання. Ці симптоми можуть утримуватися кілька днів й загрожують поверненням до вживання, тому що особа, котра їх переживає, пригадує, що свого часу при такому поганому самопочутті допомагала певна порція алкоголю. Ці симптоми настільки надокучливі, що не одна особа, особливо якщо не знала про можливість виникнення «сухого похмілля», використовувала алкоголь, щоб їх пом'якшити. Ці стани вимагають контакту зі спеціалістом, котрий може допомогти у послабленні неприємних і дуже надокучливих симптомів і запобігти вживанню алкоголю.

### **Чи можна вилікуватися від алкоголізму?**

Відповідь звучить: так і ні.

«Так», тому що, стримуючись від вживання алкоголю, можна отримати все те, що було втрачено і навіть досягнути більш високого рівня емоційного і духовного розвитку у порівнянні із вихідним станом (до хвороби). Про таку можливість можуть засвідчити особи, узалежнені від алкоголю зі стажем тверезості, котрий нараховує десятки років.

«Ні» - якщо думати про досягнення повної можливості контрольованого вживання алкоголю. Мій багаторічний досвід говорить, що особи, котрі мають серйозно пошкоджену здатність до контрольованого вживання алкоголю, звертаючись до нього, завжди ризикують тим, що після вживання певної кількості не зможуть далі контролювати своєї випивки.

Подібно до процесу розвитку алкогольної хвороби одужання має свою динаміку і протікає етапами. V. Johnson вирізняє чотири етапи в дорозі повернення до здоров'я: I – усвідомлення власного стану, II – покірності (прийняття до відомості реалій на тему хвороби), III – визнання (хвороби і прийняття відповідальності за повернення до здоров'я) і IV – покірливості (стосовно алкоголю, хвороби і терапевтів). Еволюційна модель повернення до здоров'я за S. Brown також охоплює чотири фази: I – вживання (котре закінчується «досягненням дна» або покірливістю), II – перехідний період (вагання між: «я не алкоголік» і «я алкоголік»), III – ранній період повернення до

здоров'я (визнання «я алкоголік»), IV – безперервне тверезіння (тривала абстинентська поведінка, удосконалення емоційного та духовного розвитку і стосунків з іншими людьми). Опис перебігу процесу одужання за Prochaska і DiClemente (транстеоретична модель змін) міститься на попередніх сторінках цієї книги.

Спостерігаючи за якісними змінами в житті uzалежненої від алкоголю особи, котра одужує, легко помітити, як вона долає чергові етапи на дорозі до тверезості: хоче пити – не може пити – не хоче пити – хоче не пити. Самому долати ці етапи надзвичайно важко і тому необхідна доброзичлива допомога інших uzалежнених від алкоголю осіб, найближчих осіб, а також професійних терапевтів.

## Частина II

# ІНШІ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

### Вступ

Вже багато років тому між хімічними сполуками, котрі сьогодні утворюють групу так званих психоактивних речовин, ставився знак рівності. Підтвердженням цього є лекція д-ра Юзефа Богданіка (головного лікаря шпиталю св. Лазаря у Кракові) проголошена у Кракові та видана у Львові у 1907 році. У цій лекції під назвою «Три біди людства: алкоголізм-нікотинізм-морфінізм» автор на закінчення писав: «Отже алкоголь, морфін і нікотин в невеликих дозах переносять нас у країну ілюзій. У відповідний момент з розумом і мірою вжиті, ймовірно, ще довго будуть мати хоча б химерну вартість, але надмірно вжите і особливо вжите у молодому віці, заподіюють три біди людськості, алкоголізм, морфінізм і нікотинізм».

У XIX і XX ст.ст. можна було спостерігати дуже цікаве явище пошуку «безпечних» ліків, результатом застосування яких могло б бути заміщення одних лікарських препаратів іншими, одних психоактивних речовин (котрі викликають залежність) іншими. Коли звернули увагу на те, що застосування алкоголю як лікарського засобу (напр., для так званої «стимуляції» алкоголем, редукції тривоги чи як снодійний засіб) спричиняє виникнення симптомів залежності, то почали впроваджувати опіум (спочатку у вигляді алкогольної настоянки – лауданум, зокрема для лікування залежності від алкоголю). Одночасно опіум використовували для лікування алкогольного делірію (*delirium tremens*). Коли в другій половині XIX ст. зауважили випадки залежності від опіуму, для лікування цієї залежності було запропоновано використовувати морфін. На той час морфін був також досить поширений як заспокійливий засіб. У 70-ті роки XIX ст. були зауважені випадки залежності від морфіну, а дрезденський лікар Карл Фідлер ввів термін «морфінізм». Невдовзі морфінізм почали лікувати призначенням кокаїну. Коли, своєю чергою, 1914 року кокаїн було визнано наркотиком, кокаїнізм почали лікувати героїном (опіоїд), незважаючи на те, що в той самий час вже почали появлятися перші повідомлення про

узалежнюючі властивості героїну. Сьогодні, коли відомо, що героїн викликає сильну залежність, ми пробуємо замінити його метадоном і бупренорфіном. Послідовність заміни одних узалежнюючих речовин іншими виглядає наступним чином:

алкоголь -> опіум -> морфін -> кокаїн -> героїн .....??

Можливо цією черговою речовиною буде вігабатрин, модафініл чи флумазеніл. Останнім часом проводяться клінічні дослідження вігабатрину щодо застосовування його у лікуванні залежності від кокаїну і метамфетаміну (Fechtner 2006). Дедалі частіше говориться про лікарський засіб під назвою флумазеніл, котрий нібито можна безпечно застосовувати у осіб із залежністю від бензодіазепінів. Пам'ятаючи про згадані раніше спроби замінити одну субстанцію іншою, ще більш небезпечною, боюся, що це тільки питання часу, коли виявиться, що вона також має узалежнюючі властивості.

Я прекрасно пам'ятаю, як на початку 70-х років минулого століття з'явилися у медицині похідні бензодіазепінів (хлордіазепоксид – еленіум і діазепам – реланіум) і з якою охотою як лікарі, так і пацієнти користувалися ними. Ще зовсім недавно рекламувався також алпрозолам (ксанакс, афобам), як лікарський засіб, котрий найчастіше і найохочіше приймається пацієнтами. Одночасно стверджувалося, що така зацікавленість цим препаратом обумовлюється його великою успішністю, не віддаючи собі справи з того (чи приховуючи), що це могло бути результатом його сильних узалежнюючих властивостей. Я пам'ятаю, як під кінець 70-х років запанувала мода на клометіазол (геміневрин) в лікуванні алкогольного абстинентного синдрому і як нас запевняли, що він не викликає залежності. Протягом наступних років я зустрічав дедалі більше пацієнтів, котрі згадували про цей препарат, бо були від нього узалежнені. Ще зовсім недавно широко рекламувалися ліки з так званої групи «Z» - золпідем, зопіклон і залеплон як снодійні, що мають коротку дію, безпечні й не викликають залежності. Сьогодні ми маємо щораз більше публікацій на тему залежності від цих ліків. Відомі, наприклад, випадки застосування їх з метою отримання стану збудження в дозах, котрі навіть у 200 разів перевищують основну.

Таким чином потрібно бути надзвичайно обережним у застосуванні всіляких фармакологічних «новинок», котрі стосуються засобів із заспокійливими, знеболюючими чи снодійними властивостями. Адже фармацевтичні компанії проводять дуже інтенсивні дослідження над винайденням субстанції – «чудодійної таблетки», котра дозволить особі, яка страждає, миттєво позбутися, напр., болю, а

узалежненій особі швидко відмовитися від вживання психоактивної речовини. Зараз також триває робота над винайденням щеплення, яке має запобігти залежності.

Нерідко, для прихованого донесення інформації про нові фармацевтичні засоби в пресі, на телебаченні і по радіо використовується криптореклама. Під гаслом демонстрації новинок з дослідницьких лабораторій готується ґрунт для пізнішої реклами «чудодійних» ліків, про які згадував журналіст. Одночасно, щоб обійти конкурентів, в ній знецінюються основні форми допомоги залежним особам, такі як психотерапія чи участь в роботі товариств взаємодопомоги. В одному з тижневиків я прочитав таку «мудрість», написану кимось, хто або зовсім не розуміє у чому полягає залежність, або має інтелектуальні дефіцити чи діяв за чиймсь розпорядженням. Цей «хтось» в межах ознайомлення читачів з науковими дослідженнями насамперед зробив крипторекламу кількох лікарських препаратів, а під кінець написав: «Лікарі мусять звикнути з думкою, що узалежненим особам потрібно пропонувати ліки, а не вручати рекламні брошури анонімних алкоголіків ... якщо хтось страждає гіпертонією ... лікар не посилає його до костелу ... узалежені не відрізняються від інших хворих ... котрогось дня наука дасть кожному узалежененому шанс повернути собі силу». З результатами таких дій я маю справу особисто, тому що після появи інформації про «чудодійні» ліки від залежності відповідаю на численні телефонні дзвінки з питаннями, яким чином можна добути ці ліки. Співрозмовники зовсім не хочуть чути про інші можливості лікування залежності, напр., про поєднання цих ліків з психотерапією. Коли спостерігаєш такі дії, виникає запитання – коли вдасться переконати людей, що винайдено безпечну таблетку, котра уможливило людині щасливе, забезпечене і безтурботне життя? Коли таблетка навчить людину справлятися зі стресом, зі щоденними проблемами і навчить життю у злагоді з оточенням і самим собою? Адже відомо, що багато людей попали в залежність від алкоголю чи інших психоактивних речовин головним чином тому, що на початковому етапі їх приймання отримували, завдяки хімічній дії цих речовин, тимчасове покращення самопочуття, а також змінене на краще, хоча і фальшиве, сприйняття навколишньої дійсності. Ці особи зверталися до алкоголю й інших психоактивних речовин, таких зокрема, як похідні маку, різні стимулюючі речовини (в тому числі амфетамін, кокаїн, а також кофеїн), медичні засоби (напр., ліки з групи бензодіазепінів, барбітурати чи ліки, котрі містять у собі ефедрин), летючі розчинники, а також тютюн (нікотин). Натомість занадто легковажний лікар, котрий не надто обережно користується всілякими «новинками», які стосуються ліків.

діючих на психіку людини, повинен знати, що говорив грецький автор трагедій Софокл (496 – 406 р. н. е.): «поганий той лікар, який застосовує ліки гірші від хвороби».

За матеріалами міжнародних доповідей, котрі стосуються контролю над психоактивними речовинами, найбільш розповсюдженими є коноплі і вирощуються вони у всіх регіонах світу. Амфетамін так само нелегально виробляється на всіх континентах. Мак з великим вмістом опіуму вирощується в Середній та Південно-Східній Азії, а також в Мексиці і Колумбії, а листя коки у Колумбії і кількох країнах Південної Америки.

Найбільше осіб, котрі вживають нелегальні наркотики, живе у Північній Америці і Західній Європі. З доповіді, опублікованої у листопаді 2004 року, випливає, що дедалі більше європейців вживають кокаїн і екстазі, а кількість осіб, uzалежнених від наркотиків, оцінюється у 15 мільйонів мешканців Європейського союзу. Раніше більшість була uzалежнена від опіатів, а зараз щораз більше осіб вживає більше ніж один тип наркотику. Дедалі частіше ми маємо справу з так званою мішаною залежністю, коли крім залежності від алкоголю присутні симптоми залежності від інших психоактивних речовин. Позитивним явищем є зменшення кількості смертей, викликаних вживанням наркотиків, що може бути пов'язано з обмеженням внутрішньовенних наркотиків, а також з кращою доступністю замісної терапії.

Відповідно до підписаних Польщею конвенцій Організації Об'єднаних Націй більшість з цих субстанцій підлягає контролю, котрий, зокрема, полягає у допущенні до продукції тільки речовин, котрі застосовуються у медицині, нагляді за їхнім обігом, а також у забороні перевезення через кордон (зрозуміло це не стосується кофеїну, тютюну і алкоголю).

## Розділ 25

### *Ліки*

Лікарським засобом ми називаємо кожен хімічний субстанцію, котра впливає на функціонування живого організму і застосовується для запобігання хвороб, або їх лікування. Існують ліки рослинного чи тваринного походження, а також ліки отримані шляхом хімічного синтезу. Механізм дії ліків полягає у взаємодії між ними і якимсь із компонентів клітини в організмі людини. Допущення лікарських засобів до застосування у медицині регулюється законом і здійснюється після попередніх клінічних досліджень під наглядом Комісії з питань етики наукових досліджень.

Ліки застосовувалися з доісторичних часів. Проте лише у другій половині XIX ст. почали вивчати їхню дію, проводячи перші хімічні аналізи деяких лікарських засобів, які застосовувалися з давніх давен. Наприкінці цього століття виробництво перших синтетичних ліків дало початок новій галузі промисловості – фармацевтичній. Тоді ж з'явилася наука про ліки – фармакологія. Розвиток досліджень над ліками дозволив виявити різні побічні ефекти їхньої дії. Одним зі шкідливих ефектів ліків є залежність. За результатами оцінок до 4% людей в розвинених країнах тривалий час приймають заспокійливі і снодійні ліки, і до 70% цих людей страждають різноманітними проблемами і разом з тим не мають реальних психічних чи соматичних розладів. В багатьох країнах людям призначають снодійні, заспокійливі і протитривожні лікарські засоби без встановлення будь-якого психіатричного діагнозу. Статистичні дані свідчать про те, що в багатьох країнах настільки розповсюджене самолікування, що навіть у 70 – 90% випадків хворі самі вибирають і прописують собі ліки. Цьому сприяють агресивне просування і продаж ліків, що нерідко суперечить 10 Конвенції ООН від 1971 року, котра забороняє публічну рекламу психоактивних речовин. На додаток, реклама не завжди проводиться правильно, тому що інколи інформація про небезпеку, пов'язану з прийомом цих ліків оминається або подається дрібним шрифтом. Тому що фармацевтичні фірми приховують інформацію, котра могла б зменшити попит на даний лікарський засіб до моменту, коли буде створений новий препарат з подібною дією. І тільки тоді оприлюднюється інформація про шкідливий вплив ліків старшого покоління. Іншим способом збільшення доходів фармацевтичних фірм, без врахування інтересів пацієнтів, є вилучення ними з обігу «старих» препаратів, які роками широко

застосовувалися, і коштують дешевше (недавно, наприклад, Polfa Starogard Gdański почала вилучати з продукції іміпрамін, антидепресант, котрий було впроваджено на ринок ще 1957 року). Ці ліки, найімовірніше, нерентабельні для фірм і тому їх замінюють дорожчими на ринку і тому більш рентабельними препаратами. Часом, з метою збільшення оборотів, фармацевтичні фірми застосовують техніку, котра полягає у впровадженні нових торгових найменувань лікарських засобів, котрі майже нічим не відрізняються від існуючих на ринку. На рекламу нових ліків витрачаються величезні кошти, а в рекламну діяльність різними способами втягуються лікарі. Не можна також виключити, що інтерпретація даних, отриманих в деяких наукових дослідженнях лікарських засобів буває перекручена так, щоб результати не суперечили інтересам спонсорів цих досліджень, якими досить часто є фармацевтичні компанії. Прикладом несумлінності досліджень ліків може бути скандальна і одночасно трагічна афера, яка в 60-ті роки вибухнула в зв'язку з талідомідом. Талідомід було синтезовано 1953 року в ФРН, а в другій половині 50-х років він став популярним знеболюючим і снодійним препаратом. Його рекламували як абсолютно безпечний лікарський засіб, зокрема і для вагітних жінок. Однак, виявилось, що талідомід ушкоджував плід і на світ появилися тисячі дітей з вадами розвитку. Ця ситуація викликала посилення контролю над побічною дією ліків. Ще зовсім свіжа в пам'яті історія з широко розрекламованим знеболюючим препаратом нового покоління під назвою віокс, котрий 2004 року було вилучено з продажу в зв'язку з негативним впливом на систему кровообігу.

Зацікавлена у примноженні своїх капіталів, трактуючи лікарський препарат як будь-який інший товар і часто нещадна у своїй діяльності фармацевтична промисловість розділяє загальну відповідальність за зростання кількості ліків, які приймаються, в тому числі і психотропних, і, як наслідок, за поширення явища залежності від медикаментів.

Залежність від ліків (лікоманія) – це стан, викликаний більш тривалим застосуванням лікарського препарату з узаляжнюючими властивостями. Такий лікарський засіб, так само як алкоголь і інші психоактивні речовини викликає перебудову психічних і фізичних функцій до такого ступеня, що раптове переривання прийому спричиняє розлади функціонування організму, котрі називаються абстинентними симптомами. Найчастіше і найшвидше розвивається психічна залежність від лікарського засобу, пізніше фізична. Залежність від ліків характеризується зокрема непереборною потребою (примусом) вживання лікарського засобу, забезпеченням його запасів,



присутністю так званих абстинентних симптомів, котрі з'являються при раптовому зменшенні дози чи припиненні застосування препарату, а також негативними наслідками, які пов'язані з вживанням інших психоактивних речовин.

Дуже часто виявляється, що ліки, котрі рекламуються як повністю безпечні, мають більший чи менший uzалежнюючий потенціал. Так, наприклад, ще 1959 року було помічено, що при припиненні застосування згадуваного раніше іміпраміну (антидепресанта), котрий не вважається лікарським препаратом, який може викликати залежність, розвивається синдром легких симптомів відміни (абстинентних). Такі самі симптоми спостерігалися також при зменшенні дози чи відміні інших антидепресантів. Протягом кільканадцяти останніх років з'явилось багато наукових повідомлень, в яких описуються побічні симптоми при відміні дуже популярних останнім часом протидепресивних засобів, так званих селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (найбільш відомий з них – прозак). Проте у більшості випадків це легкі і скороминучі симптоми, котрі не супроводжуються явищем толерантності. В зв'язку з цим, ці ліки роками широко застосовуються, на додаток з хорошим ефектом. Натомість, дуже важкі синдроми відміни спостерігаються у осіб залежних від бензодіазепінів.

Перед тим, як перейти до обговорення лікарських засобів, котрі мають потенційний uzалежнюючий ефект, варто також звернути увагу на зростаючі проблеми, пов'язані з торгівлею ліками через інтернет, а також торгівлею підробленими препаратами. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я понад 60% ліків, котрі продаються в інтернеті – фальшиві, а продукція цих ліків приносить шахраям 75 млн доларів доходу у рік. Доходить навіть до того, що деякі ліки вилучаються виробниками, тому що вони не можуть впоратися з підробками. З року в рік зростає кількість фальшивих медикаментів, вилучених польською митною службою.

### *Бензодіазепіни (БДЗ)*

Бензодіазепіни відомі з кінця 50-х років. Першим лікарським засобом з цієї групи, котрий впроваджено у медицину, був хлордіазепоксид, відомий у нас як еленіум (1960 р.), наступним став діазепам, відомий як реланіум (1962 р.). Обидва ці препарати були синтезовані випускником Ягелонського університету Леоном Генріхом Стернбахом (1908 – 2005). З того часу синтезовано близько 20 тисяч різних бензодіазепінів, з яких понад 5 тисяч пройшли дослідження на тваринах. Близько 100 похідних бензодіазепіну зареєстровані як ліки протитривожної, снодійної, заспокійливої і протиепілептичної дії.

Під кінець 70-х років бензодіазепіни стали ліками, які найчастіше прописуються лікарями в усьому світі і майже повністю витіснили з медицини барбітурати. Невдовзі їх почали застосовувати в рекреаційних цілях. На початку 80-х років особи, котрі приймали ці ліки тривалий час, почали говорити про труднощі з припиненням вживання. Проведені дослідження виявили у цих осіб появу абстинентних симптомів (симптомів відміни), що свідчило про наявність фізичних симптомів залежності. Виявилося також, що можна потрапити у залежність як від високих (зростання толерантності), так і низьких доз бензодіазепінів. Від того часу, як були підтверджені узалежнюючі властивості бензодіазепінів, лікарям рекомендують застосовувати ліки з цієї групи короткотривало і крім того у мінімальних дозах. Оскільки **всі похідні бензодіазепінів мають узалежнюючі властивості**, Рада Європи вже 1990 року остерігала, що **не варто застосовувати їх довше ніж чотири тижні**. Так само *The Committee on Safety of Medicines* та *Royal College of Psychiatrists* у Великобританії визнали, що бензодіазепіни не повинні застосовуватися довше ніж 2 – 4 тижні. На жаль, цих правил не дотримувалися і не дотримуються. Результати досліджень показують, наприклад, що лікарі первинної медичної допомоги часто призначають БДЗ, занадто часто діагностують тривожні стани і тоді охоче приписують БДЗ, кожному 10 пацієнту рекомендують ліки з цієї групи, а кожний третій приймає їх регулярно. За даними досліджень, бензодіазепіни – це заспокійливі ліки, котрі найчастіше застосовуються у США і приймають їх близько 90% осіб, які лікуються стаціонарно з приводу різних соматичних захворювань. 2007 року бензодіазепіни приймали майже 4 млн мешканців Сполучених Штатів Америки.

БДЗ найчастіше застосовуються при «неврозах», тривожних станах, розладах сну, абстинентних та маячних синдромах, епілепсії, а також при гінекологічних і хірургічних діагностичних дослідженнях. За Petursson бензодіазепіни можуть бути рекомендованими виключно пацієнтам:

- з нападами панічного страху і/або агорафобією,
- старшого віку, у котрих у перебігу соматичних захворювань з'являються тривожні симптоми,
- хворим на епілепсію,
- зі спастичними станами м'язів,
- з розладами сну,
- з рецидивуючими симптомами дисфорії.

Залежність від бензодіазепінів стала досить розповсюдженим явищем і в промислово розвинених країнах займає четверте місце з погляду частоти виникнення, після нікотину, алкоголю та канабіноїдів. Залежність може розвинутиися вже через 2 — 3 місяці систематичного прийому терапевтичних доз. У зв'язку з цим потрібно бути винятково обережним, вирішуючи рекомендувати пацієнтам чи приймати ліки з цієї групи. Ризик залежності вищий у осіб:

- котрі страждають від «неврозів», тривожних, депресивних станів чи розладів сну,
- залежних від інших психоактивних речовин (напр., від алкоголю),
- жіночої статі після 40 — 45 років,
- самотніх, без соціальної підтримки.

Особливо обережними в застосуванні ліків із цієї групи (а також інших заспокійливих, знеболюючих та снодійних) повинні бути особи, узалежнені від алкоголю і/або інших психоактивних речовин), тому що їх прийом може дуже швидко вирватися з під контролю і спричинити чергову залежність, а в кращому випадку спровокувати повернення до вживання алкоголю чи наркотиків. Одночасно спостережено зростання вживання бензодіазепінів особами, котрі експериментують з наркотиками, а також наркоманами, котрі звертаються до лікарів первинної ланки медичної допомоги тільки для того, щоб отримати рецепт на БДЗ.

Осіб, узалежнених від БДЗ, можна поділити на три групи. До першої групи відносяться особи, котрі місяцями чи навіть роками приймають терапевтичні дози, у відповідності до рекомендацій лікаря. Найчастіше це особи, які приймають снодійні БДЗ. Друга, менша група, це особи, котрі самовільно збільшили дозу, призначену лікарем. Якщо лікар відмовляється виписати рецепт на додаткову кількість ліків, вони йдуть на прийом до інших лікарів й навіть добувають БДЗ нелегальним шляхом. До третьої групи належать особи, які приймають БДЗ у розважально-рекреаційних цілях.

Вживання БДЗ нерідко супроводжується вживанням інших психоактивних речовин. Вони можуть посилювати відчуття “кайфу” після прийому цих субстанцій (напр., опіоїдів), пом'якшувати симптоми абстинентного синдрому (напр., алкогольного) або заспокоювати й сповільнювати активність після прийому стимулюючих речовин (напр., амфетаміну). Особи, котрі зловживають бензодіазепінами (приймають у дозах, які перевищують рекомендовані лікарем) чи узалежнені від них, демонструють кілька

моделей поведінки, які мають на меті отримання (здобуття, виманювання) ліків. В таких випадках пацієнт:

- намагається переконати лікаря, що “тільки цей” препарат полегшує симптоми,
- вимагає конкретного лікарського препарату, розповідаючи про те, що інші “не діють”,
- просить й навіть благає призначити йому препарат, викликаючи у лікаря дискомфорт, розраховуючи на співчутливе ставлення,
- описує симптоми, яких у нього немає,
- перебільшує симптоми, які мають місце,
- запевняє, що має алергію на інші ліки (які не викликають залежності),
- розповідає про високу толерантність до даного препарату і просить підвищити дозу,
- “губить” рецепти і просить виписати їх повторно,
- одночасно відвідує двох і більше лікарів, щоб отримати більшу кількість препарату,
- використовує рецепти близьких чи знайомих осіб,
- пробує дати хабаря,
- погрожує, шантажує,
- фальсифікує рецепти,
- краде ліки.

Залежність від бензодіазепінів характеризується тими самими симптомами, що і залежність від алкоголю, з тією лиш різницею, що толерантність розвивається по різному й залежить від типу лікарського препарату а також його терапевтичного профілю. У випадку застосування бензодіазепінів як снодійних, толерантність розвивається дуже швидко, вже навіть через декілька днів чи тижнів регулярного прийому. Особи, котрі страждають на розлади сну, мають тенденцію до збільшення дози з метою більш швидкого отримання очікуваного результату. Нерідко одночасно приймають два і більше препарати з групи БДЗ. В таких ситуаціях спостерігається також самовільне збільшення дози. Описані парадоксальні реакції, котрі найчастіше виникають у дітей й осіб старшого віку, та полягають у тому, що замість заспокоєння у пацієнтів з'являється імпульсивна поведінка, стани підвищеної збудливості й дратівливості, тривоги, збудження, агресії і навіть “напади люті”. Одночасно встановлено, що постійне вживання бензодіазепінів може посилювати тривогу і

розлади сну, а також поглиблювати депресію. Зростання толерантності у осіб, котрі приймають БДЗ як протисудомний засіб, з'являється головним чином в період перших тижнів прийому.

У осіб, які постійно приймають бензодіазепіни, зауважено послаблення здібностей до навчання, а також дефіцити пам'яті і уваги. Відновлення цих функцій, після відміни БДЗ, наставало загалом повільно й не завжди повною мірою.

Припинення вживання БДЗ, а інколи тільки зменшення дози, спричиняє появу синдрому відміни (абстинентного) різної інтенсивності та тривалості. У порівнянні з алкогольним абстинентним синдромом значно частіше спостерігаються абстинентні судомні напади, а також болі і спазми у м'язах. Дуже неприємні симптоми, пов'язані з синдромом відміни, впливають на подовження періоду приймання БДЗ та невдалі спроби припинити вживання. Багато з тих, хто приймає БДЗ тривалий час, усвідомлюють, що вони вже не приносять полегшення й навіть мають побічну дію, проте продовжують вживати їх, тому що бояться симптомів відміни.

Процедура відміни БДЗ рідко коли протікає правильно й у відповідності з правилами. Відміняти препарати цієї групи необхідно поетапно. Спершу необхідно препарат з групи бензодіазепінів короткої дії замінити препаратом тривалої дії, а пізніше зменшувати дозу поступово аж до цілковитої елімінації його з організму. Дозу БДЗ потрібно зменшувати поступово й дуже повільно так, щоб не виникли серйозні ускладнення синдрому відміни. Темп відміни необхідно пристосувати індивідуально до пацієнта і брати до уваги величину дози, котра приймалася, вид бензодіазепіну і його період напіввиведення, а також обставини відміни, стан здоров'я, можливість отримання підтримки і т. ін.. Оптимальний час відміни - коливається в межах від 6 - 8 тижнів до року і навіть довше. Британська медична асоціація рекомендує, наприклад, щоб темп відміни у випадку пацієнтів, котрі приймають терапевтичні дози, становив від однієї восьмої до однієї десятої добової дози на кожен 1 - 2 тижні. У деяких випадках корисно відміняти бензодіазепіни короткої дії під прикриттям діазепаму, повільна елімінація якого запевняє поступове зниження рівня БДЗ в крові і як наслідок меншу інтенсивність симптомів відміни. Робилися також спроби редукції симптомів відміни за допомогою інших ліків (напр., карбамазепіну, буспірону, габапентину чи антидепресантів), проте жоден з цих лікарських препаратів не виявився настільки ефективним, щоб однозначно можна було його рекомендувати.

Під час відміни бензодіазепінів **надзвичайно важливо дотримуватися правила - ніколи не відступати**, а якщо виникають труднощі, необхідно залишити актуальну дозу навіть на декілька тижнів. Ніколи не варто підвищувати дозу (відступати).

Професор Heather Ashton, котра однією з перших зайнялася лікуванням залежності від бензодіазепінів (на початку 80-х років), пропонує під час відміни препаратів цієї групи поступово намагатися знижувати дозу на 1/10 на кожному етапі. Наприклад, якщо хтось вживає дозу, яка відповідає 40 мг діазепаму, то може спочатку зменшити дозу на 2 – 4 мг протягом тижня чи двох. Після зменшення дози вживання до 20 мг, редукція має бути меншою, тобто 1 – 2 мг на тиждень чи два. Коли дозу буде зменшено до 10 мг в день, краще за все буде знижувати дозу на 1 мг на тиждень чи два. Від рівня 5 мг діазепаму на день більшість пацієнтів найкраще зносить редукцію у 0,5 мг кожного тижня чи двох.

До факторів, котрі можуть негативно впливати на прогноз при спробах відмінити бензодіазепіни, належать:

- важкі абстинентні синдроми з судомами, при попередніх спробах відмови від вживання,
- застосування останнім часом високих доз,
- супутня залежність від алкоголю чи інших психоактивних речовин,
- пізній дорослий вік або соматичні хвороби,
- присутність інших психічних розладів,
- відсутність соціальної підтримки,
- застосування довше ніж 12 місяців.

Однаково, як в процесі відміни лікарського препарату, так і після припинення його споживання дуже важливою є психологічна підтримка. Безпосередньо після цілковитого припинення вживання лікарського засобу пацієнт повинен розпочати первинну програму психотерапії залежності, в протилежному випадку повернення до вживання препарату буде лише питанням часу.

До бензодіазепінів, котрі застосовуються найчастіше, відносяться:

#### *Протитривожні*

Алпразолам (афобам, ксанакс), бромазепам (лексоміл, лексотан), хлордіазепоксид (еленіум), клобазам (урбаніл), дикалій клоразепат (клоранксен, транксен, транксиліум),

діазепам (реланіум), лоразепам (лорафен, теместа), медазепам (рудотель), оксазепам (ноктазепам), празепам (деметрін).

#### *Снодійні і заспокійливі*

Естазолам, флунітразепам (рогіпнол), флуразепам, лопразолам, лорметазепам (ноктофер), мідазолам (дормікум), нітразепам (могадон), темазепам (сігнопам).

#### *Протисудомні*

Клоназепам (рivotріл).

Бензодіазепіни діляться також на дві групи в залежності від періоду напіввиведення - короткої дії і тривалої дії. Коротка дія характерна для таких препаратів, як: алпразолам, мідазолам, естазолам, тріазолам, оксазепам, темазепам, лоразепам і лорметазепам.

Тривалою дією характеризуються: діазепам, флуразепам, флунітразепам, хлордіазепоксид, нітразепам, клобазам, клоразепам, клоназепам.

#### **Похідні барбітурової кислоти**

Ще одна група ліків, котрі дуже легко і швидко можуть викликати залежність – це похідні барбітурової кислоти (барбітурати). 1863 року в Німеччині (Вауер) синтезували кислоту із замкнутим ланцюгом атомів, який містить у собі два атоми водню, котрі можна легко замінити на різні групи атомів, і назвали її барбітуровою кислотою. 1903 року отримали похідну цієї сполуки під назвою веронал, яку успішно впровадили у медицину. 1915 року італійський лікар Giuseppe Epifanio (1886-1955), першим за допомогою барбітуратів ввів свого пацієнта в стан продовженого сну. Використання барбітуратів у лікуванні психозів розпропагував трохи пізніше швейцарський психіатр Jakob Klaesi (1883-1980). Вже 1930 року французи Heuyer і Le Guillant під назвою «барбітуризм» описали ряд випадків «пристрасного вживання снодійних засобів з групи похідних барбітурової кислоти».

Тим часом синтезовано близько 2500 барбітуратів, з яких майже 50 використовуються в клінічних цілях. Синтетичні похідні барбітурової кислоти чинять депресивний вплив на центральну нервову систему і застосовуються для продукування протиепілептичних ліків (люмінал, промінал, гемоніл), знеболюючих (веронал, верамід, пабіалгін), снодійних (люмінал, фанодорм, циклобарбітал) чи спазмолітиків (веганталгін). Особливо небезпечним свого часу був реладорм – поєднання циклобарбіталу і реланіуму. Барбітурати дуже легко викликають сильну психічну і фізичну залежність

(вона може розвинутися вже після двох місяців систематичного прийому), накопичуються в організмі, а раптове припинення їх вживання може викликати абстинентні судомні напади. Особливо небезпечне поєднання їх з алкоголем. Ці препарати – це найчастіша причина навмисних і випадкових отруєнь.

Барбітурати різняться між собою часом дії. Їхня дія може бути короткою чи ультракороткою (*гексобарбітал, метогексітал, тіопентал, тіамилал*), середньою (*алобарбітал, бутобарбітал, циклобарбітал, пентобарбітал, секобарбітал*) і тривалою (*напр., барбітал, фенобарбітал, метилфенобарбітал, метабарбітал*).

Найбільш відомі - це вже згадуваний раніше фенобарбітал (*люмінал* – застосовується до тепер), а також циклобарбітал (*фанодорм*). В 70-ті роки ХХ ст. досить часто зловживали барбітуратами з метою досягнення стану сп'яніння. Варто знати, що вони впливають на ефективність дії інших лікарських препаратів. Барбітурати посилюють дію деяких знеболюючих засобів (напр., верамід містить у собі барбітал та амінофеназон) й послаблюють ефективність спазмолітиків, препаратів, які перешкоджають згортанню крові та протизаплідних. Всмоктування барбітуратів одночасно полегшує споживання етилового спирту, що може призводити до гострого отруєння, котре проявляється втратою свідомості, колапсом і ураженням центру дихання. Всі барбітурати здійснюють депресивний вплив на центральну нервову систему, тому головними симптомами отруєння будуть: втрата свідомості, наростаюча сонливість аж до глибокої коми з відсутністю фізіологічних рефлексів. Знижується артеріальний тиск, падає температура тіла. При дуже важких отруєннях може дійти до токсичного шоку і зупинки дихання.

Барбітурати – це найчастіша причина обдуманих і випадкових отруєнь. В Англії щорічно призводять до 2000 смертей, в США до 3000, а в Польщі отруєння барбітуратами становлять 17% всіх отруєнь ліками.

### **Ліки знеболюючої дії**

На національному ринку доступні без рецептів багато лікарських препаратів знеболюючої дії. Вони мають дуже різну терапевтичну цінність, а реклама в засобах масової інформації дуже часто приписує цим лікам неправдиві властивості, одночасно оминаючи їхні побічні ефекти. Деякі з цих препаратів містять у собі субстанції, які можуть викликати залежність. Особливу обережність слід проявляти під час прийому деяких знеболюючих ліків, до складу яких входять похідні барбітурової кислоти. До



них належать вже згадувані раніше пабіалгін (метамізол натрію) і веганталгін. Пабіалгін і верамід, крім узалежнюючих мають також снодійні властивості і тому прийом кількох таблеток може сповільнювати реакції водіїв. В більшості країн ці ліки вилучені з продажу, а в Польщі їх виключено лише зі списку лікарських засобів, доступних без рецепту.

Пабіалгін (назва походить від Пабіяніце – місто в Польщі, де продукується цей препарат і грецького слова *algos* – біль). Виробляється у формі таблеток, свічок та ін'єкцій а також «шлункових крапель з пабіалгіном». Належить до нестероїдних протизапальних ліків, але має також знеболюючу і жарознижувальну дію. Найчастіше застосовується як знеболюючий засіб при невралгіях, мігрені, «коліках» або болісних менструаціях. Протягом багатьох років цей препарат був доступний у продажу без рецепту. До його складу входять амінофеназол і алобарбітал. Небезпека залежності пов'язана з вмістом алобарбіталу (5,5-діалілбарбітурової кислоти), котрий зараховано до психотропних засобів (Перелік психотропних лікарських препаратів, що є небезпечними для здоров'я в разі зловживання ними). Нечесність виробника полягає у тому, що серед побічних симптомів, пов'язаних з прийомом пабіалгіну, повідомляється про пошкодження кісткового мозку, нирок, розлади шлунково-кишкового тракту, проте немає ні слова про можливість залежності у зв'язку з вмістом похідної барбітурової кислоти. Швейцарським відповідником є цібалгін (назва походить від назви швейцарських фармацевтичних закладів – СІВА).

Алобарбітал міститься також в іншому препараті – веганталгін (містить в собі також адифенін і амінофеназон). Застосовується як спазмолітик і анагетик. Свічки – веганталгін Н не містять алобарбіталу, натомість до їх складу входять парацетамол і гіосцин бутилбромід.

У списку ліків, доступних без рецепту, залишено, не відомо з якої причини, лікарський препарат під назвою антинеуралгія, який містить у своєму складі карбромал - застарілий заспокійливо-снодійний засіб, вилучений з продажу в більшості країн світу, зокрема з приводу узалежнюючих властивостей. Схожа ситуація з доступним без рецепту препаратом під назвою аскодан. Серед його складників – ацетилсаліцилова кислота, а також кодеїн (опіоїд – похідний морфіну), тобто психоактивна речовина, яка викликає залежність. Дуже популярним додатком до знеболюючих ліків є також кофеїн, котрий, як відомо, також належить до психоактивних речовин.

Застосовуючи знеболюючі ліки необхідно завжди перевіряти, чи не містять вони у своєму складі субстанцій з uzалежнюючими властивостями, а якщо ми приймаємо їх без рекомендації лікаря, то це не повинно тривати довше ніж декілька днів.

### **Знеболюючі опіати**

В останні роки, особливо в Сполучених Штатах Америки, за кожним разом все більшою проблемою стають смертельні випадки внаслідок передозування опіатів, а також залежність від них.

Рациональна фармакотерапія болю дозволяє успішно пом'якшувати біль у більшості пацієнтів (у 85% - 95%). Групою, яка найчастіше використовується в лікуванні болю є опіати, котрі мають сильний uzалежнюючий потенціал.

Опіоїдні рецептори локалізуються в структурах центральної і периферичної нервової системи. В залежності від спорідненості і способу дії на опіоїдні рецептори знеболюючі опіати можна поділити на кілька груп:

- агоністи – морфін, петидин, фентаніл, кодеїн – зв'язуючись з опіоїдним рецептором та гальмують відчуття болю,
- антагоністи – налоксон, налтрексон, лефалорфан – гальмують дію агоністів, використовуються як протиотрута при отруєнні опіоїдами,
- часткові агоністи – напр., бупренорфін,
- змішаного типу дії (агоністи–антагоністи) – пентазоцин, буторфанол, мептазинол – одночасно діють на різні групи опіоїдних рецепторів, здатні водночас як гальмувати так і активувати опіатні рецептори.

В залежності від сили знеболюючої дії опіати діляться на слабкі і сильні. До слабких опіоїдних препаратів відносяться: кодеїн, дегідрокодеїн і трамадол, а до сильних належать: морфін, фентаніл, бупренорфін, метадон, тапентадол, оксикодон, а також поєднання оксикодону з налоксоном.

Варто також зазначити, що недавно у Сполучених Штатах фентаніл було визнано найбільш небезпечним лікарським препаратом з групи опіоїдів. За даними National Institute on Drug Abuse (NIDA) 2017 року від цього препарату померло більше 29 тис. осіб, тобто аж на 50% більше ніж попереднього року. На думку спеціалістів, вистачить близько 53,3 кг цієї субстанції, щоб вбити 25 млн осіб. В минулому фентаніл використовували терористи, а колишній шеф ЦРУ Майкл Морель відзначив, що «цей

лікарський засіб є серйозною загрозою для національної безпеки. Це зброя масового знищення».

За даними звіту American Society of Interventional Pain Physicians, американці вживають 80% всіх вироблених на світі знеболюючих ліків. Сучасна епідемія опіатів у США, котра розпочалася у 80-ті роки минулого століття, призводила до десятків тисяч смертей кожного року і сотень мільярдів економічних втрат.

Від 1979 р. до 2015 р. випадкові смерті, пов'язані з опіатами, виростили від 42 до 50%, а передозування цими речовинами зайняло перше місце серед випадків смерті (Murray і wsp., 2018)<sup>2</sup>. 2016 року, в порівнянні з 1999 р., кількість смертей, пов'язаних з прийомом опіоїдних лікарських засобів, зросла у п'ять разів, і було їх зафіксовано 42 249, а 2017 року перевищила 60 000. За результатами недавніх досліджень, у 1999 – 2017 роках у Сполучених Штатах Америки констатовано понад 700 000 смертей, спричинених передозуванням ліків, з них 56,8% склали смерті, викликані передозуванням опіоїдів. 2016 року, в порівнянні з 2015, смертей, пов'язаних з передозуванням опіоїдів, було більше на 21,4%. За 2016 рік кількість смертей в США, викликаних передозуванням опіоїдів перевищила кількість американців, котрі загинули під час війни у В'єтнамі. 2017 року 67,8% всіх смертей від передозування ліків становили випадки смерті, викликані опіоїдами (Scholl і wsp. 2019)<sup>3</sup>.

Однією з головних причин цієї ситуації є надмірне і не завжди обґрунтоване прописування цих ліків лікарями, особливо ортопедами. Встановлено також, що більший ризик прийому надмірних доз опіоїдних ліків спостерігається у жінок (Bhaskar, 2018)<sup>4</sup>. Дослідження показали, що у 6% пацієнтів розвинулася залежність вже після першого рецепту, і ризик залежності зростає до 13%, якщо опіоїдний лікарський препарат приймається довше ніж 7 днів (Shah і wsp. 2017)<sup>5</sup>.

З метою обмеження проблем запропоновано три способи дій:

---

<sup>2</sup> Murray M., Stone A., Pearson V., Treisman G.: Clinical solutions to chronic pain and the opiate epidemic. Preventive Medicine, available online 11 Oct. 2018

<sup>3</sup> Scholl L. et al. (2019): Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths - United States, 2013–2017. Morbidity and Mortality Weekly Report; 67(5152):1419-1427.

<sup>4</sup> [https://www.sccur.org/sccur/FALL\\_2018\\_CONFERENCE/MULTIDISC\\_TALKS/14/](https://www.sccur.org/sccur/FALL_2018_CONFERENCE/MULTIDISC_TALKS/14/)

<sup>5</sup> Shah, A., Hayes, C., Marin, B.C. (2017): Characteristics of initial prescription episodes and likelihood of long-term opioid use—United States, 2006–2015. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2017; 66: 265–269

1. обмеження попиту на ці ліки і зменшення мотивації до їх прийому через роз'яснення актуальним і потенційним «споживачам» ризику, пов'язаного з їх застосуванням,
2. обмеження доступу до опіоїдів і заохочення до застосування більш безпечних методів лікування болю;
3. зниження шкоди за допомогою фармакотерапії (наприклад, замісна терапія, налтрексон і т. п.), а також психо-соціальний вплив, тобто направлення на спеціалізовані програми психотерапії залежностей (Barglow, 2018)<sup>6</sup>.

Як я вже згадував раніше, в Польщі також поглиблюється проблема прийому опіоїдних лікарських засобів. Поляки щорічно купують в середньому понад 120 млн упакувань знеболюючих ліків, доступних без рецептів. Близько 60% цих ліків містять у собі ацетилсаліцилову кислоту, 26% парацетамол, 11% ібупрофен, 3% інші діючі речовини.

Залежність від опіоїдних знеболюючих лікарських засобів лікується в рамках програм, призначених для осіб, uzалежнених від психоактивних речовин.

### **Лікування залежності від ліків**

Лікування залежності від ліків протікає подібно до лікування алкогольної залежності і відбувається в тих самих центрах терапії залежностей. Підготовка до лікування трохи відрізняється, тому що усунення ліків з організму вимагає трохи більше часу, ніж у випадку алкоголю, і може тривати кілька місяців.

Інформація про небезпеку, пов'язану з прийомом ліків, була б неповною без кількох зауважень на тему лікарських засобів, котрі у своєму складі містять алкоголь. Як відомо, деякі загальнотонізуючі, а також гомеопатичні ліки містять у собі досить велику кількість алкоголю. Я особисто знаю випадок, коли одна елегантна дама «лікувала нерви» досить популярним і широко рекламованим препаратом у розчині. Цей препарат, як розповів мені її чоловік, вона приймала надзвичайно педантично, кожних дві години. На жаль, стан нервів не покращився, а «нервовість» ще більше посилювалася, коли починало бракувати цього препарату. У чоловіка часом складалося враження, що дружина виглядає так, «як би була нетверезою», але пояснював це собі дією препарату. При більш уважному вивченні ситуації виявилось, що та дама була

---

<sup>6</sup> Barglow P. (2018): Commentary: The opioid overdose epidemic: Evidence- based interventions., Am J Addict; XX:1–3.

узалежнена від алкоголю і завдяки «лікувальним» властивостям препарату могла протягом якогось часу цілком легально і спокійно продовжувати свою випивку.

## Розділ 26

### *Нікотин*

#### **Вступ**

Можливо, коли 1492 року Христофор Колумб (1451-1506) ступив на невідому землю (Багамські острови), то індіанці племені араваків почастували його висушеним листям тютюну. Тютюновому димові приписувалися містичні і лікувальні властивості, а жування і паління тютюну мало ритуальне значення, будучи символом миру і дружби («люлька миру»). Це започаткувало користування «добродійствами» нікотину. Проте дехто стверджує, що за багато років до відкриття Америки тютюн вирощували китайці. Спочатку для паління використовували люльки, а пізніше дуже популярним стало паління цигарок і сигар.

Тютюн потрапив у Європу завдяки лікарю Франсиско Ернандесу, котрий привіз його з дослідницької експедиції у Мексиці. В Європі тютюн почали вирощувати в другій половині XVI ст.. Польська назва «титонь» (tytoń) походить від турецького слова «tutum», котре означає дим. Перше насіння тютюну появилось у Польщі 1590 року, в другій половині XVIII ст. з'явився задум оподаткування тютюну, але паління стало поширеним лише в другій половині XIX ст.. Першу фабрику цигарок було засновано 1853 року в Гавані на Кубі, а перша машина для виробництва цигарок появилась 1884 року в Сполучених Штатах Америки. Деяким країнам вдалося затримати розповсюдження тютюнопаління. 1604 року в Англії був виданий перший в Європі антинікотинний едикт, а в Росії від 1634 року паління тютюну каралося вириванням ніздрів, батогами і засланням у Сибір. Тільки Петро I (російський цар у 1689 – 1725 роках) визнав паління ознакою сучасної цивілізації і відмінив попередні обмеження. Булла Урбана VIII (папа римський у 1623-1644 роках) грозила відлученням від церкви за вживання тютюну чи табаки в церкві. У Турції деякий час паління тютюну каралося смертю. У Швейцарії, ще у XVIII ст. паління каралося приковуванням до ганебного стовпа, штрафом і навіть позбавленням волі.

Монополію на виробництво і продаж тютюнових виробів було запроваджено в другій половині XVII ст. Австрією і Францією, а в Польщі – 1786 року. 1860 року в Польському королівстві було впроваджено акциз на тютюнові вироби.

Головним алкалоїдом тютюну є нікотин, котрий чинить збудливу дію на організм людини. Слово «нікотин» походить від прізвища французького посла у Лісабоні Жана Ніко, котрий першим розвинув вирощування тютюну в Португалії і постачав його до королівського двору у Парижі. Доза нікотину 5 – 15 г викликає *симптоми гострого отруєння* (а саме: нудоту, блювоту, пітливість, слинотечу, прискорення дихання, підвищення артеріального тиску). Гостре отруєння може призвести до смерті внаслідок паралічу дихального центру і порушень в системі кровообігу. Смертельна доза нікотину становить 40 – 100 мг, і така його кількість міститься у 2 – 4 цигарках.

Згідно з дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), цигарки палять більше мільярда осіб у всьому світі. 2005 року паління вбило близько 5,4 млн осіб. За результатами оцінок, хвороби, викликані палінням тютюну, кожного року поглинають більше жертв, ніж СНІД, дорожньо-транспортні пригоди і авіакатастрофи разом узяті. Експерти ВООЗ передбачають, наприклад, що хвороби, пов'язані з палінням тютюну у 2015 році стануть причиною смерті 6,4 млн осіб, тобто на 50% більше ніж СНІД, а 2030 року нікотин буде причиною смерті 8,3 млн людей у всьому світі. Кожного року з приводу хвороб, пов'язаних з палінням, в країнах Європейського Союзу передчасно вмирає понад 80 тис. осіб, з них майже 9 000 у Польщі. Своєю чергою, проведене недавно в Індії рандомізоване дослідження, котре полягало у аналізі причин смерті 2222 осіб (1385 чоловіків і 837 жінок), продемонструвало істотний вплив паління тютюну на смерті, спричинені хворобами серцево-судинної системи, а також злякисними пухлинами. В країнах, в котрих роками проводиться антинікотинова діяльність, палять тільки 20% дорослих людей, що дає зниження захворюваності та смертності від хвороб, пов'язаних з палінням тютюну (в першу чергу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), а також злякисних новоутворень і серцево-судинних захворювань).

Від хвороб, які є наслідком паління тютюну, кожних 8 хвилин вмирає одна людина. Кожного року близько 5 млн передчасних смертей у світі має зв'язок з палінням тютюну. За результатами оцінок, щодня близько 100 тис. молодих людей починають палити цигарки під нав'язливим впливом реклами і популяризації, яку організують великі тютюнові концерни. ВООЗ звинувачує виробників цигарок у тому, що вони організують кампанії, направлені на молодих людей у бідних країнах, у зв'язку зі скороченням ринку у більш багатих державах. Адже у США щороку кидають палити близько 1,3 млн курців, і майже 15 млн роблять невдалі спроби. Дедалі більше людей

вважають, що паління це розвага представників нижчого класу, а факт паління нерідко стає протипоказанням при виборі партнера на все життя. Доведено також, що особам, котрі палять, довіряють менше ніж особам, котрі, не палять, і курець, наприклад, не мав би шансів стати президентом. Величезний відсоток досліджуваних вважав, що паління є «нежіночою» поведінкою і лише незначний відсоток не трактував його як поведінку «чоловічу».

21 травня 2003 року під час щорічної асамблеї представників 192 держав – членів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) було одноголосно прийнято текст Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я з боротьби з тютюном (РКБТ). У відповідності з правовими актами Європейського союзу, котрі регулюють виробництво і продаж тютюнових виробів, на продуцентів накладається обов'язок розміщення на упаковці повної інформації про склад продуктів, а також зменшення вмісту смолистих речовин до 10 мг/цигарка, нікотину до 1 мг/цигарка і окису вуглецю до 10 мг/цигарка.

Щоправда, паління тютюну не викликає раптових і загрозливих для організму наслідків, проте спричиняє багато серйозних захворювань. Дехто вважає, що одна випалена цигарка скорочує життя на 5 хвилин. Результати проведених у Польщі досліджень свідчать про те, що кожне друге злоякісне новоутворення у чоловіків у віці 35 – 65 років тісно пов'язане із курінням. Інші дослідження показали, що особи, котрі палять, хворіють на рак легень в 20 разів частіше, ніж ті, хто не палить, мають ослаблену імунну систему, частіше також хворіють на хвороби серцево-судинної системи, стравоходу і сечовивідних шляхів. Ослаблення імунної системи є наслідком порушення синтезу антитіл, тому що нікотин чинить шкідливий вплив на лізосомальні мембрани, гальмуючи діяльність ензимних систем і синтез білків. Досить розповсюдженим є погіршення апетиту, смаку і нюху. Серед робітників тютюнових фабрик, крім інших симптомів хронічного отруєння нікотином виявлено ослаблення гостроти зору, звуження полів зору, порушення розпізнавання кольорів, зміни в кон'юнктиві й роговиці, судинах сітківки та судинної оболонки, а також нейропатію зорового нерва. Останні дослідження свідчать про те, що паління тютюну викликає короткотривале збільшення концентрації в крові вільних жирних кислот, гіперхолестеринемію, гіперглікемію а також підвищений ризик помутніння кришталика (катаракти).



Курці тютюну наражаються не тільки на вплив нікотину, а також так званої смолки, котра утворюється під час паління і містить у собі канцерогенні речовини. Особливо шкідливий вплив на організм має окис вуглецю (чадний газ), який утворює з гемоглобіном крові порівняно стійку сполуку — карбоксигемоглобін, внаслідок чого кров втрачає здатність передавати кисень тканинам організму. Крім того, тютюновий дим містить у своєму складі сотні інших отруйних речовин (зокрема. арсен, кадмій, фенол, анілін, сірководень, синильна кислота), котрі потрапляють в організм в процесі паління.

Останнім часом з'явилися повідомлення, в котрих говориться про те, що паління приносить більше шкоди жінкам у порівнянні з чоловіками (в Польщі серед повнолітньої популяції палять близько 43% чоловіків і 24% жінок). Це відбувається, ймовірно, через те, що жінки мають менший об'єм легень, а це, своєю чергою, призводить до того, що у них утримується більш висока концентрація цигаркового диму. Таким чином жінки можуть мати більш високий ризик захворіти на астму. Натомість доведено негативний вплив паління цигарок вагітними жінками на плід. Частота паління вагітними жінками оцінюється у 12 – 39%. Паління цигарок жінками в період вагітності асоціюється з підвищеним ризиком самовільних викиднів, передчасних родів, а також з можливістю виникнення у дитини вроджених вад розвитку.

На вдихання тютюнового диму наражається також оточення курця (так зване пасивне паління). Встановлено, що саме лише перебування протягом 4 – 5 годин в задимленому приміщенні рівнозначне викурюванню кількох цигарок.

На думку науковців Гарвардського університету, uzалежнені від нікотину особи, в чотири рази більш схильні до самогубства, ніж ті, хто не палить. Ризик самогубства зростає разом із збільшенням кількості випалюваних цигарок, і у осіб, котрі випалюють щонайменше 15 цигарок в день, він в 4,5 разів вищий, ніж у тих, хто не палить.

Дослідження, проведені у США, показали, що молоді люди у віці статевого дозрівання дуже швидко попадають у залежність від нікотину, тобто вже через декілька днів чи тижнів від моменту початку паління. Інші дослідження вказують на те, що тютюн є речовиною, яка ініціює інші залежності. Встановлено також, що курці цигарок – підлітки у віці 12 – 17 років, у порівнянні з їхніми ровесниками, котрі не палять, у 14 разів частіше зловживають алкоголем, і приблизно у 100 разів частіше палять

марихуану та у 12 разів частіше вживають кокаїн. Одночасно виявилось, що тільки одна третя підлітків, котрі спробували паління, палять також і в дорослому житті.

Дослідження, проведені у Ліверпулі, показали, що 3% дітей у віці 11 років палять регулярно, 13% палили часто та 27% пробували паління (Milton 2008). Існують також повідомлення, котрі говорять про те, що залежність від нікотину у підлітків може розвинути протягом місяця від моменту випалювання першої цигарки, навіть якщо такий підліток випалює одну – дві цигарки на тиждень.

Насправді залежність від нікотину досить часто трактується як психічна залежність, проте при раптовому припиненні паління спостерігається поява неприємних абстинентних симптомів, таких як напруженість, занепокоєння і дратівливість (Russel 1990).

1999 року в 13 країнах (в т. ч. і у Польщі) серед учнів віком 13 – 15 років було проведено дослідження з застосуванням анкети (Global Youth Tobacco Survey), розробленої ВООЗ і американським Центром з профілактики і контролю над хворобами (Centers for Disease Control and Prevention). За результатами цього дослідження виявилось, що майже 70% польських дітей у віці 13 – 15 років принаймні один раз палили цигарки. Кількість курців – підлітків зростає з року в рік. Кожного року 180 тисяч дітей беруть в руки цигарки. Неповнолітні курці протягом року випалюють близько  $\frac{3}{4}$  мільярда штук цигарок. Польща займає високі позиції у статистичних даних споживання тютюнових виробів, так протягом року поляки викурюють 90 млрд цигарок, тобто 2,3 – 2,7 тисяч на одного жителя Польщі. 2004 року кількість курців оцінювалася у 9 – 10 млн. За результатами проведених 2007 року опитувань, серед мешканців нашої країни палять 46% чоловіків і 31% жінок. Серед 28 країн Європи ми займаємо 6 місце (чоловіки) і 7 місце (жінки). У регулярному палінні признаються 22%, а у несистематичному 15% молоді віком 18 – 20 років. Середній курець – чоловік випалює 18 – 19 цигарок, а жінка 15. Середньостатистичний поляк тратить на цигарки біля 2000 злотих у рік, тобто стільки, скільки становить середня місячна зарплата. Близько 20 мільйонів поляків палять довше ніж 20 років.

Проте утішним могло б бути те, що вже 1999 року близько 900 тис. осіб робили спроби кинути палити, з яких 150 тис. досягли успіху. Протягом останніх 10 років кинули палити близько 2 млн поляків, а 39% курців декларують бажання перестати палити. 2005 року кількість осіб, котрі кинули палити, оцінювалася у 4,7 млн. Незважаючи на

те, що кількість дорослих курців протягом останніх років зменшилася на 10%, починає палити, нажаль, дедалі більша кількість молодих поляків. Середньостатистичний поляк сьогодні тратить на цигарки понад 2000 злотих на рік, в той час коли середня місячна зарплата у II кварталі 2007 року становила 2700 злотих, а мінімальна зарплата трохи більше ніж 1000 зл..

