

**А. О. Макаренко, Н. Л. Калайтан, Т. П. Старовойт**

**ПСИХОЛОГІЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

**2020**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського  
"Харківський авіаційний інститут"

**А. О. Макаренко, Н. Л. Калайтан, Т. П. Старовойт**

## **ПСИХОЛОГІЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Навчальний посібник

Харків «ХАІ» 2020

УДК 159.9:316.624-021.462(075.8)  
М15

Рецензенти: канд. мед. наук, доц. В. А. Федосєєв,  
канд. психол. наук, доц. А. О. Харченко

**Макаренко, А. О.**

М15 Психологія адиктивної поведінки [Електронний ресурс] : навч. посіб. / А. О. Макаренко, Н. Л. Калайтан, Т. П. Старовойт. – Харків : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2020. – 127 с.

Розглянуто проблему залежної поведінки, а саме наведено її загальну характеристику, чинники та механізми формування залежних розладів. Описано особливості формування та виявлення хімічних і нехімічних залежностей, міжособистісної залежності та її різновидів. Наведено методики психологічної діагностики хімічних і нехімічних форм залежностей.

Для студентів закладів вищої освіти, що навчаються за спеціальністю «Психологія». Може бути корисним для практичних психологів, психологів-консультантів, психотерапевтів і соціальних працівників.

Іл. 2. Табл. 6. Бібліогр.: 48 назв

**УДК 159.9:316.624-021.462(075.8)**

© Макаренко А. О., Калайтан Н. Л.,  
Старовойт Т. П., 2020  
© Національний аерокосмічний  
університет ім. М. Є. Жуковського  
«Харківський авіаційний інститут», 2020

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
Глава 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	5
Глава 2. ЕТІОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ РОЗЛАДІВ .....	14
Глава 3. ХІМІЧНІ ЗАЛЕЖНОСТІ .....	20
3.1. Алкоголізм: термінологія і класифікація.....	23
3.2. Клінічна картина алкоголізму.....	25
3.3. Психологічні чинники формування алкогольної адиктивної поведінки .....	31
3.4. Лікування та реабілітація хворих на алкоголізм .....	33
3.5. Наркоманія: термінологія та класифікація .....	41
3.6. Синдромологія наркоманії .....	43
3.7. Психологічні чинники формування наркоманії.....	47
3.8. Лікування та реабілітація хворих на наркоманію.....	49
3.9. Методики психологічної діагностики хімічних адикцій .....	52
Глава 4. НЕХІМІЧНІ (ПОВЕДІНКОВІ) ЗАЛЕЖНОСТІ .....	61
4.1. Харчові залежності.....	61
4.2. Ігрова залежність (гемблінг) .....	70
4.3. Трудогольна адикція .....	75
4.4. Шопінг-адикція .....	78
4.5. Спортивна адикція.....	80
4.6. Релігійна адикція .....	81
4.7. Технологічні залежності .....	82
Глава 5. МІЖСОБИСТІСНА ЗАЛЕЖНІСТЬ.....	85
5.1. Міжособистісна залежність як первинна форма залежності.....	85
5.2. Чинники розвитку стосунків міжособистісної залежності .....	88
5.3. Любовні адикції.....	91
5.4. Співзалежність.....	101
5.5. Сексуальні адикції .....	108
5.6. Методики психологічної діагностики нехімічних адикцій .....	114
Бібліографічний список .....	123

## ВСТУП

Залежна, або адиктивна поведінка особистості є серйозною соціальною проблемою, оскільки у вираженій формі може мати такі негативні наслідки, як соціальна дезадаптація, втрата працездатності, протиправна поведінка, негативні наслідки для життя й здоров'я. Це найбільш поширений вид девіантної поведінки, який так чи інакше зачіпає майже кожну сім'ю.

Адиктивна поведінка передбачає використання хімічних речовин або специфічної активності з метою відходу від реальності і отримання бажаних емоцій. За допомогою залежної поведінки людина тікає від дискомфорту дійсності. Проте нова штучна реальність має руйнівний вплив на здоров'я і життя людини. Основним мотивом осіб, схильних до залежних форм поведінки, є активна зміна власного психічного стану, який не задовольняє. Залежній особистості складно виявити в реальності такі сфери діяльності, які надовго привернуть її увагу та викличуть виражену емоційну реакцію. Життя бачиться нецікавим в силу його буденності і одноманітності.

Адиктивна реалізація змінює сприйняття внутрішньої і зовнішньої реальностей та створює ілюзію можливості без якоїсь шкоди для себе контролювати за бажанням власний психічний стан, позбавлятися від неприємних емоцій і думок. Створюється небезпечна ілюзія самодостатності, незалежності та свободи. Проте реалізація адиктивного бажання позбавляє можливості формувати інші бажання. Ілюзорне почуття свободи виявляється насправді поневоленням, відстороненням від любові, емоційно значущих відносин з людьми, в широкому сенсі – втратою свободи вибору.