Перші спроби правового врегулювання паління тютюну у Польщі сягають часів законодавства загарбницьких держав, міжвоєнного (1931 рік) і післявоєнного періоду (1961 рік). Сьогодні у Польщі діє Закон про охорону здоров'я від наслідків вживання тютюну і тютюнових виробів від 9 листопада 1995 року, котрий у свій час вважався одним із найсучасніших законів такого типу в Європі, а на сьогоднішній день є трохи застарілим. Щораз більше країн, котрі усвідомлюють загрозу для здоров'я, яку несе в собі паління тютюну, намагаються рішуче вплинути на його обмеження. У Європі чергові держави, після Ірландії (запровадила першою у березні 2004 року), Мальти (квітень 2004 р.), Італії (січень 2005 р.), Швеції (червень 2005 р.), Норвегії, Португалії, Фінляндії, Ісландії, Естонії впроваджують заборону паління в пабах, ресторанах і кав'ярнях (напр., від 1 січня 2008 року у Франції і Німеччині). 2008 року таку заборону запровадив Таїланд. Так само у Гонконгу, Новій Зеландії і навіть Уганді і Кенії діє заборона паління тютюну в публічних місцях, і до такої заборони приміряється Туреччина, в якій кожна п'ята смерть пов'язана з палінням тютюну. У штаті Каліфорнія заборону паління у барах запроваджено ще 1998 року, а в каліфорнійському місті Бельмонт від січня 2009 року діє цілковита заборона паління тютюну (в т. ч. на вулицях, у парках, на паркінгах, і навіть в автомобілях). Паління можливе лише на території приватних садиб з відокремленими односімейними будинками. Для того, щоб підтримати загальносвітову тенденцію допомоги антинікотинівим ініціативам, концерн Walt Disney Co. оголосив, що в своїх фільмах не буде показувати осіб, які палять тютюн.

Однак у Польщі нікотинове лобі настільки потужне, що роками не вдається впровадити в дію законодавчу заборону паління тютюну в публічних місцях на території всієї країни. Я вважаю, що мабуть вже настав для нас той найкращий момент, щоб у цьому питанні зрівнятися принаймні з Угандою і Кенією.

**Чому люди палять?**

Пошуки слушної причини, через яку люди починають палити тютюн – надзвичайно важке завдання. Адже перші контакти з цигаркою не асоціюються з жодними приємними відчуттями, тільки з кашлем, огидним смаком, слезотечею чи нудотою. Більшість дослідників вважає, що для початку паління важливим є сильний соціальний вплив. Перша цигарка випалюється за звичай у товаристві курців чи за прикладом батьків, або приятелів, котрі палять. Науковці стверджують, що кожний підліток, котрий випалить чотири цигарки, з високою ймовірністю почне палити регулярно. Той факт, що жінки дедалі частіше починають палити нерідко є наслідком того, що вони хочуть почувати себе на рівні з чоловіками («визволена жінка»), а жінки з надмірною вагою намагаються за допомогою паління схуднути (нікотин має аноректичні властивості). За початок і пізніше продовження паління можуть відповідати ті ж самі чинники, що й у випадку вживання алкоголю та залежності від нього, тому що нікотин, так само як і алкоголь, є психоактивною речовиною.

### **Симптоми залежності від нікотину**

На думку деяких спеціалістів, про залежність від нікотину можуть свідчити наступні симптоми:

- паління більше ніж 20 цигарок на день;
- викурювання першої цигарки протягом перших 30 хвилин після пробудження (нерідко натще);
- часте і глибоке затягування тютюновим димом;
- паління під час хвороби.

Опираючись на діагностичні критерії МКХ-10, можна прийняти, що залежність від нікотину можна діагностувати тоді, коли протягом останнього року стверджено наявність щонайменше трьох симптомів з представленого нижче списку:

1. сильна потреба («тяга», «голод») або почуття примусу вживання нікотину (напр., паління тютюну);
2. суб'єктивне переконання у послабленні можливості контролю над поведінкою, пов'язаною з палінням, тобто труднощі з:
  - стримуванням від паління тютюну,
  - контролюванням частоти паління тютюну (напр., цигарок),
  - контролюванням кількості випалюваних цигарок;

3. присутність фізіологічних симптомів синдрому відміни (занепокоєння, дратівливість і т. п.), котрі з'являються при спробах переривання чи обмеження паління;
4. наявність явища толерантності, котре полягає у необхідності викурювання за кожним разом все більшої кількості тютюну (цигарок) з метою досягнення ефекту, який мав місце при меншій кількості;
5. втрата інтересу до інших улюблених занять чи захоплень на користь паління тютюну (напр., цигарок).

### **Опитувальник залежності від нікотину за J. R. DiFranz**

Опитувальник призначений головним чином для підлітків. Відповідь «так» на будь-яке з наведених нижче питань означає, що процес залежності вже розпочався.

1. Чи хотів ти будь-коли кинути палити і не зміг?
2. Чи ти палиш тому, що тобі важко кинути палити?
3. Чи відчував ти себе коли-небудь так, начебто ти залежний від тютюну?
4. Чи коли-небудь у тебе було таке відчуття, що цигарка справді тобі потрібна?
5. Чи важко тобі утриматися від паління у заборонених місцях, наприклад, у школі?

*Коли ти пробував перестати палити (або якийсь час не палив):*

1. Чи важко було тобі зосередитись, через те, що ти не міг закурити?
2. Чи був ти дратівливим, тому що не міг закурити?
3. Чи відчував ти сильну потребу закурити?
4. Чи був ти нервовим, нетерпеливим або неспокійним, тому що не міг закурити?

### **Опитувальник толерантності до нікотину Фагерстрема**

Запитання	Відповідь	Бали
1. Як швидко після пробудження Ви випалюєте першу цигарку	протягом 30 хв. після 30 хв.	1 0
2. Чи важко Вам утримуватися від паління в місцях, де діє заборона паління?	так ні	1 0
3. Від якої цигарки Вам було б найважче відмовитися?	першої кожної	1 0

4. Скільки цигарок Ви випалюєте протягом дня?	менше ніж 15	0
	15 -25	1
	більше ніж 25	2
5. Чи палите Ви частіше у першій половині дня?	так	1
	ні	2
6. Чи палите Ви під час хвороби, котра змушує Вас залишатися у ліжку більшу частину дня?	так	1
	ні	0
7. Який міст нікотину в тих цигарках, що Ви палите?	менше ніж 0,9 мг	0
	1,0 -1,2 мг	1
	понад 1,3 мг	2
8. Чи затягуєтесь Ви тютюновим димом?	ніколи	0
	часом	1
	завжди	2

### *Коментар*

Максимальна кількість балів -11.

Отримання 0 – 4 бали вказує на відсутність ознак фармакологічної (біологічної) залежності від нікотину, або на дуже «низький» рівень залежності. Паління, скоріше за все, є звичкою, котрої дана особа не може чи не хоче позбавитися.

Отримання 5-8 балів вказує на наявність рис залежності від нікотину. Такій особі важко обійтися без цигарки, особливо у стресових ситуаціях чи під впливом (тиск, намовляння) оточення.

Отримання 9 – 11 балів однозначно вказує на присутність симптомів фармакологічної (біологічної) залежності від нікотину, а частина хвороб і недуг безперечно пов'язані з палінням.

Можна також використовувати скорочену (без двох останніх питань) версію Опитувальника толерантності до нікотину Фагерстрома, в котрій розбудовані запитання 1 і 4, а максимальна сума балів становить 16. У цій версії у першому запитанні розбудовані категорії відповідей і змінена кількість балів – до 5 хв. (3 бали), 6 – 30 хв. (2 бали), 31 – 60 хв.(1 бал), після 60 хв. (0 балів). Виявлення факту випалювання цигарки протягом перших 5 хвилин після пробудження повинно розцінюватися як симптом глибокої залежності від нікотину. Така поведінка свідчить про те, що курцю надзвичайно важко справлятися з нікотиним голодом після нічної

абстиненції. У 4-му питанні також розбудовані відповіді і змінено кількість балів – 10 чи менше (0 балів), 11 – 20 (1 бал), 21 – 30 (2 бали), 31 і більше (3 бали), а констатація факту паління більше ніж 30 цигарок трактується як сильний аргумент на користь існування фармакологічної залежності від нікотину.

### **Тест на мотивацію до припинення паління**

Чи хочете Ви кинути палити?	так	ні
Ви вирішили це зробити для себе (вказати «так») чи для когось іншого, наприклад, для родини?	так	ні
Чи пробували Ви раніше кинути палити?	так	ні
Чи знаєте Ви в яких ситуаціях найчастіше запалюєте?	так	ні
Чи знаєте Ви чому палите цигарки?	так	ні
Чи можете Ви розраховувати на чийсь допомогу під час припинення паління?	так	ні
Члени вашої сім'ї не палять?	так	ні
На вашому робочому місці не палять тютюн?	так	ні
Чи задоволені Ви своєю працею і способом життя?	так	ні
Чи знаєте Ви, де можна отримати допомогу у випадку, якщо з'являться проблеми з утриманням нікотинової абстиненції?	так	ні
Чи усвідомлюєте Ви, які спокуси і труднощі можуть з'явитися в період нікотинової абстиненції?	так	ні
Чи знаєте Ви, як себе вести в кризових ситуаціях?	так	ні

*Коментар* – чим більше відповідей «так» тим більша готовність кинути палити.

### **Користь від припинення паління**

Особи, котрим рекомендується відмова від паління, часто задають питання: «а що це мені дасть?», а доказів про матеріальну вигоду їм частіше за все замало. Ці особи повинні додатково знати, що після припинення паління відбувається багато корисних для організму змін. Так після того, як пройде:

20 хвилин – артеріальний тиск і частота скорочень серця повертаються до норми;

8 годин – концентрація окису вуглецю (чаду) в крові зменшується наполовину, а концентрація кисню повертається до норми;

1 день – легені починають усувати слиз;

2 дні- покращується почуття смаку і нюх;

3 дні – покращується функція дихання;

2 – 12 тижнів – покращується працездатність системи кровообігу;

3 – 9 місяців – функціональні параметри легень покращуються на 10%, проходить кашель, задишка і труднощі з диханням;

5 років – ризик інфаркту міокарда знижується на 50% порівняно з ризиком у осіб, котрі палять;

10 років – ризик раку легень знижується на 50% порівняно з ризиком у осіб, котрі палять; а ризик інфаркту міокарду знижується до рівня осіб, котрі ніколи не палили.

## **Лікування**

Особи, котрі при застосуванні Опитувальника Фагерстрома отримали менше ніж 7 балів, не повинні мати серйозних проблем з припиненням паління. Адже паління для них є, ймовірно, соціально вивченою поведінкою, котру можна змінити.

Стосовно осіб, котрі отримали 8 і більше балів, а отже є uzалежними, можна розглянути питання фармакологічної допомоги в період безпосередньо після відмови від нікотину. Досить популярною є так звана Замісна нікотинова терапія (ЗНТ), у якій застосовується нікотинова жувальна гумка, нікотиновий пластир чи таблетки з нікотином. Робилися також спроби введення нікотину за допомогою інгаляторів і спреїв для носа, у вигляді сублінгвальних таблеток чи таблеток, які по формі нагадують цигарки. Ця остання форма може виявитися особливо придатною для осіб, у котрих відмова від нікотину протікає зі значним маніпуляційним занепокоєнням. Робляться також спроби подавання нікотину у рідинах (в дозі 5 – 15 мг) шляхом додавання до напоїв, таких як кола, лимонад чи звичайна вода.

Майже кожний курець намагається час від часу кинути палити. Багатьом вдається припинити палити самостійно, інколи за допомогою згаданих вище засобів, на кілька



днів чи місяців. Нажаль, дослідження свідчать про те, що протягом 6 місяців 80% курців повертаються до паління (Carmody 1993). Ризик повернення до паління підвищують стани емоційної напруги, вживання алкоголю, перебування в оточенні осіб, котрі палять, вигляд і запах цигарок чи також, спостереження осіб, котрі насолоджуються палінням. Особам, котрим не вдається успішно припинити паління і котрі так як Марк Твен стверджують, що «припинення паління - це найпростіша на світі річ, я добре знаю, тому що робив це тисячу разів», показана допомога спеціалістів. В такому випадку лікування залежності від нікотину повинно полягати у застосуванні, так як у випадку лікування алкогольної залежності, психотерапевтичних дій, посиленіх участю у зустрічах спільноти Анонімні Курці (Анонімних Нікотинозалежних – англ.- Smokers Anonymous). Важливо, особливо на початковому етапі лікування, встановлення ситуацій високого ризику повернення до паління, а також приготування стратегії поведінки в цих ситуаціях, та тренінг вміння справлятися з негативними емоційними станами.

Емоції і настрої – дуже важливі чинники, котрі сприяють тому, що люди звертаються до нікотину. Популяційні дослідження показали, що курці нікотину частіше страждають емоційними розладами ніж некурці, а особи зі зниженим настроєм частіше вживають тютюн і менш схильні до відмови від паління. На підставі цих спостережень можна зробити висновок, що антидепресанти можуть бути підтримкою для психотерапії. Одним з таких лікарських засобів може бути доступний на польському ринку бупропіон. 1996 року встановлено, що цей нетиповий антидепресант полегшує припинення паління у осіб, котрі страждають депресією. 1997 року він був зареєстрований у США як перший лікарський препарат центральної дії, котрий допомагає кинути палити. Вважається, що він нормалізує функціонування центрів головного мозку, порушених нікотинном. Найістотнішим у дії бупропіону є те, що він пом'якшує симптоми синдрому відміни нікотину (також приріст маси тіла), але також послаблює психічну потребу запалити цигарку. Проте бупропіон можна застосовувати тільки і виключно по рекомендації лікаря й під його наглядом, а не так як засоби замісної нікотинової терапії (жувальна гумка і нікотиновий пластир доступні в аптеках без рецепту). Невміле застосування цього препарату може викликати побічні ефекти в тому числі і судомні напади. У лікуванні залежності від нікотину застосовуються також цитозин і вареніклін, котрі діють як агоністи на нікотинові рецептори, а також рімонабант (антагоніст канабіноїдних рецепторів CB1). Агоністична дія пом'якшує

симптоми синдрому відміни, а антагоністична полягає у блокуванні зв'язування нікотину нікотиновими рецепторами – зменшення почуття задоволення від паління. Тривають також клінічні дослідження щеплення від паління, котре сприяє виробленню специфічних антинікотинових антитіл, котрі унеможливають проникнення нікотину через бар'єр кров – мозок і, отже, він не дістається до нікотинових рецепторів у ЦНС.

### **Паління тютюну і алкоголь**

На вкрай шкідливе для організму поєднання паління тютюну з вживанням алкоголю зверталася увага вже давно. Професор Цехановський на початку минулого століття писав: «Більше того, дуже ймовірно (хоча насправді це ще не доведено точними науковими дослідженнями), що тютюн і алкоголь вжиті одночасно, взаємно допомагають один одному і взаємно посилюють свою дію ... тому що обидва, з певної точки зору, чинять шкідливий вплив на ті самі органи і обидва викликають у цих органах ті самі хворобливі зміни».

За результатами оцінок близько 30% популяції курців одночасно узалежнені від алкоголю. Своєю чергою, залежність від нікотину серед осіб, узалежнених від алкоголю, зустрічається у три рази частіше, ніж у загальній популяції і стосується 75% - 90% цих осіб. Залежність від алкоголю діагностується у десять разів частіше у осіб, котрі палять, ніж у тих, хто не палить. У порівнянні зі здоровими, особи узалежнені від алкоголю, починають палити у більш ранньому віці. Близько 70% узалежнених від алкоголю осіб випалює більше 20 цигарок на день, тоді як у загальній популяції особи, котрі палять інтенсивно, становлять біля 10%. За результатами досліджень, в загальній популяції поступово зменшується відсоток курців, тоді як серед узалежнених від алкоголю не зафіксовано такої тенденції.

Особи, котрі вживають алкоголь, випалюють більше цигарок і мають більш високі показники у вимірі глибини залежності від нікотину. Одночасно зауважено, що особи, які брали участь у програмах психотерапії залежності і обмежили паління, мали довші періоди алкогольної абстиненції, ніж особи, котрі збільшили кількість випалюваних цигарок. У деяких осіб паління тютюну може бути фактором, котрий полегшує повернення до вживання алкоголю після періоду абстиненції. Своєю чергою, вживання алкоголю є найбільш поширеним фактором, котрий сприяє поверненню до паління у осіб, котрі кинули палити.

Незважаючи на те, що негативний вплив тютюну на здоров'я є загальновідомим фактом, в останній час багато уваги приділяється взаємному посиленню негативного впливу алкоголю і нікотину у випадках гіпертонії і деяких злоякісних новоутворень (носоглотки і стравоходу). Ризик захворювання на рак гортані, наприклад, в 30 – 40 разів вищий у осіб, котрі палять тютюн й одночасно надмірно і зі шкідливими наслідками вживають алкоголь.

Незважаючи на підтвердження тісного зв'язку між згубним вживанням алкоголю і нікотину, ця проблема на сьогоднішній день ще не достатньо досліджена і ще не розроблено терапевтичні програми для осіб, uzалежнених одночасно від нікотину і алкоголю.

## Розділ 27

### *Кофеїн і теїн*

Кава була відома ще у XV ст., і називали її напоєм Аллаха. В Європі кава почала розповсюджуватися у XVI ст.. Чай потрапив до Європи у XVII ст. з Китаю і спочатку вважався лікарською рослиною.

Зерна кави і листя чаю – це основні джерела кофеїну, який є органічною сполукою рослинного походження (пуриновий алкалоїд) і міститься в рослинах з родини Rubiaceae, Theace і Sterculiaceae. Кофеїн є також у шоколаді, напоях типу кола, деяких інших освіжаючих і «енергетичних» напоях, таких, напр., як Red Bull.

Кофеїн був виділений із зерен кави 1820 року, а синтезований 1895 р.. Вже тоді він знайшов застосування у медицині для полегшення дихання (розслаблює гладкі м'язи в бронхах). Натомість у чаї знаходиться теїн, котрий має такі самі властивості, як кофеїн, а також теофілін і теобромін. Теїн діє трохи повільніше і довше ніж кофеїн. Всі ці субстанції мають психостимулюючі властивості, усувають симптоми фізичної і психічної втоми. Зараховуються до групи психоактивних речовин, від яких можна попасти у залежність (кофеїнізм).

Помірне споживання кави і чаю не викликає в цілому шкідливих наслідків для здоров'я, тільки чинить легку збудливу дію на організм.

*Систематичне вживання високих доз* викликає безсоння, стани занепокоєння, тривоги, підвищеного серцебиття, скарги з боку шлунково-кишкового тракту, а також може негативно впливати на перебіг вагітності. Споживання кави у кількості близько 4 чашок в день (приблизно 350 мг кофеїну) призводить до розвитку толерантності і пов'язаної з нею потреби подальшого підвищення дози кофеїну. Смертельна доза кофеїну становить близько 10 грамів (приблизно від 40 до 130 чашок кави). Одна чашка кави містить біля 75 – 250 мг кофеїну, а склянка пепсі – 25 мг.

Раптова відміна може спричинити появу симптомів абстиненції (зокрема. кофеїновий «голод», почуття втоми, головний біль, дратівливість, порушення концентрації уваги, сонливість). Ці симптоми свідчать про існування фізичної залежності.

Споживання надмірної кількості кави чи чаю призводить до того, що організм не в змозі видалити всього з сечою. Те що залишається, перетворюється на сечову кислоту, котра своєю чергою перетворюється на кристали, котрі осідають в нирках у формі каменів, або у суглобах рук і ніг, викликаючи набряки і болі (артрит). Існують також дослідження, котрі свідчать про те, що кофеїн може порушувати дію тестостерону, чоловічого статевого гормону, який впливає на сексуальний потяг. Це може мати надзвичайно важливе значення для деяких чоловіків. Своєю чергою, теїн гальмує всмоктування заліза, яке міститься у харчових продуктах, тому у тих, хто п'є багато чаю, це може призвести до його дефіциту і недокрів'я (анемії). Нижче перераховані продукти, які містять найбільше кофеїну:

- розчинна кава – філіжанка об'ємом у 190 мл – близько 75 мг;
- заварна кава - філіжанка об'ємом у 190 мл – близько 85 мг;
- заварений чай - філіжанка об'ємом у 190 мл – близько 50 мг;
- енергетичні напої – об'єм 250 мл – близько 28 – 87 мг;
- напої типу кола об'ємом у 250 мл – від 8 до 53 мг;
- шоколад 100 гр. від 11 до 71 мг.

Існує також підозра, що з метою збільшення об'ємів продажу газованих напоїв, до них додається кофеїн і вони через це набувають uzалежнюючих властивостей, а не через інтенсифікацію смакових якостей, як запевняють виробники.

Доведено зв'язок між споживанням великої кількості кави чи міцного чаю («чифіру») і поверненням до вживання алкоголю (т. зв. «зривами»). Особи, котрі п'ють багато кави чи міцного чаю, часто проявляють занепокоєння, надмірно збудливі, дратівливі і більш вразливі до стресу. Не розуміючи у чому полягає істинна причина їхнього стану, вони припускають, що з ними діється щось більш серйозне. Це ще більше посилює тривогу. Надмірна збудливість зростає, функціонування за кожним разом все більше порушується і з кожним разом важчим стає вирішення проблем. Посилюється злість і почуття фрустрації, і все більшим стає ризик повернення до вживання алкоголю. Врешті-решт особа випиває чи приймає ліки, які редукують стан занепокоєння.

## Розділ 28

### *Похідні опійного маку (опіоїди)*

До найбільш розповсюджених у Польщі (крім алкоголю, ліків, тютюну і кофеїну) психоактивних речовин належать похідні опійного маку – тобто опіоїди (опіати). Вони мають знеболюючу дію і шляхом зменшення тривоги дають відчуття спокою й інколи ейфорії.

Продукти маку відомі кілька тисяч років і застосовувалися як знеболюючий, заспокійливий і протипроносний (антидіарейний) засіб. Опіум, наприклад, використовували шумери 4 тисячі років тому, як засіб для усування болю, стримування кашлю і лікування проносу. Близько 3 тисяч років тому в Тебах було видано спеціальну інструкцію, щодо пом'якшення болю за допомогою опіуму. У XVI ст. Парацельс впровадив у медицину наливку з опіумом. Ще 200 років тому опіум повсюдно застосовувався при лікуванні тривожних станів (так само як і спирт), а у XIX ст. розчинений у спирті опіум продавався у вигляді лікарського засобу під назвою «лауданум», зокрема для лікування хронічного алкоголізму. Майже до кінця XIX ст. лікарям не було відомо про узалежнюючі властивості цього препарату. Лише у другій половині XIX ст. була помічена здатність опіуму викликати залежність і його почали несвідомо замінювати іншою психоактивною речовиною з узалежнюючими властивостями – морфіном.

Опіати отримують з опійного маку (*Papaver*), котрий потрапив до Європи понад 4 тис. років тому. Мак містить у собі багато різних алкалоїдів. Назва опіум походить від грецького слова „оріон”, котре означає рослинний сік. Цим соком є молочко, яке отримують із зрілих маківок. Опіати можуть бути натуральними (напр., морфін, кодеїн), напівсинтетичними (напр. героїн, котрий вперше був синтезований 1874 року Райтом, а також гідроморфін) і синтетичними (напр., фенциклідин, фентаніл). Героїн спочатку використовували як засіб проти кашлю і його рекомендували, головним чином, для немовлят. З часом ним лікували залежність від опіуму і морфіну. 1913 року з'явилося перше повідомлення на тему узалежнюючих властивостей героїну, але ця інформація розповсюдилася тільки у 20-ті роки, після чого почали обмежувати його доступність.

Серед польських наркоманів найбільш розповсюдженими опіатами є так званий компот (укр. – ширка) польський героїн, маківара, «зелене» (речовина, котра добувається з макового молочка в літній період, яка після відповідної переробки вводиться внутрішньовенно), морфін і нерідко різні мішанки, які містять у собі похідні маку. Залежність може розвинутиися вже після першої чи другої ін'єкції. Осіб, які вводять собі ці речовини (переважно внутрішньовенно) можна розпізнати по слідах ін'єкцій на руках, ногах, часом на шиї чи ступнях. У випадках неможливості введення у вену застосовують внутрішньом'язове введення.

*Одноразовий прийом* похідних опійного маку викликає такі симптоми, як ейфорія і руховий неспокій або сповільнення рухів із сонливістю, звуження зіниць, послаблення реакцій на світло, сухість слизових оболонок ротової порожнини, погіршення апетиту, зниження артеріального тиску.

*Хронічний прийом* спричинює виснаження, зниження імунітету, блідість шкіри із запальними змінами і схильністю до вугрів, хронічні закрепи і розлади менструального циклу.

Додатковою проблемою, пов'язаною в значній мірі із внутрішньовенним введенням психоактивних речовин, є ВІЛ-позитивний статус, і як наслідок – СНІД. Вже 1996 року було встановлено, що на загальну кількість, понад 3500 викритих на той час у Польщі, випадків ВІЛ-позитивного статусу близько 70% становили особи, котрі приймають внутрішньовенно психоактивні речовини (найчастіше – опіати).

Досить розповсюдженим є явище прийому наркоманами, крім похідних маку, ліків з групи бензодіазепінів, похідних барбітурової кислоти, а також амфетаміни.

На польському наркотичному ринку від якогось часу присутня форма героїну, пристосована до паління, чи так званий brown sugar, котрий містить у собі лише 10% наркотику. Це один з найбільш підступних, за своєю дією, наркотиків, тому що через значне забруднення він відносно дешевий і охоче споживається. Він дуже швидко викликає психічну залежність, так само швидко зростання толерантності і посилення інших симптомів, котрі свідчать про фізичну залежність. Особи, котрі вживають brown sugar, у зв'язку із швидким розвитком толерантності і щораз меншим ефектом від паління переходять на внутрішньовенне введення. Подальше зростання толерантності змушує до внутрішньовенного прийому дуже дорогого чистого героїну. Наступний

крок – це переключення на значно дешевший польський компот, прийом якого тісно пов'язаний з загрозою зараження вірусом ВІЛ, вірусного гепатиту чи сифілісом.

### *Метадон і бупренорфін*

Метадон (6-діметиламіно-4,4-діфеніл-гептан-3-он) вперше був синтезований в Німеччині, 1937 чи 1941 року (згідно з однією з версій спочатку отримав назву *долафін* на честь Адольфа Гітлера) і застосовувався як альтернативний до морфіну знеболюючий засіб. Він є агоністом опіоїдних рецепторів, викликає фізичну і психічну залежність й дає перехресну толерантність з опіоїдами. Його біологічна доступність становить 85%. Метадон запобігає появі опіоїдного абстинентного синдрому, пом'якшує симптоми психічного голоду, блокує ейфоризуючу дію інших опіоїдів, що в результаті призводить до зменшення вживання нелегальних психоактивних речовин, зменшує кількість криміногенних вчинків, покращує психічне, соматичне і соціальне функціонування. Таким чином, цей препарат знайшов застосування у лікуванні осіб, uzалежнених від опіатів, в рамках вже згадуваних раніше програм замісної терапії, націлених на зниження шкоди (чи зведення до мінімуму шкоди), пов'язаної з вживанням наркотиків (т. зв. *harm reduction*), метою яких є покращення психічного і соматичного стану цих осіб, їх соціальна реінтеграція а також обмеження розповсюдження інфекцій, головним чином ВІЛ, ВГС та туберкульозу. В рамках цих програм, крім подачі метадону, створюються можливості для заміни голоч і шприців (інколи навіть у намічених аптеках), роздачі перев'язочних матеріалів, збирання голоч і шприців, залишених на вулиці і навіть відкриття приміщень для діючих наркоманів, в котрих знаходяться місця для безпечних ін'єкцій. Такого типу дії досить часто є першою і єдиною можливою формою нав'язування контакту із uzалеженою особою. Інколи результатом такої діяльності є проходження довгострокового лікування і реабілітації.

Першими метадон для замісної терапії uzалежнених від опіоїдів осіб застосували Vincent Dole і Maria Nyswander 1964 року. Цей своєрідний спосіб лікування вони запропонували важко uzалежненим від героїну, у котрих інші методи лікування не давали жодного ефекту. Це була група uzалежнених, які перебували у конфлікті з законом, були виключені зі сфер життєдіяльності суспільства, фізично виснажені. Вже в перші роки застосування метадону, Dole висунув гіпотезу про існування метаболічних розладів у осіб, uzалежнених від героїну. Він зауважив, що перерви у подаванні метадону, незважаючи на інтенсивні терапевтичні і реабілітаційні дії, в



період заміщення призводили до повернення до вживання героїну. Dole вважав, що хронічне вживання опіоїдів викликає тривале ушкодження опіоїдних рецепторів і зниження рівня ендогенних опіоїдів, котрий вирівнюється введенням метадону. Стабільне насичення опіоїдних рецепторів вживанням опіоїду тривалої дії, яким є метадон, оберігає пацієнта від виникнення розладів у соматичній і психічній сфері, які мають місце при прийомі опіоїдів короткої дії. Замісна терапія метадоном базується на результатах клінічних спостережень.

Метадон приймається перорально, пом'якшує або усуває абстинентні симптоми і діє довше, ніж інші наркотики (12 – 24 години), що дозволяє приймати його рідше.

Перша польська програма замісного лікування метадоном була проведена в рамках дослідницької програми в Інституті психіатрії і неврології у Варшаві у період від серпня 1992 до листопада 1993 років. Програма мала дати відповіді на такі питання, як:

- наскільки, в польських умовах, метадон обмежить внутрішньовенне вживання опіатів і зумовить обмеження інфікування ВІЛ,
- в якій мірі можна буде контролювати абстиненцію від «компоту»,
- чи покращить застосування метадоном соціальне функціонування учасників дослідження.

Програма передбачала:

- детоксикацію і підбір стабільної дози протягом 2 тижнів перебування у відділенні,
- підтримуюче лікування у амбулаторних умовах протягом 6 місяців,
- детоксикацію по закінченню (чи перерві) прийому, тобто зменшення дози до нуля протягом 10 – 14 днів у поліклініці чи у відділенні.

До програми були включені особи, які відповідали наступним критеріям: узалежнені тільки від опіоїдів чи опіоїдів та інших психоактивних речовин (діагноз, встановлений у відповідності до МКХ-10), тривалість залежності щонайменше п'ять років, багаторазові невдалі спроби лікування, вік – старші 25 років, мешканці Варшави і околиць, добровільність лікування і визнання з регламенту програми.

Було визначено, що повторне лікування метадоном можливе лише після 6 місяців від моменту виключення з програми. У програму не включали осіб із значними адаптаційними розладами і агресивною поведінкою. Регламент зобов'язував пацієнтів

щоденно приймати метадон, дотримуватися абстиненції від інших психоактивних речовин, піддаватися контролю абстиненції (здача сечі), періодичному контролю соматичного стану і брати участь у терапевтичних групах. Після прийому у відділення і підписання контракту пацієнт отримував першу дозу метадону у кількості 5 мг. Метадон подавався перорально у вигляді водного розчину (1 мл містив 5 мг метадону) змішаного з сиропом. Через два тижні пацієнтів виписували з відділення і далі вони отримували метадон в амбулаторних умовах.

З моменту початку амбулаторної програми великою проблемою було вживання алкоголю (інші речовини можна було викрити за допомогою аналізу сечі). Пацієнти стверджували, що алкоголь давав їм почуття ейфорії, якого вони не досягали після прийому метадону. У наступні роки програма була модифікована і продовжується до сьогоднішнього дня.

Станом на сьогодні, відповідно до Розпорядження міністра охорони здоров'я від 19.10.2007 року, замісне лікування може бути призначено пацієнту, котрий: узалежнений від опіоїдів принаймні три роки, досягнув віку 18 років, спроби лікування конвенціональними методами виявилися неефективними, зобов'язується утримувати абстиненцію від одурманюючих і психотропних речовин, а також виразить письмову згоду на проходження лікування в рамках програми. Одночасно, відповідно до § 6 – пацієнт, котрий отримує замісну речовину, обстежується щонайменше раз на місяць на наявність у сечі інших одурманюючих і психотропних речовин, ніж ті, що застосовуються в рамках програми. Контрольований прийом метадону дозволяє узалежненим особам триматися здала від злочинного середовища й інших наркоманів, поліпшує у них якість життя, зменшує рівень криміногенності і смертності (напр., дозволяє уникнути наслідків передозування чи зменшує можливість інфікування ВІЛ і ВГС). Частина узалежнених від опіатів осіб з часом проходить різні форми лікування, котрі приводять їх до повної абстиненції. У новонароджених дітей жінок, котрі приймали метадон, зафіксовано більш легкі симптоми абстинентного синдрому. Проте негативною рисою метадону є його здатність викликати залежність. З метою обмеження можливості торгівлі метадоном і застосування його у вигляді ін'єкцій, до його розчинів інколи додають антагоністи метадону, котрі не діють при пероральному прийомі, натомість при внутрішньовенному введенні викликають синдром відміни. Варто знати, що особи, котрі приймають метадон, мають свої групи взаємодопомоги – Анонімні Метадонівці (Metadone Anonymous), базовані на Програмі Дванадцяти кроків.

*Бупренорфін* – це синтетичний знеболюючий наркотик, дія якого у 30 разів сильніша від морфіну. Результати досліджень свідчать про те, що його можна застосовувати у лікуванні опіатного абстинентного синдрому, так само як метадон, котрий має більш виражений узалежнюючий потенціал ніж бупренорфін.

У цьому місці варто нагадати, що організм людини сам продукує так звані ендогенні опіати – ендорфіни і енкефаліни, котрі діють на ті самі рецептори, що і морфін чи героїн.

## Розділ 29

### *Амфетамін*

Амфетамін був синтезований 1887 року у США. 1927 року (чи 1932 р.) був впроваджений у медицину під назвою «бензедрин» як лікарський засіб для лікування бронхіальної астми, а 1937 року його почали застосовувати для лікування нарколепсії. 1936 року вперше було описано синдром залежності від амфетаміну, а через два роки звернули увагу на його аноректичні властивості, а також був описаний амфетаміновий психоз. 1935 року амфетамін у формі таблеток знайшов застосування в лікуванні нарколепсії. Під час Другої світової війни цей засіб видавали солдатам, щоб усунути прояви перевтоми, редукувати страх, а також викликати більшу агресивність. 1941 року у Німеччині амфетамін був внесений до списку наркотиків, а після 1945 року знайшов застосування в лікуванні ожиріння, депресії, хвороби Паркінсона, гіперкінетичного синдрому у дітей та бронхіальної астми.

Амфетамін та його похідні (дексамфетамін, метамфетамін) можуть прийматися внутрішньовенно, перорально й інтраназально (у вигляді білого порошку), а також шляхом паління. Він зустрічається під багатьма назвами: «діксі», «фен», «шустрий», «бені» і «роп». Своєю чергою, метамфетамін, відомий під назвами: «крек», «кристал», «спід», «айс», «мет», «метамфа», «порох», найчастіше вживається інгаляційним шляхом – палиться у люльці або вдихається після підігрівання на клаптику алюмінієвої фольги. На чорному ринку можна зустріти похідні амфетаміну – МДМА (3,4-метилендіокси-N-метамфетамін) під назвами «екстазі», «ХТЦ», «Адам». Вживання похідних амфетаміну викликає стан отруєння, незалежно від шляху введення. Останнім часом виробництво, доступність і споживання екстазі у США зросли в такому темпі, що скоро він може стати такою самою загрозою, як кокаїн чи героїн, незважаючи на те, що на американському ринку одна таблетка коштує від 25 до 40 доларів. Цей наркотик досягнув також території Польщі і вже траплялися смертельні випадки після його вживання.

Амфетамін спричинює підвищення артеріального тиску (як систолічного так і діастолічного), розслаблення гладкої мускулатури (кишечник, бронхи), прискорення дихання, збільшення частоти скорочень серця, прискорення обміну речовин, збільшення споживання кисню, а також підвищення температури тіла. Крім того усуває

втому, завдяки ейфоризуючій дії покращує настрій і одночасно сприяє більш пізньому засинанню та скорочує час сну.

*Симптоми гострого отруєння амфетаміном* проявляються найчастіше руховим збудженням, прискоренням процесу мислення, підвищеною розумовою активністю, а також багатослівністю. Часом такий стан може супроводжуватися страхом і психотичними симптомами (маячна готовність, розлади свідомості), а також судомними нападами. Серед фізичних симптомів домінують: прискорення скорочень серця, підвищення артеріального тиску, задуха, надмірна пітливість, озноб, розширення зіниць, сухість у ротовій порожнині, нудота і блювота.

У осіб, котрі приймають амфетамін та його похідні, формується сильна психічна залежність (на думку багатьох дослідників, без фізичної залежності). Ейфорія після вживання амфетаміну триває 4 – 5 годин. Можуть також проявитися симптоми медикаментозного психозу (у надмірно чутливих осіб навіть після одноразової дози). Дуже швидко розвивається толерантність, котра викликає потребу приймати щоразу більші дози через більш короткі проміжки часу. Амфетаміни найчастіше вживаються «запоями», котрі тривають від кількох до кільканадцяти днів.

При спробах припинити вживання з'являється млявість, втомлюваність, підвищений апетит і тяжка депресія. В перші дні проявляється підвищена потреба у сні і навіть сон, котрий триває декілька днів.

Серед похідних амфетаміну найчастіше зустрічаються – бензедрин, первітин, прелюдин і ріталін, а також засоби для зниження апетиту, такі як авіпрон і мірапронт, які приймають особи, котрі дбають про фігуру. У Польщі амфетамін вилучений із фармакопеї, проте виробляється нелегально і розповсюджується у вигляді білого порошку по 50 чи 100 мг в одній дозі.

У цьому місці варто було б також згадати про ефедрин – субстанцію, яка вживається як замітник амфетаміну, через його стимулюючі властивості. Ефедрин – це рослинний алкалоїд, похідний фенілетиламіну, міститься у різних видах ефедри (*Ephedra equisetina*, *Ephedra sinica*, *Ephedra olistachya*), а також у тисі (*Taxus baccata*). У Китайській медицині цей засіб застосовувався декілька тисяч років тому. Вперше був виділений 1885 року. Сьогодні ефедрин використовується як один із складників ліків відхаркувальної дії і засобів для інгаляцій, які приймають особи з бронхіальною астмою. Ефедрин входить до складу ліків, котрі продаються без рецепту, незважаючи

на те, що викликає психічну залежність. Входить також до складу лікарських засобів для схуднення і допінгових препаратів, котрі також продаються без рецепту.

## Розділ 30

### *Кокаїн*

Кокаїн відноситься до групи психостимуляторів, котрі викликають переважно психічну залежність. Ця субстанція отримується з листя кокаїнових чагарників (*Erythroxylum coca*). Для того, щоб отримати один кілограм чистого кокаїну, потрібно 200 кг листя коки. Ця рослина найбільш розповсюджена у Південній Америці (в Андах), а також у західних регіонах Індії, та в Індонезії. Ймовірно, вживалася індіанцями теперішнього Перу, Болівії і Еквадору понад 2000 років до н. е.. Листя коки жували, щоб позбавитися почуття втоми, покращити концентрацію уваги, викликати ейфорію і тим самим полегшити подолання важких побутових умов на великих висотах. 1749 року кока була ввезена до Європи, а 1859 року німецький хімік Альберт Ньюман виділив з листя коки алкалоїд, котрий почали застосовувати у медицині для знеболювання. Американський лікар Карл Коллер 1884 року вперше застосував кокаїн для місцевої анестезії, під час операції на оці. 1885 року Зигмунд Фрейд провів цілий ряд експериментів з кокаїном, застосовуючи його для лікування депресії, станів виснаження і при залежності від опіатів. Незабаром кокаїн став одним із складових елементів різних «чарівних» напоїв. Корсиканський фармацевт Анджело Маріані випродукував напій під назвою *Vin Mariani*, котрий представляв собою настоянку з листя коки, яка покращувала настрій і загальне самопочуття. Невдовзі в Сполучений Штатах Америки у *Vin Mariani* спирт замінили екстрактом з горіхів і таким чином появилася Кока-Кола. Коли 1903 року було відкрито узалежнюючі властивості коки, її у Кока-Колі замінили кофеїном. Початок ХХ ст. приніс розвиток кокаїнової наркоманії, а 1914 року кокаїн офіційно визнано наркотиком.

Сьогодні кокаїн найчастіше застосовується у вигляді білого, кристалічного порошку, котрий вдихають («нюхають») або вживають шляхом паління (сленгові назви кокаїну – кікер, кока, кокс, кокос, крейда, марафет, крек, сніжок, шляхетний), можна його також ковтати. Дедалі частіше зустрічаються особи, котрі вводять собі кокаїн внутрішньовенно. З початку 80-х років кокаїн доступний також у вигляді так званого креку (різновид кокаїну у формі білих шматочків з нерівними краями чи кульок), котрий має сильні узалежнюючі властивості. Назва походить від англійського слова

crack, що в перекладі означає тріск, тому що під час паління чути характерне потріскування.

Одноразове вживання кокаїну викликає покращення самопочуття, зниження апетиту і потреби у сні, підвищення фізичної й інтелектуальної активності, стан ейфорії який досить часто переходить у рухове і сексуальне збудження зі страхом. Швидке серцебиття, прискорене дихання, підвищення артеріального тиску та температури тіла можуть появитися навіть після прийому невеликих кількостей кокаїну. Хронічне вживання кокаїну призводить до порушення сну і апетиту з поступовим виснаженням, розладів чутливості, судомних нападів, маячних ідей переслідування й депресії зі спробами самогубства, проявів агресії, а також інших неконтрольованих дій. При багаторазовому вживання кокаїн може вже не викликати поліпшення настрою, а навпаки, може з'являтися почуття занепокоєння, страху, дратівливості, коливання настрою, параноя, безсоння, а також втрата маси тіла.

У осіб, які вживають кокаїн, описані стани спазму коронарних судин, судин головного мозку, а також інсульти. Особи, котрі вдихають (нюхають) кокаїн додатково страждають з приводу пошкодження чи знищення слизової оболонки, а також запальних процесів порожнини носа. Залежні від кокаїну особи, які вводять його внутрішньовенно, наражаються на підвищений ризик зараження вірусом ВІЛ і, як наслідок, захворювання на СНІД.

Кокаїн викликає безсумнівну психічну залежність. Найчастіше вживається «запоями», які тривають декілька днів підряд. Фізична залежність незначна, а деякі дослідники взагалі її заперечують. Також дискусійним є явище зміненої толерантності.

Останні дослідження свідчать про те, що на території країн Європейського союзу 0,5 – 6% людей признаються у тому, що щонайменше раз у житті пробували кокаїн. За результатами опублікованих 2003 року у Польщі досліджень від 1,5% до 3% осіб у віці 15 – 34 років мали принаймні один контакт з кокаїном.



## Розділ 31

### *Похідні конопель (марихуана і гашиш)*

Індійські коноплі, відомі також під назвою коноплі посівні (*Cannabis indica* або *Cannabis sativa*) відомі більше 5000 років, походять із Середньої Азії. Існує два типи конопель, котрі відрізняються між собою властивостями і застосуванням. Коноплі так званого волокнистого типу (*fiber type cannabis*) вживалися століттями перш за все у виробництві тканин і мотузок. Другий тип – наркотичний (*drug type cannabis*) віддавна є сировиною для продукування одурманюючих засобів, тобто гашишу та марихуани. Стан сп'яніння досягається шляхом втягування глибоко до легень диму, який утворюється при палінні цих речовин. Опис дії одурманюючої субстанції, який дозволяє, на думку деяких авторів, припустити, що це була марихуана, можна знайти вже у Старому Заповіті. В Індії коноплі трактуються як свята рослина, яка відіграє важливу роль у культурі індуського бога Шиви. У першій половині XIX ст. вперше спробували застосувати канабіноїди у медицині. На сьогодні, вважається, що цінність натуральних канабіноїдів в якості ліків скоріше сумнівна, хоча проведені недавно у Англії дослідження показали їх придатність у лікуванні такого серйозного неврологічного захворювання як розсіяний склероз.

Канабіс знаходиться у списку речовин, які перебувають під міжнародним контролем, в групі сполук з великим узалежнюючим потенціалом без медичного застосування. За оцінками Програми контролю над наркотиками ООН 1990 року 141 млн людей (2,45 % світової популяції) зловживало коноплями. В Польщі найбільш розповсюджені цигарки з марихуаною (поточні назви «травка», «маша», «план», «баш», «дран», «драп»), проте останнім часом дедалі частіше зустрічається «скун», тобто марихуана збагачена галюциногенами, амфетаміном і героїном.

У наркотичному типі марихуани ідентифіковано понад 400 біологічно активних субстанцій. Серед них близько 50 вуглеводів з канцерогенною дією, терпени, котрі сильно подразнюють дихальні шляхи, жирні кислоти, стероїди, сполуки азоту, а також

група з понад 60 канабіноїдів, в тому числі тетрагідроканабінол (ТГК). Типова «самокрутка» містить 0,5 – 1,0 г конопель, які можуть відрізнятися вмістом ТГК від 5 до 150 мг. Близько 20 – 70% ТГК потрапляє у легені, решта розкладається під впливом згоряння або розвіюється з димом. Однієї «самокрутки» може бути достатньо для досягнення приємних відчуттів (невеликої ейфорії зі зняттям напруги) у 2 – 3 курців. Інтенсивний курець може випалити 5 і більше «самокруток» протягом доби.

Індійські коноплі трактуються як «рекреаційний наркотик», проте особи, які палять їх з психологічних мотивів (напр., для покращення самопочуття, зняття напруги) дуже податливі до виникнення залежності. Найбільш поширеним наркотиком із цієї групи є марихуана, і за результатами оцінок в Північній Америці і Європі регулярно вживають її понад 20 млн осіб.

*Одноразове вживання* викликає краще самопочуття (зокрема ейфорію, переконання у своїх більших можливостях, заспокоєння болю). Часто зустрічається порушення почуття часу, простору, спотворене сприйняття кольорів і звуків, почуття втрати зв'язку зі світом. Трапляються випадки, коли виникають симптоми гострого інтоксикаційного психозу (з галюцинаціями, ілюзіями і маячними ідеями), стан тривоги і паніки, а також депресії з думками про самогубство.

У осіб, котрі систематично вживають продукти конопель, виділяють наступні фази: доброго самопочуття і ейфорії, надмірної вразливості (загострення почуттів), екстазу і сну.

*Довготривале вживання марихуани*, особливо молодими людьми, спричиняє появу так званого амотиваційного синдрому («вигорання»), котрий полягає у поступовій втраті інтересу до щоденних занять і до оточуючого світу. За даними американських досліджень, ці симптоми спостерігають у себе близько 40% осіб, котрі систематично вживають марихуану. Дослідження, опубліковані 2000 року, виявили у осіб, котрі почали палити марихуану до 17 років, у порівнянні з тими, хто почав палити значно пізніше – затримку розвитку деяких структур головного мозку (дослідження за допомогою магнітного резонансу), а також більш низький зріст, і масу тіла. Це, ймовірно, має зв'язок з негативним впливом марихуани на статеві гормони і ті, що продукуються гіпофізом. Інші дослідження демонструють більшу вразливість недозрілого головного мозку до дії тетрагідроканабіноїдів, котрі посилювали токсичний вплив алкоголю.

Своєю чергою гашиш отримують із липкої маслянистої смоли індійських і посівних конопель. Він містить у собі більше ТГК ніж марихуана, зазвичай палиться з тютюном (зроблені вручну цигарки), або за допомогою спеціальних водяних люльок. Сленгові назви: банг, джамба, дурість, каніфоль, кенаф, маджон, маруха, мох, паль, смола.

У осіб, які хронічно вживають продукти коноплі, зокрема, з'являється безсоння, головні болі, зниження маси тіла й нерідко виснаження, викликане відсутністю апетиту, розлади шлунково-кишкового тракту, хронічна діарея. Спостерігається також негативний вплив на функції пам'яті, а також зниження інтелектуальної і психомоторної справності. 1985 року в Каліфорнії у 37% жертв дорожньо-транспортних пригод у крові виявлено ТГК. Досить поширеними є зміни у системі дихання у вигляді хронічних запалень гортані, бронхів, емфіземи і навіть раку легень. Це є наслідком того, що одна самокрутка марихуани містить у собі стільки токсичних речовин, скільки 10 – 20 звичайних цигарок. Спостерігається також послаблення загальної витривалості організму. У жінок може дійти до порушень овуляції, скорочення місячних циклів і ослаблення репродуктивної здатності. Діти жінок, котрі регулярно палять марихуану демонструють у віці 4-х років гіршу пам'ять і менш розвинену мову. У чоловіків, які палять канабіс зменшується кількість і рухливість сперматозоїдів, а також частіше, ніж у загальній популяції, зустрічаються випадки імпотенції. В дослідженнях на тваринах виявлено зменшення у них сексуальної активності.

Алкалоїди, що містяться у індійських коноплях, дуже довго виводяться із організму людини. Психоактивна складова – тетрагідроканабінол утримується в організмі близько 30 днів (дуже легко розчиняється в жирах і тому важко виділяється). Залежність від канабіноїдів – це в першу чергу психічна залежність, але у осіб, котрі щоденно вживають великі дози, спостерігаються легкі симптоми синдрому відміни (абстинентного). Найчастіше – це наркотичний «голод», дратівливість, тривога, надмірна пітливість і зниження апетиту.

У медицині зрідка застосовуються синтетичні канабіноїди для редукції невропатичного болю, напр., при розсіяному склерозі, а також як протиблювотний засіб.

## Розділ 32

### *Леткі речовини (інгалянти)*

Вже у XIX ст. у Великій Британії і Північній Америці було відоме нюхання оксиду азоту. Більш широко нюхання бензину з метою досягнення стану одурманення почало розповсюджуватися у п'ятдесяті роки в Сполучених Штатах Америки. У шістдесяті роки нюхання клеїв, бензину і розчинників стало модним серед підлітків як США, так і Західної Європи. Поступово збільшувалася кількість речовин, нюхання котрих давало стан оп'яніння. З цією метою почали використовувати клеї, фарби, лаки, детергенти, аерозолі та навіть сухі засоби для прання і газ пропан-бутан з туристичних балонів. В 70-ті роки у Польщі задокументовано перші випадки отруєння органічним розчинником під назвою TRI, а також порошком для прання під назвою IXI, котрий підлітки підігрівали і нюхали в групах. Багато органічних розчинників, таких як ефір, бензин, розріджувачі, які входять до складу клеїв, утворюють випари, котрі після їх вдихання викликають отруєння і стан сп'яніння. Хімічні сполуки, що містяться у цих речовинах (толуен, бензен, ксилен, трихлоретан і т. п.), споріднені з жирами і тому дуже повільно елімінуються із організму.

До головних ризиків, пов'язаних з нюханням цих сполук, крім можливості смертельного отруєння, відносяться: серйозні ушкодження печінки, нирок, серця, а також центральної і периферійної нервової системи. «Нюхачі» зазнають незворотних змін найчастіше нервової, дихальної і серцево-судинної систем. Ступінь пошкодження залежить, зокрема, від «стажу» нюхання, часу експозиції, а також інтенсивності і частоти сеансів. У літературі описані випадки мозочкового рухового синдрому (атаксія, дизартрія, тремор), полінейропатії, а також атрофії головного мозку.

*Вигляд і симптоми після вживання інгалянтів:* ейфорія, порушення координації рухів, сповільнена і змазана мова, широкі зіниці, сильне почервоніння очей (запалення кон'юнктиви), сльозливість, світлобоязнь, чхання, нежить, інколи кровотеча з носа. Така особа може скаржитись на двоїння в очах, дзвін у вухах, головні болі, мати галюцинації, а також демонструвати величну манеру триматися. У осіб, котрі вдихають розчинники, влиті до пластикових пакетів, в привушній зоні може мати місце так звана еритема нюхачів клею.

Дуже легко може статися передозування і гостре отруєння, котре має тяжкий клінічний перебіг, тому що симптоми розвиваються дуже раптово. Сам спосіб вживання (вдихання з пластикового пакету), а також можливість виникнення гострої алергічної реакції із заблокуванням дихальних шляхів сприяють настанню смерті шляхом задушення.

Симптоми абстинентного синдрому мають місце тільки у деяких осіб після багатомісячного прийому інгалянтів. Найчастіше спостерігається: занепокоєння, тривога, дратівливість, розлади сну та настрою.

## Розділ 33

### *Галюциногени*

До галюциногенів, які найчастіше вживаються в Польщі, відносяться гриби роду Псилоцибе (висушені чи у сирому вигляді, приймаються по кільканадцять штук за один раз). Варто знати, що настойки цих грибів відігравали важливу роль у ритуальних обрядах ацтеків, викликаючи «почуття божественного блаженства». Значно рідше вживається блекота чорна (*Hyoscyamus niger*), дурман звичайний (*Datura stramonium*) та ЛСД (у вигляді насичених речовиною клаптиків паперу до ссання, т. зв. «марок», капсул і таблеток). Сленгові назви ЛСД – «кислота», «люся», «марка». До групи галюциногенів належать ще багато інших рослин – десятки кактусів, фрукти, гриби, коріння і кора дерев. З метою отримання «міцних вражень» вживаються також – мескалін (пейот), хармін, ібогаїн та ще багато інших.

Прийом цих речовин спочатку викликає *фізичні симптоми* (розширення зіниць, підйом артеріального тиску, прискорення частоти скорочень серця, підвищення температури тіла, виділення слини, нудота, тремтіння м'язів і підвищення сухожильних рефлексів), а після цього – *психічні симптоми* (галюцинації, особливо зорові, ілюзії, різного змісту маячні ідеї, містичні, релігійні переживання, інколи страх, порушення перцепції часу, розлади пам'яті, напади паніки і агресії). Особа, котра знаходиться під впливом галюциногенів, має викривлене сприйняття сигналів від органів чуття («чує» шкірою, «бачить» музику, має відчуття «плавання» у повітрі і левітації). Переживає також яскраві відіння, зміну почуття форми і кольорів, загострене сприйняття контрастів і деталей, загострення слухових вражень, а також почуття дереалізації. Порушується також орієнтація у часі і просторі (хвилини видаються годинами). Психічні симптоми, як правило, утримуються близько двох годин, але можуть зберігатися і до 12 годин. Галюциногени не викликають фізичної залежності, натомість спостерігається зростання толерантності.

Психіатри і психологи робили спроби за допомогою галюциногенів зануритися у світ переживань психічно хворих. Проте від таких експериментів відмовилися у зв'язку з незворотними наслідками для організму, до яких може призвести вживання цих речовин.



## Розділ 34

### *Нові наркотики*

Одночасно з настанням XXI ст. появилися нові психоактивні речовини (англ. - *novel psychoactive substances* – NPS), котрі називають також дизайнерськими (від англ. *to design* – проектувати, розробляти), або новими наркотиками. В англійській мові вживаються також такі назви: «legal highs», «herbal highs», «designer drugs», «spice», «research chemicals», «smarts», «boosters».

Європейський центр моніторингу наркотиків і наркоманії (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)) дає наступне визначення новим психоактивним речовинам – *новий наркотик або психотропна сполука у чистій формі чи у вигляді продукту, котрий не контролюється конвенціями Організації Об'єднаних Націй про ліки і психоактивні речовини і котрий може спричинити шкідливі наслідки для здоров'я, подібні до тих, які викликаються вживанням субстанцій зазначених в наведених конвенціях.*

Нові наркотики – це речовини натурального, напівсинтетичного або синтетичного походження, котрі впливають на центральну нервову систему і діють так само, як наркотики. Розповсюджуються ці речовини у вигляді порошків, солей, таблеток, капсул, ароматичних добавок для паління, рослинні суміші і навіть як «колекціонерські продукти».

У Польщі ці речовини появилися 2007 року і отримали назву «допалаче» (укр. «курильні суміші», «мікси»). Дизайнерські наркотики продаються в основному в інтернеті, так 2008 року виникли цілі мережі магазинів (мережі «„Dopalacze”», „Smartszop”). У 2008 – 2010 роках це була одна з галузей, котрі в Польщі розвивалися найшвидше. Після делегалізації 2009 року першої групи «курильних сумішей», виробники перестали розміщувати на упаковках їх склад. Від листопада 2018 року у Польщі діє оновлений Закон про протидію наркоманії, котрий урівняв так звані «курильні суміші» з наркотиками і одночасно запровадив кримінальну відповідальність за впровадження в обіг, розповсюдження і зберігання нових психоактивних речовин. Закон вимагає повідомляти Державну санітарну інспекцію про випадки отруєння, а також вести реєстр смертей і отруєнь, викликаних цими речовинами.



В останні роки спостерігається різке зростання частоти вживання і кількості отруєнь цими речовинами. За даними Європейського центру моніторингу наркотиків та наркоманії (EMCDDA) в період від 2005 по 2014 рік ідентифіковано 418 нових психоактивних речовин, з яких аж 101 у 2014 році. В доповіді Європейської комісії за 2014 рік (Flash Eurobarometer Series No. 401 – Young People and Drugs) наведені дані про те, що розповсюдженість вживання нових психоактивних речовин протягом життя серед молодих європейців у віці 15 – 24 роки склала 18%. Сьогодні кожного тижня на ринку з'являється нова психоактивна речовина. За результатами підрахунків на ринку ЄС (2017 р.) знаходиться понад 600 різних речовин цього типу, з яких 460, тобто 75% з'явилися у продажу протягом останніх шести років. Найчастіше вони вживаються особами у віці дозрівання і молодими дорослими, переважно чоловічої статі (80%). В рамках європейської системи раннього застереження 2018 року монітується 530 нових психоактивних речовин.

Польські дослідження, проведені Головною санітарною інспекцією на групі у 5,5 тис. учнів і опубліковані 2017 року, показали, що перший контакт з «курильними сумішами» мав місце у віці 14 – 15 років, а найчастішою формою вживання було паління, й більш ніж половина респондентів знала про згубність вживання цих субстанцій.

На відміну від класичних (амфетамін, героїн, кокаїн, марихуана) нові наркотики розповсюджуються легальними методами торгівлі, такими як продаж за допомогою інтернету і в магазинах з різноманітними «ароматичними паличками», «реактивами для досліджень», «предметами для колекціонерів», «добривами для рослин», «барвниками, додатками до піску», «засобами для розпалювання вогню у камінах».

Залежно від ефекту дії дизайнерські наркотики діляться на: психостимулюючі засоби з дією, наближеною до *амфетаміну* (напр., катіони, похідні піперазину), *емпатогени* – викликають емоційну відкритість, а також почуття емпатії і любові (напр., МДМА (екстазі), засоби з дією подібною до *марихуани* (синтетичні канабіноїди типу «спайс» - похідні індолу, котрі наслідують дію ТНС), *галюциногени* (метоксетамін і похідні), а також синтетичні засоби з дією, подібною до *опіоїдів* і *бензодіазепінів*.

Новиною серед психоактивних речовин є нові бензодіазепіни, котрі, незважаючи на те, що не допущені у Польщі до легального фармацевтичного обігу, не належать також до речовин, які знаходяться під контролем. До них, наприклад, відносяться феназепам і

бромазолон, котрі викликають загрозливі для життя симптоми навіть при невеликому передозуванні, що значною мірою відрізняє їх від класичних похідних бензодіазепіну.

З огляду на велику різноманітність і багатонаправленість дії речовин, зараховуваних до нових наркотиків, отруєння ними не можна описати за допомогою характерного синдрому. До симптомів, котрі зустрічаються найчастіше, відносяться: кома, дихальна недостатність, пошкодження нирок, гіпертермія, недостатність багатьох органів, набряк головного мозку і рабдоміоліз (розпад м'язової тканини, який призводить до гострої ниркової недостатності), а також гострі психотичні симптоми, маячіння, сильне збудження, агресія чи бруксизм, тобто скреготання зубами (напр., після вживання похідних піперидину).

Надання допомоги отруєним особам ускладнюється тим, що нові наркотики дуже відрізняються між собою, зазвичай на упаковках немає інформації як про тип речовини і її дозу, так про фармакологічні властивості, токсичність чи взаємодію з іншими психоактивними речовинами. Наслідки вживання не можна передбачити, речовини не досліджені фармакологічно і не мають повної токсикологічної документації. Немає встановлених стандартів надання допомоги при отруєннях. Як свідчить попередній досвід, суміш може містити у своєму складі декілька різних психоактивних речовин, а перша реакція може виникати вже навіть через 30 секунд після прийому. Особа, котра вживає ці речовини, може відразу раптово втратити свідомість і тим самим контакт з оточенням, і мати невеликі шанси на отримання допомоги.

Для ідентифікації нових наркотиків найчастіше застосовується рідинна чи газова хроматографія, або газова поєднана зі спектрометрією.

Узалеженні від нових наркотиків особи у Польщі лікуються із застосуванням програм, призначених для осіб, узалежнених від психоактивних речовин.

## Розділ 35

### *Гамма-оксімасляна кислота (ГОМК)*

Гамма-оксімасляна кислота (4-оксібутанова кислота, ГНВ) виробляється в організмі людини, а у природі знаходиться в цитрусових і вині. Вперше виділена Олександром Зайцевим 1874 року, синтезована гамма-оксімасляна кислота вперше 1960 року. Вживалася як засіб для анестезії, як снодійне, при лікуванні депресії і нарколепсії, а також алкогольного абстинентного синдрому. Розглядалася також можливість застосування цієї речовини для замісної терапії осіб, uzалежнених від алкоголю, тому що вона в малих і середніх дозах викликає ефекти, наближені до алкоголю. Тривають дослідження придатності гамма-оксімасляної кислоти в лікуванні залежності від опіатів.

Останнім часом ГОМК стала відома, як «засіб для згвалтування», тому що її високі дози викликають втрату свідомості і пам'яті на події. Цю речовину дуже важко, практично неможливо, викрити у крові, тому що внаслідок метаболізму вона розкладається до вуглекислого газу і води.

Тривале вживання ГОМК викликає залежність як фізичну, так і психологічну. Регулярний прийом призводить до толерантності, а симптоми відміни наближені до симптомів алкогольного абстинентного синдрому. Вони можуть зберігатися до трьох тижнів від моменту припинення вживання ГОМК. Значне передозування цієї речовини викликає важке отруєння і смерть.

Гамма-оксімасляна кислота належить до так званих «клубних наркотиків» (*club drug*). Дехто зараховує ГОМК до групи *date-rape-drug*, тобто наркотиків, котрі використовуються в планованих кримінальних діях, наприклад для згвалтування під час побачення. Нелегально продається у вигляді таблеток, капсул, порошків і водяних розчинів, котрі приймаються всередину через рот окремо, чи разом з алкоголем і іншими наркотиками.

1990 року в Сполучених Штатах Америки *Food and Drug Administration (FDA)* заборонила виробництво гамма-оксімасляної кислоти. У Польщі, нажаль, немає усвідомлення небезпеки, пов'язаної з вживанням ГОМК і її похідних.

## Розділ 36

### *Стероїди*

Стероїди – це різновид ліпідів (хімічних сполук, котрі містять у своєму складі жирні кислоти). В медичному значення цей термін означає зазвичай стероїдні лікарські препарати, головним чином кортикостероїди (гормони кори наднирників). У спортивному допінгу під стероїдами розуміють групу препаратів, котрі впливають на зміни, пов'язані зі зростанням тканин, які фахово називають анаболічними або андрогенними стероїдами. Ці речовини приймаються в середину перорально, через шкіру (гелі і пластирі) та шляхом внутрішньом'язових ін'єкцій. Крім спортсменів, стероїдами «допомагають» собі молоді чоловіки з метою більш швидкого і легшого збільшення м'язової маси і отримання бажаної статури. В цьому середовищі прийнято також користуватися психоактивними речовинами, такими як марихуана, амфетамін чи кокаїн.

Стероїди – це найчастіше синтетичні похідні чоловічого статевого гормону – тестостерону, котрі впливають не тільки на статеві риси (інтенсивність оволосіння тіла, розвиток статевих органів чи тембр голосу), але одночасно на масу, силу і працездатність м'язів і розвиток жирової тканини. Ці речовини застосовуються у реабілітації посттравматичних станів, а в геронтології, наприклад, з метою уможливлення старшим особам зберігання чистої м'язової маси, незважаючи на зниження апетиту і відсутність рухової активності. Одночасно ці препарати гарантують підвищену витривалість (в середньому зростає на 60%). Однак, тривале застосування стероїдів викликає ушкодження печінки і нирок, зміни шкіри, підвищення рівня холестерину і більш швидкий розвиток атеросклерозу, а також сексуальні розлади у чоловіків і зміну вторинних статевих ознак у жінок.

Синтетичний тестостерон вперше було отримано в 30-ті роки минулого століття, а вже у 40 – 50-ті анаболічні стероїди почали застосовувати як засоби допінгу для полегшення досягнення кращих спортивних результатів. В цих цілях крім стероїдів застосовуються інші хімічні сполуки. Так, наприклад, дякуючи синтетичному гормону росту (HGH), спортсмени мають краще розбудовані м'язи і зредуковану жирову тканину. Своєю чергою, велосипедисти, веслярі, лижники чи легкоатлети застосовують еритропоетин (глікопротеїновий пептидний гормон росту – EPO), котрий стимулює в

організмі продукцію червоних кров'яних тілець і завдяки цьому працюючі м'язи отримують більше кисню. Одна ампула здатна покращити результати навіть на кільканадцять процентів. Однак, вживання стероїдів та інших речовин (напр., прогормонів, з котрих синтезуються гормони, тобто прекурсорів гормонів) з метою отримання кращих результатів в спорті заборонене і виявлення їх у організмі закінчується дискваліфікацією. 1990 року, разом з прийняттям Закону про контроль над анаболічними стероїдами (Anabolic Steroid Control Act), володіння ними і продаж без обґрунтованих медичних причин стало нелегальним. Незважаючи на те, що у Польщі стероїди було включено до списку нелегальних засобів допінгу, в цьому списку немає прекурсорів тестостерону і нандролону. Це призводить до того, що останні досить часто стають легальними складниками різного типу харчових добавок.

Анаболічні стероїди, а також інші фармацевтичні засоби, які застосовуються у медицині, і вживання яких може призвести до незначної фізичної та до серйозної психічної залежності, дедалі частіше трактуються як психоактивні речовини, здатні викликати залежність з огляду на їх позитивний вплив на самопочуття особи, котра їх вживає. Добре самопочуття є наслідком загального покращення працездатності організму через вплив на фізичну сферу людини. Гіпотезу про можливість виникнення залежності від стероїдів вперше було висунуто 1989 року (Kashkin і Kleber), а перші випадки залежності від анаболічних стероїдів описані 1998 року (Copeland). Адже виявилось, що деякі особи, які їх приймають, відповідають п'яти з семи критеріям, описаним в DSM-IV для психоактивних речовин. Хоча залежність від стероїдів не ввійшла до класифікації МКХ-10, її варто було б зарахувати до розладів психіки та поведінки, викликаних вживанням «інших» психоактивних речовин. Після відміни високих доз стероїдів спостерігалася поява симптомів абстинентного синдрому, котрий протікав у дві фази. Спочатку з'являлися симптоми, наближені до абстинентного синдрому при вживанні опіатів, а пізніше депресія з високим ризиком здійснення спроби самогубства. Лікування абстинентного синдрому полягає, головним чином, у досягненні гормональної рівноваги з одночасним пом'якшенням неприємних симптомів, котрі є сильним фактором, обумовлюючим відмову від лікування і повернення до стероїдів («голоду»), а також у фармакологічному усуненні симптомів депресії.

Якщо вживання стероїдів розпочнеться на ранніх етапах дозрівання, то це може призвести до затримки росту. Особи (найчастіше це спортсмени і постійні відвідувачі

тренажерних залів), котрі тривалий час приймають похідні тестостерону в дозах, перевищуючих терапевтичні в декілька разів (навіть у 100 разів) повинні рахуватися не тільки з проблемами з соматичним здоров'ям, але також із коливаннями настрою, зі змінами у поведінці, підвищеною дратівливістю та агресивністю. Ці зміни відступають після припинення вживання стероїдів. Одночасно спортсмени, котрі задля покращення своїх результатів і в погоні за перемогою приймають дуже великі дози різного типу фармацевтичних засобів (гормонів, стероїдів), наражаються на дуже неприємні наслідки. Деякі з них стають безплідними (атрофія яєчок і зменшення продукції сперматозоїдів), хворіють на злоякісні новоутворення простати і печінки, наражаються на фемінізацію (наприклад, збільшення грудей у чоловіків) чи вже згадувану маскулінізацію у жінок (наприклад, надмірне оволосіння, зменшення молочних залоз). У осіб, котрі зловживають стероїдами, виявлено також набряки і гіпертрофію ясен, що наражає зуби на більш інтенсивний вплив бактерій. Однак, найбільш серйозними наслідками хронічного застосування стероїдів є зміни у серцево-судинній системі, результатом яких може бути інфаркт міокарда або смерть з приводу серцевої недостатності.

*По чому можна взнати, що хтось приймає стероїди*

У осіб, котрі вживають стероїди, спостерігається:

- швидше, ніж можна було б сподіватися після звичайних спортивних тренувань, зростання ваги і м'язової маси,
- напади агресивної «розрядки» або апатії,
- неприємний запах з рота,
- жирна (масляниста) шкіра і вугрі на шкірі спини і грудей,
- червоні або фіолетові плями на шкірі (можуть з'явитися також на носі і губах),
- підвищений артеріальний тиск, кровотечі з невідомих причин.

## Розділ 37

### *Енергетичні напої*

В останні роки все більш популярними стають енергетичні напої (так звані енергетики, енерготоніки). Відомі, в основному, завдяки напою Red Bull, котрий був запатентований 1987 року в Австрії Дітріхом Матешіцом. Частина назви, ймовірно, походить від бика – зодіакального знаку Матешіца, або від таурину (лат. *taurus* – бик), який входить до складу цього напою. Вирішальними для успіху стали: логотип – два червоні бики, котрі б'ються між собою, і гасло „Ред Бул надає крила». Незабаром логотип Ред Була можна було зустріти всюди, де займалися екстремальними видами спорту. І так до сьогоднішнього дня, бо навіть на змаганнях зі стрибків з трампліну на шапці Адама Малиша можна було прочитати напис „Red Bull”. Вслід за Ред Булом різні фірми, такі як „The Coca Cola Company” чи „Pepsi Cola Ltd” почали продукувати подібні напої, і на сьогодні на ринку їх вже кілька десятків (серед інших Warp-4, Red Horse, Red Eagle, Red Devil і т. ін.). Небезпека залежності від енергетичних напоїв пов'язана з вмістом в них психоактивних речовин, особливо кофеїну і ефедрину. З цього приводу багато європейських країн не пускали Ред Бул і інші напої подібної дії на свій ринок.

Проте, всупереч своїй назві, енергетичні напої не є джерелом енергії і додаткових калорій, а їх дія полягає у стимуляції організму. Стимулююча дія цих напоїв пов'язана з вмістом в них таких сполук, як: таурин, вітаміни групи В (В6, В12 і РР), мінеральні солі, женьшень, гуаранін, і особливо кофеїн, присутній у цих напоях у великій кількості. Нерідко до енергетичних напоїв додають ефедрин (похідний фенілетиламіну, вживається у виробництві наркотиків, замінник амфетаміну).

Таурин було виділено 1827 року з жовчі худоби. Це нетипова амінокислота, яка не входить у склад білків. Має три напрямки дії: антикатаболічний, анаболічний і психостимулюючий. Протидіє процесам окислення, які відбуваються в м'язах при навантаженні, завдяки чому, вони швидше регенерують. Вітаміни групи В впливають на працездатність нервової системи, покращують пам'ять і концентрацію. Женьшень – це рослина, яка вирощується в Азії, найцінніший його різновид – женьшень білий, поширений на Корейському півострові і в Китаї. Вже сама біологічна назва женьшеню - *Panax ginseng* говорить сама за себе, бо латинською мовою це означає – панацея, тобто

засіб від всіх хвороб. Він містить у собі близько 200 різних субстанцій, й серед них женьшеньозиди, дія котрих викликає зростання енергії, а також корисно впливає на здатність організму до фізичних і розумових зусиль. Китайці вживають женьшень з 2000 року до н. е., а у XVII ст. в Європі він був дорожчий за золото. Кофеїн, детально описаний на попередніх сторінках, стимулює кору головного мозку і завдяки цьому всю центральну нервову систему. Своєю чергою гуаранін, речовина, яка міститься у рослині *Paulinia guarana*, яка росте в басейні Амазонки і в Перу, діє так само, як кофеїн. Індіанці, котрі проживають в дощових лісах Амазонки, тисячі років вживають гуарану, котру називають «Божим даром», чи також «еліксиром молодості», і споживають її в різних формах для підвищення фізичної і психічної працездатності.

Небезпечним є змішування енергетичних напоїв з алкоголем, тому що ці напої підсилюють дію алкоголю. Найвищий рівень смертності від поєднання алкоголю з енергетиками зафіксовано у Ірландії.

Варто також пам'ятати, що після викликаного ненатуральним шляхом енергетичного «підйому» завжди має настати «спад», під час якого організм почне домагатися чергової порції «чарівного» напою і т. д., і т. д.. Так починається залежність.



## Розділ 38

### *Протидія поширенню наркоманії*

#### **Виявлення наркотиків**

В якості матеріалу для дослідження на наявність наркотиків найчастіше використовується сеча. Різні наркотики можна виявити в сечі протягом різних проміжків часу від моменту останнього вживання:

Бензодіазепіни	близько 72 год.
Барбітурати	близько 24 год. (швидкої дії) близько 7 днів (повільної дії)
Амфетамін	близько 48 - 72 год.
Кодеїн	близько 48 - 72 год.
Морфін	близько 48 - 72 год.
Канабіноїди	близько 5 днів (при тривалому вживанні – до 30 тижнів)
Кокаїн	близько 72 год. (і навіть довше).

Те, як довго наркотик присутній у організмі людини, залежить від величини дози, від того як довго і з якою частотою вживався, а також від стану здоров'я і маси тіла особи, котра вживає. Мінімальна концентрація наркотику в сечі (порог чутливості), при якій можна підтвердити його наявність в організмі, становить для:

Бензодіазепінів	50 нг/мл
Барбітуратів	200 нг/мл
Амфетаміну	1000 нг/мл
Канабіноїдів	50 нг/мл
Кокаїну	300 нг/мл
Опіатів	300 нг/мл.

Присутність наркотиків у організмі можна також підтвердити за допомогою дослідження слини, крові чи волосся.

Оскільки дедалі частіше зустрічаються особи, котрі крім алкоголю приймають інші психоактивні речовини, варто знати ознаки отруєння, а також симптоми, котрі

з'являються при вживанні речовин, які приймаються найчастіше. Допоможе в цьому зведена таблиця.

### Психоактивні речовини

речовина	симптоми після вживання	абстинентний синдром
<b>бензодіазепіни</b>	<b>поведінка</b> – сповільнення, змазана мова, інколи зниження АТ і прискорення пульсу, зниження м'язового напруження	занепокоєння, страх, пітливість, сльозотеча, озноб, нудота, блювота, тремор і судороги, надмірна вразливість до різних стимулів, судомні напади, психотичні розлади
<b>амфетамін/кокаїн</b>	<b>зіниці</b> – розширені <b>поведінка</b> – підвищена активність і ейфорія, руховий неспокій, прискорення дихання, балакучість, безсоння, червоний ніс покритий прищами (кокаїн), прискорення пульсу, підвищення артеріального тиску	психічний голод, страх, тривога, почуття перевтоми, апатії, депресія з думками про самогубство, спочатку безсоння а пізніше надмірна сонливість
<b>канабіноїди</b> продукти індійських конопель (гашиш, марихуана)	<b>поведінка</b> – порушення координації рухів, ейфорія, хихотання, балакучість, напади кашлю, розлади сну, гіперемія очних яблук, набряк повік, солодкуватий запах з рота, пітливість, сухість слизових оболонок порожнини рота, прискорення пульсу, підвищення АТ	психічний голод, дратівливість, страх, зниження апетиту, розлади сну, невелике підвищення температури тіла, озноб, відсутність фізичних симптомів
<b>опіати</b> (опіум, морфін, героїн)	<b>зіниці</b> – звуження, а також скляні очі, відсутність чи значне послаблення реакції на світло <b>поведінка</b> – рухове занепокоєння або сонливість і сповільненість рухів, блідість шкіри, підсихання слизових оболонок, зниження АТ і температури тіла, закрепи	<b>зіниці</b> – розширені, гусяча шкіра, надмірна пітливість, сльозотеча, ексудат з носа, чхання, позіхання, нудота, блювота, підвищення АТ і температури тіла, занепокоєння, дратівливість, голод наркотику
<b>барбітурати</b>	<b>зіниці</b> – спочатку звужені, а пізніше розширені <b>поведінка</b> – змазана мова, балакучість, порушення координації і сповільнення рухів, сонливість, невелике зниження АТ, сповільнення пульсу	занепокоєння, тривога, надмірна вразливість, пітливість, сльозотеча, м'язове тремтіння, нудота, відраза до їжі, судомні напади, порушення свідомості, коливання АТ

### Правове регулювання

У міжвоєнний період явище наркоманії у Польщі не трактувалося як соціальна проблема. Ринок наркотиків стосувався вищих верств суспільства (в основному персоналу шпиталів, військових, а також людей мистецтва, котрі шукали нових вражень) і на ньому домінували морфін і кокаїн, хоча вже були описані випадки політоксикоманії. До морфіністів відносилися, як до хворих людей, які попали в залежність через причини, які від них не залежали, натомість вживання кокаїну

пов'язувалося з «психопатією, садистською поведінкою, сексуальними збоченнями, гомосексуалізмом і венеричними хворобами». Лікування наркоманії було добровільним, за виключенням випадків, коли судом застосовувалися запобігливі засоби.

Проте пропозиція лікування не стосувалася кокаїністів, котрі, «як психопати, не піддаються лікуванню шкідливих звичок і повинні суворо каратися». Після війни проблема наркоманії стала явною лише у другій половині 60-х років. У 70-ті і першій половині 80-х років спостерігалася тенденція до зростання. У другій половині 80-х настала відносна стабільність. Однак, ця проблема приховувалася від суспільства, так на початку 1980 року під час Пленуму Центрального комітету ПОРП один з секретарів говорив: «Ми пишаємося тим, що у нас немає такої біди, як наркоманія, котра в капіталістичних країнах Заходу досягла розмірів надзвичайно загрозливого явища. Ця своєрідна епідемія чинить неймовірний тиск на світ. Ми в нашій країні теж це відчуваємо, але охоронні бар'єри успішно здають екзамен». Зміни, які відбувалися у Польщі, незабаром змінили відношення «партії і уряду» і в липні 1981 року з'явилася державна програма запобігання і боротьби з наркоманією. 31 січня 1985 року Сейм ухвалив Закон про запобігання наркоманії, котрий передбачав безкоштовне лікування для наркоманів, а також принцип добровільності лікування і реабілітації, а вживання одурманюючих засобів і володіння ними не каралося.

Відповідно до закону про наркоманію: «Проходження лікування, реабілітації чи реінтеграції залежних осіб є добровільним, якщо в законі не зазначено інакше» (ст. 25), проте в окремих випадках може застосовуватися примусове лікування.

Окреме судове провадження стосується осіб, покараних за злочини, пов'язаний з вживанням наркотиків. У ст. 71.1 говориться: «У разі засудження uzалежненої особи за злочин, пов'язаний із вживанням одурманюючого засобу чи психотропної речовини, до позбавлення волі, виконання якого умовно відстрочується, суд зобов'язує засудженого до проходження лікування чи реабілітації у закладі охорони здоров'я і передає його під нагляд визначеної особи, установи чи співтовариства». Своєю чергою ст. 71.1 звучить так: «Якщо особа залежна, чи така, що згубно вживає психоактивні речовини звинувачується у здійсненні злочину, котрий передбачає покарання, яке не перевищує 5 років позбавлення волі, пройде курс лікування і реабілітації чи прийме участь у профілактично-лікувальній програмі, яку реалізує заклад охорони здоров'я чи інший

суб'єкт системи надання медичної допомоги, прокурор може відстрочити судочинство до часу закінчення лікування».

Закон передбачає також можливість застосування так званої замісної терапії, тобто застосування в рамках програми лікування залежності одурманюючої речовини чи психотропної субстанції (напр., метадону чи бупренорфіну).

За результатами оцінок кількість наркоманів у Польщі (2015 рік) становить більше 100 тис. осіб. Проблема наркоманії – це міждисциплінарна проблема і знаходиться у сфері інтересів різних інституцій суспільного життя (служби охорони здоров'я, освіти, соціальної опіки, поліції, судових закладів і т.ін.).

### **Кілька слів на тему лікування наркоманії**

Лікування осіб, uzалежнених від наркотиків набагато складніше, ніж uzалежнених від алкоголю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тільки 4% uzалежнених від наркотиків досягають десятирічної абстиненції.

В усьому світі у більшості центрів лікування пацієнтів, uzалежнених від психоактивних речовин, відбувається в рамках однакових психотерапевтичних програм, незалежно від типу речовини. Існують також терапевтичні центри, котрі спеціалізуються виключно у лікуванні осіб, uzалежнених від наркотиків (більшість центрів лікування наркоманів у Польщі). Динамічний розвиток лікування наркоманів настав у Польщі після заснування 1980 року Товариства «Монар». Спочатку програма лікування в центрах «Монару» була однаковою і використовувала досвід американських і німецьки терапевтичних співтовариств Synanon. Особа, котра потрапляла до центру, проходила через три фази лікування, тобто етап новачка (самі обов'язки і дуже мало прав), етап домочадця і третій етап так званого «монарства». Ці центри широко користувалися допомогою волонтерів, а пізніше наймали працівників з числа тих, хто раніше був пацієнтом цих центрів. Недоліком була відсутність програм подальшої амбулаторної опіки для осіб, котрі після декількох місяців чи років покидали центри, а також відсутність розуміння ролі в процесі одужання спільноти Анонімних Наркоманів. Сьогодні більшість центрів для лікування наркоманів опирається на власні програми терапії. Проте найбільш розповсюдженим є метод терапевтичного співтовариства, в якому діють чіткі правила і норми, котрих дотримуються всі його члени. Терапія триває від кількох до кільканадцяти місяців і уможливорює її учасникам, зокрема, зміну пізнавальних схем, а також коригування своїх емоційних станів і поведінки. Це призводить до настання змін

в стилі життя, а також іншого сприйняття світу і самого себе. Такі зміни можуть допомогти багатьом особам на все життя розлучитися з наркотиками.

Для осіб, котрі не зважаються на цілковиту абстиненцію від наркотичних речовин, опрацьовані програми зменшення шкоди, яка є наслідком їх вживання (так звані harm reduction). В рамках таких програм, з метою, наприклад, запобігання розповсюдженню ВІЛ/СНІД застосовується заміна голок чи шприців, або наркоманів навчають як дезінфікувати зняряддя для ін'єкцій. Інший спосіб зменшення шкоди – це замісна терапія. Мета такої терапії – допомога в стабілізації соціальної ситуацій (уможливлення навчання чи праці, повернення до сім'ї) та покращення якості життя, обмеження кримінальної активності, покращення загального стану здоров'я, сприяння прийняттю рішення про лікування і т. ін.. Ці цілі реалізуються в умовах спеціалізованих центрів шляхом контрольованої видачі інших психоактивних речовин наркотичної дії, напр., синтетичного опіюду, яким є описаний раніше метадон. У Польщі метадон застосовується від 1992 року, є безпечною речовиною, редукує «голод» наркотику і обмежує повернення до його вживання. Проте він не ліквідує симптомів залежності і не дає очікуваної ейфорії. В замісній терапії застосовується також бупренорфін, котрий не вимагає такого частого прийому, як метадон й одночасно має певну ейфоризуючу дію.

### **Анонімні Наркомани**

Так само, як у випадку осіб, узалежнених від алкоголю, особи, узалеженні від наркотиків, також можуть користуватися допомогою груп взаємодопомоги, які базуються на програмі дванадцяти кроків і дванадцяти традицій. Так звана «Біла Книга» описує Анонімних Наркоманів так:

*«АН- некомерційне товариство жінок та чоловіків , що одужують від наркотичних речовин, зустрічі яких проходять з метою припинення вживання наркотичних засобів та допомоги один одному розпочати нове життя без речовин, що змінюють свідомість. Нас не цікавить, які наркотики і як багато Ти вживав (...), тільки що збираєшся зробити зі своєю проблемою і як ми можемо Тобі в цьому допомогти».*

Анонімні наркомани, так само як і Анонімні Алкоголіки, на зв'язані з будь-якими іншими організаціями, терапевтичними центрами чи карними закладами, а їх головною ціллю є створення середовища, в якому один узалежнений допоможе іншому припинити вживання та знайти нову дорогу життя. Немає там жодних соціальних,

релігійних, економічних, етнічних, національних чи статевих обмежень, ані вступних чи членських внесків.

Сьогодні важко встановити, коли на зібрання Анонімних Алкоголіків почали приходити особи з наркотичною проблемою. Важко також встановити, коли з'явилися перші на світі групи, на зразок Анонімних Алкоголіків, в яких почали зустрічатися особи, uzалежнені від наркотиків.

1944 року, у журналі «Alcohol Science and Society», з'явилося висловлення засновника АА – Білла В., котрий, виступаючи в Єльському університеті, сказав, що існує «...організація подібна до АА, котра діє між uzалежненими». Цей вислів можна вважати першим офіційним сигналом про існування груп, базованих на програмі Дванадцять Кроків, на яких збираються особи з іншою, ніж від алкоголю залежністю. В лютому 1947 року, у шпиталі на території в'язниці у Лексінгтоні (Кентуккі), почала зустрічатися група uzалежнених осіб, котра спочатку називала себе «Narco Group», а потім Addict Anonamous (Анонімні Наркоман). 1948 група Анонімних Наркоманів появилася у федеральній в'язниці у Нью-Йорку, 1949 року були зареєстровані наступні дві групи. Чергова згадка про рух, який утворюється, з'явилася у газеті The New York Times, котра 1950 року в статті під назвою «Group Here Helps Narcotics Addicts» писала: *«Місцева група uzалежнених допомагає наркоманам стримуватися від вживання наркотиків. Називаються вони Narcotics Anonamous. Це невелика спільнота, але постійно розростається. Спільноті допомагають члени Анонімних Алкоголіків, від яких походить програма і назва, крім цього між ними не існує жодного іншого зв'язку».*

Чергові групи не uzалежнених від алкоголю осіб, котрі використовували програму Дванадцять Кроків, з'явилися у 50-ті роки в Каліфорнії (Habit Forming Drugs, Addict Anonamous). У зв'язку з виникненням нових груп з'явилася необхідність створення структур, котрі могли б координувати їх діяльність, і 1953 року у Каліфорнії (17 серпня) відбулося зібрання, на якому було засновано теперішнє співтовариство Анонімних Наркоманів. Спочатку воно прийняло назву «San Fernando Valley Alcoholic Anonamous and Narcotics Anonamous», скорочено ААНА. Оскільки Загальне бюро обслуговування (General Service Office – GSO) виступило проти використання назви АА, спільнота замінила назву на Narcotics Anonamous. Одночасно GSO дозволило використовувати новоствореній спільноті як Дванадцять Кроків так і Дванадцять Традицій АА. 1964 року була створена Рада Довірених Осіб (Board of Trustees), а при ній заснована Комісія у справах літератури. 1968 року було затверджено існуючий

дотепер логотип АН (діамант вписаний в коло). Основа кола символізує програму АН, вписаний в коло квадрат насправді є діамантом, а основа діаманту символізує добру волю, його чотири сторони – це (self) я як особистість, (society) суспільство, (service) служіння, (God) Бог. Всі чотири сторони ведуть до вершини, котра символізує свободу. У листопаді 1971 року відбувся перший з'їзд АН, а в грудні було створено Всесвітнє бюро служб (World Serwis Office). Перше європейське зібрання АН відбулося 1977 року на військовій базі США на території Німеччини, а перша європейська конференція служб АН відбулася 1984 року в Дубліні (Ірландія).

## Частина III

# БІХЕВІОРАЛЬНІ ЗАЛЕЖНОСТІ

### Вступ

Щораз більший темп життя, бажання втекти від неприйнятних емоційних станів, пошуки швидкого задоволення і негайної винагороди, а також труднощі з контролюванням імпульсів вплинула на зміну нашого щоденного функціонування. Ці зміни витіснили «еру неврозів» чи «еру депресій», що панувала раніше, і на зламі ХХ і ХХІ ст. ст. розпочали період, котрий можна назвати «ерою залежностей».

Проте треба брати до уваги факт, що слово залежність в останні роки значно знецінилося і сьогодні вживається досить широко і до того ж не завжди адекватно до ситуації. Такі слова як залежність і погана звичка стали однаково популярними, і навіть модними і досить часто використовуються для означення того, що колись називалося «хобі», «пасія», «пристрасть» чи навіть «дивацтво», тобто улюблених занять (дій), які дають задоволення і виконуються у вільний час. Потрібно бути особливо обережними, коли маємо справу з різними проявами поведінки, які інколи зараховують до так званих біхевіоральних залежностей тобто залежності від поведінки/занять.

Коли, понад 10 років тому, я збирав матеріал для першого видання цієї книжки, ми, як спеціалісти, саме починали усвідомлювати, що деякі види проблемної поведінки в певній мірі схожі до залежностей від психоактивних речовин. Спостерігаючи таку подібність, ми, з часом, почали називати їх біхевіоральними залежностями/поганими звичками. В наступні роки появилось багато досліджень і опрацювань на цю тему і з цього приводу, в черговому виданні виникла необхідність у численних доповненнях і оновленнях знань. Це закінчилося заміною назви III частини книги «Розлади звичок та потягів» на назву «Біхевіоральні залежності».

У Класифікації розладів психіки і поведінки МКХ-10, яка ще буде діяти до 31.12.2021 року, існує категорія під назвою «Розлади звичок та потягів (імпульсів)». Ми зараховуємо до цієї категорії: патологічний азарт, патологічне підпалювання (піроманія), патологічний потяг до крадіжки (клептоманія) та тріхотілломанію.



Характерною ознакою цих розладів є повторюваність дій «без чіткої, раціональної мотивації, котрі починають шкодити інтересам як самого пацієнта, так і інших осіб. Пацієнт говорить, що його поведінка пов'язана з потягом до дії. Причина цих розладів не встановлена». Аналізуючи більш детально таку поведінку, варто, однак, пам'ятати, що характерною ознакою залежностей є розлади у емоційно-руховій сфері, пов'язані контролем агресивної та імпульсивної поведінки. Отже, залежності розглядаються в категоріях порушеного контролю над імпульсивною поведінкою. Своєю чергою, імпульсивність – це схильність до непланованих і раптових реакцій на подразник (внутрішній чи зовнішній), без огляду на наслідки цієї реакції. Як відомо, узалежнена особа продовжує свою поведінку, не рахуючись з її наслідками.

Багато років тому, коли я збирав матеріали для цієї книги, найчастіше, крім осіб, узалежнених від психоактивних речовин, на терапію приходили особи, котрі страждали на патологічну схильність до азартних ігор. Почали також з'являтися окремі особи із занадто інтенсивним користуванням комп'ютером і інтернетом. За останні десять років, разом з динамічним розвитком так званих нових технологій настало лавиноподібне збільшення кількості осіб з цими проблемами. Особливо це стосувалося молодих людей, котрі стали «невільниками» згаданого раніше проблемного користування комп'ютером і інтернетом (в тому числі соціальними мережами і відеоіграми). У популяції дорослих, своєю чергою, все більше з'являлося осіб з проблемою гіперсексуальності (сексуальним розладом), компульсивними закупками, компульсивним захопленням працею (залежністю від праці), компульсивним захопленням фізичними вправами (розлад занять вправами), а також з орторексією (з категорії розладів харчової поведінки) чи танорексією (компульсивне засмагання) і т. ін..

Поняття «залежність» і «патологічна звичка» часто вживаються як взаємозамінні, проте варто пам'ятати, що у спеціальній літературі проводиться різниця між значеннями слів *dependence* і *addiction*. Слово *dependence*, котре перекладається як залежність, є широким поняттям, й охоплює психологічні і медичні (нейробіологічні) аспекти та вживається у випадку залежностей від психоактивних речовин. Вони нерідко супроводжуються серйозними соматичними ускладненнями. Поняття *addiction* ближче до польського терміну – *nałóg* (укр. *адикція*, *згубна звичка*, *схильність*, *хіть*) і є більш вузьким та «м'якшим». Такий підхід міг би наводити на думку, що цим терміном варто було б означати розлади, зумовлені, головним чином, психологічними факторами і такі,

які характеризуються перш за все змінами поведінки, а також незначними соматичними ускладненнями. Зустрічаються також погляди, що замість поняття «біхевіоральні залежності» варто було б щодо них вживати термін «біхевіоральні згубні звички». Проте справа не зовсім є такою очевидною, тому що багато даних свідчать про те, що у виникненні біхевіоральних залежностей нейробіологічні механізми відіграють подібну до інших залежностей і дуже важливу роль. Нейрохімічні і нейровізуальні дослідження біхевіоральних залежностей показали, що глибоке захоплення деякими видами поведінки (напр. азартні ігри) може активізувати систему винагород у головному мозку подібно до того, як це відбувається при прийомі лікарських препаратів (Holden, 2010)<sup>7</sup>. Ці спостереження вплинули на зміну підходу до залежностей, а також дозволили трактувати біхевіоральні залежності так само, як залежності від психоактивних речовин. Результатом таких змін став, напр., факт перенесення у DSM-5 патологічного азарту - найкраще дослідженого з усіх біхевіоральних залежностей (розлад азартної діяльності), з категорії розладів контролю над імпульсами до категорії «пов'язані з вживання речовин і аддиктивні розлади». Натомість проблемне користування інтернетом, з огляду на відсутність одностайності серед експертів, щодо можливості розміщення його у тій самій категорії, зараховане до секції III, як поведінка, котра вимагає подальших клінічних досліджень.

Варто було б замислитися над тим, чи має дискусія «залежність чи адикція» практичну цінність. З моєї точки зору, таке розрізнення не істотне, як для осіб які страждають, так і для тих, хто допомагає тим, хто звертається по допомогу, тому що страждає з приводу своєї компульсивної поведінки. Для них не важливо назвемо ми страждання адикцією (поганою звичкою) чи залежністю. Таким чином, на наступних сторінках цієї книги я буду користуватися терміном біхевіоральні залежності.

Я вважаю, що замість того, щоб дискутувати над назвами, ми повинні концентруватися на наданні професійної допомоги страждаючим особам і на вдосконаленні цієї допомоги. Дискусії на цю тему варто було б залишити теоретикам, котрі знають uzалежнених осіб переважно з розповідей, фільмів і літератури. Я думаю, що добрим виходом з ситуації є застосування визначень: «розлади вживання/розлади користування/ і т. ін. ...».

---

<sup>7</sup> Holden C. (2010): Behavioral addictions debut in proposed DSM-5. Science 327:935.

Десятиліттями залежності асоціювалися виключно з психоактивними речовинами, а в офіційній нозології саме слово «залежність» було зарезервовано виключно для випадків, пов'язаних з вживанням цих речовин.

На проблему інших, ніж від психоактивних речовин, залежностей першим звернув увагу Джим Орфорд. Він представив перші критерії залежності від видів діяльності чи дій, котрі з часом почали називати біхевіоральними залежностями, тобто залежностями від поведінки чи вчинків. За Орфордом ці залежності полягають у: продовженні поведінки, не зважаючи на її негативні наслідки, одержимість цією поведінкою; почуття провини після виконання дій, а також виникнення симптомів абстиненції в ситуації раптового припинення поведінки (Orford, 2001)<sup>8</sup>. До головних симптомів залежності від вчинків (дій) зараховувалися: неспроможність опиратися імпульсам, які схиляють до реалізації певних дій (поведінки); почуття сильної напруги, що передують діям та почуття полегшення під час виконання цих дій, а також почуття втрати контролю над своєю поведінкою. Залежність від вчинків була розміщена між імпульсивною і компульсивною поведінкою (Goodman, 1990). 1995 року Griffiths<sup>9</sup>, своєю чергою заявив, що існує нехімічна залежність, яка виникає внаслідок взаємодії людини з машиною. Він поділив залежності на пасивні (напр., перегляд телепередач) і активні, пов'язані з користуванням комп'ютером чи мобільним телефоном.

Однаково, як залежності від психоактивних речовин так і біхевіоральні можна віднести до однієї з трьох основних груп залежностей (Milkman і Sunderwirth)<sup>10</sup>:

1. базованих на стимуляції (азарт, вживання стимулюючих наркотиків, напр., амфетамін чи кокаїн; шукання ситуацій, пов'язаних з ризиком, а також сексу (у формі любовних захоплень));
2. базованих на заспокоєнні (обжерливість, вживання алкоголю, знеболюючих наркотиків, напр., морфіну чи героїну, заняття сексом (акт копуляції і переживання оргазму));
3. базованих на фантазуванні (вживання психоделічних субстанцій, наркотиків з групи галюциногенів, таких, напр., як ЛСД чи марихуана, художня творчість, містичні переживання, а також секс (поринання у фантазії)).

---

<sup>8</sup> Orford J. (2001): Conceptualizing Addiction: Addiction as excessive appetite. *Addiction* 96, 15-31

<sup>9</sup> Griffiths M.D. (1995): Technological addictions, *Clinical Technology Forum*, 76, 14-19

<sup>10</sup> Milkman H., Sunderwirth S. (1982): Addictive Processes, *J. Psychoactive Drugs*: 14(3):177-91

Пошуки універсальних дефініцій, узгодженої термінології та діагностичних критеріїв біхевіоральних залежностей тривають багато років, робляться також спроби розміщення цих розладів в загально діючих класифікаціях хвороб.

Власне через це в останній класифікації DSM-5 термін залежність замінено термінами «розлад» чи «адикція».

Варто також звернути увагу на те, що завдяки значному прогресу в пізнанні нейробіологічних механізмів, котрі впливають на нашу поведінку, дедалі більша роль відводиться вже згадуваному раніше неправильному функціонуванню так званої системи винагород («центу задоволення», «системі позитивного підкріплення») в діяльності якої істотну роль, окрім ендогенних опіатів, відіграє нейротрансмітер дофамін. Винагороджуюча дія є результатом збудження дофамінергічних нейронів в певних зонах лімбічної системи, яка є нейроанатомічним і нейрохімічним субстратом системи винагороди. Як я вже згадував раніше, деякі види поведінки, подібно до психоактивних речовин, активують дофамінергічну нейропередачу і викликають нейроадаптаційні зміни, які сприяють розвитку залежності. Позитивні підкріплюючі стимули (ті, які дають відчуття задоволення) викликають в організмі реакції, націлені на відновлення контакту з джерелом цих позитивних відчуттів (на контакт з винагородою). Система винагород, у одних індивідів «домагається» додаткової стимуляції для того, щоб підтримувати, або повторювати приємні відчуття («мисливці за нагородами», «азартні діячі», «шукачі пригод»), тоді як у інших прагне звільнення від психічного дискомфорту («шукачі полегшення, зняття напруги», «азартні втікачі»). Для багатьох осіб очікування задоволення може бути важливішим за саме задоволення.

Тож особливо податливими до різного типу залежностей (в тому числі і до біхевіоральних) будуть особи, котрі мають менш активну систему винагород, що схиляє їх до шукання різних способів активації цієї системи, а також ті, у кого мають місце дефіцити деяких життєвих навичок (компетентностей). Певний тип поведінки (чи субстанція) допомагає цим особам, на короткий момент і тільки удавано, нівелювати ці дефіцити. Таким особам надзвичайно важко опиратися імпульсам, які штовхають їх у напрямку даної поведінки, це супроводжується почуттям сильної напруги перед і полегшення після реалізації цієї поведінки. Своєю чергою така ситуація супроводжується переважно почуттям безпорадності і втрати контролю над своїми діями. Результатом такої поведінки

завжди є наростання негативних наслідків, як для самого індивіда, так і для його оточення. Повторення поведінки, котре в результаті приводить до залежності, обумовлене прагненням отримати швидке покращення самопочуття а не виключно задоволення.

За Американською психіатричною асоціацією біхевіоральні залежності характеризуються компульсивними діями, взаємозв'язком між афектом, мисленням і поведінкою, а також великою схожістю з залежністю від психоактивних речовин (APA 2013)<sup>11</sup>. Своєю чергою Всесвітня організація охорони здоров'я придивляючись до проблем, викликаних неконтрольованим користуванням так званими новими технологіями, звернула увагу на три аспекти залежностей, тобто на: експозицію (тривалість, частоту і інтенсивність), силу примусу виконання дій, а також наслідки (психічні, фізичні, соціальні і фінансові).

На думку Гріфітса біхевіоральну залежність можна описати за допомогою шести критеріїв/симптомів (Griffiths, 2005)<sup>12</sup>:

1. *Домінування* – полягає у захопленні певною поведінкою, як активною її реалізацією, так і мисленням на її тему, така поведінка стає найбільш важливим і домінуючим заняттям в щоденному житті;
2. *Зміна настрою* – є основною метою захоплення даною поведінкою (напр., покращення настрою, хвилювання, приємне збудження);
3. *Толерантність* – зростання толерантності, яке розуміється як необхідність більш інтенсивного виконання певних дій з метою досягнення відповідного рівня винагороди, яка полягає у отриманні належного почуття сатисфакції, покращенні самопочуття чи знятті напруги;
4. *Симптоми відміни* – проявляються в ситуаціях обмежених можливостей реалізації даної поведінки, проявляються в основному в емоційній, пізнавальній і біхевіоральній сфері, а в деяких випадках також і у фізичній (напр., головний біль, тремтіння тіла);
5. *Міжособистісні конфлікти* – виникають у стосунках з найближчим оточенням і є наслідком занедбаням обов'язків (домашніх, шкільних,

---

<sup>11</sup> American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition – DSM-5. Washington, DC.

<sup>12</sup> Griffiths, M.D. (2005). A „components” model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance Use , 10 , 191–197.

професійних, сімейних) або мають інтрапсихічний характер (між прагненням не піддатися напрузі, викликаній залежністю від поведінки, та психічною потребою віддатися цій поведінці);

6. *Рецидиви* чи повернення до інтенсивної реалізації поведінки після спроб її обмеження чи припинення.

Для практичних цілей я пропоную користуватися модифікованим для потреб біхевіоральних залежностей визначенням залежності від наркотиків (анг. „*drugs*”) від 1969 р.. Воно звучить наступним чином: «Біхевіоральна залежність (від певних видів поведінки/вчинків/дій) охоплює пов’язані з поведінкою пізнавальні, а інколи і фізіологічні симптоми, котрі розвиваються після багаторазового повторення дій/вчинків і зазвичай характеризуються сильною потребою повторювання цих дій, навіть не зважаючи на їх шкідливі наслідки, важкістю контролю над їх виконанням, домінуванням цих дій/поведінки над іншими заняттями і обов’язками, високою толерантністю, а також виникненням синдрому неприємних симптомів (дратівливість, злість, агресія і т. п.) у ситуаціях перешкоджання чи відсутності можливості реалізації цих дій/вчинків».

Далі на сторінках цієї книги будуть обговорені біхевіоральні залежності, котрі зустрічаються найчастіше, такі як: розлади пов’язані з азартними іграми (патологічний азарт, гральна залежність, лудоманія), проблемне користування інтернетом і комп’ютером, трудовголізм, патологічний гіперсексуалізм, шопоголізм (оніоманія), залежність від мобільного телефону, фізичних вправ, розлади харчової поведінки у широкому розумінні, а також інші види компульсивної поведінки, які зустрічаються рідко, але також викликають різні проблеми.

## Розділ 39

### *Гральний розлад (патологічний азарт, ігроманія)*

#### **Вступ**

Серед біхевіоральних залежностей найкраще вивченим і описаним є патологічний азарт (за МКХ -10), тобто «гральний розлад» (у відповідності до DSM-5 та МКХ – 11, англ. – *gambling disorder*). Багато хто з дослідників вважає, що концепції, розроблені на ґрунті залежностей від психоактивних речовин можуть знайти застосування у поясненні інших форм розладів поведінки, серед інших і тих, що стосуються азартних ігор (Demetrovics & Griffiths, 2012).

Слово «азарт» походить від арабського «аз-захр», що перекладається як «кості», «гра в кості». З англійської мови слово «hazard» перекладається як «ризик, небезпека». Французькою мовою це слово означає «шанс, випадок, випадковість, ризик». В тлумачному словнику української мови азарт визначається, як «сильне захоплення чим-небудь, запал, завзяття». Можна також сказати, що азарт – це всі ігри на гроші, в яких виграш, тією чи іншою мірою, залежить від випадку. До цього варто додати, що виграшом можуть бути, крім грошей, інші матеріальні цінності (предмети, речі, подорожі і т. п.). Характерною ознакою азартних ігор є те, що вони мають випадковий характер, це означає, що їх результат не можна передбачити і одночасно не існує жодної стратегії (способу) отримання кращих результатів, без порушення правил гри. До азартних ігор відносяться ігри, які базуються на випадку, букмекерські заклади й ігрові автомати. Відбуваються такі ігри в казино (циліндричні ігри (зокрема рулетка), гра в карти, кості і на ігрових автоматах), в ігрових салонах, а також в пунктах прийому взаємних парі (тоталізатора чи букмекерських). Азартний гравець – це особа, котра бере участь у грі, в котрій майже все вирішує випадок, ризикуючи грошима чи іншими матеріальними благами, з метою отримання вигоди (напр., матеріальної чи емоційної).

Якщо ми подивимося на явище азартних ігор так само як на залежність від психоактивних речовин, то дуже спрощуючи можемо стверджувати, що наркотиком в цьому випадку є гроші і, виходячи з цього, можна ризикнути заявити, що насправді азартні гравці не зловживають речовинами, проте зловживають грошима і тому, ймовірно, це одна з найгірших залежностей. Ігроманія, так само як і інші біхевіоральні залежності, на жаль не сприймається як серйозна проблема в контексті публічного

здоров'я, хоча її суспільні і медичні кошти високі, як для індивіда так і для суспільства. Адже відомо, що азарт викликає різні проблеми, пов'язані з психічним (зокрема депресії, суїцидальні думки і спроби, вживання психоактивних речовин) і фізичним здоров'ям (напр., головні болі, нехтування дієтою чи особистою гігієною), сімейними і подружніми стосунками (напр., конфлікти, роздільне проживання, розлучення, занедбання дітей, психічне і фізичне насильство, співзалежність), фінансовою діяльністю (напр., борги, втрата доходів, банкрутство), професійними обов'язками (напр., прогули, зниження продуктивності, втрата праці), навчанням, дотриманням закону (численні юридичні проблеми, напр., арешти, карні справи з приводу крадіжок, шахрайства і т. п.). Доповідь американської The National Gambling Impact Study Commission за 1999 рік показала, що 21,4% патологічних азартних гравців потрапляли до в'язниць три і більше разів протягом свого життя. Відомо також, що свою довгу історію має зв'язок між азартом і організованою злочинністю, котрий сягає XIX ст. (Ferentzy і Turner, 2009). На жаль, досить часто недооцінюється негативний вплив азарту на молоде покоління.

На розвиток залежності від азартних ігор, так само як і у випадку багатьох інших залежностей, мають вплив біологічні, психологічні, духовні і соціальні (середовищні) фактори. Дедалі більше наукових доказів вказує на істотну роль в розвитку патологічного азарту й інших біхевіоральних залежностей різних систем нейромедіаторів (зокрема серотонінергічної, дофамінергічної, норадренергічної та опіоїдної). Встановлено, що низький рівень серотоніну підвищує ризик розвитку патологічного азарту. За даними спостережень, особи, котрі приймають деякі ліки, які застосовуються при хворобах, пов'язаних з дефіцитом нейромедіатора – дофаміну (напр., хвороба Паркінсона чи синдром неспокійних ніг) мають більшу схильність до гри в азартні ігри. Це підтверджує роль дофаміну у розвитку патологічного азарту. У деяких патологічних азартних гравців виявлено знижений рівень норадреналіну. Дослідження свідчать про те, що причинами патологічного азарту можуть бути, як стани гіперактивності, так і стани низької активності певних зон головного мозку (так званої системи винагород). Дослідження за допомогою магнітного резонансу виявили у осіб з діагнозом ігрової залежності функціональні зміни у тім'яних областях, системі винагород (зокрема вентральної області покривки, а також хвостатого ядра) [Miedl і спів. 2012, Power і спів. 2012, Miedl і спів. 2015], і особливо префронтальної кори головного мозку, пов'язаних з прийняттям рішень, а також з виконанням завдань Тесту



Струпа [Potenza і спів. 2003a, Potenza і спів. 2003b, Luijten і спів.2015] та гальмування реакцій [de Ruiter і спів. 2012, van Holst і спів. 2012].

На підставі даних досліджень близнюковим методом можна стверджувати, що у патогенезі патологічного азарту відіграють свою роль також генетичні фактори [Winters і Rich 1998, Slutske і спів. 2000, Potenza і спів. 2005, Xian і спів. 2007, Slutske і спів. 2009, Slutske і спів. 2010]. Дослідження показали, що діти осіб, uzалежнених від азарту, мають в 2 – 4 рази більш високий ризик розвитку залежності від азарту, при цьому гра в азартні ігри батька має сильніший вплив на розвиток залежності у дитини, ніж азартна гра матері.

Дослідження, проведені 2000 року показали, наприклад, що проблема азарту стосується більше мільйона молодих мешканців Сполучених Штатів Америки у віці статевого дозрівання. Ці особи частіше, порівняно з загальною популяцією, палять тютюн і зловживають алкоголем. Час від початку гри до втрати контролю над ним різниться, це можуть бути як місяці, так і роки. Дослідження, проведені на групі 1394 пацієнтів первинної медичної допомоги, які мали більше 18 років показали, що 6,2 % відповідають критеріям патологічного азарту (Pasternak і Fleming, 1999). До азартних ігор, які сьогодні зустрічаються найчастіше, відносяться: ігрові автомати (так звані однорукі бандити), бінго, рулетка, карточні ігри (покер, Black Jack), а також скачки і собачі перегони.

За результатами оцінок National Council on Problem Gambling 2016 року в США близько 5,5 млн дорослих мешканців і близько пів мільйона підлітків відповідали критеріям проблемного азарту (2 – 3%). З них 1% - це uzалежнені особи, а 40% осіб з ігровою залежністю почали грати раніше 17 років. 2018 року у штаті Невада, де дозволені азартні ігри, кількість осіб з проблемою азарту оцінювалася у 6,4% популяції і є найбільш високою у США.

Розповсюдженість проблем, пов'язаних з ігровою залежністю в Польщі, необхідно оцінювати так само, як у інших країнах Європейського союзу, де особи, котрі грають проблемно, становлять близько 3 – 4% популяції, в тому числі залежні від азартних ігор 1,5 – 2%. Дослідження CBOS за 2015 рік однозначно вказують на те, що «кількість азартних гравців у 8,9 разів більша, ніж тих, що пройшли курс лікування».

Спостерігаючи за особами, котрі грають в азартні ігри, можна відрізнити різний ступінь захоплення грою. Більшість людей трактує гру як забаву, хоча нерідко дуже хотіли б

виграти. Така людина встановлює собі ліміт грошей, які може витратити на гру, або визначає ліміт часу, після якого припинить грати, незважаючи на те, виграє чи програє. Особи, котрі грають спорадично, допускають ймовірність програшу певної суми і відносять їх до коштів забави. Таких осіб можна назвати гравцями - любителями, а гра у них служить для розваг, незважаючи на частоту гри. Трохи інакше відносяться до гри особи, котрих можна назвати «професіоналами». Вони контролюють свою гру, придумують і пізніше використовують у грі різноманітні стратегії і способи. Абсолютно іншими мотивами керуються особи, у котрих гра набрала рис патологічного азарту. Ці особи періодично підпорядковують гри своє емоційне і суспільне життя.

Для багатьох осіб рушійною силою патологічного азарту є не стільки бажання послабити напругу чи відігратися, скільки досить часто потреба відчувати сильну напругу, яка з'являється під час гри. Виграш посилює почуття могутності і штовхає до подальшої гри. Програш викликає зниження поваги до самого себе і зменшення почуття контролю, і часто жагу повернення втрати, а це, своєю чергою, стимулює до пошуку психічного комфорту в чергових іграх. Парадоксальним є те, що багато хто, з узалежнених від азарту, більш задоволені з програшу ніж з виграшу, тому що програш стає чудовим виправданням, яке «змушує» їх до того, щоб відігратися, дозволяє далі грати, і тим самим переживати стани напруги. В результаті, особа, котра грає, незалежно від свого фінансового стану, не в змозі перервати гру, незважаючи на наслідки.

Однією з найстаріших типологій патологічного азарту є типологія Емануеля Морана (Moran, 1970a)<sup>13</sup>, в якій він узалежнених від азартних ігор осіб ділить на такі підгрупи:

1. Субкультурні – з почуттям приналежності до групи.
2. Невротичні – за допомогою гри розряджають напругу і прагнення зиску для них не істотне.
3. Психопатичні – мають додатково інші соціальні і особистісні дисфункції.
4. Імпульсивні – гравці з амбівалентним ставленням до гри, котрі періодично втрачають почуття контролю над грою.

Можна також виділити два типи осіб, узалежнених від азартних ігор, а саме: гравців «дії», тобто осіб, котрі шукають у грі стимуляції, збудження, та азартних гравців «втечі», котрі граючи «втікають» від своїх проблем. Гравці «дії» починають грати

---

<sup>13</sup> Moran E. (1970a): Varieties of pathological gambling. British Journal of Psychiatry 116:593-597

раніше, залежність розвивається повільніше, їм потрібні додаткові і сильніші подразники, гра для них – це джерело додаткового задоволення і тому часто повторюється. Вони стараються змагатися, тому обирають групові ігри (напр., карти чи рулетку), щоб обіграти інших. Своєю чергою, гравці «втечі» швидко «входять» у залежність і раніше звертаються за допомогою. Надають перевагу іграм, в які можна грати самостійно (напр., автомати чи комп'ютерні ігри). Головним чином це особи, котрі мають проблеми з контролем над власними емоціями, мають дефіцити соціальних навиків і нерідко також розлади настрою. Азартними гравцям «дії» частіше стають чоловіки, а «втечі» - жінки. Відомо також, що ігри, котрі вимагають конфронтації і зіткнення з противником «лицем у лице», охочіше вибирають чоловіки. Помічено цікаве явище, котре полягає у тому, що ті самі структури головного мозку реагують подібним чином на азартні ігри і на психоактивні речовини. Азартні гравці «дії» реагують так само, як особи після вживання кокаїну, а реакція, така як після прийому морфіну, характерна для азартних гравців «втечі».

Дослідники звертають також увагу на інші фактори і події, які полегшують «вхід» в залежність. Найчастіше до них відносяться: випадковий великий виграш, схильність до інших залежностей, тенденція до імпульсивної поведінки, залежність у сім'ї, відсутність навиків справлятися зі стресом чи негативними емоціями, схильність до зтяжних станів зниженого настрою, самотність, почуття пустки і нудьги та наявність фінансових проблем. Встановлено, що більшість осіб з патологічним азартом, мають модель для наслідування, тому що в підлітковому віці стикалися з особами, uzалежненими від азартних ігор. Вплив на розвиток залежності має також доступність (більші можливості для грання), відчуття збудження (піднесення) під час гри, а також когнітивні викривлення, які дають ілюзорне почуття контролю над грою. Одночасно дослідження показали, що найменші шанси на розвиток грального розладу мають особи з доброю освітою, котрі не палять тютюну, а алкоголь вживають помірно.