Залежна поведінка має виражений аутодеструктивний характер, оскільки неминуче руйнує організм і особистість. Залежна поведінка не обов'язково призводить до захворювання або смерті (як, наприклад, у випадках алкоголізму або наркоманії), але закономірно викликає особистісні зміни і соціальну дезадаптацію.

## Глава 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ

Поняття залежної, або адиктивної поведінки походить від терміна **«адикція»** (англ. addiction – залежність, згубна звичка, звикання), який в широкому сенсі означає нав'язливу потребу в певній діяльності.

Особу, яка має нав'язливу потребу в певній діяльності, називають **адиктом** або **залежною особистістю**.

Адикт – це людина, яка не навчилася цілеспрямованості у стосунках зі світом, внаслідок чого шукає стабільності і впевненості в деякій ритуалізованій діяльності. Ця діяльність розвивається за двома напрямками: по-перше, це комфортне відчуття благополуччя, породжене наркотиком або іншим адиктивним об'єктом; по-друге – це атрофія інших інтересів і здібностей адикта, загальне погіршення його життєвої ситуації внаслідок адикції. Оскільки альтернативи зменшуються, адикція посилюється, поки не витіснить все інше, в результаті чого формується мономанія. Нестача у адикта внутрішньої спрямованості або цілеспрямованості створює потребу в ритуалізованій втечі, а вона, в свою чергу, ускладнюється винятковою залученістю в адикцію і відходом від змісту нормального життя.

Залежна, або адиктивна поведінка – це один із видів девіантної поведінки з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримки інтенсивних емоцій (Ц. П. Короленко, Т. А. Донських) [18].

У Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [31] було внесено низку змін, завдяки яким залежні форми поведінки були віднесені до єдиного розділу «Розлади, викликані вживанням психоактивних речовин або залежною поведінкою», який містить два підрозділи: «Порушення, пов'язані з вживанням психоактивних речовин» і «Розлади, викликані адиктивною поведінкою».

Залежна поведінка має безліч підвидів, диференційованих переважно за об'єктом адикції. Найбільш поширеними є такі об'єкти залежності, як психоактивні речовини, алкоголь, їжа, ігри, інтернет, праця, спорт, секс, релігія та релігійні культу.

Виокремлюють хімічні (субстанціональні) і нехімічні (несубстанціональні або поведінкові) форми залежності. До першої групи відносяться алкогольна, нікотина, наркотична та медикаментозна залежності. Другу групу складають трудові, спортивні, релігійні, технологічні залежності, шопінг-адикція, міжособистісна залежність тощо.

Всі об'єкти залежності початково мають нормальну соціально прийнятну функцію (наприклад, їжа існує для того, щоб задовольняти апетит; гра – для того, щоб отримувати задоволення). Проте адикти

встановлюють з такими об'єктами патологічні відносини. Наприклад, їжу використовують для зміни настрою, гра стає патологічним гемблінгом, медикаменти використовують як речовини, що змінюють психічний стан у бажаному напрямку.

Вибір особистістю конкретного об'єкта залежності частково визначається його специфічною дією на організм людини. Як правило, люди відрізняються за індивідуальною схильністю до тих чи інших об'єктів адикції. Наприклад, поширеність алкогольної залежності пов'язана із широким спектром дії алкоголю, який сприяє збудженню, зігріванню, розслабленню, лікуванню простудних захворювань, підвищенню впевненості та розкутості.

В. Д. Менделевич [36] відзначає, що залежності можуть бути системними, тобто охоплювати більшість стосунків особистості з оточенням (наркоманія, алкоголізм, гемблінг, фанатизм), і елементарними, які обмежуються вузьким колом дій і поведінкових актів. При системних залежностях на відміну від елементарних відбувається зміна ціннісних орієнтацій та деформація особистості. Можна припустити, що елементарні залежності відображають психофізіологічний, а системні – особистісний рівень адиктивного реагування.

Різні форми залежної поведінки мають тенденцію поєднуватися або переходити одна в одну, що доводить спільність механізмів їх функціонування. Наприклад, алкогольна адикція може змінюватися роботогольною або адикцією до їжі. Можливі змішані адикції, при яких одна адиктивна реалізація поєднується з іншою. Наприклад, хімічна адикція, яка містить вживання психоактивних речовин, поєднується з нехімічною формою адикції (поєднання алкоголізму і роботоголізму). Незважаючи на можливість різних поєднань, механізми, властиві адиктивній особистості, залишаються і провокують розвиток нових адиктивних варіантів.