Відомий дослідник залежності від азартних ігор – Алекс Блащинський (2002) описав три шляхи (pathways), які приводять до розвитку проблем з азартом.

1. *біхевіоральний* («нормальна») – стосується грання, пов'язаного з середовищем, «вивченої» поведінки шляхом обумовлення, коли відсутня психопатологія, а проблема починається у більш пізньому віці; найчастіше ці особи добре мотивовані до лікування, шукають допомоги, користуються нею і тому мають кращий прогноз;

2. *емоційний* – стосується осіб, котрі походять з патологічних (дисфункціональних, травматичних) сімей, більше ніж інші вразливі на стрес, переживають «страхи», «депресії», «втікають» від проблем і т. ін.; для цих осіб грання може бути «втечею» від проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям і регулюванням своїх емоційних станів а також способом задоволення певних емоційних потреб;
3. *імпульсивний* – з важливою роллю біологічних факторів – характерний ранній початок, стосується осіб з асоціальними рисами, з порушеним контролем над імпульсами, з симптомами СДВГ, з сімейним анамнезом схильності до залежностей і частого вживання психоактивних речовин. Ця група має найгірший прогноз, а психотерапію досить часто потрібно підтримувати фармакологічними засобами. В цій групі ми найчастіше маємо справу зі спробами самогубства.

Оскільки розвиток патологічного азарту характеризується оригінальною динамікою, в ньому виділяють послідовні фази розвитку хвороби. Доктор Густер виділяв три фази патологічного азарту: фазу ризикованого грання (*the adventurous phase*), фаза втрати контролю (*the losing phase*) та фазу депресії (*the desperation phase*).

Придивляючись більш уважно до перебігу залежності від азарту, можна вирізнити 6 фаз:

1. *фаза зацікавлення азартом*, котра стосується, в основному, дітей і підлітків; це період зацікавлення різними формами ігор, котрий може тривати 10 і більше років. Адже помічено, що деякі діти демонструють особливу зацікавленість, напр., кольоровими автоматами чи машинами, з яких за певну плату можна витягнути, зо допомогою певного затиску чи вудки, іграшку чи інший гаджет, або також з великим зацікавленням і охотою беруть участь у лотереях, які дають подібні можливості. Це підтверджують розповіді багатьох гравців, котрі признаються, що проблема азарту почалася у них набагато раніше, тобто у віці близько 10 років (Gupta і Derevensky, 2001; Gupta і Derevensky, 1998);
2. *фаза перемог* – випадкове грання, фантазії на тему грандіозних виграшів, більші виграші, котрі викликають за кожним разом сильніше збудження, дедалі частіші парі і вищі ставки; людина починає вірити в те, що буде завжди вигравати, а у випадку «великого виграшу» намагається повторити його (необґрунтований оптимізм) дедалі частіше ризикуючи, і щоразу це більші суми; ця фаза може тривати до 3 – 5 років;

3. *фаза втрат* – роблячи високі ставки, людина наражається на високі втрати; великі позики й спроби відігратися, а у випадку успіху виграші йдуть на повернення боргів; азартний гравець грає коштом праці і дому, обманює і починає приховувати свою залежність; уникає кредиторів і постійно вірить, що незабаром настане черговий «великий виграш»;
4. *фаза відчаю* – відокремлення від сім'ї і друзів, втрата праці і зростаючі борги викликають паніку; натиск кредиторів часто штовхає на злочини; таке навантаження, своєю чергою, призводить до психічного виснаження, викликає докори сумління, почуття провини, безпорадність і депресію;
5. *фаза втрати надії* – розлучення; почуття безпорадності, думки та/чи спроби самогубства; залишаються чотири виходи: втеча в залежність від алкоголю чи ліків, в'язниця, смерть (самогубство чи від рук кредиторів) або звернення по допомогу;
6. *фаза одужання (відновлення)* – якщо узалежнена особа пройде професійну терапію або розпочне реалізацію програми 12 кроків Анонімних азартних гравців.

### **Підстави діагностики**

Відповідно до запропонованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (World Health Organization) класифікацією МКХ-10, патологічний азарт віднесено до групи розладів особистості і поведінки, а більш точно до розладів звичок і потягів (імпульсів). Ці розлади характеризуються повторними діями, які не мають чітко вираженої раціональної мотивації, не можуть контролюватися і зазвичай наносять шкоду самому хворому та оточуючим. Пацієнт говорить, що його поведінка пов'язана з потягом до дії. Причина цих розладів не встановлена. До цієї самої категорії розладів зараховується також піроманія, kleптоманія і тріхотілломанія.

В опублікованій електронній версії (18.06.2018 г.) чергового перегляду цієї класифікації (МКХ – 11) пропонується патологічний азарт віднести до групи «Розлади, викликані вживанням психоактивних речовин чи узалежнюючими видами діяльності». В підгрупі «Узалежнюючі види діяльності» поряд з «Азартною активністю» має розміститися «Залежність від ігор». Як буде насправді, ми зможемо переконатися 01.01.2022 р., коли вступить в дію нова МКХ-11. Справа в тому, що частина експертів вважає, що не потрібно наслідувати DSM-5, а патологічний азарт має залишитись в групі розладів контролю над імпульсами. Розлади контролю над імпульсами

характеризуються повторними невдачами у стримуванні імпульсів, прагненням виконувати дії, котрі дають короткочасне задоволення, незважаючи на довготривалі шкідливі наслідки, до яких ці дії остаточно призводять. Така модель поведінки викликає значне погіршення чи затримку у розвитку функціонування в особистому, сімейному, суспільному житті, в навчанні і праці, або інших важливих сферах.

Варто нагадати, що Американська психіатрична асоціація (АПА) ще 1980 року визнала азартну активність хворобою. Сьогодні АПА визначає розлади, пов'язані з азартною діяльністю, як «закріплені і рецидивуючі дезадаптаційні дії, які супроводжують азартну активність». Ці розлади характеризуються неможливістю контролювання своєї поведінки під час гри, що призводить до шкідливих психосоціальних наслідків: особистих, сімейних, професіональних, фінансових і юридичних (АПА 2013).

В опублікованій 2013 року класифікації DSM-5 – розлади азартної активності розміщені у розділі «Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин і інші залежності» (анг.: *Substance-related and addictive disorders*). Перенесено їх з розділу: «Розлади контролю над імпульсами» (DSM-IV). Вилучено також один симптом, який має відношення до наслідків, пов'язаних з порушенням закону (заняття нелегальною діяльністю, такою як: підробка, фальсифікація, шахрайство, крадіжки чи розтрати з метою здобуття грошей на азартну гру). Запропоновані наступні діагностичні критерії:

А. Стійка і рецидивуюча дезадаптаційна поведінка, пов'язана з азартними іграми, котра включає щонайменше п'ять з перерахованих нижче критеріїв:

1. Зосередженість на азартних іграх (зосередженість на поверненні досвіду гри з минулого, на спробах відігратися або плануванні наступних ігор, обмірковуванні способів добування грошей на гру);
2. Потреба у підвищенні ставок під час гри для того, щоб досягнути бажане задоволення і хвилювання;
3. Повторення невдалих спроб повернути контроль, обмежити чи припинити участь в азартних іграх.
4. Відчуття неспокою чи роздратування при спробі обмежити або припинити участь в азартних іграх;
5. Трактування азартної гри як способу втечі від проблем або покращення поганого самопочуття (наприклад, відчуття безпорадності, вини, тривоги та депресії);

6. Намагання швидко відігратися після попередньої втрати грошей під час гри;
7. Обдурювання членів родини, терапевта або інших з метою приховати справжні розміри зосередженості на азартних іграх;
8. Руйнування або втрата значимого емоційного зв'язку, праці, можливої шкільної чи професійної кар'єри з приводу участі в азартних іграх;
9. Пошуки у інших людей грошей для покращення скрутної фінансової ситуації, викликаної азартною активністю.

В. Поведінка, пов'язана з участю в азартних іграх, не відповідає критеріям маніакального епізоду.

Запропоновано також визначати інтенсивність хвороби: розлад азартної діяльності легкого ступеню можна стверджувати при відповідності 4 – 5 критеріям, помірний перебіг при 6 – 7, і важкий при відповідності 8 – 9 критеріям.

Перенесення до розділу «Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та інші залежності» обґрунтоване тим, що азартна поведінка активує у головному мозку ті самі зони, що і психоактивні речовини, а глибока зосередженість на азартних іграх спричиняє такі самі психосоціальні наслідки, як і у випадку залежності від цих речовин.

У відповідності до МКХ-10 патологічна схильність до азартних ігор полягає у часто повторюваних епізодах участі в азартних іграх, які домінують у житті людини і ведуть до шкідливих наслідків для її соціальних, професійних, матеріальних і сімейних цінностей. Це визначення не охоплює надмірної участі у азартних іграх маніакальних пацієнтів, а також участі у азартних іграх осіб з дисоціальним розладом особистості. ВООЗ для наукових досліджень запропоновані наступні критерії патологічної схильності до азартних ігор:

А. Два, або більше епізоди участі в азартних іграх щонайменше протягом року.

Б. Ці епізоди не приносять вигоди індивіду, але продовжуються, незважаючи на те, що спричиняють особистісний дистрес чи шкодять особистісному функціонуванню в повсякденному житті.

В. Індивідуум описує сильний потяг до азартної гри, який важко контролювати і повідомляє, що не може припинити участь в азартних іграх зусиллями волі [ВООЗ 2000].

Опираючись на діагностичні критерії, запропоновані МКХ-10 для залежностей від психоактивних речовин, я багато років тому запропонував, для практичних цілей, діагностувати патологічну схильність до азарту тоді, коли протягом останнього року виявлено наявність щонайменше трьох симптомів з представленого нижче списку:

1. сильна потреба чи почуття примусу до гри;
2. суб'єктивне переконання в існуванні труднощів з контролем поведінки, пов'язаної з участю в азартних іграх, тобто втрата контролю над утриманням від гри, а також над тривалістю часу, який витрачається на азартну активність;
3. поява, при спробах переривання чи обмеження участі в азартних іграх, занепокоєння, дратівливості чи гіршого самопочуття, а також зникнення цих станів після повернення до гри;
4. поступове збільшення кількості часу на участь у азартних іграх з метою отримання задоволення чи доброго самопочуття, яке раніше досягалось за більш короткий проміжок часу;
5. поступове занехання альтернативних джерел задоволення чи колишніх улюблених занять та захоплень;
6. продовження азартної діяльності, незважаючи на шкідливі наслідки (фізичні, психічні і соціальні), про які відомо, що вони мають зв'язок з участю в азартних іграх.

Для того, щоб попередньо зорієнтуватися, чи існує проблема з азартними іграми, можна скористуватися скринінговим опитувальником Лі-Бет з DSM – IV, який складається з двох питань:

1. Чи доводилося тобі будь-коли під час гри відчувати потребу робити ставки на дедалі суму грошей?
2. Чи був ти коли-небудь змушений брехати важливим для тебе людям про те, яке значення мають для тебе азартні ігри?

Позитивна відповідь на котресь із цих питань дозволяє підозрювати наявність патологічної схильності до азартних ігор і тоді варто скористатися додатковими діагностичними інструментами.



У діагностиці проблем, пов'язаних з азартними іграми можна також використати тест NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems-Self Administered (NODS-SA), опрацьований 1999 року, також базований на DSM-IV:

1. Чи будь-коли у твоєму житті був період, котрий тривав два тижні або довше, під час якого багато часу у тебе займало мислення про свій досвід, пов'язаний з азартними іграми, планування участі у грі чи ставок, або розмірковування про те, як здобути гроші на азартні ігри?
2. Чи будь-коли у твоєму житті були періоди, коли для участі у грі тобі були потрібні щораз більші суми грошей чи більші, ніж попередні, ставки, щоб відчувати таке саме піднесення?
3. Чи відчував ти будь-коли занепокоєння чи роздратування в той час, коли намагався перестати грати, контролювати чи обмежити свою участь у грі?
4. Чи було у твоєму житті три або більше невдалих спроб перестати грати, контролювати чи обмежити свою участь у грі?
5. Чи грав ти коли-небудь для того, щоб втекти від своїх особистих проблем чи з метою пом'якшення неприємних емоцій, таких як почуття провини, страх, безпорадність чи депресія?
6. Чи бувало так, що після програшу ти повертався наступного дня, щоб відігратися?
7. Чи доводилося тобі щонайменше три рази обманювати членів своєї сім'ї, друзів чи інших людей на тему того, як граєш і скільки програв грошей?
8. Чи використовував ти будь-коли гроші сім'ї, друзів чи інших людей на азартні ігри?
9. Чи викликала будь-коли твоя участь у азартних іграх серйозні, або такі, що повторювалися, проблеми у стосунках з членами сім'ї чи знайомими, а також проблеми з роботою чи навчанням?
10. Чи був ти коли-небудь вимушений просити членів своєї сім'ї, друзів, організації, що надають кредити, чи будь-кого іншого позичити тобі гроші, чи надати іншу допомогу, щоб врятуватися від безвихідної фінансової ситуації, викликаної участю в азартних іграх?

За кожен відповідь «так» нараховується один бал. Результат у 5 і більше балів свідчить на користь патологічного азарту, 3 – 4 бали дозволяють запідозрити проблемну азартну активність, 1 – 2 бали сигналізують про ризик виникнення проблемної участі у

азартних іграх. Досліджувану особу просять також надати свої демографічні дані (вік, стать, етнічне походження), електронну адресу та відповіді на питання, в які безпосередньо ігри вона грає (бінго, гральні карти, кості, лотерея, скачки, перегони, автомати, тоталізатор), чи грає в школі або на робочому місці, й чи грає в інтернеті.

Іншим скринінговим тестом є Early Intervention Gambling Health Test (EIGHT), котрий складається з восьми питань, які стосуються самопочуття (занепокоєння, пригнічення, почуття провини) у зв'язку з участю в азартних іграх (питання 1 – 3), приховування часу, який тратиться на участь у іграх, кількості програних грошей і бажання відігратися (питання 4 – 6); критичних коментарів з боку оточення особи з розладами, пов'язаними з участю в азартних іграх (питання 7), а також спроб виграти гроші, щоб розрахуватися з боргами (питання 8). Цей тест був спеціально розроблений для пацієнтів закладів первинної медичної допомоги. Здатність тесту EIGHT виключати наявність патологічного азарту підтверджена на рівні 90%, натомість придатність для діагностики оцінена у 70% (Potenza 2002).

Дуже корисними в діагностиці патологічного азарту, а також проблемної участі в іграх є також базований на DSM III опитувальник патологічного азарту SOGS (South Oaks Gambling Screen) та Канадський індекс азартних ігор (Canadian Problem Gambling Index – CPGI), розроблений Центром з проблем залежностей і психічного здоров'я (Centre for Addiction and Mental Health) в Торонто.

У своїй праці я користуюся також адаптованим для патологічного азарту тестом CAGE, котрий звучить так:

1. Чи були будь-коли у Вашому житті такі періоди, коли Ви відчували необхідність обмеження своєї участі в азартних іграх?
2. Чи траплялося так, що різні люди з Вашого оточення дратували Вас своїми зауваженнями на тему Вашої захопленості азартними іграми?
3. Чи відчували Ви будь-коли докори сумління чи сором з приводу Вашої участі в азартних іграх?
4. Чи бувало так, що зранку, одразу після пробудження, першими Вашими думками були думки про участь у грі, або про заклади, де проходить така гра.

Дві, а інколи навіть одна стверджувальна відповідь на наведені вище питання, повинна слугувати підставою для більш детального обстеження участі у іграх особи, котра на них відповідала, і до застосування інших діагностичних інструментів.

Численні дослідження показали, що патологічний азарт дуже часто співіснує з іншими психічними розладами, такими, як залежність від психоактивних речовин, розлади настрою чи особистості. У осіб з патологічним азартом одночасно діагностовано: депресію у 75%, СДВГ у 20 – 25%, розлади особистості і обсессивно-компульсивні розлади у 40%, а 20 – 25% висловлювали суїцидальні думки (Petry і Armentano, 1999; Petry, 2002; Volberg, 2002; Kausch, 2003; Toneatto і Millar, 2004; Pallanti, 2006). Blaszczynski і Steel (1998) продемонстрували, що у 93% пацієнтів, котрі лікувалися з приводу патологічного азарту, встановлено наявність щонайменше розладів особистості. Kausch (2003) зауважив, що у 66,4% досліджених ним осіб діагностовано зловживання психоактивними речовинами, або залежність. Найчастіше розпізнається залежність від алкоголю, на другому місці – паління марихуани. Встановлено також чіткий зв'язок між патологічним азартом, вживанням психоактивних речовин, депресією і арештами (Mompert і wsp., 2010).

### **Азартні ігри в інтернеті (азартні онлайн ігри)**

Дедалі більшою проблемою у світі стає різного типу азартна діяльність в інтернеті (азартні онлайн ігри). За результатами оцінок, в азартних іграх за допомогою комп'ютера щомісяця в усьому світі беруть участь понад 20 млн користувачів інтернету. У Польщі – близько пів мільйона інтернет користувачів, котрі витрачають на такі ігри близько 10 млн злотих на місяць (дані Інтерактивного інституту наукових досліджень).

Інтернет-казино щодня відвідують сотні тисяч онлайн гравців. Вони можуть грати у будь-які ігри не виходячи з дому. Можна також грати в азартні онлайн ігри, користуючись віртуальними грошима.

В DSM-5 приділено увагу онлайн іграм (азартним іграм в інтернеті) і запропоновано діагностувати розлади у тому випадку, якщо протягом останнього року підтверджено присутність щонайменше 5 з 9 наведених нижче симптомів:

1. захоплення іграми;
2. психологічні симптоми відміни (напр., тривога, дратівливість);
3. толерантність (поступове збільшення часу на участь у іграх);
4. невдалі спроби контролювання/обмеження гри;
5. втрата інтересу до улюблених занять і колишніх хобі;

6. продовження участі у іграх, незважаючи на усвідомлення проблем/шкідливих наслідків;
7. неправда/обманювання членів сім'ї і/або терапевтів;
8. користування онлайн іграми для уникнення негативних емоцій;
9. втрата чи загроза втрати важливих міжособистісних стосунків, роботи чи можливості навчання.

### ***Загальні принципи лікування***

Першим закладом, в якому лікувалися особи, uzалежнені від азартних ігор, було відділення у госпіталі для ветеранів війни у Брексвілі (Огайо, США), яким у 1972 – 1974 роках керував доктор Роберт Кастер (1928 – 1990). Тоді ж, доктор Кастер разом з двома колегами створив Національну раду з питань компульсивного потягу до азартних ігор (National Council on Compulsive Gambling). Власне завдяки зусиллям доктора Кастера Американська психіатрична асоціація 1980 року визнала патологічний азарт хворобою, а 1981 року у м. Тахо (Невада, США) відбулася перша наукова конференція, присвячена компульсивному (патологічному) азарту.

На території Польщі, як в амбулаторних так і у стаціонарних закладах, терапія патологічної залежності від азартних ігор найчастіше проводиться разом з психотерапією залежності від алкоголю і ліків. Лікуванням залежності від азартних ігор займаються, головним чином, консультаційні установи, які лікують залежність від алкоголю чи наркотиків.

Варто пам'ятати, що особи, які шукають допомогу у зв'язку зі своєю участю в азартних іграх, особливо на початкових етапах лікування, можуть демонструвати симптоми заниженого настрою (депресії) та мати суїцидальні думки. Думки про самогубство, спроби покінчити життя самогубством, а також завершені самогубства є більш поширеним явищем серед осіб, uzалежнених від азартних ігор, ніж в загальній популяції. Частота появи суїцидальних думок серед патологічних азартних гравців оцінюється у межах від 20 до 80%, а спроб самогубства від 4 до 40%. Завжди необхідно оцінювати ризик самогубства, а також розглядати можливість фармакологічної підтримки антидепресантами. При оцінці ризику потрібно брати до уваги інтенсивність думок про самогубство, довідатися, як далеко просунулися плани здійснення самогубства, вияснити, чи раніше мали місце спроби покінчити життя самогубством, чи були випадки самогубства серед близьких осіб, чи має пацієнт працю і якусь систему

підтримки, як справляється зі стресом і т. ін.. Збираючи анамнез, необхідно також упевнитись, чи пацієнт, часом, не приймає ліків, які підвищують рівень дофаміну, які призначаються, наприклад, при хворобі Паркінсона, чи при синдромі неспокійних ніг.

Терапевт, який раніше працював виключно з особами, uzалежненими від психоактивних речовин, повинен пам'ятати не тільки про схожість, але також і про різницю між цими залежностями і патологічним азартом.

Різниця між залежністю від психоактивних речовин і патологічним азартом полягає у тому, що у випадку останнього:

- немає передозування і видимих симптомів участі у азартних іграх;
- немає лабораторних тестів, котрі б підтверджували підозру про залежність;
- значно легше приховувати проблему;
- часто маємо справу з більш вираженим запереченням;
- поширені перебільшення і магічне мислення;
- значно частіше присутні думки про самогубство;
- початку гри найчастіше передують стан збудження і пошук «міцних вражень»;
- рецидив (повернення до участі у грі) майже завжди планується набагато раніше і рідше відбувається на фоні позитивних емоційних станів;
- часто присутні сні і мрії про «великий виграш»;
- появляються більш серйозні фінансові проблеми;
- особа, uzалежнена від азартних ігор, має більш широкий діапазон проблем з банками, страховими компаніями, фірмами, які обслуговують кредитні картки і т.ін.;
- менше можливостей отримати допомогу.

Професійну терапію патологічного азарту проходить близько 10% азартних гравців. Програма терапії, а також перебіг терапевтичного процесу вимагає більш детального обговорення, проте основні принципи процесу психотерапії патологічного азарту не відрізняються істотно від психотерапії інших залежностей. На думку багатьох спеціалістів, найбільш успішною і такою, що застосовується найчастіше, є когнітивно-поведінкова психотерапія (Petry 2007; Pallesen і спів. 2005).

Метою терапевтичних дій є повернення до здоров'я, а це має бути тісно пов'язане з значним обмеженням чи припиненням участі у азартних іграх. Для досягнення цієї мети необхідні: уникання ризикованих ситуацій, обмеження можливості спричинення

шкідливих наслідків для себе і для оточення, вміння справлятися з емоціями а також піклування про систематичне покращення якості життя. Серйозне рішення про лікування не буде прийняте, якщо особа, яка грає, не усвідомить собі, хоча б в незначній мірі, факту, що азартні ігри мають шкідливий вплив на її життя і не допустить думки, що може бути жертвою азарту. Після вступної ідентифікації проблеми пацієнт повинен отримати повну інформацію на тему можливостей лікування і успішності методів, повинен погодитися з вибраним методом й взяти участь в процесі терапії як партнер терапевта, котрий реалізує визначені раніше цілі у відповідності до індивідуального плану терапії. Цей план повинен враховувати такі моменти, як: пошуки надії, намагання знайти спосіб припинення гри, навчання, як справлятися з прагненням участі у грі, пошуки і виявлення способів виходу з фінансових клопотів, відбудову почуття власної гідності, відбудову довіри до самого себе, вміння справлятися зі стресом і негативними емоціями, відбудова (навчання) раціонального мислення, елімінація описаних нижче пізнавальних спотворень (*прим. перекл. - когнітивне упередження (у різних перекладах зустрічається також: «когнітивна ілюзія» або «когнітивне спотворення» —англ. Cognitive bias)*), а також покращення стосунків з найближчими людьми. В індивідуальному плані лікування необхідно особливий натиск класти на:

- постійний моніторинг суїцидальних думок і оцінку ризику самогубства;
- способи вирішення проблем з боргами (інвентаризація боргів і зазнаних витрат, сум, кредиторів; планування бюджету і сплата боргів, а також реорганізація життя так, щоб стало можливим впорядкування фінансових справ);
- підготовка плану дій, необхідних для запобігання рецидиву (запобігання поверненню до гри), ідентифікація «пускових моментів», а також розпізнання мислення, яке може призвести до рецидиву.

Треба також брати до уваги той факт, що не кожний пацієнт, котрий зважається на лікування, вирішує вже від початку терапії утримувати повну абстиненцію. Тому необхідно підходити індивідуально, а також відчувати, чи має пацієнт бажання продовжувати грати «контрольовано», й інколи треба почекати, аж доки він сам переконається в необхідності дотримання повної абстиненції від участі у іграх і не тільки на період участі в програмі психотерапії залежності, але також і у майбутньому.

Працюючи з узалежненим від азартних ігор пацієнтом необхідно враховувати його специфічний спосіб мислення і реагування, пізнавальні спотворення, а також

схильність до марновірства та пам'ятати, що програш після кількох виграшів трактується ним як помилка, котру можна буде через короткий час виправити, а, наприклад, майже виграш діє на нього так само, як реальний виграш, що підтверджують дослідження активності півкуль головного мозку на підставі кровообігу у цих півкулях. Важливо також показати пацієнтові роль і значення абсолютного випадку в лотерейних іграх і подібних до них, звертати увагу на згадувані раніше пізнавальні спотворення і на вплив забобонів на прийняття ним рішень. Істотним також є аналіз обставин, котрі служать пусковим механізмом потреби грати.

Дуже важливою справою, на котру необхідно звернути увагу вже на початку лікування, є оцінка розмірів заборгованості пацієнта, а також підтримка його в його намаганнях вибратися з нерідко трагічної фінансової ситуації (наприклад, допомога в проголошенні банкрутства, в отриманні консолідаційного кредиту, викупі боргів через банк і т.ін.), а пізніше навчання раціональному розпорядженню фінансовими засобами так, щоб стало можливим повернення боргів. Одночасно необхідно пам'ятати про фінансове забезпечення сім'ї пацієнта, й особливо його дітей. Необхідно рахуватися з фактом, що пацієнт на початку може уникати розмов на фінансові теми, тому що не вірить у те, що терапевт може будь-яким чином допомогти йому у розплатуванні, на його думку, «безнадійної» фінансової ситуації. В такому випадку розмови на цю тему необхідно відкласти на пізніше, тобто до моменту коли пацієнт до них «дозріє». В перший рік виздоровлення особливий натиск треба класти на вирішення фінансових і юридичних проблем, а також на перебудову стосунків з близькими людьми.

David A. Korn з Торонтського університету, а також Howard J. Shaffer з Гарвардської медичної школи встановили, що у лікуванні проблемного і патологічного азарту правильні терапевтичні дії повинні враховувати наступні елементи:

1. *Відповідальність*. Учасник терапевтичної програми вчиться відповідальності за свою поведінку. Терапевтична робота повинна зміцнювати почуття відповідальності за свій вибір і за власні вчинки.
2. *Зменшення шкоди* (harm reduction). Досить часто найбільш правильний підхід до пацієнта – це навчання його, як зменшити негативний вплив азартних ігор на власне життя й на життя близьких йому людей. Треба пам'ятати, що трапляються особи, котрі дійсно мають проблеми з азартом, проте в стані навчитися грати без шкоди для себе і для близьких людей.

3. *Запобігання.* Донесення до суспільства інформації про те, що таке азарт проблемний і патологічний. Профілактика, коротка інтервенція і ототожнення інших проблем, присутніх в житті пацієнта, крім залежності від азартних ігор. Це дії, котрі призводять до зменшення соціальних наслідків проблемного азарту.
4. *Процес зміни.* Розуміння того, що особи, котрі починають мати або вже мають проблеми, пов'язані з азартом, різняться між собою ступенем усвідомлення власної ситуації і зв'язаним з ним рівнем мотивації до зміни цієї ситуації. Багато вправ в процесі терапії направлені на те, щоб допомогти пацієнту усвідомити, як участь в азартних іграх вплинула на його життя. Правильне розуміння пацієнта дозволяє здійснити адекватний до потреб і особистості пацієнта вибір методу лікування.
5. *Вибір методу.* Підбір методу лікування в залежності від типу особистості, анамнезу проблеми, а також індивідуальної здатності пацієнта реалістично оцінювати свої проблеми.
6. *Спільна праця.* Всі рішення, котрі стосуються перебігу лікування повинні прийматися у співпраці з пацієнтом і на підставі його схвалення.

Не викликає сумнівів той факт, що як і у випадку інших залежностей, одужання від патологічного азарту залежить від трьох основних факторів, тобто від відношення самого пацієнта (важливою є надія і віра в успішність терапії, особиста активність, податливість на ефект плацебо і т. ін.), позицій та інтерперсональних вмінь терапевта (зокрема емпатія, турбота, тепло, доброзичливість, відкритість, схвалення), рівня його компетентності і досвіду, а також від отриманої під час одужання підтримки і вміння користуватися цією підтримкою.

Необхідно також пам'ятати, що особи, котрі беруть участь в програмі психотерапії патологічного азарту, найчастіше на початковому етапі лікування, можуть демонструвати симптоми зниженого настрою (депресії) і в такому випадку необхідно розглянути необхідність фармакологічної підтримки антидепресантами, розуміється після консультації з лікарем психіатром.

Робилися також чисельні спроби фармакологічного обмеження поведінки, пов'язаної з патологічним азартом, в тому числі за допомогою налтрексону, налмефену, бупропіону і т. ін., але погляди, щодо успішності таких спроб, різняться. Неоднозначною є також оцінка ефективності призначення особам, uzалежненим від азартних ігор, антидепресантів (крім випадків клінічної депресії). Застосування ліків при



патологічному азарті варто було б трактувати так само, як призначення їх у випадках інших залежностей, тобто, вони можуть допомагати в певних ситуаціях деяким пацієнтам, котрі беруть участь в програмах психотерапії залежності від азарту. Проте лише сам прийом ліків не дає ефекту, хоча може бути певною підтримкою у стримуванні від участі в іграх. Це викликано перш за все тим, що пацієнт вважає, що «щось» робить зі своєю проблемою і приймає ліки для своєї хвороби. Проте перегляд статей на тему фармакологічного і нефармакологічного лікування патологічного азарту однозначно показує, що успішніше патологічний азарт лікується нефармакологічними методами (Leung і Cottler, 2009; Pallesen і спів. 2005)).

Іншим способом обмеження проблемного чи патологічного азарту може бути участь у програмі так званого самовиключення. Можливість самовиключення є шансом для осіб, котрі усвідомлюють своє надмірне захоплення азартними іграми і самі хочуть обмежити собі можливість гри. Самовиключення полягає у тому, що азартний гравець добровільно погоджується на те, щоб обслуга казино не дозволяла йому входити до даного чи до більшості з цих закладів. Протягом певного, задекларованого раніше, періоду часу азартний гравець не має можливості відмовитися від участі в цій програмі. Більшість казино особам, котрі беруть участь у цій програмі, надають можливість користуватися допомогою спеціалістів і консультиватися щодо можливого продовження участі в цій програмі.

Існують також дослідження, котрі свідчать про те, що понад одна третина осіб, узалежнених від азарту, має шанс «повернення до норми» без жодного лікування (Slutske, 2006). Залишається тільки одне дуже істотне питання – як однозначно і відповідально передбачити, котра з осіб, які мають проблеми з азартною діяльністю, має шанс, а котра не має? Тому кожній з цих осіб варто запропонувати терапію.

Цінним доповненням психотерапії патологічної залежності від азартних ігор є засновані 1957 року у Каліфорнії (США) групи Анонімних Азартних Гравців (*Gamblers Anonymous*), які базуються на Програмі Дванадцяти Кроків (Whitman-Raymond, 1988; Toneatto, 2008). Перша польська група Анонімних Азартних Гравців «Jedynka» (укр. – *одиниця, перший номер*) заснована у лютому 1995 року в Варшаві. Від того часу співтовариство постійно розростається, і зростає також кількість міст у Польщі, в яких відбуваються зібрання цих груп.

Близькі особи азартних гравців можуть отримати допомогу в групах Gam-Анон. Додаткову інформацію на тему Анонімних Азартних Гравців можна знайти також на сторінці: <http://www.anonimowihazardzisci.org/>.

Підтримкою для азартних гравців може також бути Спільнота Анонімних Гравців (*Bettors Anonymous*), перша зустріч якої відбулася у місті Стоунхем (Массачусетс, США) 1990 року і яка також опирається на Програму Дванадцяти Кроків. Деякі азартні гравці користуються також досвідом спільноти Анонімних Боржників (*Debtors Anonymous*), котра свою діяльність розпочала 1968 року, коли кілька членів Анонімних Алкоголіків заснували організацію під назвою *Penny Pinchers* (укр. - *скнара, скупар*) з метою спільного вирішення своїх фінансових проблем.

Незважаючи на те, що перше казино у Польщі з'явилося 1988 року, до сьогоднішнього дня не був реалізований жодний урядовий проект допомоги особам, uzалежненим від азартних ігор, хоча витрати поляків на азарт з року в рік зростають і, отже, збільшується кількість осіб, котрим потрібна допомога. На жаль, заснований 2009 року у Польщі Фонд з вирішення проблем азартних ігор не виправдовує очікувань, крім того 2017 року цей фонд був позбавлений 2/3 фінансових засобів. Тим часом у США діє Національний центр відповідального азарту, а також Науково-дослідний інститут розладів, пов'язаних з азартом, а у Франції співтовариство – Національна мережа запобігання і лікування патологічного азарту.

## Розділ 40

### Проблемне користування інтернетом

*Комп'ютер служить для полегшення твоєї праці,  
якої без нього ти взагалі б не мав*

*Закон Мерфі*

#### Вступ

Коли близько 6000 років тому перший шумер вибив перші знаки клинопису на камені на березі річки Тигр, скептик, який спостерігав за цим процесом, мабуть, пророкував з заклопотаною міною на обличчі, що незабаром люди перестануть розмовляти між собою. У XVIII ст., коли стало поширеним читання романів, з'явилася концепція «читацької манії» чи «шаленства читання». Це явище описували, як епідемію з проявами фізичного виснаження, втратою почуття реальності та неспроможністю рухатися. Писалося про те, що романи мають «наркотичні властивості» і викликають «розпалювання пристрастей». Сьогодні виникає питання: як трактувати ці побоювання в наш час, коли ми не можемо обійтися без інтернету і нових технологій?

Протягом багатьох років можливість користуватися інтернетом надавав лише стаціонарний комп'ютер. Прообраз сучасного комп'ютера з'явився у XIX ст., коли у 1833 році англійський математик Чарльз Беббідж (піонер інформатики, вважається «батьком» комп'ютера) винайшов першу різницеву (аналітичну) машину, котра приводилася в рух за допомогою парового двигуна і могла розраховувати логарифми та записувати результати на перфорованих картках. Ця машина отримала назву «арифметичний млин». Насправді проект не дочекався реалізації, проте конструкція машини послужила пізнішим винахідникам для створення першого комп'ютера.

Тільки через сто років – 1939 року в Сполучених Штатах Америки Джон Атанасов (англ. John Atanasoff) та його аспірант Кліффорд Беррі (англ. Clifford Berry) розробили першу електронну цифрову обчислювальну машину ABC (англ. Atanasoff-Berry Computer), вартістю 650 \$. Вона мала слугувати для розв'язання системи лінійних алгебраїчних рівнянь і визнана першим діючим прототипом комп'ютера (конструктори застосували в ній електронні лампи). 1943 року у Великій Британії з'явився Colossus –

перша цифрова машина, комп'ютер збудований з 15000 ламп. Він призначався для військових цілей і мав завдання розшифрувати секретні німецькі радіограми, створені за допомогою шифрувальної машини (так званої машини Лоренца).

У 1943 – 1945 роках в університеті Пенсильванія у Філадельфії був сконструйований перший у світі програмований комп'ютер під назвою ENIAC (англ. Electronic Numerical Integrator and Computer), у якому як основа компонентної бази застосовувалися електровакуумні лампи. Він був розміром 5,5 м на 24,4 м, займав площу 140 м<sup>2</sup> й важив понад 27 тон. Цей комп'ютер споживав 150 кВт електроенергії, а його включення викликало послаблення світла у всій Філадельфії. Він був розроблений на замовлення армії і слугував для розрахунків, пов'язаних із задачами балістики.

Перші спроби обміну повідомленнями між прообразами сучасних комп'ютерів відбулися в 50-ті роки, і на той час ніхто не припускав, що через деякий час спілкування, або підтримка контактів за допомогою комп'ютерів стане серйозною соціальною і медичною проблемою.

Історія інтернету розпочалася тоді, коли у відповідь на запуск Радянським Союзом у 1957 році першого супутника, уряд США наказав створити Управління з перспективних наукових досліджень (англ. ARPA - Advanced Research Projects Agency). Завданням цього управління була модернізація американської армії. В 60-роки, під час Карибської кризи ARPA за наказом Міністерства оборони США розпочало працю над вдосконаленням доведення команд і зв'язку в умовах ядерної війни. Метою цієї праці було створення комп'ютерної мережі, котра могла б функціонувати, не зважаючи на ядерну атаку. Перші фрагменти прототипу мережі з'явилися у США у 1966 – 1967 роках, а на початку 70-х до її розробки приєдналися американські необоронні інституції (серед інших Каліфорнійський університет, Массачусетський інститут технологій, Стенфордський університет і Гарвард). 1972 року ARPAnet поєднував між собою 23 комп'ютери, котрі займали цілу кімнату. 1973 року до мережі приєдналися європейські комп'ютери з Університетського коледжу Лондона і Королівських радарних закладів у Норвегії.

1974 року був висланий перший електронний лист і вперше застосована назва інтернет. 1989 року у Швейцарському інституті елементарних частинок народилася ідея, котра стала підставою для створення сторінок WWW (World Wide Web), котрі

мали прискорити і полегшити обмін науковими даними. У 90-ті роки з'явилися перші графічні браузері цих сторінок.

Разом з величезним технічним прогресом, все більше користувачів комп'ютерів мають доступ до світової комп'ютерної мережі інтернет. «Плавання» по безконечних просторах мережі може стати настільки захоплюючим заняттям, що без вагань відсталяються в бік – школа, праця, сім'я і знайомі. З'явилося поняття – інтернет-користувач, тобто особа, котра щонайменше раз на місяць користується інтернетом (дефініція запропонована американським Internet Advertising Bureau).

Днем народження інтернету у Польщі можна вважати 17 серпня 1991 року, коли фізик з Варшавського університету встановив зв'язок за допомогою інтернету з університетом у Копенгагені. За даними Головного статистичного управління 2018 року у Польщі інтернетом користувалися 77,5% домашніх господарств, а також 95,6% фірм (в тому числі 99,6% великих підприємств).

Швидко виявилось, що в мережі інтернет можна знайти багато дуже цікавої інформації, а також сотні приятелів, з якими можна «порозмовляти» за допомогою клавіатури, не виходячи з дому. Інколи віртуальні контакти матеріалізуються і люди одружуються, й кількість таких «інтернет-шлюбів» постійно зростає. Проте інтернет має також свою темну сторону. Адже з'явилася інтернет-злочинність, або кіберзлочинність (педофілія, крадіжки кредитних карток, чи порушення авторських прав), переслідування і насильство (буллінг), більш легким став доступ до порнографії та нав'язування випадкових сексуальних контактів. Одночасно все більше людей відчують деструктивний вплив інтернету та самого комп'ютера на своє психічне здоров'я і соціальні стосунки. Дедалі більше людей попадає в залежність від інтернету і комп'ютера.

Це явище ще не має узгодженої і загальноприйнятої назви. Крім «залежності від інтернету» функціонують такі терміни, як мережоголізм (нетоголізм), залежність від соціальних мереж (сетеголізм), кіберзалежність (кіберадикція), інтернетоголізм, інфоголізм, інфозалежність, а також залежність від комп'ютера (англ. *computer addiction*). Можливо колись пошириться назва – *розлад вживання інтернету/комп'ютера?*

Насправді, кількість споживачів, котрі узалежнюються від комп'ютера, на сьогоднішній день оцінюється у 20%, проте залежність від мережі і від комп'ютера

стала однією з бід XXI ст. і безсумнівно колись настане такий момент, що вона знайде своє місце в класифікаціях МКХ і DSM як нозологічна одиниця.

За даними Digital Around the World від січня 2019 року, інтернетом користуються майже 4,5 млрд жителів нашої планети, тобто 57% всього населення (у порівнянні з 2018 роком кількість користувачів всесвітньої мережі виросла на 9%)<sup>14</sup>. Виявляється також, що більшу загрозу розвитку залежності від інтернету мають чоловіки, а найбільше осіб, котрі мають проблеми з користуванням мережею, проживає в Азії (Su i wsp., 2019)<sup>15</sup>. Кількість молодих людей у віці 15 – 24 роки, котрі користуються інтернетом оцінюється у 94% в розвинених країнах і у 67% в таких, що розвиваються (International Telecommunication Union, 2017)<sup>16</sup>.

Як відомо, існують різні можливості користування комп'ютером, тому ми можемо виділити дві групи користувачів: група осіб, котрі користуються «благодіяннями» самого комп'ютера («офлайн») а також група осіб, котрі користуються комп'ютером підключеним до інтернету («онлайн»). Серед осіб другої групи можна вирізнити два типи споживачів: особи, узалеженні від конкретної функції інтернету, та особи, котрі користуються інтернетом в багатьох різних цілях, або проводять час у інтернеті без визначеної цілі. Дослідники звертають також увагу на винагороди, котрі отримує людина, користуючись інтернетом, такі як: почуття приналежності до віртуального середовища, доступ до необхідної інформації, естетичні переживання, можливість заробляти гроші, розвага, поліпшення свого статусу, підтримка інтерперсональних стосунків і т.ін.. Ці винагороди впливають на формування залежності (Song i wsp., 2004)<sup>17</sup>.

Дослідження, проведені Американською психологічною асоціацією, показали, що близько 6% інтернет-користувачів узалеженні від нього, а 30% трактують його як спосіб втечі від дійсності. Дослідження також виявили, що 25% користувачів інтернету узалежнилились протягом перших 6 місяців від початку прогулянок по мережі, 58% -

---

<sup>14</sup> <https://datareportal.com/reports/digital-2019-global-digital-overview> (dost. 22.04.2019)

<sup>15</sup> Su W., Han X., Jin Ch., Yan Y., Potenza M.N.( 2019): Are Males More likely to be Addicted to the Internet than Females? A Meta-Analysis Involving 34 Global Jurisdictions. Computers in Human Behavior, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.04.021> (dost. 11.05.2019)

<sup>16</sup> International Telecommunication Union. (2017). ICT facts and figures 2017. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/ICTFactsFigures2017.pdf>

<sup>17</sup> Song I. i wsp. (2004): Internet gratifications and internet addiction: on the uses and abuses of new media. Cyberpsychol& Behav.;7(4):384-394.

протягом 6 – 12 місяців, а 17% після року. Вже під час 107 щорічного зібрання Американської психологічної асоціації 1999 року у Бостоні було звернено увагу на той факт, що понад половина людей з розпізнаною залежністю від інтернету, мають також серйозні подружні проблеми, а сам інтернет викликає соціальну ізоляцію, тому що багато людей менше часу проводить з реальними людьми ніж з комп'ютером. Можна припустити, що розповсюдженість залежності від інтернету в США і Європі коливається в межах від 1,5 до 8,2% (Cash і wsp. 2012 )<sup>18</sup>.

Про вагомість проблеми додатково свідчать дослідження EU NET ADB, котрі були проведені в період з жовтня 2011 по травень 2012 років в 7 країнах Європи серед молоді у віці 14 – 17 років (разом було зібрано 13 284 анкет, в тому числі 2045 в 106 школах у Польщі). Ціллю цих досліджень було визначення масштабів проблеми зловживання інтернетом серед молоді Європи, а також встановлення факторів, котрі викликають таку поведінку. Дослідження показали, що:

- 1,3% польських респондентів (1,2% для Європи в цілому) мають симптоми надмірного користування інтернетом, в той час коли 12,0% (12,7% для Європи в цілому) перебувають під загрозою зловживання. В цілому 13,3% (13,9 % в масштабах цілої Європи) користується інтернетом дисфункціонально.
- Відсоток осіб, котрі користуються інтернетом дисфункціонально, найвищий у Іспанії, Румунії та Польщі, а найнижчий у Німеччині та Ісландії.
- Дисфункціональне користування інтернетом частіше демонструють хлопці, старші підлітки і особи, батьки яких мають початкову освіту.
- Особи, котрі дисфункціонально користуються інтернетом, частіше страждають психосоціальними розладами.

За результатами цих досліджень існує сильна залежність між азартною діяльністю, користуванням соціальними мережами, а також участю в онлайн-іграх і дисфункційним користуванням інтернетом. Виявилось також, що існує зв'язок між зловживанням інтернетом та іншими соціальними й психічними проблемами, такими, як депресія, соціальна ізоляція, агресія, розлади мислення і уваги. Це може одночасно вказувати на факт, що особи, котрі мають проблеми, втікають в надмірне користування інтернетом, так і на те, що зловживання інтернетом може викликати поглиблення деяких проблем (напр., соціальної дезадаптації). Проте важко

---

<sup>18</sup> Cash H. і wsp. (2012 ): Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. Current Psychiatry Reviews; 8, 4, 292-298

однозначно вказати напрямок цієї залежності (Makaruk i Wójcik, 2012)<sup>19</sup>.

Дослідження вказують на те, що в компульсивне користування інтернетом частіше втягуються особи, котрі відчувають самотність, або мають інші соціальні дефіцити (Kim і співавт. 2009), а протягом останнього десятиліття зафіксовано зростання кількості осіб з проблемним користуванням інтернетом, особливо серед підлітків (Kuss і співавт. 2013). Занепокоєння може викликати також те, що виявили дослідження NASK за 2016 р., проведені на групі підлітків, а саме:

- 80% підлітків у Польщі безперервно знаходяться онлайн, користуючись такими пристроями, як ноутбук чи смартфон.
- Тільки 60% батьків домовилися зі своїми дітьми про чіткі правила користування мережею.
- Тільки 38% підлітків задекларували, що мали в школі заняття на цю тему.
- 70% досліджуваних спілкуються зі своїми знайомими за допомогою інтернету кілька разів на день, 46,5% респондентів задекларували, що щодня користуються інтернетом для поглиблення своїх знань, пов'язаних з хобі чи улюбленими заняттями, 32,2% для виконання домашніх завдань, 27,1% для здобуття знань, необхідних у школі. Одночасно учні не консультуються за допомогою інтернету зі своїми вчителями. Ніколи цього не роблять 53,5%, 33% декілька разів на рік.

Непокоїти повинно не те, що молоді люди не знають правил безпеки, а те, що часто не застосовують їх і ставляться до них зневажливо, тому що не усвідомлюють загрози.

Одночасно потрібно чітко усвідомлювати, що крім залежних від інтернету осіб існує дуже велика група людей, котрі користуються інтернетом чи самим комп'ютером зі шкідливими наслідками для здоров'я у фізичному розумінні (напр., проблеми з зором, тунельний синдром зап'ястя, зміни у хребті чи так званій RSI – Repetitive Strain Injury, синдром пошкодження від постійної напруги м'язово-суглобової системи, який характеризується болями у плечах, передпліччях, зап'ястях і кистях рук), соціальному (напр., занехаяння сім'ї, праці, навчання) чи психічному (поступове «входження» у залежність). Трапляються також випадки недоїдання і судомних нападів (т. зв. «екранна чи фотосенситивна епілепсія»), ампутації кінцівок, й навіть смертельні випадки внаслідок тромбозу вен нижніх кінцівок, як ускладнення багатогодинного сидіння перед комп'ютером. Має своє значення також факт постійного впливу випромінювання екрану монітору. З'явилися також повідомлення з Китаю і Великої Британії, в котрих говориться про

---

<sup>19</sup> Makaruk K., Wójcik Sz. (2012): EU NET ADB – Badanie nadużywania internetu przez młodzież w Polsce i Europie. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa



негативний вплив на структуру нервових волокон в навколоорбітальних ділянках лобової частки кори головного мозку у осіб, узалежнених від інтернету, подібно до того, який має місце при залежності від психоактивних речовин. Дослідження проведені за допомогою магнітного резонансу.

Як я вже згадував раніше, протягом багатьох років єдину можливість доступу до інтернету давав стаціонарний комп'ютер. Лише 1979 року з'явився перший переносний персональний комп'ютер (ноутбук), далі було впроваджено планшети (2002 - Microsoft Tablet PC а також– Apple iPad 2010 р.), і врешті-решт смартфони, котрі об'єднують у собі функції інтернет-браузера, електронної пошти, фотоапарату й інші. Сьогодні можливості користування інтернетом практично необмежені. Саме з цієї причини він викликає дедалі більше проблем, пов'язаних, наприклад, з підтриманням віртуальних соціальних контактів, віртуальним сексом (кіберсексом), е-азартом, е-закупками і часто також, особливо у дітей і підлітків, із залежністю від онлайн-ігор.

Особливу роль у доступі до інтернету відіграють так звані нові технології, котрі значною мірою спричиняють розвиток залежностей, викликаних користуванням мережею інтернет. Це явище особливо загрозливе, тому що охоплює значний відсоток молодих людей. Соціологи навіть придумали назву для таких осіб – генерація С (від англ. – *connect, communicate*). Вони не знають світу без комп'ютера, не здатні жити без інтернету, ноутбука, смартфона, планшета, комп'ютерних ігор, You Tube, різноманітних блогів і соціальних мереж, фейсбука чи твіттера. Можна навіть ризикнути і ствердити, що у нас на очах народилося цілком нове покоління з дуже характерною новою особистістю – «цифровою особистістю», покоління «невільників» нових технологій, покоління, котре не може функціонувати без цих технологій.

На залежність від нових технологій першим звернув увагу вже згадуваний раніше Гріффітс<sup>20</sup>. Розлади, пов'язані з користуванням інтернетом, називаються е-залежностями і багатьма спеціалістами відносяться до групи біхевіоральних залежностей.

Розвиток залежності від інтернету, так само як і інших залежностей, характеризується своєрідною динамікою і в ньому можна виділити послідовні етапи:

---

<sup>20</sup> Griffiths M.D. (1995): Technological addictions. *Clinical Technology Forum*, 76, 14-19

- зіткнення з інтернетом і захоплення ним, як чимось новим, пізнання його можливостей, «вхід» у нову реальність, почуття «зв'язку з цілим світом» чи «відсутності границь»;
- звертається увага на той факт, що користування інтернетом є доброю і зручною формою проведення часу, і в першу чергу розваг, що інтернет допомагає розслабитися і на якийсь час зменшити почуття дискомфорту (напруження, почуття самотності і т.ін.), а також інші проблеми психологічної (емоційної) природи;
- щоразу більш регулярне користування інтернетом з метою регулювання перерахованих вище станів;
- поступове обмеження контактів з близьким оточенням (відхід від реального світу, соціальна байдужість) на користь віртуальних контактів і присвячення їм дедалі більше часу;
- почуття дискомфорту в ситуаціях обмеженого доступу до інтернету, реагування злістю і навіть агресією;
- поява соціальних, пов'язаних зі здоров'ям, фінансових та інших проблем, котрі, без сумнівів, мають зв'язок з користуванням інтернетом.

Проблема залежності починається тоді, коли комп'ютер, а найчастіше – інтернет, починає поглинати дедалі більше часу (напр., особи, котрі відповідали критеріям залежності, проводили в інтернеті 38 – 40 і більше годин протягом тижня), і одночасно вживається для винагороди самого себе, зняття напруги, «відреагування» чи втечі від повсякденності. Через деякий час дуже швидко приєднуються сімейні, шкільні, професійні та інші проблеми.

Про можливість залежності від комп'ютера й інтернету науковці сигналізували вже на початку 90-х років минулого століття (Shotton, 1991; Griffiths, 1995, 1996), а термін Internet Addiction Disorder (IAD) вперше застосував американський психіатр Іван Голдберг. Голдберг звернув увагу на цю залежність у опублікованій у New York Times статті "The Lure and Addiction of Life On Line", а також опублікував на своїй інтернет-сторінці діагностичні критерії залежності від інтернету, опираючись на критерії, котрі використовуються для розпізнання патологічного азарту. Своєю чергою Кімберлі Юнг, психолог з Пітсбурзького університету (США), 1996 року першою запропонувала трактувати залежність від інтернету як хворобу і запропонувала питання, котрі полегшують діагностику залежності від інтернету (Internet Addiction Disorder), а також

звернула увагу на так званий «синдром ще однієї хвилинки», назва якого походить від типової відповіді осіб, uzалежнених від комп'ютера, коли їх просять виключити його. У червні 1996 року, у журналі Американської асоціації психологів (ААП) з'явилася стаття, в котрій автор – Бріджет Мюррей застеріг, що інтернет може потенційно викликати uzалежнюючу поведінку серед його користувачів і запропонував психологічній спільноті розробити вказівки для лікування людей, котрі можуть бути залежними від мережі.

Порівнюючи цю проблему з іншими залежностями можна знайти багато подібного. До симптомів, котрі вказують на існування залежності, відносяться:

- зростання кількості часу, проведеного в інтернеті, зменшуючи час для інших колишніх улюблених занять;
- занедбання сімейних, професійних, шкільних і інших обов'язків;
- поява сімейних конфліктів;
- неправдиві відповіді на питання, скільки часу проведено в інтернеті;
- спроби контролювання часу, який проводиться в інтернеті;
- призначення щораз більших сум грошей на покупку відповідного устаткування, програм, обладнання чи книжок та журналів на комп'ютерну тему;
- реагування дратівливістю чи навіть агресією в ситуаціях, коли ускладнений або неможливий доступ до інтернету.

Кімберлі Юнг запропонувала ряд питань, котрі допомагають поставити діагноз залежності від інтернету (Internet Addiction Disorder). Авторка вважає, що стверджувальна відповідь на п'ять з восьми питань вказує на існування патологічної залежності від інтернету (Young, 1996)<sup>21</sup>. Це наступні питання:

1. Чи відчуваєте Ви себе настільки захопленим/ною інтернетом, що постійно думаєте про інтернет сесії, що відбулися і/або не можете дочекатися наступних?
2. Чи відчуваєте Ви потребу збільшення кількості часу, який проводите в інтернеті, щоб відчути більше задоволення (мати більше утіхи)?
3. Чи робили Ви багаторазові невдалі спроби контролювання, обмеження чи припинення користування інтернетом?

---

<sup>21</sup> Young, K. S. (1996). Internet addiction: the emergence of anew clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3):237–244.

4. Чи відчували Ви внутрішній неспокій, мали депресивний настрій або були роздратованим/ною тоді, коли пробували обмежити чи перервати користування інтернетом?
5. Чи буває так, що Ви проводите в інтернеті більше часу ніж мали намір або планували?
6. Чи ризикували Ви будь-коли втратою близької особи, важливих стосунків з іншими людьми, праці, навчання або професійної кар'єри в зв'язку з проведенням надмірної кількості часу у інтернеті?
7. Чи доводилося Вам обманювати Ваших близьких, терапевтів або когось іншого з метою приховати Вашу надмірну зацікавленість інтернетом?
8. Чи використовували Ви інтернет для того, щоб втікати від проблем, або з метою уникнення неприємних почуттів (напр., безпорадності, провини, занепокоєння чи депресії)?

Юнг виділила п'ять підтипів залежності, пов'язаної з комп'ютером: *інтернет еротоманію*, (cyberseksual addiction), напр., перегляд фільмів і знімків порнографічного змісту, участь в чатах на сексуальні теми; *інтернет соціоманію* – тобто залежність від соціальних контактів через інтернет (cyber-relationship addiction), напр., тематичні чати, дискусійні групи, електронна пошта, котрі замінюють сім'ю і друзів. Узалежнена особа нав'язливо перевіряє чи появився хтось новий в дискусійній групі чи на форумі або проглядає скриньку електронної пошти. Одночасно відчуває занепокоєння чи навіть паніку, коли немає доступу до інтернету. Результати досліджень показують, наприклад, що існують особи, котрим протягом одного дня вдалося вислати навіть 350 електронних листів і отримати 400 у відповідь. Наступні підтипи – *це залежність від інтернет мережі* (net compulsions) – напр., залежність від азартних ігор (патологічний інтернет азарт в мережевих казино), залежність від мережевих (онлайн) ігор (противник – жива людина, котра також під час гри сидить перед монітором), від аукціонів чи онлайн покупок; інформаційне перенавантаження, тобто *нав'язливе завантаження інформації* (information overload) – напр., пошуки нової інформації, перегляд баз даних; та залежність *безпосередньо від комп'ютера* (computer addiction) – напр., комп'ютерних офлайн ігор. До цих підтипів можна додати також залежність від блогів, котра полягає у слідкуванні за чужими історіями життя, описаними на сторінках інтернету, або опис власних історій. Як форму залежності від інтернету можна також трактувати хакерство.

Джон Салер<sup>22</sup> виділяє два типи залежності від інтернету: несоціальний, котрий характеризується, головним чином, пошуками інформації, а також соціальний, пов'язаний з користуванням соціальними мережами, електронною поштою чи чатами. Одночасно, займаючись пошуками різниці між реальним і віртуальним світом, автор вважає, що перебування у віртуальній реальності є своєрідним специфічним досвідом, котрий характеризується обмеженням чуттєвого сприйняття (limited sensory experience); еластичністю тотожності (самосвідомості) та анонімністю (identity flexibility and anonymity); зрівнянням статусів (equalization of status); подоланням просторових обмежень (transcending spatial boundarie); розтягуванням і скороченням часу (time stretching and condensation); можливістю нав'язування численних стосунків (access to numerous relationships), а також документування цих стосунків.

Найбільше схильні до залежності від інтернету фрустровані і загублені у світі дорослих підлітки; особи з емоційними проблемами чи афективними розладами; особи, котрі мають проблеми з безпосереднім спілкуванням з іншими людьми; особи з почуттям низької вартості, котрі потребують піднесення самооцінки; особи, котрі шукають дружби, романтичних стосунків, нарікають на дружину чи чоловіка; особи з сексуальними дисфункціями та іншими залежностями, котрі трактують інтернет як «безпечний» продукт повсякденного споживання.

### *Діагностичні критерії*

Незважаючи на те, що проблемне користування інтернетом і залежність від нього не були включені до DSM-5, багато хто з науковців і практиків зауважують у користувачів інтернету багато симптомів, характерних для залежності. Опираючись на діагностичні критерії залежності, представлені в попередній версії (DSM-IV) можна запропонувати розглядати залежність, як шкідливу модель користування інтернетом, котра призводить до клінічного дефекту чи порушення, яке маніфестує протягом останніх 12 місяців щонайменше трьома з наведених нижче симптомів:

#### 1. Толерантність, як:

- потреба витратити дедалі більше часу на користування інтернетом, щоб отримати задоволення, або
- чітке, поступове ослаблення почуття задоволення при користуванні інтернетом ту саму кількість часу.

---

<sup>22</sup> Suler, J. (1997). Psychology of Cyberspace. [www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html](http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html)

2. Симптоми відміни, котрі маніфестують:

а. абстинентним синдромом, котрий проявляється появою щонайменше двох з наведених нижче симптомів, протягом кількох днів (до 1 місяця) після припинення чи обмеження користування інтернетом:

- психомоторне збудження;
- занепокоєння чи тривога;
- obsesivne мислення про те, що відбувається в інтернеті;
- фантазії і сновидіння на тему інтернету;
- навмисні чи мимовільні рухи пальцями рук, характерні для друкування на клавіатурі;

б. користування інтернетом та іншими подібними інституціями з метою уникнення неприємних симптомів, котрі з'являються при «відміні» інтернету (симптомів абстинентного синдрому).

3. Часте перевищення планованого часу, призначеного на користування інтернетом.

4. Закріплена потреба або невдалі спроби обмеження чи припинення користування інтернетом.

5. Присвячення великої кількості часу на виконання діяльності, пов'язаної з інтернетом (напр., купування книжок на тему інтернету, випробування нових інтернет браузерів, упорядковування завантажених з інтернету матеріалів і т. ін.).

6. Обмеження або відмова від соціальної, професійної чи рекреаційної активності на користь користування інтернетом.

7. Користування інтернетом, незважаючи на усвідомлення наявності тривалих або наростаючих соматичних (фізичних), психологічних чи соціальних проблем, викликаних користуванням інтернетом (напр., обмеження часу сну, поява сімейних проблем, спізнення на роботу чи на важливі зустрічі, занедбання обов'язків чи відмова від іншої істотної діяльності).

Опираючись, своєю чергою, на діагностичні критерії МКХ-10, я багато років тому (2001)<sup>23</sup> запропонував розпізнавати залежність від інтернету тоді, коли протягом останнього року підтверджено наявність щонайменше трьох симптомів з наведеного нижче списку:

---

<sup>23</sup> Woronowicz B. (2001): Bez tajemnic o uzależnieniach, IPiN Warszawa

1. сильна потреба чи почуття примусу користування інтернетом;
2. суб'єктивне переконання у меншій можливості контролювання поведінки, пов'язаної з інтернетом, тобто порушення контролю над утриманням від користування інтернетом, а також над кількістю часу, який проводиться у інтернеті;
3. поява, при спробах переривання чи обмеження користування інтернетом, занепокоєння, дратівливості чи погіршення самопочуття, а також усунення цих станів при поверненні до комп'ютера;
4. поступове збільшення кількості часу, котрий проводиться в інтернеті, з метою отримання задоволення чи доброго самопочуття, яке раніше досягалося за значно коротший час;
5. поступове занедбання альтернативних джерел задоволення чи колишніх улюблених занять на користь інтернету;
6. користування інтернетом, незважаючи на шкідливі наслідки (фізичні, психічні і соціальні), про які відомо, що вони мають зв'язок з проведенням часу у інтернеті.

До того моменту, коли залежність від інтернету знайде своє місце в черговій редакції Міжнародної класифікації хвороб і проблемі зі здоров'ям, а також у класифікації DSM, її необхідно розглядати як хвороби з розділу «Розлади звичок та потягів» або «Обсесивно-компульсивні [нав'язливо-компульсивні] розлади». Перші кроки у цьому напрямку були зроблені ще 2007 року, коли Американська медична асоціація (American Medical Association) рекомендувала Американській психіатричній асоціації включити залежність від інтернету (Internet Addiction Disorder) до 5-ї версії DSM.

З'являється дедалі більше наукових досліджень, які вказують на схожість проблемного користування інтернетом і залежностей від психоактивних речовин. При обох цих станах нейровізуальні дослідження демонструють наявність змін у префронтальній і скроневій зонах кори головного мозку та смугастому тілі (Kurniasanti. 2019)<sup>24</sup>.

Незважаючи на те, що проблемне користування інтернетом (зловживання інтернетом), а також пристроями, які роблять можливим таке користування, широко описане в

---

<sup>24</sup> Kurniasanti K.S., Assandi P., Ismail R.I., Nasrum M.W.S., Wiguna T. (2019): Internet addiction: a new addiction? Med. J. Indones; 28:82-91

спеціалізованій літературі, творці DSM-5 і МКХ 11, на жаль, не наважилися віднести це явище до категорії залежностей, рекомендуючи подальше спостереження над ним. Проте як в DSM-5, так і в МКХ-11 з'явився розлад участі в інтернет іграх (англ. Internet Gaming Disorder), що вселяє певну надію.

З цього приводу виникає питання – чи включають (і коли?) експерти розлади користування інтернетом до цих класифікацій як біхевіоральну залежність? Боюся, що це станеться не скоро, тому що, можливо, не одному з цих експертів можна було б поставити діагноз залежності. Я не виключаю, що власне з цього приводу відкладається визнання розладу користування інтернетом залежністю і включення його до класифікацій МКХ і DSM.

В цьому місці варто звернути увагу на факт, що першою країною у світі, в якій залежність від інтернету визнано клінічною нозологічною одиницею, став Китай. 2010 року Міністерство охорони здоров'я Китаю оголосило, що залежність від інтернету – це хвороба, подібна до патологічного азарту, яка особливо небезпечна для підлітків молодших 15 років (Griffiths, Barnes 2008)<sup>25</sup>.

Інтернет приніс з собою багато інших загроз. До них можна віднести оповіді, котрі сіють ненависть і насильство, дезінформацію, нечесні споживацькі практики та сексуальні злочини. Щораз серйознішою проблемою стають різного типу шахрайства, які здійснюються за допомогою інтернету. Останнім часом дуже поширеним став так званий фішинг (англ. phishing).

Фішинг – вид шахрайства, метою якого є викрадення персональних даних. Полягає він у тому, що шахрай намагається виманити у потенційної жертви такі дані як номер кредитної картки, пароль, дані, котрі стосуються рахунку, чи іншу інформацію. Він робить це під фальшивим претекстом особисто, за допомогою телефону чи через інтернет. Користувача – жертву фішингу просять задзвонити до центру обслуговування клієнтів, де оператор або система інтерактивної голосової інформації чекає на повідомлення номера рахунку, номера PIN, пароля чи інших особистих даних, щоб отримати доступ до рахунку користувача. Часто особа на другому кінці телефонної

---

<sup>25</sup> Griffiths, M.D. & Barnes, A. (2008). Internet gambling: An online empirical study among student gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 194-204.



лінії стверджує, що рахунок буде закрито або користувач буде мати інші проблеми, якщо не повідомить інформації, яка вимагається. Зазвичай для шахрайства, відомого як фішинг, використовується електронна пошта (e-mail), яка скеровує потенційних жертв на фальшиві веб сторінки з метою використання особистих даних жертви.

1985 року разом з розвитком комп'ютерних технологій було звернено увагу на явище, котре становить нову загрозу для здоров'я, яке отримало назву – *кіберфобія*.

Кіберфобія (боязнь комп'ютера, патологічний страх перед комп'ютером, комп'ютерофобія) є різновидом технофобії, котра появилася у XVII ст. в Англії разом з початком промислової революції. Технофобія – це часто ірраціональний страх, або упередження по відношенню до розвиненої технології. Цією проблемою зацікавилися тоді, коли звернули увагу на те, що особи, котрі «почувають себе невпевнено у світі інформатики, схильні до станів, означених британськими вченими, як кіберфобія, тобто obsесивного страху перед молодими комп'ютерними геніями на робочому місці». На одній з наукових конференцій кіберфобію окреслено як серйозну проблему сучасної сім'ї. На думку одного з учасників цієї конференції – професора Джоржа Лоттера найбільш схильні до кіберфобії чоловіки у віці 35 – 50 років. У присутності значно молодших співробітників, котрі вільно користуються комп'ютером, особа, яка страждає кіберфобією, відчуває, що не відповідає сучасним вимогам і боїться, що її час добігає кінця. Симптомами кіберфобії можуть бути: незрозуміла поведінка, котра не відповідає характеру чи навичкам; занепокоєння і вибухи агресії. Особи, котрі страждають кіберфобією, можуть намагатися компенсувати відсутність у себе почуття безпеки і долати стан внутрішньої загрози підкресленим і демонстративним споживанням, купуючи, наприклад, модне вбрання, призначене для молодих, беручи участь в тривалих заняттях в тренажерних залах, або шукаючи товариства жінок у віці власних дочок.

Кіберфобія накладається на явище, означене психологами як «криза середнього віку», коли чоловік усвідомлює, що час минає і настають зрілі роки. Не варто недооцінювати цього явища, тому що кіберфобія може нищити сімейне життя, професійну кар'єру, а також дуже негативно впливати на психічний стан. Дуже ймовірно, що разом з розвитком нових технологій ця проблема стане другорядною.

## **Лікування**

Узалеженні від інтернету і комп'ютера особи, на жаль, дуже рідко звертаються по допомогу, а причиною, котра схиляє їх до відвідання спеціаліста найчастіше є наростаючі сімейні або медичні проблеми, котрі є наслідком проведення за комп'ютером надто тривалого часу. На відміну від інших залежностей, у випадку залежності від комп'ютера чи інтернету з'являється додаткова специфічна проблема. Осіб з цією залежністю дуже важко переконати в необхідності зустрічі «лицем в лице» з фахівцем, тому що вони призвичаєні спілкуватися через екран монітора, або за допомогою клавіатури. Рішення про лікування буде прийняте лише тоді, коли зацікавлена особа почне помічати різницю між здоровим і патологічним користуванням комп'ютером. Складність полягає у тому, що сьогодні комп'ютер та інтернет вживаються повсюди, вважаються суспільно прийнятними засобами масової інформації, а особи, котрі користуються ними, сприймаються як сучасні.

1995 року у Нью-Йорку було відкрито Центр залежності від інтернету (COLA - The Center for On-Line Addiction), засновником якого стала вже згадувана раніше доктор Кімберлі Юнг, а Іван К. Голдберг – психіатр з Колумбійського університету, в тому ж році заснував інтернет групу підтримки для осіб, узалежнених від інтернету. Перші спроби лікування залежності від комп'ютера на основі когнітивно-пізнавальної психотерапії були здійснені 1996 року психологом Маріс Хехт Оржак у психіатричному шпиталі (McLean Hospital) в м. Белмонт, штат Массачусетс (США). Іншим піонерським закладом у США, в якому лікується цей вид залежності, є центр „reStart” в штаті Вашингтон. За межами США заклади лікування залежності від комп'ютера виникли у Голландії, Китаї, Японії і Південній Кореї. Так само, як і при інших залежностях, основною формою лікування сьогодні є психотерапія, а найкращий ефект дає когнітивно-пізнавальний підхід (КПТ).

Дослідження, проведені Center for On-line Addiction на групі понад 17000 осіб, показали, що близько 6% респондентів вимагали лікування.

Терапевтичні програми для осіб, узалежнених від комп'ютера чи інтернету, дуже наближені до програм психотерапії залежності від алкоголю, патологічного азарту чи розладів харчування. При лікуванні залежності від комп'ютера чи інтернету виникає питання: чи можна вимагати довготривалу «інтернет абстиненцію» від узалежнених осіб, чия робота пов'язана зі «щоденним» вживанням комп'ютера чи інтернету? Звичайно ж ні, й тому однією з головних цілей терапії повинна бути зміна способу користування комп'ютером. В рамках індивідуальної програми терапії необхідно

звернути увагу на можливість співіснування інших розладів, таких як, наприклад, соціальна фобія чи розлади настрою, а також на наявність симптомів, характерних для інших залежностей.

Під час лікування, в рамках тренінгу нових форм поведінки, нерідко в комп'ютер вмонтовується спеціальний сигналізуючий пристрій, котрий через певний проміжок часу нагадує про те, що необхідно залишити комп'ютер і перейти до іншої діяльності. Обов'язковим елементом лікування є також приготування детального реалістичного плану дня, котрий враховує призначення часу на користування комп'ютером чи інтернетом, а також на інші щоденні заняття, зокрема і відпочинок. Реалізація такого плану повинна змінити колишні звички і упорядкувати по новому ті сфери життя, котрі були занедбані внаслідок залежності.

Специфічним шляхом намагаються боротися з залежністю підлітків від інтернету і комп'ютерних ігор в деяких азіатських країнах. В Китаї, Японії та Південній Кореї функціонують спеціальні «табори шкідливих звичок» для uzалежнених підлітків, в котрих немає доступу до цифрових технологій.

В Китаї існують сотні таборів, котрі нагадують казарми (інколи вони знаходяться на території військових підрозділів). Там панує військова дисципліна, а особи, котрі в них перебувають, носять військову уніформу. На вікнах вмонтовані ґрати, кімнати знаходяться під відеоспостереженням, а територію охороняють вартіві. У пресі були повідомлення про випадки побиття і навіть смерті серед учасників таких таборів. Перебування у такому таборі платне, а рішення про необхідність перебування приймають батьки підлітка. Час перебування може становити 3 – 4, а інколи навіть 6 місяців. Один із спірних методів терапії, які застосовуються у таких закладах (напр., у центральному військовому шпиталі у Пекіні), полягає у тому, що пацієнти, переписуючи заданий текст на комп'ютері, отримують удари електричним струмом міцністю 30 В по пальцях (не потрібно плутати з застосуванням електросудомної терапії при лікуванні важких психозів). Цей метод має виробити у пацієнта неприємні асоціації з надмірним користуванням комп'ютером. Удари струмом застосовувалися як покарання, коли пацієнти порушували обов'язкові правила. Від такого методу покарання відмовилися 2009 року.

В Японії, коли 2013 року зорієнтувалися, що понад пів мільйона підлітків у віці 12 – 18 років залежні від інтернету, Міністерство освіти почало організовувати для них

спеціальні табори. Перебування в таких таборах добровільне, пацієнтів в них заохочують до різних видів активності, і одночасно здійснюють психотерапевтичний вплив, такий, як при залежності від психоактивних речовин чи від азартних ігор.

У Південній Кореї законодавчим шляхом впроваджено заборону користування після опівночі інтернетом для підлітків до 16 року життя. Створено також Національний центр лікування залежності від інтернету для молоді, в котрому проводять місячну «цифрову детоксикацію», поєднану з психотерапією. Існують також спеціальні центри, до яких направляють дітей у віці 9 – 10 років, у котрих обов'язкові скринінгові тести вказали на існування загрози залежності. Після повернення з такої «детоксикації» дитина разом з батьками передається під опіку відповідних спеціалістів. Відкрито також повністю оплачуваний урядовими фондами терапевтичний табір під назвою «Порятунок від інтернету» для особливо «важких підлітків». Програма терапії включає у себе заняття військового характеру (муштра, бойові види спорту, симуляція битви і т. ін.) а також психологічні сесії і семінари-практикуми з таких занять, як гончарство чи гра на барабанах.

При нагоді варто згадати про підхід до вирішення цієї проблеми у Фінляндії, де uzалежнені від інтернету особи можуть бути звільнені від проходження обов'язкової військової служби.

Завдяки ініціативі Річарда А. Скотта, котрий на своїй інтернет сторінці описав власну історію змагання з інтернетом, виникла група Анонімних Інтернетоголіків (Net-aholics Anonymous). Опрацьована, базована на досвіді Анонімних Алкоголіків, версія Дванадцяти кроків для uzалежнених від інтернету. Розмови за допомогою інтернету (IRC – Internet Relay Chat) започаткував житель Фінляндії Яркко Ойкарінен, а людей, котрі не можуть обійтися без них, можна назвати *IRC-голіками*. Існують також групи Chataholics Anonymous (Анонімні Чатоголіки), тобто осіб, uzалежнених від розмов через інтернет (англ. chat – розмова, бесіда). Варто також знати, що функціонує теж група Appleholics Anonymous (анонімних осіб, uzалежнених від персональних комп'ютерів Macintosh або Mac, які розробляє та продає компанія Apple Inc.).

## Нові технології

Нові технології – це розвинуті і складні технічні рішення, а також застосування найсучасніших наукових відкриттів на практиці, доступне завдяки інтернету. Своєю чергою, можливість користування інтернетом (з доступом до мережі) за допомогою стаціонарних комп'ютерів, ноутбуків (портативних ПК), планшетів, смартфонів чи телевізорів (з доступом до інтернету) забезпечує доступ до соціальних мереж й відеоігор. Роками тривають дискусії і робляться спроби провести границю між навиком користування новими технологіями і залежністю, що дозволило б чітко їх розмежувати (Seo D.B. & Ray S., 2019)<sup>26</sup>.

Мережеві засоби масової інформації – це використання інтернет технологій і мобільного зв'язку для активного спілкування (інтерактивного діалогу) з іншими людьми на різних рівнях. Вони дають можливість: створювати публічні і напівпублічні профілі, формувати списки інших користувачів, з якими встановлено зв'язок, переглядати списки власних зв'язків, а також зв'язків інших користувачів (Boyd, Ellison, 2007). Ці засоби комунікації дозволяють також спілкуватися з іншими людьми незалежно від місця і часу, 24 години на добу. Пасивне (перегляд) і активне (шляхом публікування постів) користування новими технологіями і узалежнення від них відбувається сьогодні винятково легко і швидко розповсюджується завдяки можливостям, які надає смартфон. Привабливість соціальних мереж зумовлена тим, що вони (Krok, 2011)<sup>27</sup>:

- дають можливість виражати свою точку зору і погляди;
- дають можливість ділитися засобами (світлинами, фільмами і т. п.);
- націлені на будівництво і підтримання міжлюдських стосунків;
- скеровані на взаємодію у формі дискусій і дебатів;
- заспокоюють потребу отримання поточної інформації і орієнтуватися в актуальних подіях;
- орієнтовані на співпрацю.

---

<sup>26</sup> Seo D.B., Ray S. (2019): Habit and Addiction in the Use of Social Networking Sites: Their Nature, Antecedents, and Consequences. *Computers in Human Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.05.018> (доступ 20.05.2019)

<sup>10</sup>Krok E. (2011): Media społecznościowe elementem systemu zarządzania wiedzą w firmie. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu szczecińskiego. Studia Informatica*, nr 28

Крім того, таке поширене користування новими технологіями, які роблять можливим доступ до інтернету, зумовлене:

- необмеженим, зручним (не виходячи з дому, або завдяки мобільним пристроям) і легким доступом 24 години на добу;
- почуття відсутності границь і легкості їх перетину;
- анонімністю і меншою відповідальністю;
- відсутністю обмежень стосовно добору змісту і активності користувача;
- можливістю підвищення власної самооцінки шляхом відповідного представлення власної особи;
- негайним досягненням заспокоєння потреб і швидкої винагороди;
- відсутністю плати за доступ;
- значною різноманітністю (напр., пошта, веб браузері і т. п.);
- соціальним, інтерактивним характером;
- можливістю бути присутнім на відстані;
- можливістю проявляти креативність.

В останні роки соціальні мережі і базовані на них медіа стали інтегральною частиною життя особистості (Masthi, 2018)<sup>28</sup>. Найактивніше соціальними мережами користуються у Китаї, Індії, Індонезії та Ірані (Financial Tribune, 2018). До найбільш популярних соціальних засобів масової інформації відносяться: соціальні мережі (напр., Facebook чи Myspace), служби розповсюдження контенту (напр., You Tube, Vimeo чи Wikipedia), мікроблоги (напр., Twitter, Vlip), віртуальні ігрові світи ММО, інформаційні сервіси чи форуми. Дедалі частіше говорять про залежність від Facebook і You Tube (de Berail і wsp., 2019)<sup>29</sup>.

Сьогодні важко знайти особу, котра не користується цими засобами масової інформації. За даними доповіді Digital Around the World за січень 2019 р. у всьому світі, населення якого становить 7,676 млрд людей, кількість споживачів інтернету складає 4,388 млрд

---

<sup>28</sup> Masthi, N. R., Pruthvi, S., & Phaneendra, M. (2018). A comparative study on social media usage and health status among students studying in pre-university colleges of urban Bengaluru. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(3), 180–184. doi:10.4103/ijcm.IJCM\_285\_17

<sup>29</sup> De Berail P., Guillon M., Bungener C. (2019): The relations between YouTube addiction, social anxiety and parasocial relationships with YouTubers: A moderated-mediation model based on a cognitive-behavioral Framework. *Computers in Human Behavior* <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.05.007> (dostęp 110.05.2019)

(57% світової популяції). Активних користувачів соціальних мереж - 3,196 млрд, користувачів мобільних пристроїв (в основному смартфонів) – 5,484 млрд, а осіб, котрі користуються мережевими засобами масової інформації за допомогою мобільних пристроїв – 3,256 млрд (на 10% більше ніж 2018 р.).

Одночасно зі збільшенням кількості користувачів соціальних мереж з'являється дедалі більше досліджень, котрі свідчать про негативні наслідки надмірного користування цими засобами масової інформації. До таких наслідків зараховуються зокрема соціальна ізоляція і самотність (Primack і співавт., 2017)<sup>30</sup>, розлади харчування (Primack і співавт., 2017)<sup>31</sup> та сну (Levenson і wsp., 2017).

### **Facebook (Фейсбук) (FB)**

2004 року нікому не відомий студент Гарвардського університету Марк Цукерберг створив портал, який давав можливість спілкуватися спочатку групі власних знайомих, пізніше студентам дружніх університетів, а 2013 року кількість активних користувачів фейсбука (FB) перевищила один мільярд. Відсутність на FB дедалі частіше рівнозначна виключенню з соціальної групи (напр., ровесників), через це дуже важливу роль у FB відіграє тиск середовища (можна говорити про наявність соціальної залежності). 2018 року щодня користувалося FB близько 1,5 млрд людей. Результати досліджень свідчать про те, що частіше FB користуються жінки, а також про те, що проблемне користування FB корелює з низьким почуттям власної вартості (Marino і співавт., 2018)<sup>32</sup>. Тенденція до залежності від FB найчастіше спостерігалася у осіб, котрі здобували високий рівень соціальної підтримки онлайн (Brailovskaia, 2019)<sup>33</sup>. За результатами досліджень, чинниками, котрі впливають на розвиток залежності від FB (англ. Facebook Addiction – FA) у молодших підлітків є – погані стосунки і конфлікти з

---

<sup>30</sup> Primack BA, Shensa A, Sidani JE, et al. (2017): Social media use and perceived social isolation among young adults in the U.S. *Am J Prev Med.*;53:1-8.

<sup>31</sup> Primack BA, Shensa A, Sidani JE, et al. (2017): Social media use and perceived social isolation among young adults in the U.S. *Am J Prev Med.*;53:1-8.

<sup>32</sup> Marino c., Gini G., Vieno A., Spada M.M. (2018): A comprehensive meta-analysis on Problematic Facebook Use. *Computers in Human Behavior* 83:262-277

<sup>33</sup> Brailovskaya J., Rohmann E., Bierhoff H., Schillack H., Margraf J. (2019): The relationship between daily stress, social support and Facebook Addiction Disorder. *Psychiatry Reseach* 276:167-174

батьками, а також ізоляція, а у старших підлітків – прив'язаність до взаємовідносин з ровесниками (Badenes-Ribera, 2019)<sup>34</sup>.

Сильна зацікавленість FB пов'язана з тим, що він дає відчуття приналежності до групи (середньостатистичний польський користувач має близько 200 друзів), а також значно полегшує спілкування з іншими людьми. Отже, фейсбук:

- покращує самооцінку і підтверджує власну вартість (я маю багато друзів і це означає, що люди мене люблять, якщо хочуть бути моїми друзями; я отримую симпатичні коментарі);
- дозволяє впливати на те, як мене сприймають інші люди, тому що описуючи цікаві ситуації і свої успіхи, я можу створювати свій власний образ, а також показувати себе таким, яким хотів би бути, а не таким, яким я є насправді;
- дозволяє контролювати події – «бути в курсі подій» і т. ін..

Перераховані вище можливості активують систему винагород в нашому головному мозку і тим самим полегшують розвиток залежності.

Одночасно джерелом багатьох проблем є неконтрольоване користування FB, а віртуальні контакти поступово витісняють реальні. Інколи поведінку залежних від FB описують як FOMO (*англ. Fear of missing out*), тобто страх, що щось їх омине, що вони не зреагують у потрібний час. Описана також «Фейсбук депресія» з симптомами класичної депресії, а також «Фейсбук заздрість», яка є наслідком негативних висновків в рамках порівняння підлітків між собою (O'Keeffe & Clarke-Pearson, 2011; Tandoc і співавт. 2015)<sup>35, 36</sup>.

На факультеті психологічних наук університету в м. Берген (Норвегія) опрацьовано Шкалу залежності від мережі Фейсбук (Bergen Facebook Addiction Scale – Andreassen і співавт., 2012)<sup>37</sup>:

---

<sup>34</sup> Badenes\_Ribera. L., Fabris NM.A., Gastaldi F.G.M., Prino L.E., Longobardi C. (2019): Parent and peer attachment as predictors of facebook addiction symptoms in different developmental stages (early adolescents and adolescents). *Addictive Behaviors* <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.009> (dostęp 15.05.2019)

<sup>35</sup> O'Keeffe, G.S., & Clarke-Pearson, K. (2011): Clinical report: The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics*, 127(4), 800–804.

<sup>36</sup> Tandoc, E.C., Jr., Ferrucci, P., & Duffy, M. (2015): Facebook use, envy, and depression among college students: Is Facebooking depressing? *Computers in Human Behavior*, 43, 139–146

<sup>37</sup> Andreassen C.S., Torsheim T., Brundborg G.S., Pallesen S. (2012): Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, vol. 110, no 2.



1. Чи займає у тебе багато часу мислення про фейсбук, або планування користування ним?
2. Чи відчуваєш ти щораз більшу потребу користування фейсбуком?
3. Чи користуєшся ти фейсбуком, щоб забути про особисті проблеми?
4. Чи були у тебе невдалі спроби обмежити користування фейсбуком?
5. Чи відчуваєш ти занепокоєння або смуток, коли не можеш користуватися фейсбуком?
6. Чи має користування фейсбуком негативний вплив на твою роботу, навчання?

Шкала: *дуже рідко, рідко, інколи, часто, дуже часто.*

Чотири відповіді «*часто*», або «*дуже часто*» можуть вказувати на наявність залежності від фейсбука.

Від 2012 року елементом системи фейсбук є інстаграм, котрим в основному користуються люди, які хочуть спостерігати за відомими і знаменитими особами, які показують чим займаються і одночасно діляться своїми захопленнями, шукають натхнення а також хочуть відчувати себе частиною суспільства. Кількість учасників інстаграму у 2018 році перевищила 1 млрд (у Польщі близько 6 млн.).

Іншим елементом фейсбука є додаток для смартфонів WhatsApp, котрий появився у 2009 році. Через 10 років кількість його користувачів досягла 1,5 млрд у 180 країнах, а 58% користувачів користується цим додатком кілька разів на день ( 2017 року – 44%). Найбільше їх у Бразилії, Індії та Турції. Оскільки у користувачів WhatsApp'а зауважено характерну для залежності поведінку, опрацьовано шкалу для дослідження його негативного впливу WhatsApp Negative Impact Scale (Bernard-Ruiz і співавт., 2019)<sup>38</sup>.

### **Комп'ютерні ігри**

Комп'ютерні ігри появилися, в першу чергу, для заспокоєння людської потреби у розвагах. Вони також дають можливість змагатися. Гравець особисто захоплюється подіями на екрані і може впливати на їх перебіг за допомогою контролера (наприклад, мишка, джойстик, сенсорний екран у смартфоні чи планшеті). 2018 року вартість

---

<sup>38</sup> Bernal-Ruiz C.B., Rosa-Alcazar A., González-Calatayud V. (2019): Development and validation of the WhatsApp Negative Impact scale (WANIS). *Annales of Psychology*; 35(2):242-250  
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.356791>

ринку комп'ютерних ігор складала 130 мільярдів доларів США і передбачається, що 2021 року досягне вартості 180 млрд доларів.

Прототипом комп'ютерної гри був винайдений у 1947 році аналоговий симулятор управління ракетою. Він був створений із застосуванням електронних ламп. Етапи розвитку ринку комп'ютерних ігор:

- 1952 р. – адаптація гри «хрестики нулики» (Великобританія).
- 1958 р. – «Теніс для двох», перша гра на осцилоскопі (США).
- 1961 р. – перша комп'ютерна гра, де гравці, керуючи космічними кораблями, мали завдання знищити супротивника (США).
- 1972 р. – перша консоль для відеоігор (Magnovox Odyssey), а також ігровий автомат PONG – симулятор настільного тенісу, які започаткували виробництво комп'ютерних ігор (США).
- 1982 р. комп'ютер ZX Spectrum (кольори, звук).
- 1984 р. Nintendo (Японія).
- 2011 р. переносні ігрові консолі з можливістю підключення до інтернет послуг.

Сьогодні на ринку комп'ютерних ігор доступні такі їхні різновиди:

- текстові (відсутність графіки, все відбувається в текстовій формі);
- з використанням симуляторів (сидіння за кермом якогось транспортного засобу, напр., літака, автомобіля, танка);
- стратегічні (напр., військові, економічні і ін.);
- на спритність (напр., зі стрільяниною);
- пригодницькі (зі складною фабулою та, напр., детективним сюжетом);
- логічні (головоломки, які вимагають думання);
- спортивні (різного типу спортивні дисципліни, перенесені на екран);
- мережеві (змагання з комп'ютером чи з іншою людиною).

Одночасно не є таємницею той факт, що ігри спеціально запроєктовані так, щоб важко було їх перервати. В зв'язку з цим:

- установлюється відповідно високий і важкий для досягнення результат, що змушує до постійного повторення спроб (особливо дуже амбітних гравців);
- гравця змушують до закінчення певного етапу гри, інформуючи, що тільки тоді він дістане чергову, нову і дуже важливу вказівку;

- розпалюється цікавість через необхідність відкриття нових, невідомих місць (навіть неіснуючих), а це втягує і мобілізує до подальшої гри;
- гравця змушують до будування стосунків і зв'язків з іншими гравцями, що дуже ускладнює можливий вихід з гри;
- гравець змушений створювати власну постать, а це емоційно зв'язує його з грою.

Відеоігри (з візуалізацією) діляться на дві групи – онлайн і офлайн. Онлайн ігри мають соціальний характер, тому що найчастіше проводяться разом з іншими гравцями, котрі втілюються в постаті, які називають аватарами. В таких іграх вимагається співпраця (створюються дружини, команди), а самі вони не мають визначеного початку і кінця. Онлайн ігри швидше призводять до проблемного чи надмірного захоплення (Griffiths і Meredith, 2009)<sup>39</sup>. Якщо онлайн гра передбачає індивідуальну участь у грі, то визначається початок і кінець. За результатами оцінок, сьогодні більше дітей вміє грати в комп'ютерні ігри, ніж їздити на велосипеді.

Правильно дозовані і відповідно підібрані ігри позитивно впливають на формування пізнавальних функцій і можуть бути корисними для молодих людей (Griffiths, 2005)<sup>40</sup>. На можливість патологічного захоплення іграми звернули увагу багато років тому (Keepers, 1990)<sup>41</sup>. Комп'ютерні ігри, особливо ті, в яких присутня агресія, створюють специфічну загрозу. Такі ігри формують негативну орієнтацію щодо дійсності і викликають зростання агресивної поведінки у дітей і підлітків, а агресія стає прийнятним і нормальним елементом життя, прийнятним і виправданим способом поведінки в конфліктних ситуаціях. Одночасно доходить до втрати емоційної вразливості щодо насильства, а також до байдужості щодо нього, а моделі агресивної поведінки повторюються у реальному житті без почуття провини. Особливо вразливі на такі ігри діти, котрі ще не мають чітко визначених границь світу, і не здатні провести межу між фікцією і реальністю, та критично сприйняти те, що відбувається на екрані і часто занадто сильно ототожнюються з героями ігор, казок чи фільмів. Все це загрожує

---

<sup>39</sup>Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 39(4), 247-253.

<sup>40</sup>Griffiths, M.D. (2005). The therapeutic value of videogames. In J. Goldstein & J. Raessens (Eds.), *Handbook of Computer Game Studies*. pp. 161-171. Boston: MIT Press.

<sup>41</sup>Keepers G A. (1990): Pathological preoccupation with video games. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*; 29:49–50.

копіюванням поведінки з віртуальної реальності у реальному житті. На підставі досліджень зв'язку агресивної поведінки із залежністю від інтернету (зокрема і від ігор) рекомендується якомога раніше впроваджувати профілактичні заходи (Chih-Hung Ko і співавт., 2009)<sup>42</sup>.

Результати досліджень показують, що схильність до залежності від інтернет ігор пов'язана з такими проблемами, як депресія, розлади концентрації уваги, надмірна емоційна збудливість, вживання алкоголю і слабка соціальна підтримка, а показник залежності від ігор в світовому масштабі коливається в межах від 1% до 26,8% (Sussman і співавт., 2018)<sup>43</sup>.

В діагностиці залежності від ігор може бути придатним опрацьований міжнародною групою дослідників і доступний сімома мовами Десятибальний тест розладів грання в інтернет ігри» -IGT-10 (Király і співавт., 2019)<sup>44</sup>.

В лікуванні перевага надається когнітивно-пізнавальній психотерапії з урахуванням того, що у молодих людей можуть бути супутні проблеми, котрі є наслідком, наприклад, низької самооцінки, несміливості, самотності, слабо розвинених соціальних навиків чи соціальної фобії. Серед терапевтичних програм варто звернути увагу на PIPATIC (Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la información y la comunicación), в котрій інтегровано кілька напрямків втручання, поділених на шість модулів. Це наступні модулі: психоедукація, первинне лікування, інтраперсональне, інтерперсональне та сімейне втручання, а також наука нового стилю життя. Метою програми є мінімізація симптомів залежності від онлайн відеоігор, а також покращення самопочуття молодих людей. Початкові результати вказують на позитивний і заохочувальний ефект (Rodríguez-Torez A. I wsp., 2018)<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> Chih-Hung Ko, Ju-Yu Yen, Shu-Chun Liua, Chi-Fen Huanga, Cheng-Fang Yen 2009): The Associations Between Aggressive Behaviors and Internet Addiction and Online Activities in Adolescents 44,6:598-605

<sup>43</sup> Sussman, C.J., Harper, J.M., Stahl, J.L., & Weigle, P. (2018). Internet and video game addiction: Diagnosis, epidemiology, and neurobiology, *Child & Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 27(2), 307–326

<sup>44</sup> [Király O.](#), [Bóthe B.](#), [Ramos-Diaz J.](#), [Rahimi-Movaghar A.](#), [Lukavska K.](#), Hrabec O ., [Miovsky M.](#), [Billieux J.](#), [Deleuze J.](#), [Nuyens F.](#), [Karila L.](#), [Griffiths M.D.](#), [Nagygyörgy K.](#), [Urbán R.](#), [Potenza M.N.](#), King D.J., Rumpf H.J., Carragher N., Dmetrovics Z. (2019): Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10): Measurement invariance and cross-cultural validation across seven language-based sample; 33(1):91-103

<sup>45</sup> Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M.D. & Carbonell, X. (2018): The Treatment of Internet Gaming Disorder: a Brief Overview of the PIPATIC Program. *Int J Ment Health Addiction* 16, 4:1000-1015. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9825-0>

## Діагностика

2013 року у додатку до DSM-5 (секція III – розлади, котрі потребують подальших досліджень) запропоновано діагностувати розлади гри в інтернет ігри (англ. Internet Gaming Disorder) у тому випадку, якщо протягом останнього року підтверджено наявність щонайменше 5 з 9 перерахованих нижче симптомів:

1. надмірне захоплення іграми;
2. психологічні симптоми відмови (напр., тривога, дратівливість);
3. зростання толерантності (присвячення щораз більшої кількості часу на ігри);
4. невдалі проби контролювання/обмеження грання;
5. втрата колишніх улюблених занять і хобі;
6. продовження участі в іграх, незважаючи на усвідомлення проблем/шкідливих наслідків;
7. введення в оману, ошукування інших членів сім'ї і/або терапевтів на тему часу, який витрачається на участь в інтернет іграх;
8. користування інтернет іграми з метою уникнення/ослаблення негативних емоцій;
9. втрата, або загроза втрати важливих інтерперсональних взаємовідносин, місця роботи чи можливості навчання.

В DSM-5 виділені окремо також розлади, пов'язані з участю в азартних іграх, котрі, як вже згадувалося раніше, включені до категорії «Розлади, пов'язані з вживанням субстанцій та інші залежності» (англ. Substance Related and Addictive Disorders). За результатами досліджень розлади участі в іграх дуже часто супроводжуються депресією, тривожними станами і СДВГ.

Протягом 5 років з моменту опублікування DSM-5 експерти ВООЗ знайшли достатню кількість клінічних доказів, щоб 2018 року в англomовній версії МКХ-11, у підгрупі «Розлади, викликані вживанням психоактивних речовин чи uzалежнюючою поведінкою», поряд з «Розладами участі в азартних іграх» розмістити «Залежність від ігор» (англ. Gaming Disorder). Дана залежність витлумачена як нововизначений психічний розлад, котрий «характеризується порушенням контролю над участю в іграх, зростаючим пріоритетом участі в іграх над іншими видами діяльності до такого рівня,

---

що ігри починають домінувати над іншими зацікавленнями та повсякденними заняттями, а також продовженням участі в іграх, незважаючи на появу негативних наслідків». Підставою постановки діагнозу є значне порушення соціального функціонування, котре триває 12 місяців, але якщо інтенсивність симптомів є виключно серйозною, то критерій часу може бути коротшим. Можна стверджувати, що у МКХ-11 впроваджено певний різновид залежності від інтернету, коли маємо справу з онлайн іграми. Одночасно ігри розділені на три групи: онлайн, офлайн і неспецифічні.

## **Е-спорт**

Динамічний розвиток ринку комп'ютерних ігор, постійно зростаючий інтерес до цих ігор, величезний технологічний стрибок в сфері апаратного, технічного (англ. hardware) та програмного забезпечення (англ. software), а також постійно зростаюча швидкість з'єднання і доступність інтернету призвели, зокрема, до появи нового явища, яким є електронний спорт.

Електронний спорт (е-спорт, англ. eSport, electronic sport, cybersport) – це форма командного чи індивідуального змагання на базі відеоігор. Змагання між гравцями відбуваються як у рекреаційній формі, так і на турнірах комп'ютерних ігор (т. зв. «pro gaming»). У е-спорті виділені різні дисципліни, в залежності від типу гри й навіть від її версії, яка є підставою змагання. В конкурсах, чи турнірах беруть участь багато гравців. Перший конкурс комп'ютерних ігор відбувся 1972 року в Стенфордському університеті (Каліфорнія, США). За результатами оцінок, сьогодні відеоіграми цікавляться 340 млн осіб (Gaudiosi, 2016)<sup>46</sup>, а 2010 року вартість ринку е-спорту перевищила 1,5 млрд доларів.

Тривають дискусії стосовно того, чи необхідно е-спорт трактувати на одному рівні з іншими спортивними дисциплінами. Незважаючи на ці дискусії, 2008 року було засновано Міжнародну федерацію е-спорту (The international Esports Federation - IeSF) з резиденцією у Південній Кореї, місією якої є визнання електронного спорту різновидом легального спорту. Сьогодні вона об'єднує національні федерації більш ніж 50 країн. Неофіційно говориться про те, що е-спорт міг би мати свою прем'єру на літніх олімпійських іграх в Парижі 2024 року в якості показового виду спорту. Такий ранг мали 1992 року на Олімпійських іграх у Барселоні: тхеквондо, хокей на роликівих

---

<sup>46</sup> Gaudiosi: J.(2016): *Valve Sees Future In Virtual Reality eSports*. Fortune, [dostęp 2019-04-03]

ковзанах і пелота (різновид тенісу). Рішення має бути проголошене після Олімпійських ігор у Токіо у 2020 році. Натомість 2022 року е-спортивні змагання мають бути включені до програми XIX Азійських ігор у Ханчжоу (Китай).

### **Інформація, корисна для профілактики**

Комп'ютер, котрий став невід'ємним елементом життя дорослих людей, одночасно дедалі частіше замінює дітям контакти з родиною, розваги з ровесниками, читання книжок чи заняття спортом. Для багатьох дітей він став основною формою проведення вільного і не тільки вільного часу. Занадто раннє, а особливо неконтрольоване з боку дорослих, користування комп'ютером призводить до того, що замість досконалого знаряддя навчання, розвитку і джерела радості він стає причиною загроз і проблем. Дуже легко може також розвинутися залежність. Китайські науковці (China Youth & Children Research Center) ще в січні 2007 року опублікували звіт, за даними якого 17,1% молодих китайців у віці 13 – 17 років, узалеженні від інтернету, а за результатами оцінок одного з пекінських суддів, понад 80% злочинів, які здійснюються неповнолітніми в Пекіні, мають зв'язок з інтернетом.

Неконтрольоване проведення часу за комп'ютером наражає дитину на серйозні, як фізичні (неправильний розвиток кістково-м'язової системи, ожиріння, поглиблення вад статури чи проблеми з зором, спричиненні випромінюванням монітору), так і психічні проблеми. Коли нервова система, яка тільки розвивається, і психіка, яка формується, атакуються потоком багатокольорового світла з екрану комп'ютера, який супроводжується звуками, а до цього додаються коливання емоцій, які є наслідком переживань, викликаних подіями віртуального світу, можуть з'явитися емоційні розлади, проблеми з концентрацією уваги, а також ізоляція від реального світу і серйозні розлади емоційних зв'язків з близькими людьми. Сцени, які переглядаються, можуть провокувати у дитини агресію і деструктивну поведінку. Може статися так, що цей нереальний віртуальний світ, котрий дитина може формувати відповідно до своїх власних уподобань, з часом стає єдиною реальністю, яку визнає дитина. Кожна людина (батьки також) і все, що перешкоджає перебуванню у цій віртуальній дійсності, стають ворогами, котрих потрібно уникати. В результаті дитина повільно втрачає навички нав'язування контактів з ровесниками, будування нової дружби, формування відповідних стосунків з іншими людьми. Реальні приятелі стають непотрібними, бо дитина знаходить їх дедалі більше заглиблюючись в світ нереальний. В багатьох

випадках доходить до викривлення ієрархії цінностей і тоді на першому місці стає комп'ютер, котрому підпорядковуються майже всі життєві функції.

Іншою загрозою можуть бути небезпечні знайомства, нав'язані за допомогою інтернету, і попадання під вплив маніпуляцій (напр., жертви педофілії, дитячої порнографії чи сект). Завдяки анонімності інтернету педофілам набагато легше реалізувати свої потреби і створювати середовище, в якому вони можуть обмінюватися порнографічними матеріалами, ідентифікувати і передавати один одному дітей, котрих можна використати сексуально, входити в сексуальні стосунки з молодими людьми, а також знаходити і отримувати підтримку інших дорослих з подібними сексуальними перевагами.

Підготовка жертв сексуальних злочинів зазвичай розпочинається з нав'язування контактів позасексуального характеру. До того, як втягнути в більш близькі стосунки, педофіл повільно і поступово накопичує інформацію про дитину і завойовує її довіру. За рахунок повільного процесу будівництва взаємовідносин жертва з більшою легкістю погоджується на пізніші сексуальні пропозиції. Власне з цієї причини дуже важко викрити цей процес. З опублікованих 2000 року досліджень відомо, що у Сполучених Штатах Америки через інтернет небажані сексуальні пропозиції отримали 25% підлітків.

Загальноновизнаним є факт, що найбільшою загрозою для дітей, які користуються інтернетом, є в широкому розумінні сексуальне використання, котре проявляється, наприклад, демонстрацією матеріалів порнографічного змісту (які стосуються, як дорослих, так і дітей), звабленням за допомогою комп'ютера й віртуальним сексом (сексуальна втіха дорослого через онлайн контакт), а також дитячою проституцією (платні сексуальні послуги поза інтернетом).

Ще одна загроза – це шахраї чи зломщики, котрі використовують наївність і легковірність дитини, щоб отримати інформацію про батьків (де і коли працюють, скільки заробляють) чи техніку, яка є в квартирі, щоб потім використати цю інформацію в злочинних цілях.

Вберегти від більшості з цих загроз може розсудливе, починаючи від першого контакту з комп'ютером, обмеження часу перебування дитини за цим пристроєм і правильний підбір навчальних програм, котрі повинні полегшувати дитині здобування знань, вчити її логічному мисленню, співставленню фактів, швидкому прийняттю рішень, а також



наполегливості і терпеливості. Додатково комп'ютер може допомагати у виробленні мануальної вправності, рефлексів, а також подільності уваги. Однак, при всіх цих достоїнствах комп'ютера, необхідно пам'ятати про те, щоб давати дитині нагоду для інших переживань, для розвитку інших зацікавлень, а також показувати їй красу світу поза комп'ютером.

Щоб комп'ютер міг відігравати корисну роль у розвитку дитини, потрібно не прогавити момент, коли батьки, радіючи, що їх дитина бажає проводити час вдома, замість з друзями на подвір'ї, перестають помічати, що вона робить це не з почуття прив'язаності до сім'ї, а тому, що хоче бути ближче до комп'ютера. Батьки не усвідомлюють, що за закритими дверима своєї кімнати дитина щораз більше заглиблюється у віртуальний світ. Обмеження доступу до комп'ютера тоді, коли, наприклад, вже з'являться серйозні проблеми з навчанням, буде розцінюватися дитиною як ворожі дії, які полягають у тому, щоб відібрати у неї щось, що (з несвідомого дозволу батьків) стало для неї чимось непомірно важливим.

Необхідно завжди пам'ятати, що комп'ютер чи інтернет можуть бути не тільки корисними, так само як ніж, який можна застосувати, як для нарізання хліба, так і для поранення іншої людини. Інтернет для дітей може бути досконалим місцем для науки, розваг, розмов з приятелями зі школи, а також для відпочинку і розвитку зацікавлень. Проте весь час потрібно пам'ятати, що так само як у реальному світі, в інтернеті дітей можуть підстерігати різні загрози. Перед тим, як дозволити дитині користуватися інтернетом без нагляду, домовся з нею про правила, котрих потрібно дотримуватися. Якщо не знаєш з чого почати, скористайся представленими нижче вказівками:

- заохочуй дитину ділитися своїм досвідом, пов'язаним з користування інтернетом і старайся, принаймні на початку, користуватися інтернетом разом з дитиною;
- часто повторюй і підкреслюй, що дітям ніколи не дозволяється передавати чи повідомляти в будь-якій формі адресу, номер телефону чи іншу особисту інформацію, таку як назва школи чи місце забав;
- навчи дитину довіряти своєму досвіду і інтуїції. Працюй над довірою до себе, бо якщо досягнеш її, дитина розповість тобі, якщо натрапить в інтернеті на щось, що викликає у неї занепокоєння;

- навчи дитину, що не все, що вона прочитає чи побачить в інтернеті, є правдою; заохочуй дитину до задавання питань, якщо почуває себе в чомусь невпевнено;
- якщо діти здійснюють в інтернеті дії, котрі вимагають введення даних у цілях ідентифікації користувача, допоможи їм вибрати відповідну назву і прослідкуй, щоб вона не видавала жодної особистої інформації про них;
- розкажи дитині, що не потрібно зустрічатися з особами, з якими вона познайомилася в інтернеті; поясни їй, що інтернет друзі не завжди є такими, якими себе представляють;
- вимагай, щоб дитина дотримувалася права власності інших інтернет-користувачів; поясни, що нелегальне копіювання результатів праці інших людей – музики, відеоігор й інших програм – це крадіжка;
- доки не переконаєшся, що дитина здатна розсудливо користуватися інтернетом, скористайся програмами, котрі контролюють активність дитини в інтернеті; адже існують програми, які надають можливість блокування доступу до невідповідних сторінок, моніторингу сторінок, які відвідує дитина і перевірки, що вона на них робить.

Батьки, котрі вважають, що якщо в домі немає комп'ютера, то дитині не загрожує пов'язана з ним небезпека, помиляються. Щораз легше знайти інтернет-кафе чи скористуватися інтернетом у шкільній лабораторії з інформатики або вдома у когось із друзів, де дитина може робити практично все, що хоче. Батьки повинні знати, як дитина проводить вільний час, як користується комп'ютером/інтернетом, скільки часу присвячує цьому заняттю, які при цьому переживає емоції, а також з ким дитина спілкується за допомогою телефону чи інтернету. Повинні також:

- спільно з дитиною встановити чіткі правила користування комп'ютером/інтернетом і послідовно їх дотримуватися;
- встановити часові ліміти користування, звертаючи увагу на необхідність перерв;
- звертати увагу на тривожні реакції, поведінку (наприклад відмову від контактів чи дратівливість при перешкодах у доступі);
- переконавшись, що дитина «втікає» в інтернет – пошукати причини такої поведінки, при можливості проконсультуватися з психологом і допомогти в усуненні причин та в тому, щоб знайти альтернативні форми поведінки;
- надати дитині допомогу в розвитку зацікавлень і улюблених занять;

- якщо є можливість, якнайбільше проводити часом разом (розмови, подорожі, розваги);
- подавати добрий приклад своєю поведінкою (особливо в питаннях користування комп'ютером).

В профілактиці небажаної поведінки, серед іншого і залежності від нових технологій, так само як у випадку інших залежностей, дуже важливу роль відіграє кількість часу, який батьки проводять разом зі своїми дітьми (Milkman і Sundrwith, 2009)<sup>47</sup>.

Особливе значення має навчання дітей правильному користуванню новими технологіями, зокрема визначення часу, котрий їм присвячується. Погляди на цю тему змінюються і безперечно потрібно знати засади, котрі мінімізують можливість розвитку залежності. Ще не так давно Американська педіатрична академія (The American Academy of Pediatrics) рекомендувала повну заборону експозиції перед екранами смартфонів чи телевізорів для дітей до двох років життя. Пізніше ці рекомендації були пом'якшені, і дозволили контакт з екраном, у випадку відео-розмов до 18 місяців життя. Після 18 місяців допускається можливість перегляду дітьми програм, але виключно під наглядом батьків, які мають пильнувати, щоб ці програми чи фільми відповідали віку дитину і одночасно роз'яснювати дитині, що вона оглядає.

Рекомендовано, щоб у віці 2 – 5 років і навіть 7, час, який діти проводять перед екраном комп'ютера, не перевищував 1 години на день (чим менше, тим краще), у віці 7 – 12 років цей час може становити 1 – 2 години, а після 13-го року життя – 2 – 3 години. В останніх рекомендаціях ВООЗ від 2019 року говориться про те, щоб діти до першого року життя не мали доступу до екранів електронних пристроїв, натомість дітям від 2 до 4 років потрібно дозволяти проводити час за екраном не довше однієї години («чим менше, тим краще»). ВООЗ приписує також важливу роль фізичній активності, яка відповідає віку (WHO, 2019)<sup>48</sup>.

Доступ до «добродійств» нових технологій не повинен використовуватися для заспокоєння дітей чи для їх винагороди, тому що такі дії полегшують розвиток залежності.

---

<sup>47</sup> Milkman H., Sunderwith S. (2009):, Craving for Ecstasy and Natural Highs. A Positive Approach to Mood Alteration, Thousand Oaks, Sage Publications

<sup>48</sup> WHO (2019) <https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>, (dostęp 10.05.2019)

В період перших трьох років життя, коли відбувається найбільш інтенсивний розвиток головного мозку, дитині потрібні також інтенсивні особисті контакти з іншими людьми і сприйняття навколишнього світу всіма органами чуття. Дитина повинна торкатися різних предметів, слухати різні звуки, інтенсивно спостерігати за оточенням і мати можливість взаємодіяти з найближчими особами. Тільки тоді вона може навчитися правильно розмовляти і формувати свої стосунки з оточенням. Цих навичок не можна навчитися за допомогою контакту з монітором. Додатково, присвячення занадто багато часу на рухову активність, котра полягає у дотиканні пальцем екрану чи користуванні мишкою, призводить до порушення рухової і мануальної справності.

Оскільки результати наукових досліджень свідчать про те, що діти, котрі багато часу проводять за консоллю для ігор, в порівнянні з дітьми, котрі цього не роблять – присвячують на 30% менше часу читанню книжок і на 34% менше часу на домашні завдання, на думку багатьох спеціалістів дитина до 7 років життя не повинна мати доступу до жодних відеоігор з застосуванням консолі (Cummings&Vandewater 2007)<sup>49</sup>.

До 16 років доступ до смартфона необхідно контролювати, з урахуванням того, наскільки зрілою є молода людина.

Треба також пам'ятати, що найбільший ризик потрапити у залежність від комп'ютера/інтернету мають такі особи:

- молоді, sfrustrowani і загублені у світі дорослих;
- з емоційними проблемами чи афективними розладами;
- ті, які мають проблеми з безпосередніми взаємовідносинами з іншими людьми;
- з почуттям низької вартості, які відчувають потребу підвищити власну самооцінку;
- в пошуках дружби, романтичних стосунків, нарікають на свого чоловіка чи дружину;
- з численними сексуальними дисфункціями;
- котрі страждають іншими залежностями і трактують інтернет, як безпечний продукт (такий як кава, чай, тютюн).

---

<sup>49</sup> Cummings H.E., Vandewater E.A (2007): „Relation of Adolescent Video Game Play to Time Spent in Other Activities. Arch Pediatr Adolesc Med.;161(7):684-689

Про те, що користування інтернетом/комп'ютером стає проблемою, свідчить наступна поведінка:

- більшість часу проводиться вдома, у власній кімнаті за зачиненими дверима, а якщо хтось входить до кімнати, то це сприймається як неприємна подія;
- відсутність реакції при запрошенні до столу, або відповіді «добре», «зараз»;
- дедалі більше часу проводиться за комп'ютером, зменшуючи час для інших колишніх улюблених занять, а також раціонального харчування, сну і т. ін.;
- розрегулювання або перестановка добового ритму (сон – активність);
- занедбання шкільних і сімейних обов'язків у зв'язку з комп'ютером (зокрема проблеми зі вставанням рано до школи), уникнення розмов на тему комп'ютера, вибухи агресії, злості;
- зубожіння мови;
- уникнення особистих контактів з іншими людьми;
- втрата емоційних зв'язків з близькими людьми, сім'єю і друзями (всі емоційні стосунки зосереджуються на знайомих і друзях з мережі);
- обман відносно кількості часу, який проводиться за комп'ютером;
- поява конфліктних ситуацій в зв'язку з користуванням комп'ютером, напр., дратівливість, злість і навіть агресія при спробах обмеження доступу;
- призначення щораз більшої кількості грошей (в тому числі і «кишенькових») на покупку технологічних новинок, а саме: комп'ютерних комплектуючих, програм, аксесуарів чи книжок і журналів комп'ютерної тематики;
- захоплення діяльністю, яку не схвалила б сім'я чи близькі люди;
- користування комп'ютером з метою регулювання своїх емоційних станів;
- занедбання стану власного здоров'я і особистої гігієни;
- усвідомлення невдалих спроб обмеження часу, який проводиться за комп'ютером.

Davis (2001)<sup>50</sup> при спробах поради собі з проблемним користуванням інтернетом і комп'ютером, запропонував користуватися десятьма правилами:

1. розмістити комп'ютер так, щоб не можна було відособитися;
2. користуватися комп'ютером в присутності інших людей;

---

<sup>50</sup> Davis R.A (2001): A cognitive – behavioral model of pathological Internet Use (PIU). Computers in Human Behavior 17(2):187-195

3. змінювати час (пору доби) користування інтернетом (комп'ютером), а також робити перерви;
4. щоденно занотовувати всі свої дії (зокрема й час, проведений за комп'ютером);
5. не вживати в мережі псевдонімів;
6. розмовляти про свою проблему з близькими і знайомими;
7. виконувати фізичні вправи;
8. поступово робити щораз більші перерви у користуванні інтернетом (комп'ютером);
9. намагатися контролювати свої думки, котрі стосуються інтернету,
10. користуватися техніками релаксації.

Дуже корисною є також зміна ритму користування інтернетом – тобто більше коротших і менше довших сесій.

Треба також пам'ятати про те, що частина з тих молодих людей, котрі користуються інтернетом по мірі дозрівання і пов'язаного з ним прийняття на себе нових, притаманних віку, життєвих обов'язків, здатні модифікувати свою проблемну поведінку і правильно пристосуватися до виконання нових ролей (Derevensky, 2019)<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Derevensky, J.L. (2019): Behavioral Addictions: Some Developmental Considerations. Curr Addict Rep. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00257-z> (dostęp 25.05.2019)

## Розділ 41

### *Трудоголізм*

Крім професійного вигорання і моббінгу трудоголізм сьогодні належить до найсерйозніших проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям працівників. Незважаючи на широке застосування терміну трудоголізм, який повсюди визначається, як залежність від праці, немає згоди щодо того, чи є цей термін правильним і які фактори впливають найбільше на те, що люди стають трудоголіками. Як аргумент проти визнання цієї проблеми залежністю використовується, наприклад, відсутність імпульсивності, яка є характерною для біхевіоральних залежностей. Панує загальна згода щодо того, що необхідне подальше проведення досліджень в цьому напрямку (Kim 2019, Atroszko і співав. 2019)<sup>52, 53</sup>.