Деякі автори (В. Д. Менделевич, Ц. П. Короленко та ін.) в основі всіх залежностей бачать єдиний механізм патогенезу. Інші (Е. М. Pattison, D. M. Donovan та ін.) вважають, що характеристика всіх наведених форм залежностей за допомогою єдиного терміна “адиктивні” виключає можливість розкрити специфічні механізми кожної форми залежної поведінки.

Виокремлюють поняття первинної і вторинної залежності. Первинна залежність – це завжди міжособистісна залежність, яка супроводжується переживанням психологічного болю. Вторинна залежність – це залежність від речовини, визначеної ситуації (ігрових автоматів, комп'ютерних ігор, роботи, тощо), яка дозволяє позбутися від болю первинної залежності (страху, почуття провини, сорому, образи і т.п.). При формуванні адикції відбувається заміна міжособистісних емоційних відносин проекцією емоцій на певні сурогати. В даному випадку мова йде про заміну здорових емоційних відносин їх речовим фізіологічним сурогатом. Формування

вторинної залежності можна розглядати як втечу від первинної міжособистісної залежності за допомогою речового сурогату. Механізм лікування вторинних залежностей передбачає зворотний рух від вторинної залежності до первинної (О. С. Кочарян, М. Є. Жидко) [8].

Для розуміння картини того, що відбувається під час адикції, доцільно використовувати концепцію формування всередині адикта нового утворення – залежної або адиктивної особистості. При цьому специфічний об'єкт або дія, до яких вдається адикт, стають для нього менш значущими, тобто не так важливо, яким саме шляхом адикт буде домагатися бажаного для себе стану. Можливо дублювання раніше використовуваних способів, але може бути зроблений акцент і на інших адиктивних засобах.

Базовими характеристиками залежної особистості є: інфантильність; навіюваність і наслідуваність; прогностична некомпетентність; ригідність і упертість; наївність, простодушність і чуттєва безпосередність; цікавість і пошукова активність; максималізм; егоцентризм; яскравість уяви, вражень і фантазій; нетерплячість; схильність до ризику і “смак небезпеки”; страх бути покинутою [36].

Основним мотивом особистостей, схильних до залежних форм поведінки, є активна зміна власного психічного стану, який не задовольняє. Такій особистості складно виявити в реальності такі сфери діяльності, які надовго привернуть її увагу та викличуть виражену емоційну реакцію. Життя бачиться нецікавим у силу його буденності і одноманітності.

У повсякденному житті кожна людина, як правило, має певний, вироблений нею в процесі розвитку набір навичок позбавлення від психологічного дискомфорту. До індивідуально накопиченого арсеналу засобів відносяться різні способи перемикання уваги на емоційно стимулюючі події і активності: перегляд фільмів, спортивних змагань, прогулянки, спілкування з природою, фізичні вправи, отримання підтримки від друзів, знайомих або родичів та ін. Цим засобам позбавлення від неприємних переживань не надають особливого значення, на них не фіксується увага.

Розвиток адиктивної поведінки починається з фіксації, яка відбувається при зустрічі з впливом того, що справило на майбутнього адикта надзвичайне, дуже сильне враження та залишається в пам'яті. Фіксація може бути пов'язана з впливом психоактивних речовин, участю в якомусь виді активності, включаючи, наприклад, ігру, тощо. Особливість фіксації полягає в тому, що вона тягне за собою сильне бажання повторити пережитий змінений стан ще раз. Таке непереборне прагнення в подальшому повторюється все частіше.

Під час адиктивних реалізацій залежна особистість переживає дуже інтенсивні і приємні відчуття, які не йдуть ні в яке порівняння з переживаннями, характерними для звичайного життя. Фіксація супроводжується емоційним підйомом, в структуру якого можуть входити:



ейфорія, психічна релаксація, відчуття «зльоту», почуття безтурботності, посилення уяви, почуття здобуття психологічної свободи. Перебування в такому стані дозволяє адикту ні про що не думати, не реагувати на власні почуття, не аналізувати їх. Перебуваючи поза адиктивних реалізацій, він відчуває постійну тривогу, відчуваючи «ворожість і байдужість» навколишнього світу.

Адиктивна реалізація змінює сприйняття внутрішньої і зовнішньої реальностей та створює ілюзію можливості без якоїсь шкоди для себе контролювати за бажанням власний психічний стан, позбавлятися від неприємних емоцій і думок. Створюється небезпечна ілюзія самодостатності, незалежності та свободи. Проте реалізація адиктивного бажання позбавляє можливості формувати інші бажання. Ілюзорне почуття свободи виявляється насправді поневоленням, відстороненням від любові, емоційно значущих відносин із людьми, в широкому сенсі – втрату свободи вибору.