Більшість практиків і дослідників трактують трудоголізм, як стан залежності від виконуваної праці, який викликає порушення рівноваги між істотними елементами повсякденного життя. З їх точки зору, про трудоголізм можна говорити тоді, коли зв'язок особи з працею становить серйозну конкуренцію іншим поважним зв'язкам, коли праця дає більшу задоволення ніж, наприклад, сімейне життя чи колишні стосунки або улюблені заняття. Симптоми залежності від праці можуть супроводжуватися усвідомленням обмежених можливостей контролювання поведінки, пов'язаної з нею, явищем толерантності, котре полягає у потребі присвячення праці з кожним разом більшої кількості часу, поступовим занедбанням інших задовольень чи улюблених занять, а також продовженням цієї поведінки, незважаючи на шкідливі наслідки. Отже, трудоголізм є однією з форм патологічної поведінки, а праця служить регулюванню емоційних станів, тому його можна трактувати як своєрідну форму наркотику. За результатами оцінок, проблема трудоголізму стосується близько 5% загальної популяції.

---

<sup>52</sup> Kim. S. (2019): Workaholism, Motivation, and Addiction in the Workplace: A Critical Review and Implications for HRD. <https://doi.org/10.1177/1534484319845164>

<sup>53</sup> Atroszko P. , Demetrovics Z., Griffiths M. (2019): Beyond the myths about work addiction: Toward a consensus on definition and trajectories for future studies on problematic overworking. *Journal of Behavioral Addictions* 8(1), pp. 7–15

Термін трудоголізм вперше 1968 року застосував професор психології релігії Вейн Оутс<sup>54</sup>. Він помітив у себе симптоми, пов'язані з захопленістю працею і визнав, що вони наближені до симптомів алкоголізму. Трохи раніше (бо ще у 20-ті роки минулого століття описувалися стани, які були реакцією на почуття відсутності праці і проявлялися нездужанням і головними болями) щодо обсесивного захоплення працею вживався термін «шаленство праці».

Тепер, як взаємозамінні, вживаються визначення: трудоголізм (*workaholism*), залежність від праці (*work addiction*), надмірна праця (*excessive work*) і останнім часом потяг до роботи (*work craving*)<sup>55</sup>. Трудоголізм, так само як і залежність від фізичних вправ, відноситься до категорії соціально прийнятних, а інтенсивне захоплення працею ототожнюється зі здоровим, успішним і таким, що сприймається суспільством позитивно, стилем життя. В останній час дуже привабливим став образ активної в праці людини. Коли ми чуємо, що хтось «запрацьований» і «відданий праці», то думаємо, що він є добрим фахівцем, амбітною і незамінною особою, що є людиною успіху.

Роботодавці охоче приймають на роботу людей, схильних присвятити фірмі кожну, навіть вільну хвилину, а деякі з них пропонують престижні посади, високі заробітки, в обмін на «продаж душі» підприємству. В такий спосіб роботодавці узалежнюють працівників від себе і від запропонованої праці.

Спенс і Роббінс пропонують брати до уваги три виміри трудоголізму: прив'язаність до праці (*work involvement*), почуття примусу праці (*feeling driven to work*) і задоволення від праці (*work enjoyment*) (Spence i Robbins, 1992)<sup>56</sup>.

Відповідно до моделі Саломона про залежність від праці можна говорити тоді, коли: (а) праця викликає приємний емоційний стан; (б) з'являється афективна толерантність, котра проявляється необхідністю збільшення «дози» праці (для отримання такого самого задоволення потрібно прикладати все більше зусиль); (в) з'являється погане самопочуття (симптоми «відміни») у випадку неможливості виконання праці (за Paluchowski i Hornowski, 2003)<sup>57</sup>. Своєю чергою Скотт і співавтори запропонували

---

<sup>54</sup> Oates, W. E. (1968). On being a "workaholic". *Pastoral Psychology*, 19(8), 16–20.

<sup>55</sup> Wojdyło K. (2013): *Work craving – teoria uzależnienia od pracy*. *Nauka* 3:87-97

<sup>56</sup> Spence J.T., Robbins A.S. (1992): *Workaholism: definition, measurement and preliminary results*. *J. Pers. Assess.*;58(1):160–178

<sup>57</sup> Paluchowski W.J., Hornowska E. (2003): *Pracoholizm a system wartości i uwarunkowania temperamentalne*. W: Witkowski S. [red]. *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, ss. 297–321



власну дефініцію, у відповідності до якої трудоголізм маніфестує трьома типами поведінки: (а) виконанням професійних обов'язків у вільний від праці час; (б) обмірковуванням проблем, пов'язаних з працею, навіть перебуваючи за межами місця роботи; (в) праця по над те, що вимагають від своїх працівників організація та економічні умови (Scott і wsp., 1997)<sup>58</sup>. Робінсон визначає трудоголізм, як *«компульсивну потребу у праці, незважаючи на відсутність зовнішнього тиску, котра проявляється ставленням вимог до самого себе, неможливістю регулювання навиків праці, а також дозволом самому собі працювати понад міру коштом виключення інших форм життєвої активності»*, а також, в залежності від стилю праці, виділяє різні типи трудоголізму: безустанна праця, поперемінна поява примусу праці і її уникання, постійна потреба зміни виду діяльності, надмірна концентрація на деталях праці а також постійна допомога у праці іншим. Автор виділяє також чотири типи трудоголіків (Robinson, 2001)<sup>59</sup>:

1. незламні трудоголіки (relentless workaholics) – вони працюють компульсивно і постійно (день, ніч, свята, вихідні дні). Дотримуються термінів, часто випереджують графік. Праця для них важливіша, ніж соціальні стосунки, не враховують потреб інших людей, а після закінчення одного завдання одразу беруться за виконання наступного. Дуже високо оцінюються людьми поза сім'єю, наприклад, роботодавцями.
2. булімічні трудоголіки (bulimic workaholics) – вони втрачають контроль над способами виконання своєї праці. Можуть тривалий час не працювати, проте коли наближується термін виконання завдання – працюють без перерви і дуже інтенсивно.
3. трудоголіки з дефіцитом уваги (attention deficit workaholics) – це особи, котрі шукають в праці стимуляції, бо швидко починають нудитись. Такі особи мають труднощі з втриманням концентрації на завданні до його закінчення. Вони часто

---

<sup>58</sup> S Scott, K.S., Moore, K.S. and Miceli, M.P. (1997) An Exploration of the Meaning and Consequences of Workaholism. Human Relations, 50, 287-314.

<sup>59</sup> Robinson B.E. (2001): A typology of workaholics with implications for counselors. J. Addict. Offender. Couns.;21(1):34–48

беруться за інше завдання, до того як закінчать попереднє; працюють без плану і дуже імпульсивно; досить часто їх дії не продумані.

4. трудоголіки, котрі насолоджуються працею (*savoring workaholics*) – це прямо протилежний тип щодо трудоголіків з дефіцитом уваги. Вони діють методично і розсудливо, але мають проблеми з прийняттям рішень. Після закінчення праці одразу намагаються її продовжити, придумуючи наступні завдання.

Схильність до трудоголізму має своє коріння у структурі психічних потреб і пов'язана з певними рисами особистості, а саме зі схильністю до компульсивної поведінки і перфекціонізму. Можна зустріти точку зору, що трудоголізм пов'язаний, наприклад, з особистістю з невротичними тенденціями (розбіжність між тим ким я є і ким хотів би бути, Я реальним і Я ідеальним), а заглиблення у працю редукує тривогу, підносить почуття гідності або підвищує самооцінку. Ризик залежності від праці зростає тоді, коли не заспокоюються деякі потреби, наприклад, в умовах подружнього зв'язку чи в сімейному житті. При відсутності визнання власної особистості, в цих умовах може дійти до пошуків інших можливостей заспокоєння цих потреб, реалізації і заявлення про себе в інший спосіб, тобто шляхом надмірного захоплення професійною діяльністю. Одночасно не можна виключити, що за такий стан речей відповідають, окрім сімейних і соціальних еталонів, також біологічні механізми, подібно до того, як це відбувається при інших залежностях. Існують концепції, котрі говорять про те, що трудоголізм пов'язаний тільки з певними професіями і певними соціальними позиціями (наприклад, «білі комірці») або з самотністю.

Не можна виключити, що так само, як при більшості інших залежностей, на розвиток трудоголізму можуть впливати біологічні фактори (рівень серотоніну і дофаміну, стани гіперактивності, чи гіпоактивності областей головного мозку, зв'язаних з опіоїдною системою – так званою «системою позитивного підкріплення», «системою винагород»). Трудоголік, на відміну від так званих «успішних людей» чи «кар'єристів», часто є жертвою власного перфекціонізму, ніколи не відчуває задоволення від досягнення цілі («вершини») і не здатний тішитися своїми успіхами. Порівнюючи трудоголізм з алкоголізмом, можна стверджувати, що трудоголізм є прагненням до відповідальності, натомість алкоголізм – втечею від відповідальності.

Дуже часто час, присвячений будь-якій іншій активності, трудоголіком трактується як втрачений, а відпочинок перестає братися до уваги, тому що в цей час можна «вирішити» багато справ, пов'язаних з працею (*примус праці*). Одночасно вихідні дні викликають в узалежнених від праці осіб почуття дискомфорту і навіть страждання, що

можна назвати своєрідним абстинентним синдромом (так званий «недільний невроз»). Перебування поза працею є тільки фізичним, тому що їх цілий час бентежать нав'язливі думки, котрі стосуються професійних обов'язків (*примус мислення про роботу*). Ці думки присутні під час розмов з близькими, перегляду телевізора чи виконання різних домашніх справ. Такі особи часто дзвонять на роботу, щоб перевірити чи все у порядку і пильнують, щоб завжди бути поряд з телефоном, бо раптом може виявитися, що вони негайно потрібні на роботі. Якщо така ситуація утримується роками на шкоду сім'ї, відпочинку (напр., праця по 16 годин на день, або пару років без пристойної відпустки) чи здоров'я – то тоді ми можемо бути впевненими, що маємо справу з залежністю від праці, тобто трудоголізмом. Одночасно відомо, що така відданість праці не обов'язково супроводжується високою якістю виконання завдань. Досить часто молоді, амбітні люди, котрі люблять змагатися і вигравати, сильно захоплюються своєю працею, намагаються зробити кар'єру і втрачають контроль над часом, який присвячується праці та не помічають коли їх працьовитість перетворюється на трудоголізм. Результати досліджень показують, що трудоголіки, це найчастіше молоді, самотні, з високим рівнем освіти і соціально-економічним статусом особи. Частіше за все вони працюють менеджерами високого рівня, у приватному секторі, а також управляють своїми власними фірмами.

Серед негативних наслідків трудоголізму виділяють: високий ризик важкого стресу і його наслідків (серед іншого й більш швидке професійне вигорання); конфлікти у стосунках робота – сім'я (праця перешкоджає участі в житті родини, або сімейні обов'язки затрудняють виконання професійної ролі); порушення інтерперсональних взаємовідносин (контролювання співробітників і нехтування ними). Наукові дослідження показують, що трудоголіки живуть у стані хронічного стресу (натиск суперництва і погоня за успіхом), залежні від грошей, живуть не за доходами (беруть кредит за кредитом), для них найважливішими є шеф і клієнт, кар'єрі присвячують сім'ю і друзів, досить часто користуються випадковим сексом для розрядки напруги, а також вживають кокаїн, амфетамін й так звані нові наркотики і т. ін..

### *Діагностика*

Щоб правильно діагностувати трудоголізм, необхідно зібрати детальний анамнез у особи з підозрою на залежність, а також, зі згоди цієї особи, у її близьких. Найбільш

компетентними у постановці діагнозу є лікарі психіатри та сертифіковані спеціалісти терапії залежностей.

Для практичних цілей я користуюся наступним визначенням: *трудоголізм – це психічний стан, котрий, перш за все, характеризується стійким внутрішнім примусом (сильним бажанням, чи потребою, котрій важко опиратися) виконання праці чи іншої діяльності з нею пов'язаної (понад то, що вимагається і в години вільні від праці), примусом роздумів про працю, а також почуттям дискомфорту (поганого самопочуття) в ситуаціях, коли щось перешкоджає у виконанні праці. Характерні також невдалі спроби контролювання чи припинення праці.*

Опираючись на діагностичні критерії залежності, відповідно до МКХ-10, я багато років тому запропонував трудоголізм (залежність від праці) розпізнавати тоді, коли протягом останнього року підтверджено наявність щонайменше трьох симптомів з представленого нижче переліку:

1. сильна потреба чи почуття примусу виконання дій, пов'язаних з виконанням професійних обов'язків;
2. суб'єктивне переконання у менших можливостях контролювання власної поведінки, пов'язаної з працею, тобто труднощі з утриманням від виконання професійних дій, у контролюванні кількості часу, присвяченого виконанню дій, пов'язаних з професійними обов'язками, а також контролювання кількості завдань, виконуваних в місці праці;
3. поява, при спробах переривання чи обмеження праці, станів занепокоєння, дратівливості чи гіршого самопочуття, а також припинення цих станів з моменту повернення до виконання завдань в місці праці;
4. проведення щораз більшої кількості часу на роботі з метою зменшення почуття занепокоєння, досягнення задоволення чи доброго самопочуття, котре раніше досягалося в нормальні години праці;
5. поступове занедбання альтернативних джерел задоволення чи колишніх улюблених занять на користь виконання професійних обов'язків;
6. виконання професійних обов'язків, незважаючи на шкідливі наслідки (фізичні, психічні і соціальні), про які відомо, що вони мають зв'язок з присвяченням великої кількості часу праці.

Одночасно потрібно зазначити, що представлені вище дії/симптоми не можуть бути наслідком епізоду гіпоманії чи манії.

Розпізнання трудоголізму не повинно обмежуватися зовнішнім проявами поведінки. Факт переривання праці на рівні поведінки не рівнозначний «відключенню», тому що трудоголік і далі може бути зайнятий своєю працею, інтенсивно про неї думаючи. Корисною в діагностиці залежності від праці може бути шкала BWAS - Bergen Work Addiction Scale (Andreassen і співавт. 2012)<sup>60</sup>:

1. Думаєш про те, як знайти більше часу на працю.
2. Присвячуєш праці значно більше часу, ніж попередньо мав на думці.
3. Працюєш, щоб зменшити почуття провини, редукувати занепокоєння, справитися з безсонням чи депресією.
4. Інші особи говорили тобі, що треба менше працювати, проте ти їх не слухаєш.
5. Відчуваєш стрес, коли не можеш працювати.
6. Праця має пріоритет над улюбленими заняттями, задоволеннями і фізичною активністю.
7. Так багато працюєш, що це впливає на твоє здоров'я.

У відповідях потрібно зазначити наступні можливості: (1) ніколи, (2) рідко, (3) інколи, (4) часто, (5) завжди. Відповідь «часто» або «завжди» щонайменше на чотири з семи запитань дозволяє запідозрити трудоголізм.

Анонімні Трудоголіки теж опрацювали питання, котрі можуть допомогти діагностувати трудоголізм.

*Чи захоплення працею є проблемою у твоєму житті?*

1. Чи праця хвилює тебе більше ніж сім'я, або будь-що інше?
2. Чи буває так, що ти «заряджаєш свій акумулятор» за допомогою праці, і в ніякому іншому місці не вдається цього зробити?
3. Чи береш з собою роботу, коли йдеш спати, на вихідні дні чи від'їжджаючи у відпустку?
4. Чи праця, це заняття, яке ти любиш найбільше і про яке найчастіше говориш?
5. Чи працюєш більше ніж 40 годин на тиждень?
6. Чи замінюєш свої улюблені заняття на заняття, які приносять дохід?
7. Чи береш на себе повну відповідальність за ефективність власної праці?
8. Чи твоя родина, або друзі перестали розраховувати на те, що ти знайдеш для них вільний час?

---

<sup>60</sup> Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J. & Pallesen, S. (2012). Development of a work addiction scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 265-272.

9. Чи буває так, що ти неправильно плануєш якийсь завдання, а пізніше дуже спішиш, щоб встигнути його закінчити?
  10. Чи маєш таке переконання, що все в порядку, коли праці присвячується дуже багато часу, оскільки людина зайнята тим, що любить?
  11. Чи дратують тебе люди, які мають важливіші, ніж робота, справи?
  12. Чи вважаєш, що якщо не будеш працювати достатньо важко, то можеш втратити роботу?
  13. Чи майбутнє є для тебе вічним клопотом навіть тоді, коли справи йдуть добре?
  14. Чи виконуєш ти свої професійні обов'язки енергійно і з почуттям суперництва?
  15. Чи дратують тебе ситуації, коли хтось підказує тобі, що варто обмежити працю і знайти час на щось інше?
  16. Чи те, що ти багато часу присвячуєш роботі впливає негативно на твої стосунки з близькими?
  17. Чи думаєш про працю навіть тоді, коли їдеш автомобілем, розмовляєш з іншими людьми чи збираєшся заснути?
  18. Чи займаєшся ти справами, пов'язаними з роботою, або читаєш на цю тему під час прийому їжі?
  19. Чи вважаєш, що більша кількість грошей могла б вирішити різні проблеми у твоєму житті?
  20. Чи відчуваєш себе невільниким електронної пошти чи інших технологій?
- Три, або більше стверджувальних відповідей викликають підозру в наявності залежності від праці.

### ***Каросі***

За результатами досліджень, проведення на роботі більше 11 годин на день (при робочому дні 7 – 8 годин) підвищує ризик хвороби серця на 67%, в праця довша ніж 52 години на тиждень, щораз менш продуктивна. Інколи перепрацювання може бути причиною смерті. Перший випадок раптової смерті (інфаркт у 29 – річного працівника) задокументовано 1969 року в Японії, а 1982 року його назвали каросі. Каросі відноситься до випадків смерті внаслідок серцево-судинних розладів (найчастіше це інфаркт міокарда або інсульт) у осіб, які перенавантаженою працею і знаходяться під впливом сильного стресу. Ця проблема стосується в основному так званих «успішних

людей», які працюють більше ніж 60 годин на тиждень, і рідко користуються відпустками.

Проблема каросі стала настільки істотною, що 1988 року в Японії було засновано Національну раду захисту жертв каросі. Проте зовсім недавно японське Міністерство охорони здоров'я, праці і соціального захисту визнало каросі «раптовою смертю кожного працівника, який в середньому працює 65 годин на тиждень і довше протягом 4 тижнів, або в середньому 60 годин і довше протягом 8 тижнів» (Hiyama і Yoshihara, 2008)<sup>61</sup>.

В Японії існують два наближені одне до одного явища. Одне – це згадане вище *каросі*, а друге – це *кароїсатсу* – тобто самогубство внаслідок перепрацювання. В 90-ті роки ХХ ст. розголосу набув випадок Іхіро Ошіми, працівника найбільшого рекламного агентства Японії – Dentsu, котрий протягом 17 місяців працював 80 годин на тиждень, часто від 9 години ранку до 6 години ранку наступного дня. 1991 року 24 – річний Ошіма здійснив самогубство. На думку сім'ї – через перепрацювання, з точки зору роботодавців – з особистих причин. Ініційований сім'єю судовий процес про відшкодування, котрий тривав 7 років, закінчився визнанням Найвищим судом провини агентства і наказом виплати 1,6 млн доларів. Явище кароїсатсу почали вважати соціальною проблемою Японії, коли виявилось, що 1/3 самогубств протягом року пов'язані з працею. Причиною, зокрема, є багатогодинна і напружена праця, велика монотонність (виконання рутинних і повторюваних завдань), інтерперсональні конфлікти, відсутність відповідної системи винагород, непевність працевлаштування. В японській культурі смерть від перепрацювання, однак, асоціюється з успіхом, для сім'ї є вирізненням, а наявність в родині когось, хто в такий спосіб попрощався з життям, є приводом для гордості. За даними офіційних досліджень, проведених в Японії, з приводу перепрацювання у цій країні щорічно помирає 10 тис. людей, але ця цифра, ймовірно, значно занижена і підозрюють, що смертей, викликаних перепрацюванням, може бути навіть від 30 до 50 тис. протягом року. Ця проблема не є виключно японською проблемою, тому що вона почала також з'являтися в американському і європейському суспільствах.

---

<sup>61</sup> [Hiyama T, Yoshihara M.](#) (2008): New occupational threats to Japanese physicians: karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). *Occup Environ Med.*; 65(6):428-9.

## *Лікування*

Трудоголіки, нажаль, дуже рідко звертаються по допомогу, а єдина причина, яка спонукає їх до візиту до спеціаліста – це, найчастіше, сімейні проблеми або наростаючі проблеми зі здоров'ям, викликані перевтомою. Якщо така особа все ж таки приймає рішення лікуватися, то додатковою проблемою стає необхідність знайти час на лікування і погодження його з працею.

Особі, у якої виявлено симптоми трудоголізму необхідно рекомендувати:

- обмежити час, призначений на працю, максимально до 54 години на тиждень,
- навчитися делегувати завдання і обов'язки іншим людям,
- визначити сталий час (години) призначений виключно для власної родини,
- встановити границі своєї доступності для справ, пов'язаних з роботою (мобільний телефон) таким чином, щоб поза годинами праці контактувати виключно в справах аварії чи катастроф,
- модифікувати способи проведення вільного часу з приділенням особливої уваги фізичній активності,
- зменшити рівень занепокоєння і почуття провини в період відпочинку.

Так як при інших залежностях, основною формою лікування є психотерапія, а найкращі результати дає когнітивно-пізнавальна терапія (КПТ). В лікуванні залежності від праці важливим є опрацювання і впровадження в життя «плану рівноваги», а також графіку чергових занять з поділом на дні і тижні. Особливо важливим є встановлення чітких границь між працею і домом (сімейним життям), визначення конкретних годин для сімейних справ, котрих в жодному випадку не можна порушувати в зв'язку з працею, а також набуття вміння оцінки важливості і делегування завдань. Існують наукові повідомлення, в котрих говориться про те, що вирішити проблеми з трудоголізмом допомагає медитація. Учасники дослідження, котрі брали участь у тренінгу свідомої медитації (МАТ - Meditation Awareness Training), продемонстрували значне і тривале покращення, в порівнянні з контрольною групою, у зменшенні інтенсивності симптомів трудоголізму, задоволення від праці, захоплення працею і посиленні стресу, пов'язаного з працею. Крім того, у порівнянні з контрольною групою, учасники МАТ



продемонстрували значну редукцію годин праці, але без зниження продуктивності (Van Gordon і співавт., 2017)<sup>62</sup>.

Лікування трудовогоголізму є серйозним викликом для терапевтів. Так як при всіх залежностях основною проблемою є розбродження системи заперечень і ототожнення з залежністю. Підчас терапії необхідно бути дуже обережним, щоб не заподіяти шкоду почуттю власної гідності, пов'язаному з успіхом у професійній сфері, а також, долаючи чергові етапи, не зашкодити професійній кар'єрі. На думку В. Killinger<sup>63</sup>, трудовоголік, який хочевилікуватися, мусить усвідомити три «душевні роздвоєності»: між бути і діяти, відчувати і мислити та любов'ю і гнівом.

Трудовоголіки, котрі не можуть наважитися на допомогу спеціалістів, мають можливість користуватися досвідом заснованої 1983 року бухгалтером і шкільним вчителем з Нью-Йорку спільноти самопомоги Анонімних Трудовоголіків (Workaholics Anonymous). Близькі особи можуть знайти підтримку в сімейних групах Work-Anon. В Польщі вже з'явилися перші групи Анонімних Трудовоголіків.

---

<sup>62</sup> Van Gordon і wsp. (2017): Meditation awareness training for the treatment of workaholism: A controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions* 6(2)

<sup>63</sup> Killinger B. (2007): *Pracoholicy. Szkoła przetrwania*. Dom wydawniczy REBIS.



## Розділ 42

### *Патологічна гіперсексуальність*

*Любов сильніша за смерть, але буває так,  
що мізерна хвороблива звичка стає сильнішою за любов*  
Марія фон Ебнер-Ешенбах

#### **Вступ**

Перед тим як перейти до обговорення компульсивної сексуальної поведінки, варто пригадати собі, як виглядають норми цієї поведінки. Сексуальну поведінку завжди потрібно розглядати в контексті функціонування в решті аспектів життя, адже інтенсивне сексуальне життя може супроводжуватися дуже активною професійною і суспільною діяльністю і т. ін.. В такому випадку потрібно трактувати її як прояв високої життєздатності і життєвої активності даної особи.

Сексуальна норма – це здорова поведінка, потрібна для доброго фізичного, психічного і соціального самопочуття. Своєю чергою, «ненормальними» вважаються способи поведінки, нахили і прагнення, котрі негативно впливають на внутрішню гармонію і самопочуття людини чи її партнера, а також викликають конфлікти чи розлади, які порушують здоров'я чи соціальне функціонування особистості (Imieliński, 1986)<sup>64</sup>. Сформульовано поняття партнерська норма, яке дозволяє відрізнити в партнерських стосунках нормальну поведінку і сексуальні практики від порушених. Виділяють шість критеріїв партнерської норми: відмінність у статі партнерів, статева зрілість, взаємна згода, прагнення до досягнення взаємного задоволення, не завдання шкоди своєму здоров'ю та здоров'ю інших людей, а також дотримання норм соціального співжиття (Giese, 1959)<sup>65</sup>.

Проблемна сексуальна поведінка стала предметом зацікавленості вже у XVIII ст.. Так, де Б'єнвіль (De Bienville) 1775 року у своїй книзі „Nymphomania or a Dissertation

---

<sup>64</sup> Imieliński K. (1986): „Zarys seksuologii i seksiatrii”, str. 134

<sup>65</sup> Giese H. (1959): Seksualizm w stosunkach międzyludzkich. W: Seksuologia. H. Giese (red.). Warszawa, PZWL

Concerning the Furor Uterinus” писав, що «надмірна стимуляція жіночих нервів нечистими думками, надмірна кількість шоколаду і багатої їжі, або читання романів викликають надмірну сексуальну хтивість». В рамках лікування доходило навіть до видалення клітора і частково статевих губ. Своєю чергою, Ріхард фон Крафт-Ебінг, 1886 року так описував чоловіка, у якого сьогодні можна було б діагностувати компульсивну сексуальну поведінку: «сексуальний інстинкт ... пронизує всі його думки і почуття, не дозволяючи мати інші цілі в житті, нагально і регулярно домагаючись вдоволення, незважаючи на моральні і законні обмеження, імпульсивно і ненаситно прагнучи до отримання сексуального задоволення» (цит. за Derbyshire і Grant, 2015)<sup>66</sup>.

Перший опис п’яти драматичних випадків еротоманії 1921 року представив французький психіатр Г. де Клерамбо (G. de Clerebault). Власне тому еротоманію інколи називають синдромом Клерамбо. В основі еротоманії, крім надмірного сексуального потягу, можуть лежати почуття неповноцінності, несмілість, невпевненість і невіра у власні сексуальні можливості, котрі викликають потребу постійної перевірки своєї спроможності. Одночасно відомо, що сексуальне збудження і оргазм призводять до виділення ендогенних опіатів, котрі впливають на вже згадувані раніше структури головного мозку, відомі як «система винагород», що дозволяє дошукуватися діяльності механізмів, які мають місце при інших залежностях. Посилення сексуального потягу (гіперсексуальність) зустрічається також при пошкодженні лобних долей і мигдалеподібного тіла головного мозку (так званий синдром Клювера-Бюсі).

Надмірну зацікавленість еротикою і надмірну сексуальну активність, крім гіперсексуальності, називають також: компульсивною сексуальною поведінкою (англ. compulsive sexual behavior disorder - CSBD), сексоголізмом, гіперлібідемією, гіперфілією, донжуанством чи просто залежністю від сексу. Про гіперсексуальність говоримо тоді, коли виявляється надмірне захоплення сексуальними фантазіями, а також надмірні сексуальні імпульси і прагнення, а сексуальна активність викликає страждання. З точки зору Американської психіатричної асоціації, гіперсексуальність можна діагностувати виключно у осіб старших 18 років.

---

<sup>66</sup> Derbyshire K.L., Grant J.E. (2015): Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journ. of Behav. Addict.* 4(2):37-43

Одночасно виділяють різні типи еротоманії, такі, як: стійка еротоманія (часті зміни партнерів і висока сексуальна активність, певний стиль життя), рецидивуюча еротоманія (неоднорідні форми сексуальної активності, несвідомі гомосексуальні риси) чи межова форма з посиленими еротичними фантазіями. Компульсивні сексуальні дії можна, своєю чергою, поділити на парафілічні (з порушенням сексуальної преференції, котрі раніше називали сексуальними девіаціями) і непарафілічні, і тим самим на суспільно неприйнятні і суспільно допустимі (Coleman і співавт., 2003)<sup>67</sup>.

Ще 1993 року Goodman<sup>68</sup> запропонував актуальні до сьогоднішнього дня діагностичні критерії «сексуальної адикції»:

- Повторні невдалі спроби стримування імпульсів до реалізації певних дій сексуального характеру.
- Зростаюче почуття напруги безпосередньо перед реалізацією дій сексуального характеру.
- Відчуття задоволення чи розрядки, послаблення напруги під час виконання дій сексуального характеру.
- Наявність щонайменше п'яти симптомів з нижче перерахованих:
  - часте поглинання діями сексуального характеру чи їх підготовкою,
  - часте захоплення діями сексуального характеру, в більш широкому обсязі чи протягом більш тривалого часу, ніж попередньо планувалося,
  - повторні намагання контролювати чи припинити дії сексуального характеру,
  - значні затрати часу на діяльність, необхідну для сексуальної активності, виконання дій сексуального характеру чи запобігання їх наслідкам,
  - захоплення виконанням дій сексуального характеру коштом професійних, шкільних, сімейних обов'язків чи соціальних зобов'язань,
  - занедбання чи обмеження істотної соціальної, професійної чи рекреаційної діяльності через сексуальну поведінку,

---

<sup>67</sup> Coleman, E., Raymond, N. & McBean, A. (2003): Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota Medicine*, 86(7), 42–48.

<sup>68</sup> Goodman A (1993): Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18: 303-314

- продовження дій сексуального характеру, незважаючи на усвідомлення існування соціальних, фінансових, психологічних чи фізичних проблем, про які відомо, що вони пов'язані з сексуальною поведінкою,
  - толерантність – потреба збільшення інтенсивності чи частоти дій сексуального характеру з метою досягнення бажаного ефекту,
  - занепокоєння чи роздратування в ситуаціях, котрі ускладнюють чи унеможливають реалізацію дій сексуального характеру.
- Деякі симптоми розладу утримувалися щонайменше протягом місяця чи повторювалися більш тривалий період часу.

Насправді, частина медичного і психологічного середовища виступає проти включення патологічної гіперсексуальності (компульсивної сексуальної поведінки) до залежностей, проте в спеціальній літературі можна зустріти твердження, що еротоманія, як «хворобливе посилення статевої збудливості чи надмірне зацікавлення сексом», зараховується до розладів лібідо і полягає у посиленні сексуального потягу, а проявляється в потребі значної частоти і різномірності сексуальної активності.

В класифікації МКХ-10 така поведінка класифікується як: надмірний сексуальний потяг, інші розлади звичок і потягів (імпульсів) або розлади звичок і потягів, неуточнені. Еротоманія у жінок – це німфоманія, у чоловіків – сатириазис. Класифікація МКХ-10 зараховує німфоманію і сатириазис до сексуальних дисфункцій, не як викликаних органічними розладами і хворобами, а пов'язаних з надмірною сексуальною потребою.

У класифікації DSM-IV сексуальна залежність не виділялася в окрему категорію. Натомість, пізніше було запропоновано включити «гіперсексуальні розлади» до чергової класифікації – DSM-5 (Kafka, 2010)<sup>69</sup>. Право діагностувати гіперсексуальні розлади мало б надаватись у випадку наявності протягом щонайменше шести місяців 3 з 5 симптоматичних критеріїв (A), а також одного суб'єктивного (B) при одночасній відсутності критеріїв виключення (C):

A1. Присвячення значної кількості часу фантазіям чи поведінці сексуального характеру, яке систематично перешкоджає досягненню інших важливих (несексуальних) цілей, виконанню іншої діяльності і обов'язків.

---

<sup>69</sup> Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400. doi:10.1007/s10508-009-9574-7

A2. Повторюване зайняття діяльністю чи поринання у фантазії сексуального характеру у відповідь на дисфоричні емоційні стани (тривога, пригнічення, нудьга, дратівливість).

A3. Повторюване зайняття діяльністю чи поринання у фантазії сексуального характеру у відповідь на стресові життєві ситуації.

A4. Повторювані, проте безуспішні спроби контролювання чи значного обмеження дій чи фантазій сексуального характеру.

A5. Повторюване зайняття діяльністю сексуального характеру, незважаючи на ризик фізичного чи емоційного скривдження себе чи інших людей.

B. У зв'язку з частотою чи інтенсивністю сексуальної поведінки і фантазій, помітним є високий рівень стресу, соціальних, професійних чи інших дисфункцій, котрі охоплюють інші важливі сфери життя.

C. Дії і фантазії сексуального характеру, не пов'язані безпосередньо з фізіологічним ефектом застосування екзогенних субстанцій (наприклад, наркотиків чи ліків).

Насправді, наведені вище критерії гіперсексуальних розладів були відхилені, проте варто їх долучити з практичної точки зору. Ці критерії були відхилені, незважаючи на висловлювання про те, що вони дуже важливі і вірогідні.

Після дискусій, які тривали багато років, з метою уникнення надмірної патологізації сексуальної поведінки, було запропоновано трактувати гіперсексуальну поведінку як компульсивний розлад (англ. - compulsive sexual behavior disorder - CSBD) і в МКХ-11 віднести до розладів контролю над імпульсами (Grant і wsp., 2014)<sup>70</sup>. Проте й надалі тривають дискусії стосовно того, чи достатньо підстав, щоб розглядати таку поведінку в категорії біхевіоральних залежностей. Оскільки зростає кількість досліджень, котрі вказують на те, що нейробіологічні зміни при CSBD подібні до змін, які спостерігаються у осіб, що вживають психоактивні речовини, чи у осіб з патологічним азартом, з'являється дедалі більше голосів, котрі заявлять про те, що CSBD необхідно

---

<sup>70</sup> Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Janardhan Reddy, Y. C., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and behavioural addictions in the ICD-11. *World Psychiatry*, 13(2), 125–127. doi:[10.1002/wps.20115](https://doi.org/10.1002/wps.20115)

тракувати як біхевіоральну залежність, а не як розлад контролю над імпульсами (Stark і співавт., 2018)<sup>71</sup>.

З точки зору Крауза і співавторів (2018)<sup>72</sup> гіперсексуальна поведінка характеризується стійкою моделлю відсутності контролю над інтенсивними, повторними сексуальними імпульсами чи потягами, котрі викликають повторні дії сексуального характеру, які спричиняють істотне клінічне страждання або порушення функціонування у важливих сферах такі, як, наприклад, повторні розлади міжособистісних стосунків. Дії продовжуються, незважаючи на негативні наслідки, чи отримання від них невеликого, або жодного задоволення.

Опираючись на власний професійний досвід, я схиляюся до точки зору, що *«патологічна гіперсексуальність – це психічний стан, який характеризується, перш за все, стійким внутрішнім примусом (сильною потребою) реалізації, в реальних чи віртуальних умовах, з предметами чи особами, дій/вчинків еротичного або сексуального характеру (напр., фантазування, зваблювання, фізичні контакти, кіберсекс, перегляд порнографії і ін.), примусом мислення про ці дії, а також почуттям дискомфорту (поганого самопочуття, дратівливості, злості, агресії і т.ін.) при неможливості чи перешкоджанні в їх реалізації. Ці дії/вчинки закріплюються при багаторазовому їх повторенні, і виконуються, незважаючи на шкідливі наслідки, переважають над іншими заняттями і діями, а інколи навіть стать сенсом життя. Характерні також безуспішні намагання контролювати чи припинити ці дії».*

Одночасно зі зростанням поширеності інтернету збільшилась кількість осіб, котрі користуються мережею в сексуальних цілях (Cooper і Griffin-Shelley, 2002)<sup>73</sup>.

Найчастіше компульсивна сексуальна поведінка стосується: аутоеротичної активності (мастурбації), яка зазвичай супроводжується переглядом порнографії (світлини, фільми), безпосередньої сексуальної взаємодії і проміскуїтету, а також сексуальної поведінки з використанням інтернету з наданням переваги об'єктам чи діям

---

<sup>71</sup> Stark R., Klucken T., Potenza M.N., Brand M., Strahler J. (2018): A Current Understanding of the Behavioral Neuroscience of Compulsive Sexual Behavior Disorder and Problematic Pornography Use. *Curr Behav Neurosci Rep* 5: 218. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0162-9>

<sup>72</sup> Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109–109. doi:10.1002/wps.20499

<sup>73</sup> Cooper, A. і Griffin-Shelley, E. (2002): Introduction. *The Internet: The next sexual revolution*. New York, NY: Brunner- Routledge.



сексуального характеру, іншим, ніж загальноприйняті в даній культурі (парафілії). За результатами наукових досліджень, найбільш поширеною формою сексуальної активності в інтернеті, особливо серед чоловіків, є користування мережевою порнографією (Laier і wsp. 2013, Ross і wsp. 2012)<sup>74, 75</sup>. Дедалі частіше говориться про залежність від порнографії, як окреме явище в межах гіперсексуальної поведінки, проте немає узгодженості щодо критеріїв цієї залежності і її меж (Taylor, 2019)<sup>76</sup>.

Вважається, що перший контакт з порнографією відбувається у віці 10 років, й останнім часом все більше і більше стирається відмінність між хлопчиками і дівчатками. Науковці солідарні відносно того, що часте користування порнографією сприяє агресивній сексуальній поведінці (Wright, 2016)<sup>77</sup>.

Компульсивні дії сексуального характеру можуть реалізовуватися по різному й можна виділити три ступені «важкості»:

- мастурбація, проміскуїтет (випадкові контакти), анонімний секс, стосунки з багатьма партнерами, порнографія, секс по телефону, кіберсекс, клубна проституція (легальна);
- секс в публічних місцях, нелегальна проституція, підглядання (вуаеризм) і спостереження збоку сексуальних практик (агрексофілія), тертя через одяг (фротеризм), ексгібіціонізм, непристойні розмови по телефону, сталкінг (наполегливе переслідування), сексуальне насильство;
- гвалтування, сексуальне насильство над дітьми, дитяча порнографія, використання осіб похилого віку чи залежних, кровозмішення, використання в зв'язку з професією (лікар, вчитель, поліцейський, священник і т. ін.).

За Патріком Карнесом цикл адиктивної сексуальної поведінки має наступний перебіг:

- захоплення (сильний вияв бажання) – obsесійні пошуки сексуальної стимуляції, фільтрування і оцінка оточення під кутом сексуальної привабливості;

---

<sup>74</sup> Laier C., Pawlikowski M., Pekal J., Schulte F.P., Brand M. (2013), Cybersex addiction: Experienced sexual arousal when watching pornography and not real-life sexual contacts makes the difference, *Journal of Behavioral Addictions*, Vol. 2(2):100-107

<sup>75</sup> Ross M.W., Månsson S.A., Daneback K. (2012), Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 41(2):459-466

<sup>76</sup> Taylor K. (2019): *Nosology and metaphor: How pornography viewers make sense of pornography addiction*. *Sexualities* <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363460719842136> (dostęp 15.05.2019)

<sup>77</sup> Wright, P. J., Tokunaga, R. S., & Kraus, A. (2016): A meta-analysis of pornography consumption and actual acts of sexual aggression in general population studies. *Journal of Communication*, 66(1):183–205.

- ритуалізація – індивідуальний спосіб поведінки, котрий призводить до реалізації сексуальних дій, інтенсифікує збудження і впадання в транс;
- компульсивні дії сексуального характеру – завершальний акт без можливості контролювання поведінки;
- розпач – почуття поразки, сорому, безсилля і безнадії.

За результатами оцінок Американської асоціації сексуальних проблем (англ. - American Association on Sexual Problems) 10 – 15% американців узалежнені від сексу, що становить приблизно 25 млн осіб. Інші дослідження оцінюють розповсюдженість цієї проблеми у 3 – 5% (Miles і співавт., 2015)<sup>78</sup>. За даними ВООЗ, гіперсексуальна поведінка стосується 3 – 6% дорослих людей (Крауз і співавт., 2018). Виявляється, що гіперсексуальна поведінка спостерігається частіше у чоловіків, ніж у жінок (Скегг і співавт., 2010; Волтон і співавт., 2017)<sup>79, 80</sup>.

Досить часто залежність від сексу супроводжується іншими залежностями. За результатами досліджень, опублікованими Carnes і проведеними на групі узалежнених від сексу осіб, котрі пройшли курс лікування у шпиталях штату Міннесота (752 чоловіки і 180 жінок), 42% з них виявилися узалежненими від алкоголю, а у 38% діагностовано розлади апетиту.

Одночасно з розвитком інтернету з'явилася проблема «кіберсексу».

### **Кіберсекс**

Кіберсекс, чи комп'ютерний секс (англ. cybersex, cybering, mudsex, net sex) – це віртуальна сексуальна активність, під час якої дві чи більше осіб з'єднуються за допомогою комп'ютерної мережі, висилаючи один одному повідомлення, в яких описують сексуальні переживання, або за допомогою яких викликають відчуття сексуального характеру. Кіберсекс полягає у відігранні ролей і вдаванні, що відбуваються сексуальні стосунки, шляхом відсилання повідомлень в такий спосіб, щоб

<sup>78</sup> Miles A.M., Cooper R.L, Nugent WR., Ellis R.A (2015): Sexual addiction: A literature review of treatment interventions. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26:1, 89-99

<sup>79</sup> Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., & Paul, C. (2010). "Perceived out of control" sexual behavior in a cohort of young adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development study. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 968–978. doi:10.1007/s10508-009-9504-8

<sup>80</sup> Walton, M., Cantor, J., Bhullar, N., & Lykins, A. (2017). Hyper- sexuality: A critical review and introduction to the "sexhavior cycle." *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2231–2251. doi:10.1007/s10508-017-0991-8

збуджувати фантазії у інших учасників. Може підсилюватися за допомогою відеокамер та інших пристроїв. Цей вид активності інколи називають також «сексом без партнера». Кіберсекс має також й інші визначення, а саме: взаємодія еротичного характеру, котра відбувається шляхом цифрової передачі (Blair, 1998)<sup>81</sup>; замісна поведінка, яка підтримується за допомогою комп'ютера і супроводжується сексуальним збудженням, котре може призводити до переживання оргазму (Ross і Kauth, 2002)<sup>82</sup>; вживання інтернету для участі в діяльності сексуального характеру, яка має на меті досягнення сексуальної винагороди; підкатегорія більш широкого явища, яким є сексуальна інтернет активність (англ. Online Sexual Activity – OSA).

Кіберсекс класифікується одночасно, як залежність від інтернету і від сексу. За Гріффітсом, до діагностичних критеріїв відносяться:

1. важливість: кіберсекс стає найважливішою річчю в житті uzалежненої особи;
2. змінність настрою: сексуальна активність в інтернеті приносить полегшення, розрядку, підвищує настрій;
3. толерантність: для досягнення попереднього рівня задоволення особа мусить щораз більше часу витратити на кіберсекс;
4. симптоми відміни;
5. конфлікт: стосується конфронтації з оточенням і внутрішніх вагань uzалежненої особи;
6. рецидив: навіть після періоду абстиненції можуть з'являтися труднощі з контролем над своєю поведінкою і повторна участь у сексуальній онлайн активності.

Кіберсекс може реалізовуватися за допомогою:

- комп'ютерних ігор еротичного змісту, серед інших і пригодницьких (секс-пригоди), покерного стриптизу, в якому жінка чи чоловік роздягається;

---

<sup>81</sup> Blair C. (1998): Netsex: Empowerment through discourse. In B. Ebo (ed): Cyberghetto of cybertopia? Race, class and gender on the internet. Westport, CT: Praeger

<sup>82</sup> Ross, M. W., & Kauth, M. R. (2002). Men who have sex with men, and the internet: Emerging clinical issues and their management. In A. Cooper (Ed.), Sex and the internet: A guidebook for clinicians (pp. 47–69). New York: Brunner-Routledge.

- еротичних і порнографічних творів, послідовності світлин порнографічного змісту, котрі розповсюджуються за допомогою електронної пошти, або безпосередньо завантажуються з інтернет сторінок через модем;
- CD-ROM еротичного і порнографічного змісту, за допомогою якого екран комп'ютера стає сценою для мультимедіальних презентацій;
- текстів еротичного змісту, розміщених у інтернеті, таких, наприклад, як текстові реер-show (перекладається з англійської, як «підглядання за голими жінками; вар'єте з голими дівчатами або стриптизом»); електронних інформаційних послуг, таких як оголошення для контактів, базари партнерів, дискусійні групи, «онлайн» зустрічі, котрі інколи закінчуються реальними побаченнями (різновид розвиненого сексу по телефону);
- сексуальної взаємодії за допомогою комп'ютера, коли партнери обмінюються стимулюючими текстами, світлинами, фільмами (оглядають одне одного за допомогою вебкамер), або збуджуються фізично за допомогою бандажів з електродами;
- сексуальних контактів з комп'ютером – комп'ютерна любов, коли на користувача переносяться імпульси з комп'ютера за допомогою шоломів (аудіо і візуальних пристроїв); рукавиць для переміщення у кіберпросторі; накладок на пальці, котрі уможливають дотиковий «feedback»; так званих «magic hands», котрі збуджують груди чи сідниці; т. зв. «genital units», які накладаються на зовнішні статеві органи і скоординовані зі сценами з порнографічного фільму, який демонструються на екрані комп'ютера; вібраторів (кіберпенісів, штучної піхви для чоловіків з ефектом ссання і масування); так званих кіберпрезервативів. Можна зустріти також т. зв. кіберкомбінезони та оргазмотрони (до кісток прикріплюються електроди, на які подається струм, який збуджує нерви, за посередництвом яких подразнення передається у мозок, спричиняючи оргазм);
- закоханості у комп'ютер (залежності від нього замість реального еротизму), яка починається з переконання про здатність комп'ютера заспокоїти всі забаганки користувача. Прогнозується, наприклад, розробка спеціального датчика, який зробить можливим секс на відстані. Вживлений у головний мозок «чип оргазму» давав би можливість за допомогою інтернету контактувати з електронним сигналом від будь-якої особи.

За результатами досліджень кіберсекс негативно впливає на подружні стосунки і може бути істотним чинником, сприяючим розлученням і роздільному проживанню (Muusses і wsp., 2015; Aydın і співавт., 2018; Eichenberg і співавт., 2017)<sup>83 84 85</sup>.

Можна сказати, що особа, яка користується кіберсексом, занурена у штучну реальність, створену електронними пристроями, контактує з зовнішнім світом за допомогою електронних сигналів, які висилаються іншою особою. Це не можна назвати зустріччю з іншою людиною. Техніка створює ілюзію стосунків, пропонуючи штучний світ насолоди. В цьому світі, однак, людина (користувач) залишається самотньою, сам на сам з комп'ютером, підтримує віртуальний контакт з технічним посередником. Таким чином, відбувається процес, який можна було б назвати віртуальним зваблюванням машиною, якою є комп'ютер.

### **Хімсекс**

За останні роки дедалі більшої популярності набуває поєднання сексуальних контактів з вживанням психоактивних речовин як метод посилення сексуальних відчуттів і досягнення більшого задоволення від сексу. Це явище назвали хімсексом, або сексом пов'язаним з хімічними речовинами (англ. - Substance-Linked Sex - SLS), чи «сексом під кайфом». В таких цілях застосовують: алкоголь, індійські коноплі, кокаїн, екстазі, мефедрон, МДМА (3,4-метилендіоксі-N-метамфетамін), а також т. зв. «нові наркотики» (нові психоактивні речовини). Якщо психоактивні речовини вживаються у вигляді ін'єкцій, вживається назва «слеймсекс» (slamseks). Проблема появилася 2012 року у Великій Британії і поступово поширилася на весь світ. За результатами досліджень, хімсексом займаються частіше гомосексуальні і бісексуальні, ніж гетеросексуальні, чоловіки, а також організуються сеанси групового сексу, поєднані з вживанням психоактивних речовин (Lawn і wsp., 2019)<sup>86</sup>. З'явилися мобільні аплікації, котрі

---

<sup>83</sup> Muusses, L. D., Kerkhof, P., & Finkenauer, C. (2015): Internet pornography and relationship quality: A longitudinal study of within and between partner effects of adjustment, sexual satisfaction and sexually explicit Internet material among newly-weds. *Computers in Human Behavior*, 45, 77–84. doi:10.1016/j.chb.2014.11.077

<sup>84</sup> Aydın, B., Sarı S.V., Sahin, M. (2018): The effect of social networking on the divorce process. *Universal Journal of Psychology*, 6(1), 1–8. doi:10.13189/ujp.2018.060101

<sup>85</sup> Eichenberg, C., Huss, J., & Küsel, C. (2017): From online dating to online divorce: An overview of couple and family relationships shaped through digital media. *Contemporary Family Therapy*, 39(4), 249–260. doi:10.1007/s10591-017-9434-x

<sup>86</sup> Lawn W, Aldridge A, Xia R, et al. (2019): Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional “Global Drug Survey” Report. *J Sex Med*;16:721–732.

допомагають знайти в найближчій околиці осіб, зацікавлених такою формою сексу. Небезпечність хімсексу, зокрема, пов'язана з легшим подоланням бар'єрів і нав'язуванням небезпечних сексуальних контактів (зараження вірусами ВІЛ, ВГЦ чи венеричною хворобою), а також загрозою залежності від психоактивних речовин.

## **Лікування**

За результатами оцінок, близько 80% осіб, котрі шукають допомоги, це особи, головною проблемою яких є порнографія, а решта 20%, це особи, котрі неконтрольовано користуються платними сексуальними послугами, або наважуються на ризиковану сексуальну поведінку.

Перші програми лікування осіб, котрі страждають з приводу компульсивної сексуальної поведінки, були впроваджені у США 1976 року. В лікуванні цих розладів особливо важливою є диференціація розладів, котрі мають ознаки парафілії і не мають таких ознак (Kafka, 2010)<sup>87</sup>. Основною формою лікування є психотерапія, котра, зокрема, бере до уваги навчання будувати здорових взаємовідносин з людьми і тривалого інтимного зв'язку, а також правильному і неструктивному висловленню та заспокоєнню сексуального потягу.

Робилися також спроби фармакологічної допомоги, зокрема налтрексоном, з метою зменшення сексуального збудження і обмеження пов'язаної з ним патологічної поведінки. Робилися, наприклад, спроби лікування налтрексоном осіб, засуджених за такі злочини, як зґвалтування чи сексуальні стосунки з дітьми. Дослідження показали, що 100 – 200 мг налтрексону викликали посилення контролю над потягом.

Великою допомогою в лікуванні осіб з проблемою гіперсексуальності можуть бути спільноти і співтовариства взаємодопомоги. 1976 року у Бостоні була заснована перша у світі група Анонімних Еротоманів, базована на Програмі Дванадцяти Кроків. В США узалежнені «від сексу і кохання» особи зустрічаються також в інших, що базуються на Програмі 12 Кроків групах взаємодопомоги, таких як Sex Addicts Anonymous, Sex and Love Anonymous, Sexaholics Anonymous чи Sexual Compulsives Anonymous. Перша в Польщі група взаємодопомоги для осіб з проблемами, пов'язаними з сексом – група Анонімних Еротоманів (АЕ) виникла 1993 року у Варшаві. Сьогодні, на території Польщі відбуваються численні зібрання груп Анонімних Сексоголіків (АС), а також

---

<sup>87</sup> Kafka M.P. (2010): Hyperseksual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. Arch Sex Behav. 39(2):377-400

спільноти Анонімні Залежні від Сексу і Любові (АЗСЛ), в тому числі і зібрання за допомогою Skype. Всі ці співтовариства мають свої інтернет сторінки.

В Сполучених Штатах Америки від 1986 року функціонують, на зразок груп Ал-Анон, Сімейні Групи С-Анон (англ. – S-Anon). В Польщі також в деяких великих містах зустрічаються такі групи.

## Розділ 43

### *Шопоголізм*

*Не в грошах щастя, а в покупках.*

*Мерілін Монро*

#### **Вступ**

Відносно недавно, одночасно з появою супермаркетів, котрі ростуть «як гриби після дощу», у Польщі з'явилися перші жертви залежності від покупок, тобто особи, які відчують примус здійснення покупок. Власники супермаркетів, щоб заохотити покупців робити якнайбільше покупок, дбають про те, щоб товари успішно привертали до себе увагу кричущими кольорами на плакатах чи наклейках, і майже на кожному кроці інформують про «великі знижки», «суперпропозиції» і «суперціни».

На величезних торговельних площах клієнти мандрують поміж полицями, заставленими тисячами різноманітних товарів. Той, хто є винятково податливим до навіювання й вірить у представлене марево зиску від нагоди покупки товару, лише при касі або вдома усвідомлює розміри купленого шаленства. Магія реклами у супермаркетах призводить до того, що особа, котра йде туди з метою здійснити покупку кількох конкретних речей, приносить додому торби непотрібних дрібниць. Додатково власники супер- і гіпермаркетів використовують різноманітні «фокуси», щоб притягнути клієнтів. Починаючи від продажу продуктів за попередньою ціною, але в менших упакованнях (т. зв. downsizing), через підвищення цін безпосередньо перед планованими «знижками», не кажучи вже про створення спеціальної атмосфери закупів (спокійна музика, приємний запах і затишний внутрішній декор), розкладання на полицях на висоті погляду покупця найдорожчих товарів, і до такої підготовки підлоги (напр., гумові мати), щоб легше було штовхати возик (тоді є більше часу на те, щоб роздивлятися навколо) або заміни малих кошиків на більші (клієнт має враження, що мало купив і намагається заповнити кошик).



Незапланована покупка може бути: наслідком сильної емоційної реакції, результатом несподіваного спонтанного імпульсу чи вчинком гедоністичного характеру (найчастіше це монотематичні закупи, напр., одяг, взуття, книги) або наслідком компульсії (з метою редукції напруги і занепокоєння). Покупки стають особливо небезпечними для осіб, котрі користуються кредитними картками, тому що ці картки ефективно ускладнюють контролювання видатків і полегшують появу боргів перед банком.

Компульсивні покупки визначають, як хронічну, рецидивуючу трату грошей, яка призводить до негативних подій чи відчуттів (Faber і O'Guinn, 1989)<sup>88</sup>. Дослідники одночасно звертають увагу на появу не тільки індивідуальних втрат, але також шкідливих наслідків для сім'ї чи суспільства, зокрема й видатків, котрі тягнуть за собою серйозні борги, і навіть банкрутства.

Компульсивні покупки вперше описали на початку XX ст. Блейлер (Bleuler) (1924) і Крепелін (Краерелін) (1915). Це явище отримало назву *оніоманія* (від грецького *onios* — для продажу і *mania* — безумство).

В англійській літературі компульсивні покупки описуються, як *uncontrolled buying*, *compulsive buying*, *compulsive shopping*, *addictive buying*, *excessive buying* і „*spendaholizm*”. Термін «*excessive buying*» (перекл. з англ. як – надмірне купування) може мати значення, віддалене від визначення патологічної активності, оскільки здійснення покупки — це континуум дій і «*excessive buyers*» не відрізняються від звичайних покупців якісно, а лише кількісно і знаходяться на крайньому полюсі таких дій (d' Astous 1990)<sup>89</sup>.

Можна стверджувати (спираючись на дефініцію ВООЗ), що шопоголізм – *це психічний стан, котрий характеризується, перш за все, внутрішнім примусом (сильною потребою, якій важко опиратися) здійснення покупок, примусом мислення про них, а також почуттям дискомфорту (поганого самопочуття, дратівливості, злості, агресії і т. ін.) в ситуаціях, коли їх реалізація ускладнюється чи неможлива.*

---

<sup>88</sup> Faber R.J., O'Guinn T.C. (1989): *Classifying Compulsive Consumers: Advances in the Development of a Diagnostic Tool*; 16:738-744.

<sup>89</sup> Astous A., Maltais J., Roberge C. (1990) „*Compulsive Buying Tendencies of Adolescent Consumers*”, in *NA - Advances in Consumer Research Volume 17*, eds. Marvin E. Goldberg, Gerald Gorn, and Richard W. Pollay, Provo, UT: Association for Consumer Research: 306-312.

*Здійсненню покупок часто передуює стан сильної напруги і занепокоєння, який відступає у процесі покупки або відразу після її завершення. Ця поведінка закріплюється внаслідок багаторазового її повторення, переважає над іншими заняттями і діями і здійснюється, незважаючи на шкідливі наслідки. Характерні безуспішні спроби контролювання чи припинення.*

Перші наукові дослідження шопоголізму з'явилися в другій половині 80-х років. У Великобританії ця проблема стосується близько 15% дорослих громадян. Дослідження, проведені під кінець 90-х років показали, що близько 15 млн американців здійснює покупки компульсивно, близько 40 млн мають проблеми з надмірною тратою грошей, а біля 20% доходів призначається на покриття заборгованостей по кредитних картках. Пізніші дослідження показали, що схильність до компульсивних покупок стосується від 1,8 до 16% популяції мешканців Сполучених Штатів Америки. Дослідження, котрі полягали у збиранні анамнестичних даних за допомогою телефону близько 2,5 тис. дорослих респондентів, показали, що 6% досліджуваних жінок і 5,8% чоловіків признавалися у шопоголізмі. Одночасно виявилось, що близько 17 млн американців – це особи, котрі здійснюють покупки компульсивно, з яких майже половина – це чоловіки. Встановлено також, що компульсивні покупки – найбільш поширена причина сімейних конфліктів і розлучень. Проблема шопоголізму нерідко починається ще до 20 року життя, частіше стосується жінок, а також осіб з не найкращим матеріальним статусом, котрі за допомогою покупок намагаються покращити образ власного Я. Дослідження також показують, що «на першому місці серед речей, котрі купують жінки під час «шаленства закупу», знаходиться одяг. Одразу за ним йдуть косметичні вироби, взуття і біжутерія – тобто предмети, пов'язані з іміджем. Натомість чоловіки вибирають символи влади і престижу, такі як мобільні телефони, ноутбуки, а також спортивні знаряддя». Результати досліджень свідчать також про те, що залежність від закупу часто супроводжує розлади настрою і надмірне вживання психоактивних речовин. В своїй терапевтичній практиці я також мав справу з особами, у котрих закупи пов'язувалися з патологічним накопиченням (англ. Hoarding Disorder).

До факторів, котрі сприяють залежності від здійснення покупок, належать, зокрема, схильність до інших залежностей, тенденція до імпульсивної поведінки, залежність у родині, відсутність навиків долати стрес чи негативні емоції та знижений настрій, який утримується тривалий час. Встановлено, що компульсивні покупки частіше зустрічаються у осіб, у яких близькі родичі мали подібну проблему. Шопоголізму

сприяє дедалі краща доступність споживчих товарів, а володіння ними стає показником добробуту і соціальної позиції. Закупи часто бувають наслідком натиску групи, до якої відноситься особа – згідно з правилом, що соціальна група, до якої хоче належати особа, має певні вимоги, які стосуються, наприклад, одягу чи косметики конкретної марки. Буває так, що схильність до надмірних покупок є наслідком колишньої убогості і боязні, що в майбутньому може чогось забракнути.

За результатами досліджень Центру суспільної думки за 2014 рік, проблема шопоголізму може стосуватися 4% популяції поляків старших 15 років життя. Жертвами, в основному, стають жінки (80 – 90% випадків), хоча не можна виключити, що жінки значно частіше признаються в цьому, а проблема однаково стосується обох статей.

Незважаючи на домінуючі переконання, що жертвами компульсивних покупок стають в основному жінки, існують також дослідження, котрі вказують на те, що чоловіки також здатні тратити гроші на непотрібні і дорогі речі, хоча й на інші, ніж тратять жінки (Lochner, Stein 2001)<sup>90</sup>.

Додатково полегшують здійснення покупок можливості, які надає інтернет. Онлайн покупки, чи так звані е-покупки (e-commerce) вперше з'явилися у Великобританії 1997 року й з того часу розвиваються у карколомному темпі. Від 2000 року більшість європейських і американських підприємств пропонує свої послуги в інтернеті. В січні 2019 року кількість осіб, котрі здійснюють покупки в інтернеті оцінювалася майже у 3 млрд (Global Digital 2019 reports).

У Польщі в останні роки дедалі більше людей (в основному жінок) дуже охоче відвідують магазини з вживаним одягом з-за кордону (т. зв. «секонд-хенди»). Багато хто з них починає відчувати навіть примус відвідування цих магазинів і випадкового купування безлічі вживаного брендового одягу, якого ніколи не одягнуть і який вже не поміщається в домашніх шафах і гардеробах. В багатьох випадках можна побачити ознаки залежності від цього типу покупок. Дехто називає це явище залежністю від «шпортання» (шпортання в купах з одягом).

---

<sup>90</sup> Lochner, C. & Stein, D. (2001): Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. Arch Womens Ment Health; 4(1): 19-26

В компульсивних покупках виділяють чотири фази:

- очікування (думки),
- підготовки (коли, де),
- здійснення покупок (збудження),
- видатків (зокрема «докори сумління»).

### *Діагностичні критерії*

Спираючись на діагностичні критерії залежностей, я багато років тому запропонував залежність від покупок (шопоголізм) діагностувати тоді, коли протягом останнього року встановлено наявність щонайменше трьох симптомів з представленого нижче списку:

1. сильна потреба чи почуття примусу здійснення покупок;
2. суб'єктивне переконання про меншу можливість контролювання дій, пов'язаних з покупками, тобто послаблення контролю над утриманням від покупок, а також над тривалістю і частотою присвячення часу на здійснення покупок;
3. поява, при спробах обмеження можливості здійснення покупок – занепокоєння, дратівливості чи гіршого самопочуття, а також відступ цих неприємних станів від моменту появи можливості реалізації покупок;
4. поступове збільшення кількості часу на здійснення покупок з метою отримання задоволення чи досягнення доброго самопочуття, яке раніше досягалось за значно коротший час;
5. поступове занедбання альтернативних джерел задоволення чи колишніх улюблених занять на користь здійснення покупок і здобуття на них фінансових засобів;
6. продовження здійснення покупок, незважаючи на шкідливі наслідки (фізичні, психічні і соціальні), про які відомо, що вони мають зв'язок зі здійсненням покупок.

При діагностиці шопоголізму можна користуватися різними шкалами, зокрема Шкалою компульсивного купування Річмонда (Richmond Compulsive Buying Scale - RCBS), чи Шкалою залежності від шопінгу Бергена (Bergen Shopping Addiction Scale), котра

містить в собі 28 тверджень, а кожне з них має 5 можливостей (Andreassen і wsp, 2015)<sup>91</sup>.

Шкала компульсивного купування Річмонда містить наступні твердження:

1. в моїй шафі знаходяться невідкриті упаковки і одяг з ярликами,
2. інші люди можуть вважати, що я шопоголік,
3. значна частина мого життя концентрується на купуванні речей,
4. мене вважають особою, котра купує компульсивно;
5. купую речі, які мені не потрібні;
6. купую речі, яких не планував/ла купувати.

Кожне оцінюється по шкалі від 1 до 7 балів. Результат більше 25 балів дозволяє підозрювати існування проблеми компульсивних покупок.

До того, як залежність від покупок знайде своє місце в черговій редакції Міжнародної класифікації хвороб і проблем зі здоров'ям (МКХ) чи Класифікації Американської психіатричної асоціації (DSM), її потрібно кваліфікувати як «Розлади звичок та потягів» чи «Обсесивно-компульсивні розлади».

За результатами досліджень групи 202, так званих магазинних злодіїв (англ. shoplifters), однією з 6 відокремлених підгруп були особи, означені як компульсивно-залежні і вони склали 9% досліджуваної групи. Решта – це ті, що крали: з метою відшкодування понесених втрат – 28%; імпульсивні – 20%; у зв'язку з депресією – 18%, «хобісти» - 18%, з приводу несприятливих економічних умов – 7% (Nadeau і wsp. 2019)<sup>92</sup>.

## Лікування

Так само як у випадку інших залежностей, основною формою лікування є психотерапія, а найкращі результати забезпечує когнітивно-поведінкова терапія (cognitive-behavioural therapy – СВТ). Досить часто необхідні фінансові консультації з питань розсудливого управління грошима і/або повернення боргів. Проби фармакотерапії, які мали місце до

---

<sup>91</sup> C.S. Andreassen, Griffiths M.D., Pallesen S., Bilder R.M., Torsheim T., Aboujaoude E. (2015): The Bergen Shopping Addiction Scale: reliability and validity of a brief screening test. 17(6): *Front Psychol* 1374.

<sup>92</sup> Nadeau M.N., Rochlen A.B., Tyminski R. (2019 May): The Psychology of Shoplifting: Development of a New Typology for Repeated Shoplifting. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31043101>

цього часу, не дозволяють рекомендувати будь-який з досліджуваних лікарських засобів для повсякденного застосування (Soares і wsp., 2016)<sup>93</sup>.

На жаль, у Польщі ще зовсім мало терапевтичних програм і закладів, котрі могли б професійно зайнятися лікуванням шопоголізму. У випадку підозри наявності у себе проблеми, варто було б звернутися до спеціаліста з психотерапії залежностей, котрий проведе діагностику і зможе підказати, що варто було б далі зробити з цією проблемою.

Особам, котрі мають проблему з контролюванням покупок, належало б порадити, щоб:

- не носили з собою кредитних карток, і розплачувалися за покупки готівкою,
- заздалегідь робили список покупок і купували тільки те, що є у списку,
- складали список закупів з урахуванням того, що найбільш потрібне і відмовлялися від речей менш важливих й одночасно відправлялися на закупи з вирахованою сумою грошей;
- на закупи відправлялися виключно у товаристві інших осіб,
- уникали будь-яких знижок і розпродажу,
- не переглядали ТВ-каналів, на яких рекламуються різні продукти,
- так планували вільний час, щоб в ньому не було місця на відвідування торговельних центрів,
- коли з'явиться думка про покупки, яку важко відкинути, виходили на прогулянку, але з кимось і намагалися розмовляти про свою проблему.

Додатково можна скористатися допомогою існуючих з 1968 року груп Анонімних Боржників (Debtors Anonymous - <http://www.debtorsanonymous.org/>), яких вже під кінець 90-х років було близько 500, а також груп Анонімних Покупців, і Анонімних Шопоголіків (Shoppers Anonymous, Shopaholics Anonymous - <http://www.shopaholicsanonymous.org/>). Ці групи працюють на основі адаптованої для своїх потреб Програми Дванадцяти Кроків АА. Перша в Польщі група Анонімних Боржників виникла 2011 року в Познані.

Особи, яким важко опанувати потребу здобуття різних предметів нелегальним шляхом, зустрічаються, від 1992 року, в групах Анонімних Клептоманів і Магазинних Злодіїв (Cleptomaniac And Shoplifters Anonymous).

---

<sup>93</sup> Soares C, Fernandes N, Morgado P. (2016): A review of pharmacologic treatment for compulsive buying disorder. CNS Drugs (2016) 30 ( 4 ):281–91



## Розділ 44

### *Стільниковий телефон*

Зв'язок на відстані за допомогою телефону має майже 150 – річну історію, яка була започаткована Александром Греммом Беллом 1876 року. Ще 1917 року фінський винахідник Ерік Тігерстедт запатентував «складаний кишеньковий телефон з дуже тонким вугільним мікрофоном», але прототип першого стільникового телефону був розроблений майже 50 років пізніше, 1965 року шведською фірмою Ericsson. Цей телефон важив близько 40 кг і мав форму валізки. 1973 року американська фірма Motorola, на основі проекту Мартіна Купера, зробила телефон розміром з цеглину, який важив 0,8 кг. 1979 року в Японії фірмою Nippon Telegraph and Telephone була введена в дію перша у світі стільникова мережа. В наступні роки з'являлися щораз менші телефони зі все більшою кількістю виконуваних функцій.

За результатами оцінок, сьогодні стільниковими телефонами (переважно смартфонами) користуються понад 5 млрд людей, тобто більш ніж 2/3 населення земної кулі. В деяких країнах відсоток користувачів таких телефонів перевищує 90% (Нідерланди, Тайвань, Гонг-Конг, Норвегія та Ірландія). Історія стільникової телефонії в Польщі нараховує понад 20 років. 2017 року стільниковими телефонами у Польщі користувалися 64% населення, а в Україні 52,6%.

Разом з тим, дедалі частіше можна зустріти осіб, котрі ні на мить не розлучаються з мобільним телефоном і ніколи його не вимикають (24 год/7 днів на тиждень). В зв'язку з цим у їхньому житті pojawiaються різні проблеми. Про таких осіб говорять, що вони «надмірно», «компульсивно», «компенсаторно» чи «проблемно» користуються стільниковим телефоном, або узалежені від нього. Так само, як при інших залежностях, ці особи досить довго не ототожнюють себе зі своєю проблемою. Навіть дуже високі рахунки за користування телефоном не є для них жодним аргументом. Серед користувачів стільникових телефонів зустрічаються особи, які страждають на «синдром вимкненого телефону» (пильнують, щоб телефон був завжди увімкнений і справний, бо «хтось може подзвонити»), узалежені від СМС, узалежені від ігор, які знаходяться у телефоні, узалежені від нових моделей телефонів, «екстібіціоністи», котрі користуються телефоном так, щоб всі чули і бачили. Про наявність проблеми можуть свідчити ситуації, коли хтось:



- надає дуже велике значення володінню стільниковим телефоном, а телефон є дуже важливим знаряддям у його щоденних контактах з іншими людьми;
- пильнує щоб постійно мати телефон при собі, часто носить з собою додаткову заряджену батарею;
- свою поведінку виправдовує зручністю і безпекою;
- відчуває примус частих контактів з кимось без конкретної цілі;
- користується телефоном не в міру необхідності (напр., для виконання професійних обов'язків), а з метою регулювання свого емоційного стану;
- потребує телефон для невинного контролю над оточенням і ситуаціями;
- коли немає доступу до телефону, відчуває глибокий дискомфорт, подібний до того, який з'являється при відміні психоактивної речовини, тобто занепокоєння, дратівливість, знижений настрій, інколи безсоння і т. ін. (так званий синдром вимкненого телефону, номофобія і симптоми відміни);
- постійно прислуховується до сигналу дзвінка чи звуку, який сигналізує надходження СМС;
- надає перевагу спілкуванню за допомогою телефона, замість розмови віч-на-віч;
- сплачує дуже високі рахунки за телефонні розмови;
- уважно слідкує за ринком стільникової телефонії, щоб поміняти телефон на новішу модель.

Проблема залежності від стільникового телефону особливо небезпечна для дітей і підлітків, котрі тільки починають вчитися спілкуванню з іншими людьми. Частина з них, а особливо несмілі і з низькою самооцінкою, користуються телефоном, подібно до того, як особи, узалежнені від інтернету, можуть мати проблеми з нормальним порозумінням з людьми.

Велике занепокоєння викликають результати досліджень, опублікованих у Польщі (Dębski, 2016)<sup>94</sup>, котрі свідчать про те, що:

- 80% вчителів користувалися телефоном під час уроків,
- 33,7% учнів призналися, що користувалися телефонами під час уроків;
- 15% призналися, що приходять до школи невиспаними, бо вночі користуються телефоном, комп'ютером/інтернетом;
- 33% призналися, що через телефон мали проблеми у школі.

<sup>94</sup> Dębski M. (2016): Nałogowe korzystanie z telefonów komórkowych. Raport z badań. Gdynia

Своєю чергою, свідомість небезпеки неправильного користування стільниковим телефоном мали лише 40% досліджених учнів (напр., понад 90% усвідомлюють шкідливість наркотиків, а 88,3% - цигарок).

Особи, котрі інтенсивно користуються стільниковим телефоном взагалі не володіють знаннями про його (електромагнітне випромінювання телефону) шкідливий вплив на здоров'я, і особливо на нервову систему. Дослідження показали, що це випромінювання викликає зміни локального кровотоку в головному мозку.

Довготривалі розмови по телефону можуть впливати на розвиток новоутворень головного мозку, особливо підвищувати ризик розвитку гліом і менінгіом. Шведський онколог і епідеміолог – Ленарт Харделл встановив, що особи, котрі почали користуватися мобільним телефоном до 20-го року життя мають в п'ять разів вищий ризик розвитку гліоми, а також розвитку пухлини вестибуло-кохлеарного нерву.

Існують також наукові повідомлення про зв'язок між випромінюванням стільникового телефону і змінами у структурі ока, клітинах серцевого м'яза, сечовипускального каналу, а також підвищеною схильністю до розвитку новоутворень слинних залоз.

Повідомляється також про негативний вплив випромінювання на чоловічу плідність (гірша якість сперми, нижча активність сперматозоїдів), а також на гормональну систему. Проведені на території Данії, Норвегії, Голландії та Іспанії дослідження групи з понад 80 тис. вагітних жінок показали, що часте користування стільниковим телефоном під час вагітності може призводити до підвищеного ризику виникнення біхевіоральних проблем у дітей, особливо надмірної збудливості і дефіциту уваги (Birks.L і wsp., 2017)<sup>95</sup>. Насправді, частина з цих досліджень має дискусійний характер, однак, в жодному з них не говориться про те, що користування мобільним телефоном безпечно, незалежно від того, як довго і як часто ним користуються.

Можна обмежити негативний вплив випромінювання на наш організм:

- тримаючи апарат, якщо можна, подалі від голови, щонайменше 2 – 3 см від вуха (проте найкраще користуватися навушниками чи гучномовним пристроєм),
- під час більш тривалої розмови, перекладаючи апарат з однієї сторони голови на іншу,

---

<sup>95</sup> Birks L, і wsp. (2017): Maternal cell phone use during pregnancy and child behavioral problems in five birth cohorts. Environ Int; 104:122131

- не розмовляючи тоді, коли телефон знаходиться у зоні слабкого сигналу і покриття (пошуки сигналу посилюють випромінювання),
- якщо не кладемо телефон у спальні близько голови, не носимо його в кишені, а якщо маємо його при собі, то краще, щоб він був повернений клавіатурою від тіла.

Проведені дослідження показали також негативний вплив надмірного користування мобільним телефоном на фізичну активність молодих людей і наслідки такого впливу (Zagalaz-Sanchez і wsp., 2019)<sup>96</sup>. Інше іспанське дослідження, виконане на замовлення Європейської комісії, показало, що постійно знижується вік доступу дітей до стільникового телефону. Батьки надають можливість дітям користуватися мобільним телефоном вже у віці 2 – 3 років. Виявилось, що в Іспанії 30% десятилітніх дітей мали власний мобільний телефон, у віці 12 років – майже 70% дітей володіли телефонами, а в 14 років – 83%. Дослідження показали також, що 27% молодих людей у віці 11 – 14 років ніколи не вимикали свого телефону ([www.protegeles.com](http://www.protegeles.com)). Своєю чергою, проведені у Тайвані в Тайпеї дослідження учнів 30 платних шкіл та їх батьків показали, що 15,2% дітей демонструвало симптоми залежності від смартфона (Chang F. і wsp., 2019)<sup>97</sup>.

За результатами наукових досліджень звернення до смартфона близько 60 разів на день повинно бути приводом для розмірковувань, чи не стало це вже залежністю.

Дослідження свідчать про те, що проблемне користування телефоном може бути пов'язане з негативним образом власного Я, низькою самооцінкою і невротизмом (Gutierrez і wsp 2016)<sup>98</sup>. Незалежно від того, чи ми маємо справу з залежністю чи ні, стільникові телефони викликають проблеми, котрі дедалі більше впливають на наше життя, а симптоми, які спостерігаються, можна порівняти з симптомами залежності від психоактивних речовин чи азартних ігор. Не викликає сумнівів той факт, що проблемне користування мобільним телефоном часто переходить в залежність від нього і викликає негативні наслідки на рівні сім'ї, праці, навчання і суспільного життя (Lopez-Fernandez,

---

<sup>96</sup> Zagalaz Sánchez M.L., Zagalaz J.C., Zafra M.S., Sanchez A.L. (2019): Mini review of the use of the mobile phone and its repercussion in the deficit of physical activity. *Front. Psychol.* [https://doi:10.3389/fpsyg.2019.01307](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01307) (dostęp 25.05.2019)

<sup>97</sup> Chang Fong-Ching і wsp. (2019): Children's use of mobil devices, smartfone addiction and parental mediation in Taiwan. *Computers in Human Behawvior*, 93:25-32

<sup>98</sup> Gutierrez DeSola J., de Fonseca F.R., Rubio G. (2016): Cell-Phone Addiction: Review. *Front Psychiatry*;7:175

2015; Такао, 2014)<sup>99,100</sup>. З'являється щораз більше досліджень, котрі дозволяють розглядати компульсивне користування стільниковим телефоном в категорії біхевіоральних залежностей (Sapacz i wsp., 2015)<sup>101</sup>.

Користування стільниковим телефоном, так само як користування іншими новими технологіями, впливає негативно на наші соціальні стосунки. Адже набагато легше і комфортніше вести товариське життя в мережі, де можна розмовляти з кількома особами одночасно, при цьому сидіти вдома, і не зустрічатися з ними особисто. Така позиція призводить до занедбання реальних стосунків.

### **Смартфон**

Сьогодні користування смартфонами стало чимось звичайним і буденним. Смартфон – (англ. *smartphone*, від англ. –*smart* – розумний, кмітливий) – це переносний електронний пристрій, котрий об'єднує в собі функції телефона і кишенькового комп'ютера (PDA – Personal Digital Assistant) і може «все», тобто встановлення телефонного контакту, отримання електронної пошти, перегляд сторінок інтернету, фотографування за допомогою цифрового фотоапарату, запис відео відеокамерою, читання документів чи управління особистою інформацією. Надає легкий доступ до фейсбука, твіттера, різноманітних чатів.

Прототипом смартфона був зроблений 1994 року IBM - Simon Personal Computer, котрий об'єднував у собі: сенсорний екран, е-пошту, факс, нотатки, календар і аплікації. 2007 року Apple випустив на ринок свій перший айфон. 2019 року кількість користувачів мобільних пристроїв перевищила 5 млрд, з яких 2/3 – це користувачі смартфонів. За результатами оцінок, середній користувач користується смартфоном близько 2 годин на день, перевіряючи пошту, СМС чи інші повідомлення.

Проблемне вживання смартфона визначене, як «нездатність до контрольованого впливу на користування смартфоном, що в результаті тягне за собою негативні наслідки в

---

<sup>99</sup> López-Fernández, O. (2015). Short version of the smartphone addiction scale adapted to Spanish and French: Towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Addictive Behaviors*, 64, 6-11.

Takao, M. (2014). Problematic mobile phone use and big-five personality domains. *Indian Journal of Community Medicine*, 39(2), 111-113.

<sup>100</sup> López-Fernández, O. (2015). Short version of the smartphone addiction scale adapted to Spanish and French: Towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Addictive Behaviors*, 64, 6-11.

Takao, M. (2014). Problematic mobile phone use and big-five personality domains. *Indian Journal of Community Medicine*, 39(2), 111-113.

<sup>101</sup> Sapacz M., Rockman G., Clark J. (2015): Are we addicted to our cel phones? *Computers in Human Behavior*, 57: 153-159

щоденному житті» (Billieux, 2012)<sup>102</sup>. На думку автора, таке вживання пов'язане з: сильною потребою особистості підтримувати стосунки з іншими людьми і страх їх втратити; слабким контролем над імпульсами; сильною потребою спілкуватися з іншими і будувати нові стосунки, а також постійною потребою у стимуляції і високою вразливістю до винагород (Billieux і wsp., 2015)<sup>103</sup>.

При тих можливостях, які сьогодні надає смартфон, дуже легко можна потрапити в залежність від ігор, інтернету, соціальних мереж чи різних аплікацій. За результатами досліджень, користувачі смартфонів зазвичай перевіряють свої телефони 47 разів на день, 80% перевіряють свій телефон щонайменше раз на годину, а 35% протягом перших 5 хвилин після пробудження і за 5 хвилин до того, як лягти спати. 47% людей намагалися обмежити користування телефоном, але тільки 30% досягли успіху (Richter, 2018 за: Shen і Su, 2019)<sup>104</sup>. Встановлено також сильну залежність між користуванням соціальними додатками і залежністю від смартфона (Noe і wsp. 2019)<sup>105</sup>.

В США виникло навіть співтовариство Parents Against Underage Smartphone, котре об'єднує «батьків, дідусів і бабусь, а також занепокоєних громадян ... проти нищівної сили легкого, безперервного доступу до інтернету для дітей ..., які готові встати і заявити, що дітям не потрібні смартфони». Співтовариство намагається добитися юридичної заборони користування смартфоном дітям до 13 року життя.

### ***Смарт годинник***

Смарт годинник, це годинник, який одягається на руку і працює під управлінням операційної системи. Це смартфон, який носить на зап'ястку і пропонує значно більше можливостей, ніж вимірювання часу, бо, наприклад, може керувати телефоном.

### ***Фаббінг***

---

<sup>102</sup> Billieux, J. (2012). Problematic use of the mobile phone: A literature review and a pathways model. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 299–307.

<sup>103</sup> Billieux, J., Maurage, P., Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. *Current Addiction Reports*, 2(2), 156–162.

<sup>104</sup> Shen L. & Su A. (2019): Intervention of Smartphone Addiction. <https://www.igi-global.com/chapter/intervention-of-smartphone-addiction/229200> (dostep 18.05.2019)

<sup>105</sup> Noe B., Turner L.D., Linden D., Allen S.M., Winkens B., Whitaker R.M. (2019): Identifying indicators of smartphone addiction through user-app interaction. *Computers in Human Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.04.023> (dostep 15.05.2019)

Дедалі частіше ми зустрічаємося з ситуаціями ігнорування присутності осіб, в товаристві яких перебуваємо на даний момент, через заняття в їх присутності телефоном (смартфоном) чи планшетом. Тілом знаходимося серед знайомих, а думками з тими «кращими» знайомими з інтернету. Це явище отримало назву *фаббінг* (англ. phubbing) (Erzen i wsp., 2019)<sup>106</sup>. Назва утворена шляхом об'єднання двох слів – phone (телефон) і snubbing (зневага).

Фаббінг – це багатовимірне явище, тому що така поведінка спостерігається у осіб, узалежнених від смартфону, інтернету, соціальних мереж і від ігор. Заняття смартфоном під час товариських зустрічей сприймається як відсутність поваги і зневага, і тому неприємне і образливе для інших людей. Все це негативно впливає на міжлюдські стосунки.

Американські дослідження свідчать про те, що 85% осіб користувалися смартфонами під час розмови з сім'єю чи друзями (Richter, 2018 za: Shen i Su, 2019).

### ***Номофобія***

Термін номофобія або NO MOBILE PHONE PHOBIA вживається для опису психічного стану, який полягає у тому, що людина боїться втрати контакт зі стільниковим телефоном. Ця проблема зростає у цілому світі. Номофобія – «продукт взаємодії між людьми і новими технологіями» (King i wsp, 2010)<sup>107</sup>. Особливий зв'язок це явище має з користуванням соціальними мережами (Durak 2018)<sup>108</sup>.

Дуже важко диференціювати, чи симптоми номофобії, такі як занепокоєння, і навіть страх, проблеми з диханням, тремтіння, пітливість чи тахікардія з'являється з приводу залежності від стільникового телефону, чи є наслідком тривожних розладів.

---

<sup>106</sup> Erzen E., Odaci H., Yniceri I (2019): Phubbing: Which Personality Traits Are Prone to Phubbing?

<https://doi.org/10.1177/0894439319847415>

<sup>107</sup> King King, A. L. S., Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2010). Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? *Cognitive and Behavioral neurology*, 23(1), 52–54.

<sup>108</sup> Durak H.Y. (2018): What Would You Do Without Your Smartfone? *The Turkish Journal on Addictions*.; 5(2): 1-15

## Розділ 45

### *Залежність від фізичних вправ*

На негативні наслідки від надмірних фізичних вправ вперше, ще 1969 року, звернув увагу Літл (Little)<sup>109</sup>, котрий описав випадок особи, яка компульсивно займалася фізичними вправами, незважаючи на появу негативних наслідків (травм та інших ускладнень). З огляду на компульсивний характер цього явища, автор застосував назву «невроз атлетів» (на той час нав'язливості класифікувалися як неврози). Невдовзі з'явилися описи випадків осіб, котрі навіть в дослідницьких цілях не були в стані припинити інтенсивно займатися фізичними вправами, тому що спроби припинення викликали у них розлади сну й інші симптоми (тривога, занепокоєння, дратівливість), котрі нагадували симптоми абстинентного синдрому (Baekeland, 1970)<sup>110</sup>. Дослідження, проведені на групі альпіністів, показали, напр., що утримання від скелелазіння викликало у них появу своєрідного «голоду», психічного дискомфорту, зокрема й негативних емоцій і ангедонії (Heirene i wsp., 2016)<sup>111</sup>.

Залежність від фізичних вправ (англ. Exercise Addiction – EA) має багато інших визначень, таких як хвороблива звичка занять вправами, залежність від фізичних навантажень, примус тренування, нав'язливості тренувань, невроз атлетів, фанатизм фітнесу, зловживання тренуваннями.

У частини осіб, котрі займаються фізичними вправами, може дійти до заміни тренуваннями інших, попередньо важливих для даної особи форм активності, а самі тренування можуть стати їх основною діяльністю. Домінування фізичної активності над іншими сферами функціонування (праця, контакти з сім'єю, друзями, знайомими) може досягати шкідливої для цієї особи інтенсивності. Це стосується також регулярного заняття фізичними вправами незалежно від обставин (хвороба, несприятливі погодні умови, сімейні, пов'язані з роботою чи функціонуванням у товаристві, ситуації, які теоретично значно ускладнюють заняття вправами).

---

<sup>109</sup> Little J.C. (1969): Athletic neurosis: A deprivation crisis, Acta Psych. Scand. 45:187-197

<sup>110</sup> Baekeland F (1970) Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions. Archives of General Psychiatry, 22: 365-369

<sup>111</sup> Heirene R.M., Shearer D., Roderique-Davies G., & Mellalieu S.D., (2016): Addiction in extreme sports: An exploration of withdrawal states in rock climbers. Journal of Behavioral Addictions, 5(2), 332-341

Встановлено, що схильність до такої поведінки проявляють особи з рисами перфекціонізму і нарцисизму а також зі схильністю до obsесивно-компульсивної поведінки (Bircher і wsp., 2017)<sup>112</sup>. Інші дослідники пов'язують її з екстравертизмом і нейротизмом. Якщо тренування стали засобом втечі від життєвих проблем, їх необхідно трактувати як патологію (Szabo, 2010)<sup>113</sup>. Розроблено навіть Шкалу залежності від фізичних вправ - Exercise Dependence Scale-21 (Hausenblas і Symons Downs, 2000a)<sup>114</sup>. Одночасно залежність від фізичних вправ зараховується до так званих «позитивних залежностей» (Glasser, 1976)<sup>115</sup>, з огляду на позитивні наслідки фізичної активності (фізичні вправи, наприклад, вивільнюють позитивні емоції).

За результатами оцінок, залежність від фізичних вправ може стосуватися 5 – 7 % людей. В деяких випадках компульсивні заняття фізичними вправами можуть бути вторинними щодо інших розладів, в основному розладів харчової поведінки, таких як анорексія і булімія. Досить часто заняття фізичними вправами супроводжуються дотриманням спеціальної дієти, яка повинна бути з низьким вмістом вуглеводів, високобілковою і з низьким вмістом жирів, щоб полегшити заміну жирової тканини м'язовою, так само і харчові добавки. Звернено також увагу на факт, що схильність до компульсивних фізичних вправ проявляють часто особи, які прагнуть до ідеального зовнішнього вигляду і вправного тіла, що може бути пов'язане з дисморфічним розладом тіла – англ. Body Dysmorphic Disorder, BDD (Corazza і wsp., 2019)<sup>116</sup>.

---

<sup>112</sup> Bircher J., Griffiths M.D., Kasos K., Demetrovics Z., Szabo A. (2017): Exercise addiction and personality: Two-decade systematic review of the empirical literature (1995-2016). *Baltic Journ of Sports&Health Sciences* 3(106);19-33

<sup>113</sup> Szabo A. (2010): Exercise addiction: A symptom or a disorder. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers

<sup>114</sup> Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2000a). A review of exercise dependence. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, 89-123.

<sup>115</sup> Glasser W. (1976): Positive addiction. Oxford. Harper&Row

<sup>116</sup> Corazza O. і wsp. (2019): The emergence of Exercise Addiction, Body Dysmorphic Disorder, and other image-related psychopathological correlates in fitness settings: A cross sectional study. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213060>



## Розділ 46

### *Розлади харчової поведінки*

*Треба їсти, щоб жити, а не жити, щоб їсти.*

*Сократ*

#### **Вступ**

Значна частина суспільного життя має зв'язок з харчовими продуктами і харчуванням, а для багатьох осіб їжа відноситься до найбільших життєвих задоволень. Чинниками, які регулюють прийом їжі, є відчуття голоду і ситості. Вони впливають на вагу і зовнішній вигляд людини. Насправді, в частині випадків, причиною надмірної ваги можуть бути генетичні фактори, проте багато людей мають проблеми зі збереженням власної ваги, тому що не здатні успішно регулювати кількість їжі, яку споживають, особливо багатої жирами і цукром. Це, своєю чергою, приводить до ожиріння і розладів функціонування деяких органів і систем (напр., гіпертонія, цукровий діабет чи «проблеми з серцем»). За результатами оцінок Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2016 року надмірну вагу мали 39% світової популяції (старші 18 років), при цьому цей відсоток був вищим в Австралії (64,5%) і Сполучених Штатах Америки (67,9%). Надмірна вага спричиняє численні проблеми психологічного характеру, тому що повні люди у суспільстві часто сприймаються як менш привабливі, гірше пристосовані чи менш продуктивні. Це може викликати тенденції до низької самооцінки, депресивних станів і підвищеного рівня тривоги. Крім того надмірна вага, чи саме лише переконання про неї, з огляду на популяризований засобами масової інформації образ дуже худорлявої (і тільки тоді привабливої) фігури призводить до того, що багато дівчат і молодих жінок хочуть мати фігури моделі. З цією метою дотримуються суворої дієти, яка часом перероджується навіть у голодування.

У класифікації МКХ-10 подібно до американської DSM-IV виділяють: відразу до їжі (неврогенна анорексія), обжерливість (неврогенна булімія), а також нетипові розлади харчової поведінки. В DSM-IV додатково внесений синдром нападоподібного

переїдання (binge eating disorder) та синдром нічного переїдання (night eating syndrom). В опублікованій 2013 року класифікації Американської психіатричної асоціації перераховані наступні розлади харчової поведінки:

- Нервова анорексія (англ. *Anorexia Nervosa, AN*)
- Нервова булімія (англ. *Bulimia Nervosa, BN*)
- Спотворення апетиту (пікацизм) (англ. *Pica*)
- Розлад пережовування (синдром румінації, англ. *Rumination Disorder, RD*)
- Розлад харчової поведінки, котрий полягає в униканні чи обмеженні прийому їжі (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID*)
- Розлад харчової поведінки з епізодами неконтрольованого об'їдання (синдром раптового об'їдання, синдром з нападами об'їдання, англ. *Binge Eating Disorder, BED*)
- Інші специфічні розлади прийому їжі та харчової поведінки (англ. *Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED*)

Особливе місце в цій класифікації займає група OSFED, котра охоплює 50 – 70% всіх осіб з розладами харчової поведінки. До неї зараховуються особи, у котрих розлад протікає подібно до анорексії і булімії, але не задовольняє всіх діагностичних критеріїв для цих хвороб. Додатково група включає в себе два розлади з різною клінічною картиною, а саме:

- Синдром нічного харчування (англ. *Night Eating Syndrome, NES*), а також
- Розлад очищення (хвороба очищення, синдром очищення, англ. *Purging Disorder*).

Розлади харчової поведінки ніколи не обмежуються виключно самими лише проблемами прийому їжі. Невідповідне харчування є тільки видимим симптомом існування інших проблем, відповідальних за ці розлади. В групі розладів харчової поведінки можна виділити: булімію (страждають нею 1 – 2% осіб), психічну відразу до їжі чи нервову анорексію (страждають нею 2 – 4% осіб), а також напади об'їдання (гіперфагія, поліфагія), якими страждають 4 – 5% осіб. В класифікації можна також зустріти «розлади споживання їжі неуточнені» (EDNOS – eating disorder not otherwise specified), котрі характеризуються появою епізодів об'їдання і випорожнення (рідше ніж два рази на тиждень), повторного пережовування і випльовування їжі (без ковтання), нормальною вагою і зазвичай старшим віком. Булімія інколи

супроводжується іншими розладами, такими, як «зловживання алкоголем» (ймовірно йдеться про вживання зі шкідливими наслідками і залежність) – 23%, своєю чергою, приступоподібне об’їдання у чоловіків в 57% випадків супроводжується вживанням психоактивних речовин, у жінок у 28% випадків (Holderness і співавт., 1994).

Розлади харчової поведінки розвиваються на психогенній основі, прояви хвороби зумовлені багатьма факторами (конфлікт у сім’ї чи в школі, розчарування в коханні і т. ін.). Науковці, котрі шукали відповіді на питання, чому у одних розвивається анорексія, а у інших булімія, дійшли висновку, що:

- анорексія, це так зване «первинне уникання» (спосіб забезпечення перед дистресом і негативним мисленням),
- булімія, це так зване «вторинне уникання» (спроба блокування неприємних емоцій і негативних переконань стосовно власної особи, вже після їх появи).

Особи, котрі страждають на булімію чи анорексію, як правило, демонструють характерні риси особистості і мають проблеми з нав’язуванням контактів з оточенням. Особливо несприятливо складаються у них стосунки в межах власної сім’ї, а найгірше з матір’ю і старшими сестрами. В цілому, обидва синдроми мають подібну клінічну картину, хоча розлади, котрі супроводжують анорексію, зазвичай важчі.

Як при булімії, так і при анорексії домінує відсутність прийняття власного тіла, при цьому при анорексії страх перед ожирінням часто призводить до відмови прийняття їжі, тоді як при булімії виникає важке до опанування прагнення їжі, а спроби запобігання ожирінню полягають у провокуванні блювоти, вживанні очищаючих, сечогінних, гальмуючих апетит ліків, інтенсивних фізичних вправах і т. ін.. Серед факторів ризику захворювання на розлади харчової поведінки, крім індивідуальних (особистісних), беруться під увагу також соціальні (культурні) і сімейні фактори. Особистісні – це негативна самооцінка і схильність до зловживання ліками, а також інших імпульсивних дій. Культурні фактори – це мода, пов’язана з формою тіла та застосовуваними дієтами, а також коментарі стосовно зовнішності. Сімейні фактори – це залежність від психоактивних речовин в сім’ї (алкоголізм, залежність від ліків), афективні розлади, поява розладів апетиту.

Випадок «стійкої відсутності апетиту» був описаний ще 1689 року, а симптоми психічної відрази до їжі 1860 року описав Луї Віктор Марсе (1824-1864), але не дав їй назви. Психічна обжерливість («нервова булімія») вперше була науково описана 1979

року Расселом. Існують, однак, посилання, що вже Гален зустрічав симптоми «вовчого апетиту». В XIX ст. булімію описували також у Франції, як симптом цукрового діабету.

Не виключено, що в розладах апетиту важливу роль відіграє недавно відкритий пептидний гормон – грелін, котрий впливає на апетит, а також на гормональний обмін (в тому числі і вуглеводний). Зростання рівня греліну спостерігається в станах голодування, а також у осіб з ожирінням після втрати маси тіла. Оскільки експериментальний прийом греліну викликав зростання об'єму їжі, яка споживалася, дослідники розглядають можливість призначення греліну особам, хворим на анорексію з метою повернення їм бажання до вживання їжі.

В анорексії і булімії можна знайти багато спільних факторів, пов'язаних з порушенням механізмів, які регулюють харчування. Обидві хвороби можуть також змінювати свою клінічну картину і переходити одна в другу. Встановлено також, що розлади апетиту частіше зустрічаються у вегетаріанців. Розлад харчової поведінки типу анорексії у чоловіків інколи називають монорексією.

В подальшій частині книги я обмежуся обговоренням розладів харчової поведінки (харчування, прийому їжі), які зустрічаються найчастіше, а саме: анорексії, булімії, а також раптового, приступоподібного переїдання.

### **Анорексія (психічна відраза до їжі)**

Термін анорексія з'явився внаслідок поєднання двох слів: ап – позбавлення, відсутність і orexis – апетит. Означає він неохоту до їжі або відсутність апетиту. Симптоми анорексії найчастіше виявляються у віці 14 – 18 років (10% перед періодом дозрівання). За результатами оцінок, анорексія стосується 0,8 – 1% дівчат, молодших 18 років, і від 0,2 до 0,8% дорослих. Зростання захворюваності припадає на підлітковий період і стосується 0,5 – 1% популяції.

Значною мірою за анорексію відповідальна мода, яка прославляє і вихваляє худорляву фігуру, адже худорлявість в нашій культурі є синонімом сильної волі і перфекціонізму. Встановлено також, що ризик анорексії більш високий серед танцівниць і жінок, котрі заради рекордів займаються деякими видами спорту (гімнастика, фігурне катання на льоду). Існує навіть такий термін, як «атлетична тріада» у жінок, яка характеризується наявністю розладів харчування, розладів менструального циклу і остеопорозу. Цікавим є той факт, що результати досліджень свідчать також про те, що розлади харчової

поведінки частіше виникають у професійних військових в порівнянні з цивільним населенням.

Зазвичай анорексія розпочинається непомітно, найчастіше безневинним схудненням. На початку ніхто не підозрює наявності хвороби. Хвора особа систематично уникає їжі, в основному висококалорійних продуктів, багатих жирами і вуглеводами. Трапляється також приховування і викидання їжі, щоб родичі думали, що їжа спожита без залишку. Так само, як при булімії може мати місце провокування блювоти безпосередньо після прийому їжі, вживання очищаючих чи зневоднюючих засобів, а також систематичні заняття фізичними вправами.

До діагностичних критеріїв анорексії, за Файнером (Feighner, 1972)<sup>117</sup>, відносяться:

1. початок – до 25-го року життя,
2. втрата апетиту, яка супроводжується зниженням маси тіла щонайменше на 25% щодо вихідної,
3. порушення відношення (підходу) до прийому їжі, самого харчування і маси тіла, а також викривлене сприйняття образу власного тіла,
4. відсутність соматичної хвороби, якою можна було б пояснити зниження маси тіла,
5. відсутність інших психічних захворювань (зокрема: афективної хвороби, шизофренії, obsesивно-компульсивних розладів, фобій),
6. наявність щонайменше двох з перерахованих нижче симптомів:
  - відсутність менструацій,
  - лануго (пушок на шкірі, за допомогою якого організм намагається компенсувати втрату шару підшкірного жиру, який оберігає від холоду),
  - сповільнення ритму серця,
  - періоди надмірної активності,
  - епізоди обжерливості,
  - блювота (в тому числі провокування).

Серед соматичних симптомів психічної відрази до їжі додатково спостерігаються:

---

<sup>117</sup> [Feighner JP](#), [Robins E](#), [Guze SB](#), [Woodruff RA Jr](#), [Winokur G](#), [Munoz R](#). (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry; 26(1):57-63.

- втрата жирової тканини і м'язової маси,
- зниження основної температури тіла нижче 36°C з непереносимістю холоду,
- синюшність дистальних (периферійних) частин кінцівок і набряки,
- зниження артеріального тиску,
- почуття переповнення в мезогастрії зі здуттям і закрепами,
- зміна розмірів матки і яєчників,
- випадіння волосся,
- порушення водно-електролітного обміну, зміни формули крові (зменшення кількості еритроцитів – анемія, лейкоцитів, тромбоцитів), а також порушення гормонального обміну.

У відповідності до МКХ-10, діагностувати анорексію можна починати тоді, коли наявні чотири, з перерахованих нижче, симптоми (для дітей – п'ять):

- зменшення маси тіла, а у дітей відсутність приросту ваги; діти мають масу тіла щонайменше на 15% меншу від нормальної чи очікуваної для даного віку і зросту;
- втрата ваги викликається самим пацієнтом шляхом уникнення їжі, яка «повнить», та застосування одного чи більше способів з наступних: викликання у себе блювоти, вживання проносних засобів, надмірні фізичні вправи, застосування ліків, які вгамовують апетит та/чи діуретиків.
- викривлення образу власного тіла набуває специфічної психопатологічної форми, при якій страх перед ожирінням зберігається в якості нав'язливої надцінної ідеї і пацієнт вважає допустимою для себе лише низьку вагу.
- загальний ендокринний розлад, котрий у жінок проявляється аменореєю, а у чоловіків втратою статевого потягу і потенції (виключенням є збереження вагінальних кровотеч у аноректичних жінок, які знаходяться на замісній гормональній терапії, яка найчастіше приймається з метою контрацепції); можуть бути також: підвищення рівня гормону росту і кортизолу, зміни периферійного метаболізму тиреоїдного гормону і аномалії секреції інсуліну;
- у дітей крім того спостерігається запізнення або затримка численних явищ, пов'язаних з пубертатним періодом (припиняється ріст, у дівчаток не розвиваються грудні залози і має місце первинна аменорея, а у хлопчиків

залишаються ювенільними статеві органи). При одужанні пубертатний період нерідко завершується нормально, але пізно настає перша менструація.

Якщо мають місце не всі наведені вище симптоми, або симптоми проявляються в легкій формі, діагностується атипова нервова анорексія.

Американська психіатрична асоціація в DSM-5 запропонувала наступні діагностичні критерії анорексії:

А. Обмеження споживання необхідної організму енергії, котре призводить до значно низької маси тіла в контексті віку, статі, фізичного здоров'я. Значно менша маса визначається як маса, менша ніж мінімальна нормальна.

В. Інтенсивний страх перед приростом маси тіла і потовстінням або наполегливі завзяті дії, які суперечать приросту маси тіла, навіть тоді, коли маса тіла є значно низькою.

С. Викривлення сприйняття маси і форми власного тіла, надмірний вплив маси тіла чи його форми на самооцінку або заперечення серйозності низької маси тіла, яка є на даний момент.

Для постановки діагнозу анорексії необхідне підтвердження наявності всіх, перерахованих нижче, симптомів:

1. зменшення маси тіла (або відсутність приросту у дітей) на 15% від показника нормальної маси тіла чи очікуваної для віку,  $IMT < 17,5$ ;
2. поява мінімум однієї з форм поведінки, направленої на зменшення маси тіла:
  - a. уникання продуктів, які «повнять»,
  - b. провокування блювоти,
  - c. застосування проносних засобів,
  - d. виснажливі фізичні вправи,
  - e. застосування ліків, які знижують апетит і/або сечогінних препаратів;
3. порушене уявлення власного тіла, поява страху перед потовстінням у формі нав'язливої надцінної ідеї, котра викликає нав'язування собі низького ліміту маси тіла;
4. гормональні розлади: у жінок припинення менструальних циклів, у чоловіків втрата сексуального інтересу і потенції, підвищений рівень кортизолу і гормону росту, зміни метаболізму гормонів щитоподібної залози і порушення виділення інсуліну;

5. якщо початок мав місце перед настанням періоду статевого дозрівання, запізнення чи затримка цього процесу.

Нервову анорексію можна лікувати амбулаторно (індивідуальна і сімейна психотерапія доповнена фармакотерапією). Стаціонарне лікування необхідне в ситуації, коли:

- зниження маси тіла досягає 30% від маси, відповідної для віку і зросту,
- частота скорочень серця знижується до 40 ударів на хвилину,
- приєднуються порушення водно-електролітного обміну (особливо при значному падінні рівня калію в сироватці крові),
- пацієнтка застосовує інтенсивні проносні і зневоднюючі препарати, або з'являються ознаки депресивного синдрому з суїцидальними думками (тенденціями).

У випадку анорексії прогноз кращий, якщо хвороба розпочалася перед періодом статевого дозрівання (11 – 16 років), триває відносно недовго, а дефіцит маси тіла не перевищує 15 – 20% від нормальної. Однак, результати досліджень свідчать про те, що 90% осіб, які лікувалися з приводу анорексії, протягом 6 років переносять рецидив хвороби.

### **Булімія (психічна обжерливість)**

Слово булімія першим вжив Гален (II ст. н.е.) для означення хвороби, котру називали «вовчим голодом». Булімія – це синдром, який характеризується повторними епізодами переїдання (обжерства, ненажерства), після яких з'являється прагнення втрати маси тіла. Рецидивуючі епізоди переїдання характеризуються споживанням харчових продуктів у кількості, яка значно перевищує кількість їжі, яку вживає здорова людина за певний проміжок часу і при певних обставинах, а також втратою (порушенням) контролю над споживанням їжі під час такого епізоду. Особи, котрі страждають булімією, зазвичай об'їдаються в самотності, крім того таємно від осіб з найближчого оточення. Ця проблема значно частіше стосується жінок, ніж чоловіків. Найчастіше страждають нею дівчата і молоді жінки (у віці 18 – 25 років), натомість винятково рідко особи чоловічої статі. Стосується вона найчастіше жінок, котрі безуспішно намагалися дотримуватися різних дієт, а початком хвороби досить часто стає «відкриття», що вагу можна також контролювати, провокуючи блювоту і пронос. Серед хворих на булімію можна виділити також дві групи: особи, які користуються очищаючими засобами, і особи які не застосовують цих препаратів. Розповсюдженість булімії в США



оцінюється в межах 3 – 20% популяції. Проте варто пам'ятати, що булімія може бути проявом інших розладів і зустрічається при стресі, тривожних, депресивних розладах чи недоумстві.

Після епізоду («нападу») обжерства з'являється сором, почуття втрати контролю і переконання в низькій вартості. Булімія часто ускладнюється розладами менструальних циклів, а також розладами водно-електролітного обміну, нирковою недостатністю чи розладами функцій серцевого м'яза.

Відповідно до МКХ-10, для діагностування булімії необхідна наявність всіх перерахованих нижче симптомів:

- постійна заклопотаність їжею і непереборне прагнення чи почуття примусу до прийому їжі;
- повторні епізоди переїдання, котрі полягають у поглинанні величезної кількості їжі з короткими перервами з почуттям відсутності контролю під час об'їдання;
- протидія збільшенню маси тіла; пацієнтка з цією метою користується щонайменше одним з наступних методів: провокування блювоти, зловживання проносними засобами, періодичні голодування, прийом ліків, які пригнічують апетит, препаратів щитоподібної залози чи сечогінних; хвора на цукровий діабет може припинити приймати інсулін;
- щонайменше два епізоди об'їдання і очищення на тиждень, протягом трьох місяців;
- надмірна боязнь гладкості; хвора описує недоступні границі маси тіла, значно нижчі тих, що були до хвороби чи оптимальних з точки зору лікаря; часто, але не завжди, в минулому мав місце епізод психічної відрази до їжі (анорексії), період між двома цими розладами може становити від кількох місяців до багатьох років; попередній епізод анорексії був з розгорнутою клінічною картиною або з легким перебігом, з помірним зниженням маси тіла і/або затриманням менструального циклу.

Діагностичні критерії булімії DSM-IV були наближеними до МКХ, з тією різницею, що додатково виділялися два типи булімії: «з очищенням» (провокування блювоти, вживання проносних, зневоднюючих препаратів, клізм) і «без очищення» (застосування голодувань чи інтенсивних фізичних вправ).

Відповідно до DSM-5, для діагностики булімії необхідне підтвердження одночасної присутності всіх перерахованих нижче симптомів:

1. постійна заклопотаність їжею і непереборне прагнення прийому їжі; епізоди обжерливості, котрі полягають у поглинанні величезної кількості їжі за короткі проміжки часу;
2. застосування, щонайменше, одного зі способів протидії «повноті» (компенсаторної поведінки) внаслідок переїдання:
  - а. періодичні голодування,
  - б. провокування блювоти,
  - в. зловживання проносними засобами,
  - г. застосування ліків, котрі пригнічують апетит і/або сечогінних засобів,
  - д. відмова від прийому інсуліну при супутньому цукровому діабеті;
3. хвороблива боязнь ожиріння, прагнення досягнути маси тіла, нижчої за оптимальну.

При проведенні диференційної діагностики необхідно брати до уваги досить часту одночасну присутність розладів особистості, залежностей від психоактивних речовин та депресії.

Пацієнти часто старанно приховують епізоди булімії, проте деяка поведінка дозволяє оточенню виявляти проблему. Спостерігаючи за поведінкою особи з булімією, можна зауважити:

- часте відвідування туалету після прийому їжі;
- розриви дрібних кровоносних судин (на білках очного яблука);
- зміни на слизових оболонках ротової порожнини, викликані кислою реакцією блювотини;
- сухість у роті і набряки слинних залоз;
- присутність на пальцях рук ранок або подряпин, які можуть виникнути при викликанні блювоти;
- великі покупки харчових продуктів і їх швидке «зникнення»;
- наявність упаковок від проносних засобів.

Стаціонарне лікування булімії показане, якщо:

- напади об'їдання і блювоти мають місце кілька разів на день,

- має місце інтенсивне зловживання проносними засобами,
- існують психіатричні показання, такі як, напр., депресія з суїцидальними думками/спробами;
- значна дисфункційність сім'ї,
- не вдається досягнути результату при амбулаторному лікуванні.

## Діабулімія

1970 року були описані перші випадки пацієнтів з цукровим діабетом першого типу, у яких одночасно спостерігалися розлади харчової поведінки з категорії анорексії і булімії (Shaban, 2013)<sup>118</sup>. Хворі на цукровий діабет розуміють, у чому полягає анаболічна дія інсуліну і які наслідки може мати застосування великих доз цієї речовини, а також знають, що такі дії можуть призводити до приросту маси тіла. Саме з цієї причини, деякі особи починають маніпулювати дозами інсуліну з метою досягнення бажаної маси тіла, або її утримання. Це явище отримало назву діабулімія (Mathieu, 2008)<sup>119</sup>. Отже, діабулімія полягає у навмисному пропусканні доз інсуліну з метою редукції маси тіла чи запобігання приросту ваги у осіб з діабетом першого типу (Jones і wsp., 2000)<sup>120</sup>.

До типових симптомів діабулімії належать: неправильний спосіб харчування (зазвичай подібний до харчування осіб з булімією), швидка втрата маси тіла, збереження високого рівня цукру, схильність до метаболічного ацидозу, obsesія на пункті розмірів і форми тіла, а також сильне почуття незадоволення власною зовнішністю.

Ця проблема стосується близько 20% жінок з цукровим діабетом 1-го типу (Markowitz, 2010)<sup>121</sup>. У осіб з діабулімією, так само як при інших розладах харчової поведінки, можна спостерігати прояви дисморфофобії (зберігається переконання про дефективність тіла і переживання вад власного зовнішнього вигляду), а також obsесивно-компульсивні і тривожні розлади (Bienvenu і wsp., 2012)<sup>122</sup>.

<sup>118</sup> Shaban C. Diabulimia (2013): mental health condition or media hyperbole? *Practical Diabetes*; 30: 104–105a.

<sup>119</sup> Mathieu J. (2008): What is diabulimia? *J Am Diet Assoc.*;108:769-770.

<sup>120</sup> Jones J.M., Lawson M.L., Daneman D., Olmsted M.P., Rodin G. (2000): Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *British Medical Journal*10;320: 1563–1566.

<sup>121</sup> Markowitz J., Butler D.A., Volkening, L.K., Antisdel J.E., Anderson B.J., Laffel L.M. (2010): Brief screening tool for disordered eating in diabetes: Internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*; 33: 495–500.

<sup>122</sup> Bienvenu O.J., Samuels J.F., Wuyek L.A. і wsp. (2012): Is obsessivecompulsive

Лікування осіб, які страждають на діабет, подібне до лікування анорексії і булімії, під час якого пацієнти навчаються керуванню харчуванням, і вмінням гнучко мислити про їжу і вагу. Проте кожний, хто лікується з приводу діабету, мусить одночасно робити все можливе, щоб стабілізувати рівень цукру в крові, а також приймати щоденні дози інсуліну згідно з рекомендаціями спеціаліста.

### **Синдром раптового нападоподібного об'їдання**

Синдром (розлад) раптового нападоподібного об'їдання (англ. *binge eating disorder*) проявляється рецидивуючими епізодами переїдання, які супроводжуються почуттям втрати контролю і незадоволення самим собою.

Цей синдром відрізняється від булімії тим, що пацієнти не намагаються в паніці позбутися прийнятої їжі чи калорій за допомогою блювоти, очищення, голодування чи надмірних фізичних вправ. Така поведінка виникає спорадично, без типової для булімії регулярності. Оскільки сам напад об'їдання подібний до нападів булімії, деякі науковці і клініцисти вважають, що цей розлад можна трактувати як специфічну форму булімії.

Раптовим нападоподібним об'їданням страждають найчастіше чоловіки і цей синдром належить до розладів харчової поведінки, які найчастіше зустрічаються серед чоловіків. Більшість осіб, які страждають на цей розлад, переживають сильний стрес, адже найчастіше це дуже амбітні люди, котрі ставлять перед собою високі цілі. Вони старанно приховують свою проблему і соромляться того, що не в змозі контролювати свою поведінку, а також намагаються самостійно справитися з проблемою, проте, найчастіше, без успіху.

До діагностичних критеріїв відносяться:

А. Епізоди переїдання, які повторюються і характеризуються двома ознаками:

1. з'їдання за короткий час (наприклад, протягом двох годин) такої кількості їжі, яка для більшості людей є занадто великою, щоб можна було її з'їсти за той самий час і при тих самих обставинах,
2. почуття відсутності контролю над прийомом їжі під час епізоду (напр., усвідомлення того, що не можна перервати прийом їжі, або контролювати її кількість і спосіб споживання).

В. Епізоди об'їдання супроводжуються трьома (чи більше) характерними діями:

3. значно швидше споживання їжі, ніж в нормі,
4. споживання їжі аж до відчуття неприємного пересичення,
5. споживання великої кількості їжі, незважаючи на відсутність відчуття фізичного голоду,
6. споживання їжі в самотності через сором з приводу кількості їжі, яка з'їдається,
7. відчуття огиди до самого себе, знижений настрій чи сильне почуття провини після епізоду переїдання.

С. Напади об'їдання супроводжуються значним виснаженням.

Д. Епізоди переїдання мають місце, в середньому, раз на тиждень, протягом трьох місяців (аналогічно, як в критеріях для булімії в DSM-5).

Е. Напади об'їдання не супроводжуються регулярним застосуванням недоречних дій компенсаторного характеру (напр., провокуванням проносу, голодуванням, надмірними фізичними вправами) і не виникають виключно в процесі анорексії чи булімії.

### **Запобігання і лікування**

Істотним фактором, який допомагає справитися з розладами харчової поведінки, є моніторинг кількості їжі, яка споживається. Особи з надмірною вагою, а також ті, хто страждає розладами харчової поведінки, повинні намагатися створити для себе умови, які б сприяли контролюванню процесу харчування, тобто повинні пам'ятати, що потрібно їсти в певну пору дня, завжди в сидячому положенні, всі страви споживати виключно з тарілки, накладати собі порції середньої величини (й навіть залишати трохи їжі на тарілці), а також пильнувати, щоб не переглядати телевізор під час прийому їжі. Серйозною проблемою в збереженні успішного контролю над харчуванням є те, що він вимагає багато зусиль і послідовності. Невдачі у сфері саморегуляції прийому їжі подібні до поразок у контролі над вживанням алкоголю. Так само, як у випадку залежності від алкоголю, значно важче перервати споживання їжі в процесі, ніж не допустити до початку споживання. Однак, уникати їжі значно важче ніж алкоголю, тому що споживання харчових продуктів необхідне для підтримання життя.

Запобігання переїданню полягає, зокрема у недопущенні порушення дієти. Найчастіше це відбувається тоді, коли починають діяти подразники, пов'язані з харчуванням, напр.,

вигляд, смак чи запах страви, які викликають фізіологічну реакцію виділення слини, а також прагнення споживання їжі. Дуже важко дотримуватися також в деяких соціальних ситуаціях, таких, наприклад, як участь у прийомах чи товариських зустрічах.

Дослідження показали, що особи з ожирінням більш вразливі до зовнішніх подразників, ніж до внутрішніх, пов'язаних з відчуттям голоду. Особливо чутливі до зовнішніх подразників особи, які страждають булімією, а також ті, у кого бувають напади переїдання (Heatherton і Vaumeister 1991). Під час прийому їжі вони керуються найчастіше, напр., порою дня, якістю їжі чи суспільними поглядами (Stunkard, Koch 1962, Schachter 1971). Виявилось також, що гладкі клієнти ресторанів частіше, ніж особи з нормальною масою тіла, замовляють десерти тоді, коли офіціант покаже, як десерт виглядає і скаже, що він смачний (Herman і wsp. 1983). Проте не можна виключити, що поведінка, яка приписується повним особам, є наслідком не ожиріння а намагання схуднути.

Основною формою лікування розладів харчування (харчової поведінки) є психотерапія, котра інколи вимагає фармакологічного супроводу. Існують наукові повідомлення, в яких говориться про те, що частина хворих реагує на антидепресанти (особливо з групи СІЗЗС у великих дозах), і їх використовують для підтримки процесу психотерапії.

Методи психотерапії відрізняються залежно від того, які теоретичні підходи відносно причин цих розладів визнає терапевт. Одним з методів лікування є, наприклад, гештальт-терапія, котра опирається на концепції, що їжа була важливим засобом комунікації в сім'ї пацієнтки і способом висловлення почуттів. Надмірне піклування про заспокоєння голоду дитини могло бути формою компенсації відсутності емоційного контакту з нею чи теж проявом реалізації потреби здійснювати над дитиною контроль. Своєю чергою особа, яка страждає розладом харчової поведінки, через відсутність вміння правильно висловлювати свої почуття, почала висловлювати їх за допомогою їжі. Об'їдання могло, наприклад, символізувати потребу тепла, блювота могла означати негативні емоції й навіть ненависть до батьків, яку хвора особа боїться висловити прямо, а голодування могло бути проявом відсторонення чи заборони собі приймати тепло від найближчих осіб. Лікування розладів харчової поведінки важке і довготривале, а досвід, здобутий в психотерапевтичних стосунках,

перевіряється і використовується в реальному житті, в стосунках з найближчими особами.

Метод контролювання кількості їжі, яка приймається, яким є уникнення (гамування) думок про їжу, у деяких осіб може викликати зворотну реакцію, тобто оволодіння думками про їжу. Лікування булімії повинно допровадити до наступних змін: позиція обмеження щодо їжі, мінімізація побоювань щодо ваги і фігури, а також покращення самооцінки. Таким чином, лікування булімії повинно полягати в зміні стилю життя, звичок і навиків, пов'язаних з харчуванням, а також у комплексній психотерапії, поєднаній з сімейною терапією й інколи з фармакологічною підтримкою. Пацієнт мусить усвідомити собі факт, що хвороба є наслідком поведінки, пов'язаної з споживанням їжі, а це, своєю чергою, має тісний зв'язок з його емоційним станом, а також з життєвими подіями. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) булімії полягає у:

- моніторингу харчування, піклуванні про регулярний прийом їжі і впровадженні страв і харчових продуктів, яких особа уникала;
- моніторингу думок і дій, пов'язаних з харчуванням;
- аналізуванні і обговоренні переконань, які стосуються образу самого себе і самооцінки, перфекціонізму і труднощів у досягненні цілей;
- конструюванні раціональних і реальних очікувань щодо себе і свого вигляду.

Випадки відхилення від встановленого плану (напр., провокування блювоти після прийому їжі) не розглядаються як поразка, а як тема для подальшої психотерапії.

В лікуванні анорексії необхідно прямувати до:

- Відбудови здорової маси тіла, у жінок – до відновлення нормальних менструальних циклів і овуляції, у чоловіків – до повернення лібідо і нормального рівня гормонів, у дітей і підлітків – до відновлення нормального психофізичного розвитку і дозрівання.
- Лікування соматичних ускладнень.
- Зміцнення мотивації пацієнта до співпраці у поверненні здорових моделей харчування і участі в лікуванні.
- Постачання знань на тему здорового харчування і його еталонів.
- Надання пацієнтові допомоги у переоцінці і зміні істотних пізнавальних дисфункцій, позицій, мотивів, конфліктів і емоцій, пов'язаних з хворобою.

- Усунення чи мінімізація супутніх психічних розладів.
- Забезпечення підтримки сім'ї і заохочення до сімейної терапії, якщо існує така потреба.
- Запобігання рецидивам.

Підтримкою для багатьох осіб з проблемою об'їдання можуть бути вже згадувані раніше групи Анонімних Ненажер (Обжер, Осіб, котрі переїдають) чи менш популярні групи Анонімних осіб, які їдять компульсивно (Compulsive Eaters Anonymous -H.O.W., де H.O.W. це акронім Honesty, Open-mindedness та Willingness, що означає Чесність, Відкритість і Готовність), а також Анонімних осіб, uzалежнених від їжі (Eating Addictions Anonymous).

Перша група Анонімних Ненажер (Overeaters Anonymous) була заснована жителями південної Каліфорнії, а перше зібрання відбулося в січні 1960 року. 2019 року функціонувало понад 6500 груп в понад 75 країнах, а кількість членів перевищила 60 000. У третю суботу листопада вони святкують Міжнародний день досвіду абстиненції – IDEA (International Day Experiencing Abstinence). Проведені 1992 року дослідження Інституту Геллапа показали, що середній член спільноти Анонімних Ненажер – це 44 річна жінка, котра протягом майже 14 років їла надмірно, бере участь у зібраннях близько 4 років і за цей період втратила вагу, точніше 40 фунтів (1 американський фунт = 0,454 кг).

1987 року у Флориді (США) було засновано братню для АН спільноту - Food Addicts Anonymous (FAA). Члени цієї спільноти утримуються від певних харчових продуктів, від яких почувають себе залежними (напр., від муки і цукру).

Групи Анонімних Ненажер існують також у Польщі. На території Польщі щотижня відбувається понад 40 зібрань.



## Розділ 47

### *Інші види компульсивної поведінки, пов'язаної з харчуванням*

Дедалі частіше можна зустріти людей, які поступово вводять обмеження в свою дієту, дошукуючись в чергових харчових продуктах шкідливих складників і консервантів. З часом вони перестають довіряти магазинам зі «здоровими продуктами» і починають самі вирощувати у власному городі овочі і фрукти, бо тільки тоді мають гарантію, що споживаний продукт буде «насправді» здоровим. Таке obsесивне піклування про здорове харчування отримало назву – орторексія (нервова орторексія, від грец. ortho – правильний, orexis – апетит).

Вперше термін орторексія застосував 1997 року лікар Стівен Братман. Свої спостереження він описав у книзі „Health Food Junkies”<sup>123</sup>. Автор в дитинстві страждав на алергію. Лікування виключало з його дієти пшеничне печиво і молочні продукти. З роками страх перед їжею, яка могла б зашкодити, почав приймати форму obsесії. Єдиним шансом його життя стала здорова дієта. Щодня він годинами готував для себе їжу, вивчав літературу на тему здорового харчування і вишукував нові дієти. Через деякий час Братман свою дієту обмежив виключно екологічними продуктами, а кожний шматок їжі прожовував по 50 разів. Він так сильно концентрувався на дієті, що почав уникати друзів, перестав брати участь у спільних обідах і вечерях. Зорієнтувався, що з ним щось не так, тільки тоді, коли закінчив медичний університет і зайнявся наданням професійної допомоги. В своєму кабінеті він зустрічав пацієнтів, які винятково ригористично дотримувалися дієти і зрозумів, що obsесії пацієнтів ідентичні його проблемі. Цю нову нозологічну одиницю він назвав *нервова орторексія*.

Роками тривають дискусії стосовно того, до якої категорії розладів потрібно зараховувати орторексію, до порушених моделей харчування, до obsесивно-компульсивних розладів чи до біхевіоральних. Дискусія виникає через те, що при орторексії з однієї сторони ми спостерігаємо накопичення знань на тему харчування, вишукування «відповідних» продуктів, а також присвячення великої кількості часу приготуванню їжі, що теж має місце при залежностях і компульсивній поведінці, а з

---

<sup>123</sup> Bartman S. (2000): Health Food Junkies — Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. Broadway Books, New York.

іншої сторони надається велике значення контролюванню свого харчування, а також його фізичним наслідкам, так як, наприклад, при анорексії. Робилися спроби уніфікувати дефініцію і діагностичні критерії і, напр., Доніні і співавтори (Donini і співавт., 2004)<sup>124</sup> запропонували, щоб діагностичні критерії брали до уваги чотири складові: obsесивно-компульсивні розлади; надмірну прив'язаність до здорового харчування, сталий характер розладу, а також негативні наслідки для особи. Одночасно автори оцінили, що розповсюдженість орторексії в загальній популяції становить 6,9%. Своєю чергою турецькі дослідження оцінили розповсюдженість орторексії серед студентів медичних вузів у 1,9% і показали, що цей розлад стосується частіше чоловіків, ніж жінок (Fidan і співавт., 2010)<sup>125</sup>.

Вид продуктів, які споживаються, залежить від поглядів особи з орторексією, бо кожна з цих осіб obsесивно намагається їсти виключно ті харчові продукти, які визнає здоровими. Дедалі більше часу поглинає мислення про їжу і планування свого харчування. Приготування їжі розкладене на етапи. Спочатку це планування прийому їжі, яке займає багато часу, далі пошуки і покупка необхідних складників і врешті саме готування, яке передбачає різні, часто рестрикційні правила і техніки. Цей останній етап, при умові, що все відбувалося правильно, дає почуття задоволення. Якщо під час готування щось пішло не так, замість задоволення з'являється почуття вини й навіть думки про призначення собі покарання.

На відміну від хворих на анорексію, особи з орторексією ставлять у пріоритет якість, а не кількість продуктів, які споживають. Нав'язують собі щораз більш ригористичні і вишукані дієти, вважаючи, що це дасть їм гарантію здоров'я. Вилучають з харчування різні продукти, що досить часто призводить до елімінації з дієти деяких мінеральних складників і вітамінів, необхідних для правильного функціонування організму. Буває так, що вони споживають тільки кілька однакових «дозволених» продуктів, які самі визнали безпечними для організму. Така неправильно збалансована дієта з дефіцитом різних елементів може викликати серйозні фізичні розлади, а інколи також і психічні.

---

<sup>124</sup> Donini L.M. і wsp. (2004): Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.* Jun;9(2):151-7.

3 Fidan T, Ertekin V, Isikay S, Kirpinar I. (2010): *Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey.* *Compr. Psychiatry*; 51 (1): 49–54.

Позиція, яка полягає в тому, що особа з орторексією концентрується на якості продуктів, які вона споживає, і визнає «виключно правильну ідеологію» стосовно харчування, є джерелом постійних конфліктів з близькими людьми, пов'язаних головним чином зі зберіганням, приготуванням і споживанням їжі. Близькі особи часто трактуються як вороги, котрі не тільки не розуміють орторектика, але також перешкоджають йому в «здоровому» харчуванні. Присвячення великої кількості часу плануванню меню і приготуванню страв відбувається дуже часто коштом часу, необхідного для виконання інших обов'язків, як домашніх, так і професійних.

Орторектики найчастіше уникають:

- деяких овочів і фруктів через побоювання пестицидів, які в них містяться,
- харчових продуктів, які містять в собі штучні барвники і консерванти,
- булок – у зв'язку з вмістом в них так званих «покращувачів»,
- м'яса і молочних продуктів – з боязні перед антибіотиками, які в них містяться,
- ковбасних і копчених виробів – з огляду на вміст в них консервантів,
- майонезу – з приводу великого вмісту жиру.

Відповіді на представлені нижче питання дають можливість підтвердити наявність загрози орторексії:

1. Чи витрачаєш ти на планування і закупи їжі більше ніж три години на день?
2. Чи вже сьогодні ти думаєш про те, що будеш їсти завтра?
3. Чи купував/ла ти протягом останнього року декілька мотивуючих книжок про дієти?
4. Чи аналізуєш ти щодня скільки вжив/ла калорій?
5. Чи робиш ти покупки, як правило, в екологічних магазинах («продуктів здорового харчування»)?
6. Чи бувало так, що ти відмовлявся/лася взяти участь в заході, чи раніше покидав/ла його, через нездорове меню?
7. Чи відчуваєш ти провину, коли з'їси щось нездорове?
8. Чи любиш ти їсти в самотності?
9. Чи уникаєш ти категорично харчування в барах і ресторанах?

Стверджувальна відповідь більше ніж на п'ять питань говорить про те, що варто скористатися допомогою спеціаліста.

Орторексія пов'язана з можливістю появи, особливо у молодих людей, проблем зі здоров'ям, спричинених недобором чи надлишком у раціоні харчування тих чи інших складників. У крайніх випадках доходить до ситуації, коли орторектик вирішує, що здоровим є виключно вживання води з певних джерел (Kummer і wsp., 2011)<sup>126</sup>.

Одночасно можуть появитися соціальні проблеми, тому що орторектики досить часто уникають спільних прийомів їжі і не їдять за межами власного дому, що, своєю чергою, тягне за собою наростаючу самотність і соціальну ізоляцію. Згадуваний раніше Братман вважав, що «краще їсти піцу з друзями, ніж хрупати паростки в самотності» (за Kołodowicz і Doboszyńska 2013)<sup>127</sup>.

Лікування орторексії вимагає міждисциплінарного підходу за участю лікарів, дієтологів і психотерапевтів. Істотну роль відіграє, в цьому випадку, застосування відповідної дієти, а також когнітивно-пізнавальна психотерапія з фармакологічною підтримкою. Терапія повинна починатися зі збалансування дефіцитів харчових складників, вітамінів і мікроелементів з одночасною психотерапевтичною підтримкою.

## **Пермарексія**

Пермарексія – це поведінка, котра полягає у ретельному застосуванні дієт з одночасним скрупульозним зважуванням продуктів, точним рахуванням калорій і ригористичним обмеженням свого меню. Протягом багатьох років цей розлад зараховується до біхевіоральних залежностей і сприймається як споріднений з анорексією. Термін пермарексія походить від поєднання латинського слова *permanēre* - залишатися, постійно перебувати і грецького *orexis* – апетит.

Серед факторів, котрі впливають на виникнення пермарексії виділяють: емоційну нестабільність, низьку самооцінку, труднощі з прийняттям себе, особливо свого зовнішнього вигляду, відсутність самоконтролю а також високі амбіції, поєднані з відсутністю успіхів. Одночасно у цих осіб спостерігається сильна потреба у визнанні і схваленні з боку оточення. Серед причин пермаректичної поведінки важливу роль відіграє бажання зменшення маси тіла, котре перероджується в obsesію. Незважаючи на зменшення маси тіла, особа, яка страждає пермарексією, не відчуває задоволення

---

<sup>126</sup> Kummer A., Dias F., Teixeira A. (2018): On the concept of orthorexia nervosa. Scand. J. Med. Sci. Sports; 18 (3): 395–396.

<sup>127</sup> Kałodowicz E і Doboszyńska A. (2013): Ortoreksja na tle innych zaburzeń odżywiania. Forum Medycyny Rodzinnej 7, 6:307-315

результатами застосовуваної дієти, тому замінює її на іншу, що дає їй удаване відчуття контролю над власним життям.

Переважає більшість осіб, які страждають пермарексією, це жінки, які проявляють також схильність до перфекціонізму з низьким почуттям гідності і дуже амбітні, яким схуднення дає відчуття задоволення, контролю над власним тілом, а також сприяє тому, що вони відчують себе сильнішими і більш цінними. Пермарексія може призвести до багатьох хвороб, в тому числі і до анорексії і так само, як залежності, дестабілізує сімейне і суспільне життя. Дуже часто сімейне чи суспільне життя відходить на задній план, тому що важливішим стає те, що має потрапити на тарілку. Особа, котра страждає пермарексією намагається уникати товариських зустрічей, на яких їдять і п'ють. Наслідком може бути поступова втрата знайомих, за якою наступає обмеження контактів з дійсністю.

### **Прегорексія**

Прегорексія (англ. pregnancy - вагітність + грец. orexis – апетит), котру називають також анорексією вагітних, це obsesійна одержимість збереженням худорлявої фігури у вагітної жінки, котра вважає, що збільшення маси тіла погіршує її привабливість, як жінки. Це своєрідна психічна відрізка до їжі у вагітних жінок, котра може ініціювати цей розлад у майбутньому. Частіше виникає у так званих «успішних жінок». Ці жінки контролюють масу тіла для того, щоб обмежити вплив вагітності на зовнішній вигляд. Вони роблять це за допомогою значного зменшення кількості споживаної їжі, застосування голодувань одночасно з інтенсивними фізичними навантаженнями, провокування блювоти. Все це призводить до зростання ризику дефіциту білків, вітамінів і мікроелементів, необхідних як плоду, а в майбутньому для правильного розвитку дитини, так і матері у підготовці до пологів і лактації.

Симптомами прегорексії визнається:

1. Застосування рестрикційних дієт і голодувань.
2. Виконання важких, невідповідних для вагітних жінок, тренувань.
3. Часте контролювання маси тіла.
4. Вживання сечогінних і проносних засобів.

Термін «прегорексія» вперше було вжито 2008 року в телевізійній програмі „The Early Show” на каналі Fox News у зв'язку з необхідністю дати визначення розладам харчової

поведінки, які виникають у вагітних жінок, котрі надмірно зменшили кількість калорій у дієті і виконували інтенсивні фізичні вправи. Перші випадки анорексії вагітних описані в США і Великобританії (Mathieu, 2009)<sup>128</sup>. Спочатку цей термін використовували в науково-популярній літературі, а з часом це явище стало предметом наукових досліджень.

У жінок з прегорексією вагітність не стає перешкодою ані для інтенсивних фізичних вправ, ані для суворої дієти чи вживання додатково фармакологічних засобів (проносних, блювотних чи діуретиків). Така позиція є проявом виняткового егоїзму майбутньої матері, тому що несе в собі загрозу для здоров'я плоду і розвитку дитини. Недоїдання жінок, які планують стати матерями і вагітних створює ризик неправильного перебігу вагітності, а також гіршого стану здоров'я новонародженої дитини.

### **Алкорексія**

Термін алкорексія (англ. drunkorexia, ebrioreksja) походить від поєднання слова алкоголь зі словом грец. orexis – апетит, і був впроваджений 2011 року. Алкорексія не врахована у класифікаціях DSM чи МКБ, натомість багато хто вважає її підкатегорією анорексії чи булімії.

Дослідники звертають увагу на три аспекти алкорексії: надмірне вживання алкоголю, надмірне вживання їжі і надмірна фізична активність (Barry і Piazza-Gardner, 2012). До симптомів алкорексії відносять:

- скрупульозне рахування калорій, для того, щоб переконатися, що вживання алкоголю не призведе до збільшення маси тіла,
- уникання прийому їжі і голодування з метою «заощадження калорій», які будуть спожиті разом з алкогольним напоєм,
- виконання фізичних вправ з метою «спалення» калорій, отриманих разом з алкогольними напоями,
- вживання великої кількості алкоголю для провокування блювоти, яка усуне рештки спожитої раніше їжі.

---

<sup>128</sup> Mathieu J. (2009): What is pregorexia? J Am Diet Assoc.; 109: 976–979.

Таким чином, алкорексію можна трактувати як різновид розладу харчової поведінки, котрий полягає у голодуванні (діяльність, пов'язана з анорексією) або викликанні блювоти чи застосуванні проносних засобів або діуретиків, щоб обмежити («зеконормити») поглинання калорій. Зустрічаються також ситуації провокування блювоти, щоб позбутися калорій, які були спожиті разом з випитим алкоголем, і все це для того, щоб змогти випити більше алкоголю, який також є джерелом калорій. Бувають також ситуації, коли хвора особа голодує або блює для того, щоб пізніше пити алкоголь без страху за фігуру. Згубне вживання алкоголю, яке спостерігається при алкорексії з часом може перейти у залежність від алкоголю.

Особа, яка страждає алкорексією, це, як правило, молода жінка, яка цілий день голодує, щоб ввечері піти на «скроплену алкоголем» забаву. Кожна алкоректичка знає, що у своїй «дієті» можна дозволити собі не всі алкогольні напої (напр., забороняє собі пиво).

### **Брідорексія**

Брідорексія (англ. bride = наречена, молода + грец. orexis – апетит) – це тимчасовий, минучий розлад харчової поведінки, який виникає у молодих жінок, котрі готуються до шлюбу. Полягає він у тому, що жінка, котра готується до шлюбу переходить на сувору дієту для того, щоб швидко схуднути і гарно виглядати на весіллі. Така поведінка інколи стає початком анорексії.

Опубліковані Корнелльським університетом в журналі *Appetite* (3 червня 2012 року) результати досліджень групи 272 наречених показали, що:

- близько 70% досліджуваних протягом шести місяців, що передували даті шлюбу, застосовували якусь форму дієти і виконували фізичні вправи,
- досліджувані жінки частково втратили вагу (в середньому 8 фунтів) на момент шлюбу,
- більшість жінок планували зменшення маси тіла за допомогою здорових методів, таких як: вживання більшої кількості води, обмеження кількості їжі, обмеження кількості калорій а також заняття аеробікою,
- близько 25% жінок, щоб схуднути, вдавалися до «крайніх методів»: паління тютюну, застосування таблеток для схуднення, уникання прийому їжі у відповідний час,

- близько 14% наречених купили весільні сукні меншого розміру, ніж мали на момент покупки.

Існували підозри, що на брідорексію страждала Кейт Мідлтон – дружина британського принца Вільяма.

## **Бігорексія**

Бігорексія (синдром Адоніса, м'язова дисморфія) – це патологічне дбання про свій зовнішній вигляд, частково пов'язане з харчуванням. Таким терміном психіатр Пол Поуп з Гарвардської медичної школи описав «обсесію на пункті мускулистого тіла» (Pope і wsp., 2005)<sup>129</sup>.

Цей розлад стосується в основному молодих чоловіків, котрі обсесивно дбають про свої м'язи, постійно відвідують тренажерні зали, де виконують культуристські вправи. Інтенсивні тренування супроводжуються високобілковою дієтою з низьким вмістом жирів, використанням харчових добавок, а також додатковим вживанням анаболічних стероїдів, що призводить до певних шкідливих наслідків для здоров'я. Завдяки такій дієті їм вдається досягти ідеальної, в їхньому розумінні, фігури. Трапляються випадки, коли для досягнення цієї фігури вони наважуються навіть на силіконові м'язові імплантати.

Теперішню бігорексію раніше називали зворотною анорексією – англ. reverse anorexia (Pope і wsp. 1993)<sup>130</sup>.

Симптоми бігорексії, це:

- Надмірна стурбованість своїм зовнішнім виглядом, мускулатурою, фігурою і масою тіла.
- Будування власної самооцінки на вигляді тіла.
- Суб'єктивне переконання у тому, що тіло не достатньо мускулисте і обдумування способів подальшого покращення фігури, що може призвести до занедбання інших обов'язків.

---

<sup>129</sup> Pope C.G., Pope H.G., Menard W., Fay Ch., Olivardia R., Philips K.A. (2000): Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*; 2(4): 395–400.

<sup>130</sup> Pope H.G., Katz G. L., Hudson J.I. (1993): Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*; 34(6):406-409



- Застосування суворих дієт, приготування спеціальних страв.
- Часте застосування харчових добавок і суплементів дієти без консультації зі спеціалістами.
- Продовження тренувань і дотримання дієти навіть в ситуації загрози здоров'ю.

Особи, котрі страждають на бігорексію не беруть до уваги той факт, що модель м'язової маси значною мірою обумовлена генетично, і неможливо досягнути змін, поза межами певних параметрів, навіть якщо дуже багато тренуватися.

### **Мегарексія**

Мегарексія – це obsесивне намагання збільшення маси тіла. Можна сказати, що це реалізація потреби «бути великим». З цією метою особи, котрі страждають на мегарексію, об'їдаються висококалорійними продуктами (напр., фаст-фуд). В результаті це призводить до збільшення маси тіла, спричиненої розростанням жирової, а не м'язової, тканини. Це призводить до ожиріння, яке мегаректики заперечують і вважають, що їх вигляд не повинен викликати застережень, а також, що вони не мають жодних проблем зі здоров'ям.

Так само, як при бігорексії, досить поширені інтенсивні тренування в тренажерному залі і вживання анаболічних стероїдів. Деякі дослідники не розділяють мегарексії і бігорексії. Відомі випадки збільшення маси тіла на 200 кг.

### **Фаторексія**

Фаторексія полягає у тому, що особи зі значною надмірною вагою (ожирінням) і деформованою, в зв'язку з цим, фігурою, переконані, що з їх вагою і виглядом все в порядку. Цей розлад – протилежність анорексії. Найчастіше спостерігається у осіб віком понад 45 років і, за результатами оцінок, стосується близько 2,7% населення земної кулі. За даними British Medical Journal близько 25% осіб з надмірною вагою не вважають себе гладкими (Stuckler&Basu, 2013)<sup>131</sup>.

Назва походить від виданої 2010 року книги Сари Берд „Fatorexia: What Do You See When You Look in the Mirror?“ (Фаторексія: Що ти бачиш, коли дивишся у дзеркало?). Авторка, будучи бізнес-леді, поділилася на сторінках цієї книги власним досвідом про те, яка була сердита на себе через те, що не помічала, як насправді виглядала, як

<sup>131</sup> Stuckler D., Basu S. (2013): Getting serious about obesity. BMJ; 346:f1300

відкрила і повірила в те, що має проблему, і як домоглася схуднення без допомоги спеціалістів. Багато хто вважає цей термін образливим.

Деякі дослідники не диференціюють фаторексію і мегарексію, а також не вважають їх розладами харчової поведінки, а лише розладами зі згадуваного раніше кола дисморфофобій.

### **Вігорексія**

Термін вігорексія є заміником слова бігорексія. Це поведінка, яка полягає у obsесивному дбанні про спортивну, мускулістичну фігуру. З цієї причини вігоректики – це постійні відвідувачі фітнес клубів і тренажерних залів, де вони мають всі необхідні умови для моделювання власного тіла. Вігорексія також пов'язана із застосуванням дієти, тому що в рамках піклування про відповідну фігуру вігоректики турбуються про низьке споживання жирів, а також дотримуються суворих дієт, котрі допомагають їм дбати про «ідеальну» мускулатуру. Деякі спеціалісти вважають, що це різновид obsесивно-компульсивних розладів.

### **Залежність від солодоців**

Солодоці – це харчові продукти з солодким смаком і сталою консистенцією. Найбільш відомі солодоці, це: цукерки, батончики, тістечка чи желе, а також шоколад. Головним складником солодоців є цукор.

Роками науковці шукають відповіді на питання – що такого мають у собі солодоці, що так багато людей не можуть собі відмовити у їх споживанні. В лабораторних умовах щурам, крім звичайної їжі, давали підсолоджену воду. Незабаром виявилось, що потреба у цій воді зростає, а раптове позбавлення її викликає «дивну» поведінку щурів, яка полягає у демонстрації занепокоєння і скреготання зубами. Ця поведінка нагадувала симптоми абстинентного синдрому. Встановлено також, що солодоці, подібно до наркотиків, впливають на збільшення рівня дофаміну в організмі і викликають зміни нейробіологічних функцій головного мозку, впливаючи на емоційний стан і поведінку (Avena і wsp., 2008; Jacques і wsp. 2019)<sup>132 133</sup>. Дослідження

---

<sup>132</sup> Avena, NM, Rada, P., & Hoebel, BG (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32 (1), 20-39.

на тваринах показали також, що цукор може викликати сильнішу залежність ніж кокаїн (Tang і wsp, 2012; Ahmed і wsp. 2013)<sup>134, 135</sup>.

Найбільше досліджень проводилось на шоколаді. Помічено, що споживання шоколаду активізувало ділянки головного мозку, відповідальні за реакції «позитивного підкріплення» (згадувана раніше система винагород), подібно до того, як це відбувається у випадку багатьох інших залежностей. Науковці з Оксфорду за допомогою досліджень з використанням магнітного резонансу, показали, наприклад, що мозок реагує на смак шоколаду так само, як при залежностях (Rolls&McCabe, 2007)<sup>136</sup>. Встановлено, що це може мати зв'язок із залежністю від психостимулюючих речовин, яка містяться в зернах какао – метилоксантинів (теобромін, фенілетилоамін і кофеїн). Інші дослідження показали, що споживання шоколаду позитивно впливає на настрій (Parker і wsp, 2006)<sup>137</sup>. Помірне вживання шоколаду корисне для здоров'я, проте повинні викликати занепокоєння ситуації, коли шоколад заміняє інші продукти харчування, або коли використовується для покращення настрою. Можна зустріти навіть термін «шокоголізм».

Ймовірно ми зовсім скоро дізнаємось, з чим пов'язані узалежнюючі властивості звичайного цукру. Чи можна це пояснити тільки тим, що він «приємний для піднебіння»?

Історія шоколаду нараховує декілька тисячоліть. Цей продукт був розповсюджений серед ацтеків і майя, які виробляли його з зерен какао і використовували як лікуючий (напр., суміш какао і перемелених костей була ліками від проносу), загальноукріплюючий засіб і афродизіак (наприклад, подавали його молодим подружжям одразу після шлюбу). Легенда говорить про те, що один з богів ацтеків Кетцалькоатль (Quetzalcoatl) виготовляв із зерен какао спеціальний напій, за

---

<sup>133</sup> Jacques A., Chaaya N., Beecher K., Ali S.A, Belmer A., Bartlett S. (2019): The Impact of Sugar Consumption on Stress Driven, Emotional and Addictive Behaviors. *Neuroscience & Biobehavioral Review*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.05.021>

<sup>134</sup> Tang, DW, Fellows, LK, Small, DM, & Dagher, A. (2012). Food and drug cues activate similar brain regions: a meta-analysis of functional MRI studies. *Physiology & behavior*, 106 (3), 317-324.

<sup>135</sup> Ahmed, SH, Guillem, K., & Vandaele, Y. (2013). Sugar addiction: pushing the drug-sugar analogy to the limit. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 16 (4), 434-439.

<sup>136</sup> Rolls ET, McCabe C. (2007): Enhanced affective brain representations of chocolate in cravers vs. non-cravers. *Eur J Neurosci.*;26(4):1067-76.

<sup>137</sup> Parker G. і wsp. (2006): Review. Mood state effects of chocolate. *Journal of Affective Disorders* 92; 149–159

допомогою якого набиралася сили перед створенням світу. Це, ймовірно, він дав назву шоколаду, й ця назва звучить подібно майже на всіх мовах світу. З історичних записів відомо, що в Карибському басейні і багатьох країнах Латинської Америки виготовлявся п'яний шоколадний напій. В пізніші роки шоколад рекомендували «для заспокоєння нервів», покращення травлення, й навіть як засіб для довголіття і афродизіак. Існують записи, в яких говориться про те, що Казанова трактував шоколад як «еліксир кохання» і пив його замість шампанського. Віра у те, що шоколад є афродизіаком призвела до того, що його додавали до складу відомої «шпанської мушки».

До Європи (Іспанія, Італія) шоколад потрапив, завдяки конкістадорам, у 20-ті роки XVI ст. У XVII ст. в європейських дворах з'явився звичай пити шоколад, а в другій половині XVII у Лондоні було відкрито перший магазин з шоколадом. У Польщі цей продукт з'явився в першій половині XVIII ст., спочатку як лікарський засіб (від ревматизму, болю в горлі, безсоння, холери, дизентерії і для посилення потенції), а пізніше як напій у вищому суспільстві. Церква навіть дозволяла вживання шоколаду під час посту. Проте він був дуже дорогим продуктом: фунт (0,4 кг) – в залежності від якості – коштував так само, як 10 – 20 л якісної горілки. Оскільки більша частина суспільства не могла дозволити собі такі витрати, вироблялися різні замітники шоколаду, як, наприклад, домашній шоколад з пшеничної муки, молока, кориці, цукру і жовтка.

Допомогти діагностувати проблеми зі споживанням солодоців може підтвердження наявності наступних видів поведінки:

- часте винагородження себе чимось солодким;
- пошуки виправдань для споживання солодоців;
- часті відвідування кав'ярень/кондитерських крамниць з метою заспокоєння бажання з'їсти щось солодке;
- наявність потаємної схованки з солодоцями;
- невдалі спроби обмеження споживання солодоців.

## Розділ 48

### *Інші види поведінки з ознаками залежності*

#### **Танорексія**

Танорексія (англ. tanning addiction) – це компульсивне засмагання, тобто навмисне і надмірне підставлення під ультрафіолетові промені. Особи, котрі страждають на танорексію вважають, що їх занадто біла шкіра виглядає нездоровою і тому менш приваблива. Наслідком такого мислення стають постійні пошуки можливості до засмагання (солярій, пляж) з метою отримання прийняттого, темного відтінку шкіри. Нажаль досягнення задоволення кольором своєї шкіри найчастіше неможливе через порушення образу власного тіла.

На можливість втрати контролю над засмаганням, а також пов'язаної з ним поведінки з рисами, наближеними до залежності від психоактивних речовин, зверталася увага ще в ті часи, коли не говорилося так багато про біхевіоральні залежності (Warthan і співавт., 2005)<sup>138</sup>. При обмежених можливостях засмагання у деяких осіб спостерігається занепокоєння і роздратування, котрі мають місце зокрема при синдромах відміни (Kaur і співавт. 2006)<sup>139</sup>. На сьогодні танорексія розглядається в категорії залежностей (Kaurosh, 2010; Petit і wsp., 2014)<sup>140, 141</sup>. Встановлено, що поведінка, яка полягає у компульсивних пошуках джерел ультрафіолетового випромінювання, котре, як виявилось, сприяє вивільненню ендорфінів, має риси, які зустрічаються при багатьох інших залежностях (Harrington і wsp., 2011, Fell і wsp., 2014)<sup>142 143</sup>.

---

<sup>138</sup> Warthan, MM., Uchida, T., Wagner Jr, RF (2005): UV Light Tanning as a Type of Substance-Related Disorder. Archives of Dermatology **141** (8): 963–966.

<sup>139</sup> M. Kaur, A. Liguori, W. Lang, S. Rapp, A. Fleischer, Jr., S. Feldman (2006): Induction of withdrawal-like symptoms in a small randomized, controlled trial of opioid blockade in frequent tanners. Journal of the American Academy of Dermatology, 54(4): p. 709-711

<sup>140</sup> Kouros AS, Harrington CR, Adinoff B. (2010): Tanning as a behavioral addiction. Am J Drug Alcohol Abuse;36(5):284–290.

<sup>141</sup> Petit A., Lejoyeux M., Reynaud M., Karila L.: (2014) Excessive Indoor Tanning as a Behavioral Addiction: A Literature Review, Current Pharmaceutical Design (2014) 20: 4070.  
<https://doi.org/10.2174/13816128113199990615> (dostęp 20.07.2018)

<sup>142</sup> Harrington, C. R., Beswick, T. C., Leitenberger, J., Minhajuddin, A., Jacobe, H. T., & Adinoff, B. (2011). Addictive-like behaviours to ultraviolet light among frequent indoor tanners. Clinical and Experimental Dermatology, 36(1),33-38.

Мода на засмагання розпочалася у 20 роки ХХ століття, завдяки Коко Шанель, засмага якої після повернення з Канн сподобалася багатьом її прихильницям. Наступний важливий етап у розповсюдженні цієї моди настав після появи 1946 року пляжного костюму «бікіні», котрий дав можливість жінкам піддавати впливові сонячних променів більшу поверхню тіла. Незабаром лікарі почали вихвалити оздоровлюючі і релаксаційні властивості сонячних променів, не зважаючи на сигнали про їх шкідливий вплив на шкіру.

З часом появлялося дедалі більше доказів того, що надлишковий вплив ультрафіолетових променів призводить до висихання шкіри, а також пов'язаного з цим більш швидкого старіння. Одночасно, що особливо небезпечно, значною мірою зростає ризик новоутворень, таких як злоякісна меланома (1,5 – 2% всіх новоутворень шкіри) і інших немеланомних новоутворень шкіри. Більш ніж 20 років тому американські дослідження показали, напр., що біля 90% немеланомних новоутворень шкіри є наслідком надмірного засмагання (Koh і wsp., 1996)<sup>144</sup>. Міжнародне агентство з дослідження раку (IRAC – International Agency for Research on Cancer) найбільш істотними факторами ризику раку шкіри вважає вік в якому розпочинається опромінення ультрафіолетовими променями, а також частота і часовий характер цього опромінення (The International Agency, 2006)<sup>145</sup>. Занепокоєння викликає той факт, що разом з настанням моди на «сонячні ванни», в період між 2009 і 2019 роками кількість діагностованих меланом шкіри збільшилася на 54% (Cancer Facts and Figures, 2019)<sup>146</sup>, а кількість виявлених і пролікованих випадків немеланомних новоутворень шкіри зросла в період від 1994 до 2014 років на 77% (Mohan & Chang, 2014)<sup>147</sup>.

---

<sup>143</sup> Fell, G. L., Robinson, K. C., Mao, J., Woolf, C. J., & Fisher, D. E. (2014). Skin beta-endorphin mediates addiction to UV light. *Cell*, 157(7), 1527-1534.

<sup>144</sup> Koh H.K, Geller AC, Miller D.R, et al. (1996):Prevention and early detection strategies for melanoma and skin cancer: Current status. *Arch Dermatol*; 132(4):436-442.

<sup>145</sup> The International Agency for Research on Cancer Working Group (2006): The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: a systematic review. *Int J Canc*; 120:1116-1122.

<sup>146</sup> *Cancer Facts and Figures 2019*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2019.html>. Accessed January 14, 2019.

<sup>147</sup> Mohan SV, Chang AL. (2014): Advanced basal cell carcinoma: epidemiology and therapeutic innovations. *Curr Dermatol Rep*; 3(1): 40-45.

Танорексія розвивається непомітно, а приємність, пов'язана з перебуванням на сонці чи в солярії поступово переходить в обсеію засмагання, мислення про нього і про власний зовнішній вигляд. Так само, як при інших залежностях, повторюється певна поведінка, яку надзвичайно важко затримати. Цей розлад може бути вторинним стосовно нарцистичного розладу особистості, який характеризується, зокрема пошуками подиву, зверхньою поставою, концентрацією на власному успіхові і вигляді чи потребою бути обожнюваним, або також вторинним стосовно низької самооцінки. В такому випадку таноректикам потрібна психотерапія.

Постійні пошуки можливості для засмагання можуть негативно впливати як на сімейне, так і на професійне життя.

Танорексію часто порівнюють з анорексією, тому що винятково худа аноректичка переконана, що є занадто товстою, натомість загоріла «коричнева» таноректичка вважає себе занадто блідою і тому мало привабливою. Ані першу, ані другу неможливо переконати в тому, що вона помиляється. В спеціальній літературі звертається також увага на зв'язок між танорексією і дисморфофобією (BDB – Body Dysmorphic Disorder), котра полягає у переконанні про дефект (неестетичний вигляд чи неправильну будову) власного тіла.

Таноректички – це найчастіше жінки середнього віку, але дедалі частіше серед них можна зустріти також молодих дівчат.

### **Медіаголізм**

Серед «нехімічних» і дискусійних залежностей одне з чільних місць займає користування засобами масової інформації, котре може проявлятися в двох формах і стосуватися:

- предмету (напр., від телевізійного приймача – «телеманія»),
- змісту, який передається (за допомогою телевізора чи преси).

Для означення цього явища вживаються також терміни медіаголізм і ТВ-голізм.

Можна дискутувати відносно того, чи маємо ми справу з залежністю, але як по-іншому можна назвати ситуацію, коли, наприклад, телевізійний приймач займає найважливіше місце в помешканні і постійно ввімкнений, незважаючи на характер трансльованої програми. Телебачення (чи сам голос, який лунає з приймача) може створювати

потенційну загрозу сімейному життю, тому що нераціональний перегляд програм зменшує час, який можна було б присвятити обміну поглядами між членами сім'ї і проведенню вільного часу. Особа, котра «дбає» про постійну активність телевізора, не рахується з поглядами інших домочадців, змушує їх до перегляду чи прослуховування різних програм, тим самим перешкоджаючи у веденні розмов, скандалять, коли не може включити телевізора, одночасно нікому іншому не дає пульта і часто засинає з ним, при ввімкненому приймачі. За результатами оцінок, близько 10% поляків щодня проводять перед телевізором більше 8 годин.

В цьому місці варто пригадати, що вже 1977 року американська журналістка чеського походження Марі Вінн у своїй книзі „Plug-in Drug: Television, Children and Family” звертала увагу на шкідливий і uzалежнюючий вплив телебачення на дуже молодих людей. Вона застерігала перед телевізором, пишучи: «телевізійні переживання дозволяють учаснику вимикати реальний світ і входити в приємний і пасивний стан свідомості».

Незабаром дослідження підтвердили, що проведення великої кількості часу перед телевізором особливо небезпечно для дітей. У випадку дітей шкідливим може бути як саме «лежання» перед телевізором, так і зміст та форма матеріалів, які передаються. Діти не тільки менше рухаються, а рух необхідний для їх розвитку, але також вчаться контактувати з навколишнім світом за допомогою екрану телевізора, подібно до монітора комп'ютера. Додатково, деякі телевізійні програми, а особливо фільми (так само як і відеофільми), нерідко стирають границі між дійсністю і вигаданим світом, скеровуючи мислення не завжди у правильному напрямку. Представлені в цих фільмах сцени часто змінюються так швидко, що їх оцінка і аналіз «по гарячих слідах» стають неможливими, немає також можливості обмінятися поглядами з кимось більш досвідченим. В такий спосіб відбувається маніпуляція не тільки дітьми, але й дорослими, шляхом підсовування їм готових поглядів і рішень. Таким чином, люди привчаються і звикають (попадають у залежність) до того, що хтось за них помислить і дасть готовий рецепт щасливого життя. Повідомлення, які передаються за допомогою засобів масової інформації (телебачення, радіо і преса) впливають на мислення як старших, так і молодших споживачів, на норми, які вони визнають, на позиції, які займають, на стосунки з іншими людьми, популяризують певний стиль життя, намагаються зацікавити примітивними сенсаціями і плітками, а інколи втягують в різні субкультури, відмінні чи навіть суперечні польським традиціям.



Крім телебачення, провідне місце в цій галузі посідає жіноча преса (близько 60 назв і майже 20 млн екземплярів). Для кращого продажу тих чи інших позицій преси демонструються поодинокі випадки патологічної поведінки, головним героєм яких є «визволена» чи «холоднокрівна» молода жінка чи п'яний чоловік, котрий знущається над сім'єю, гвалтує дружину чи сексуально використовує своїх дітей. Можна зустріти осіб, котрі не можуть обійтися без кольорового журналу, який дає їм можливість прожити чужі проблеми, часто глибоко патологічні, спотворені і показані в непристойний спосіб. Молодіжна преса інколи також становить загрозу для правильного формування психіки і життєвих позицій молодих людей, подаючи сенсаційні подробиці інтимного життя їх ідолів, даючи не завжди правильні поради в сексуальних питаннях, чи заохочуючи до купівлі нерідко «несмачними» і деморалізуючими фоторепортажами. Критика такої діяльності подається цими журналами як позиція відсутності толерантності. На щастя це стосується тільки деяких журналів для молоді. Є також молоді люди настільки залежні від змісту журналів, що намагаються втілювати у своє життя моделі поведінки, які в них описані, а це не завжди йде їм на користь.

Це явище особливо загрозове для сімейного життя і розвитку міжлюдських стосунків, тому що обмежує час, який раніше присвячувався спільним розмовам чи спільному проведенні вільного часу.

### **Патологічне накопичення**

Патологічне накопичення (англ. Hoarding Disorders) полягає у купуванні, збиранні, нагромадженні, а також труднощах зі збуванням речей, що не використовуються у повсякденному житті, або таких, що не представляють собою цінності. Діяльність такого типу настільки інтенсивна, що призводить до проблем з соціальним функціонуванням, а інколи викликає його цілковиту дезорганізацію. Саме поняття появилось 1996 року (Frost і Hartl, 1996)<sup>148</sup>. Насправді накопичення у DSM-5 і ICD-11 зараховане до obsесивно-компульсивних розладів (Obsessive-compulsive or related disorders), проте з біхевіоральними залежностями їх об'єднує той факт, що воно нерідко співіснує з шопоголізмом, а також те, що воно часто пов'язане з регулюванням своїх емоційних станів, а також появою занепокоєння й навіть агресії в ситуаціях, які перешкоджають саме накопиченню чи доступу до назбраних предметів. Накопичення

---

<sup>148</sup> Frost RO, Hartl TL. (1996): A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. Behav Res Ther.; 34(4):341–50

досить часто поєднується з залежністю від психоактивних речовин, а також іншими психічними розладами. За результатами оцінок ця проблема стосується від 2 до 5% популяції, найчастіше старших, самотніх та ізольованих осіб.

Інші визначення, це: синдром накопичення, силогоманія, синдром Діогена, де крім патологічного накопичення спостерігається занедбання особистої гігієни і недотримання основних санітарних норм у помешканні.

Наслідком такого розладу є обмеження не тільки власного життєвого простору, але також простору інших осіб через зібрані предмети, що робить неможливим користування помешканням відповідно до його призначення. Досить часто патологічне накопичування поєднується з труднощами в прийнятті рішень, перфекціонізмом, а також соціальною ізоляцією. Проблемою є звільнення від накопичених предметів, незважаючи на цінність, яку можуть приписувати їм інші люди. У зв'язку з проблемами зі звільненням від речей поступово зростає захаращування простору. Така поведінка, як правило, призводить до згубних емоційних, фізичних, соціальних, фінансових і юридичних наслідків, як для особи, якої вона стосується, так і для членів її сім'ї. Доходить до ситуації, коли «колекції» починають настільки заповнювати життєвий простір, що поступово обмежують чи роблять неможливим користування ним, а це в екстремальних випадках може стати загрозою для самих накопичувачів та їх оточення. Крім надмірного нагромодження, характерною рисою є також присвячення великої кількості часу на сортування «колекцій», перекладання і часто безуспішне їх упорядкування.

Патологічне накопичення (Hoarding Disorder) фігурує у класифікації DSM-5 як специфічна форма obsесивно-компульсивних розладів. До діагностичних критеріїв цього розладу відносяться:

- постійні труднощі з тим, щоб позбутися чи поділитися речами, якими володіє людина, незалежно від їх дійсної вартості;
- труднощі, пов'язані з сильною потребою збереження власності чи стражданням (дистресом), пов'язаним зі звільненням від них;
- труднощі зі звільненням від речей призводять до накопичення великої кількості предметів, які займають значний простір дому чи місця роботи аж до розмірів, які не дозволяють користуватися ними за первинним призначенням. Якщо дім

(життєвий простір) не зайнятий майже повністю накопиченими предметами, то це лише результат втручання третіх осіб (членів сім'ї і т. ін.);

- накопичення викликає значне клінічне страждання (дистрес), або порушення функціонування у соціальній, професійній чи інших важливих сферах (включно зі збереженням безпечного середовища для себе й інших);
- накопичення не є наслідком інших медичних захворювань (напр., черепно-мозкової травми, хвороби судин головного мозку, синдрому Прадера-Віллі);
- накопичення не є безпосереднім наслідком інших психічних розладів (напр., нав'язливих станів при obsесивно-компульсивних розладах, пізнавальних розладів при недоумстві, маячення при шизофренії, звуження зацікавлень при розладах спектру аутизму).

Діагностика вимагає виявлення наявності трьох елементів:

1. особа збирає і переховує багато предметів,
2. ці предмети засмічують простір помешкання і роблять неможливим користування приміщеннями згідно з їх призначенням,
3. предмети перешкоджають у виконанні щоденних занять і викликають занепокоєння.

У класифікації МКХ-11, розлади накопичення фігурують у категорії Obsесивно-компульсивні чи споріднені розлади (Obsessive-compulsive or related disorders).

Специфічною формою накопичення є нагромадження тварин (Animal hoarding).

Найчастіше, це тримання великої кількості тварин без запевнення їм відповідних умов годування, перебування, ветеринарної опіки, що призводить до хвороб, виснаження, смерті тварин, а також забруднення приміщення і середовища. Особи, які «колекціонують» тварин, відчувають глибокий емоційний зв'язок з притуленими собаками і котами, а кожна спроба забрати їх кимось ззовні викликає сильний опір.

Лікування полягає, головним чином, у застосуванні когнітивно-поведінкової психотерапії нерідко з підтримкою фармакотерапії (Saxena, 2011; Pollock і wsp., 2013)<sup>149 150</sup>.

---

<sup>149</sup> Saxena S. (2011): Pharmacotherapy of compulsive hoarding. J. Clin. Psychol.:67(5):477-484

<sup>150</sup> Pollock L. і wsp. (2013): An intensive time-series evaluation of the effectiveness of cognitive behaviour therapy for hoarding disorder: A 2-year prospective study. Psychother. Res..

## **Онїхофагія**

Онїхофагія (від грец. *ονυχ* — ніготь і грец. *phagein* — їсти, пожирати) – обкусування нігтів, яке найчастіше зустрічається у дітей і підлітків. Як правило, ця проблема з віком зникає, проте не завжди – за результатами оцінки онїхофагією страждають близько 15% дорослих. Можна виділити два типи цього розладу: м'яка та небезпечна онїхофагія.

Така поведінка може свідчити про наявність у особи емоційних розладів, а поєднання її з біхевіоральними розладами впливає з факту, що обкусування нігтів і нівечення та завдання шкоди власним рукам стає головним, а інколи навіть єдиним, методом ослаблення напруги.

Онїхофагія також зараховується до категорії obsесивно- компульсивних розладів (англ. *Obsessive-Compulsive Disorder, OCD*).

## **Залежність від кохання**

Термін «залежність від кохання» з'явився ще у 70 роки в книзі Піла і Бродського (Peele and Brodsky) «*Love and addiction*» («Кохання і залежність»). Проте і надалі немає чіткої дефініції цього явища, а також психометричних інструментів для його оцінки (Costa і wsp. 2019)<sup>151</sup>. Залежність від кохання означена як компульсивна потреба стосунків, яка утримується, незважаючи на негативні наслідки (Reynaud і wsp., 2010)<sup>152</sup>. Цей термін застосовується у тих випадках, коли кохання характеризується obsесією і компульсивними діями, а також негативними наслідками у житті (Kwee, 200&; Stanbury і Griffiths, 2007)<sup>153 154</sup>. Звертається також увага на той факт, що узалежнені від кохання особи, як правило, демонструють втрату зацікавленості іншими сферами

---

<sup>151</sup> Costa S., Barberis N., Griffiths M.D., Benedetto L., Ingrassia M. (2019): The Love Addiction Inventory: Preliminary Findings of the Development Process and Psychometric Characteristics. *Int J Ment Health Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00097-y> (dostęp 20.05.2019)

<sup>152</sup> Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L., & Benyamina, A. (2010). Is love passion an addictive disorder? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 261–267.

<sup>153</sup> Kwee, A. W. (2007). Constructing addiction from experience and context: Peele and Brodsky's love and addiction revisited. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14, 221–237.

<sup>154</sup> Stanbury, A., & Griffiths, M. D. (2007). Obsessive love as an addiction. *Psychology Review*, 12(3), 2–4.

життя (Sussman 2010)<sup>155</sup>. Опрацьовано декілька шкал для оцінки залежності від кохання, проте жодна з них не має достатньо міцного теоретичного обґрунтування.

### **Емоційна залежність**

З багатьох різноманітних форм поведінки, в яких можна помітити ознаки залежності, особливе місце займає поведінка, яку помилково приймають за кохання і відданість, тобто емоційна залежність. Така особа (в 99% це жінки), поглинута обсецією заспокоєння всіх потреб партнера/партнерки. В зв'язку з цим робить все, що на її думку, запевнить тривалість стосунків і вбереже від розставання. В міру тривалості зв'язку емоційно залежна особа прагне щораз довших і частіших контактів з об'єктом своїх почуттів, через це відмовляє собі у заспокоєнні інших власних потреб, відмовляється від колишніх улюблених занять і того, що раніше приносило їй задоволення. Неодноразово занедбує свої обов'язки на користь заспокоєння потреб партнера/партнерки. Обмежує також контакти партнера/партнерки з оточенням і намагається ізолювати його від світу, щоб мати у власності. Дехто трактує емоційну залежність на рівні з залежністю від кохання.

### **Залежність від боргів**

Можна стверджувати, що залежність від боргів – це взяття чергових позик чи кредитів з метою покращення самопочуття. Узалежнені особи обсеивно слідкують за різними пропозиціями, найчастіше від парабанків (небанківських фінансово-кредитних установ) і відчують задоволення, коли легко, хоч на мить можуть відчутти себе багатими і щасливими, завдяки здобуттю чергової готівки. Дуже часто жертвами такої залежності стають безпорадні жінки, котрі живуть поряд з чоловіками, які їх шантажують і тероризують. Для таких жінок позика стає способом підвищення самооцінки. В такому випадку позичання грошей, це вже не тільки фінансовий порятунок, але також спосіб отримання короткотривалої незалежності, почуття свободи, тобто «ліки» для покращення самопочуття. Позичка, окрім алкоголю чи ліків, стає засобом для «кращого» життя, але одночасно створює ризик залежності і потрапляння в пастку заборгованості.

---

<sup>155</sup> Sussman, S. (2010). Love addiction: definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 31–45.

Наявність боргів також дуже часто спостерігається серед осіб з патологічним азартом, де чергові позички йдуть на те, щоб «відігратися».

### **Від чого ще можна потрапити в залежність?**

Можна назвати багато інших форм поведінки, яким приписуються uzалежнюючі властивості. Наприклад, послідовна і надмірна реалізація потреби допомагати (не тільки професійної) іншим людям інколи трактується, як «залежність від надання допомоги», а постійне користування допомогою інших людей, як «залежність від отримання допомоги». Можна також почути про осіб, uzалежнених від читання книжок. Буває так, що uzалежненими вважають також осіб, які занадто часто користуються послугами кабінетів естетичної медицини і пластичної хірургії (наприклад, після вдалої корекція підборіддя коригують губи, повії, груди). Існують також особи, uzалежнені від відбілювання зубів, від пірсингу, брехні чи перук (існують навіть групи самопомоги Wig Addicts Anonymous). В публікаціях на цю тему можна знайти статті про залежність: від бездомності (Burraway)<sup>156</sup>, від рибальства (Griffiths і Auer, 2019)<sup>157</sup>, від танців (Maraz і wsp., 2015), від навчання (Atroszko і співавт., 2015)<sup>158</sup>, чи подорожей літаком (Cohen і wsp., 2011)<sup>159</sup>.

Розглядаючи різні форми поведінки під кутом залежності, необхідно уникати їх надмірної патологізації (Grall-Bronnec і співавт., 2015)<sup>160</sup>, й пам'ятати, що для того, щоб стверджувати про справжню залежність необхідне підтвердження наявності характерних для неї симптомів.

Насправді найпростіше було б оцінювати поведінку, опираючись на дефініцію (Вікіпедія), що залежність – це «набута гостра потреба здійснювати якісь дії або

---

<sup>156</sup> Burraway J.: Killing Time: A Relational Theory of Homeless Addiction  
[http://discovery.ucl.ac.uk/10049034/1/Burraway\\_ID\\_thesis.pdf](http://discovery.ucl.ac.uk/10049034/1/Burraway_ID_thesis.pdf)

<sup>157</sup> Griffiths, M.D. & Auer, M. (2019). Becoming hooked? Angling, gambling, and 'fishing addiction'. *Archives of Behavioral Addiction*, 1(1), .

<sup>158</sup> Maraz A, Urbán R, Griffiths MD, Demetrovics Z. (2015). An empirical investigation of dance addiction. *PLoS ONE*.: 10(5)

<sup>159</sup> Cohen SA, Higham JE, Cavaliere, CT. (2011): Binge flying: Behavioural addiction and climate change. *Ann Tourism Res.*: 38(3); 1070-1089.

<sup>160</sup> Grall-Bronnec M, Bulteau S, Victorri-Vigneau C, Bouju G, Sauvaget A. (2015): Fortune telling addiction: Unfortunately a serious topic about a case report. *J Behav Addict.*; 4:27-31.

вживати якісь речовини», проте цього не достатньо. Постановка правильного діагнозу вимагає володіння спеціальними знаннями на тему залежностей.

Якщо існує підозра про наявність залежності, то за зразок можна взяти діагностичні критерії МКХ – 10, відповідно до яких, залежність можна діагностувати тоді, коли протягом останнього року підтверджено наявність щонайменше трьох з перерахованих нижче симптомів (замість крапок потрібно вписати відповідну поведінку):

1. сильна потреба чи почуття примусу;
2. труднощі з контролюванням поведінки, пов'язаної з ..... , тобто втрата контролю над:
  - утриманням від .....
  - тривалістю .....
  - ситуаціями, в яких .....
3. поява дискомфорту при спробах припинення чи обмеження .....
4. виникнення явища толерантності, котре полягає в необхідності збільшити (присвятити більше часу) ..... з метою досягнення попереднього ефекту;
5. поступове занедбання інших задовольень чи улюблених занять на користь .....
6. продовження ....., незважаючи на шкідливі наслідки, про які відомо, що вони мають незаперечний зв'язок з .....