Емоційному стану в процесі адиктивної реалізації притаманні афективні переживання, які фіксуються на свідомому і несвідомому рівнях. Емоційний компонент впливає на інші психічні функції, змінює ставлення до людей. Виникає відчуття, при якому оточуючі особи можуть сприйматися з позиції власної переваги, як об'єкти можливого маніпулювання.

При деяких залежних формах поведінки створюється сприятливий ґрунт для виникнення особливого типу міжособистісних відносин між двома або кількома адиктами. Взаємна емпатія створює ілюзію взаємної прихильності, взаємного розуміння. Проте такі стани обмежуються часом дії адиктивних агентів і не поширюються на інші періоди життя, коли залежні особистості відчують себе чужими один одному.

Адикти ставляться до людей, як до об'єктів для маніпулювання. Їх інтерес має для них утилітарний характер. Постійна тенденція експлуатувати людей, перш за все, близьких, знайомих, друзів, викликає у останніх почуття образи, роздратування. Накопичення негативних емоцій часто призводить до розриву або значного охолодження відносин. У результаті коло значущих соціальних контактів адикта звужується, наростає ізоляція. Залежні особистості починають віддавати перевагу взаємодії з об'єктами, які задовольняють адиктивну потребу.

Можна виокремити такі загальні ознаки адиктивної поведінки:

1. Залежна поведінка особистості виявляється в її стійкому прагненні до зміни психофізичного стану. Цей потяг переживається людиною як імпульсивно-категоричний, непереборний та ненасичуваний. Зовні це виявляється у формі втрати самоконтролю.

2. Адиктивна поведінка спостерігається не одразу, а являє собою безперервний процес формування і розвитку залежності. Адикція має початок, індивідуальний перебіг (з посиленням залежності) і результат. Тривалість і характер перебігу стадій адикції залежать від особливостей

об'єкта (наприклад, виду наркотичної речовини) і індивідуальних особливостей адикта (наприклад, віку, соціальних зв'язків, інтелекту, психологічних рис).

3. Залежна поведінка характеризується циклічністю. Виокремлюють такі фази одного адиктивного циклу: наявність внутрішньої готовності до залежної поведінки; посилення бажання і напруження; очікування і активний пошук об'єкта адикції; отримання об'єкта і досягнення специфічних переживань; розслаблення; фаза ремісії (відносного спокою). Далі цикл повторюється з індивідуальною частотою і виразністю. Наприклад, для одного адикта цикл може тривати місяць, для іншого – один день.

Ц. П. Короленко і Т. А. Донських [18] вказують на такі типи соціально-психологічні зміни, які супроводжують формування адикції. По-перше, у залежної особистості формується адиктивна установка – сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, що викликають адиктивне ставлення до життя.

Адиктивна установка виражається в появі надцінного емоційного ставлення до об'єкта залежності, переважанні думок і розмов, присвячених цьому об'єкту, посиленні механізму раціоналізації – інтелектуального виправдання адикції, формуванні так званого магічного мислення (у вигляді фантазій про власну могутність або всемогутність наркотику), внаслідок чого знижується критичність до негативних наслідків залежної поведінки і адиктивного оточення («Все нормально», «Я можу себе контролювати»; «Всі наркомани – хороші люди»). Паралельно розвивається недовіра до всіх «інших», у тому числі фахівців, які намагаються надати адикту медико-соціальну допомогу («Вони не можуть мене зрозуміти, тому що самі не знають, що це таке»).

Адиктивна установка неминуче призводить до того, що об'єкт залежності стає метою існування, а вживання – способом життя. Життєвий простір звужується до ситуації отримання об'єкта, тоді як колишні моральні цінності, інтереси, відносини перестають бути значущими. Бажання «злитися» з об'єктом настільки домінує, що людина здатна подолати будь-які перешкоди на шляху до нього, виявляючи неабияку винахідливість і завзятість. Критичність до себе і власної поведінки істотно знижується, посилюється захисно-агресивна поведінка, наростають ознаки соціальної дезадаптації.

Адикція формується в першу чергу на емоційному рівні. В якомусь сенсі адикти нагадують дітей, які піддаються емоційному імпульсу і роблять те, що їм подобається. Наступна за дією оцінка того, що сталося, викликає у них почуття невпевненості, занепокоєння, провини і сорому. Проте адикція – це процес не тільки заперечення реальності, але й заперечення власного Я. Наявність цього виду заперечення є надзвичайно важливим для подальшого розвитку адикції. Оскільки раніше або пізніше адикт починає вести себе неадекватно, допускати різні порушення,

починає виглядати погано в очах оточуючих і втрачає контроль над власною поведінкою, у нього формується почуття сорому за себе та власні дії. У зв'язку з тим, що будь-яка негативна емоція для адикта є неприємною подвійно, його поведінка спрямована на те, щоб не дозволяти відчувати себе емоційно погано. Психологічний дискомфорт пов'язаний з переживанням втрати важливих відносин з оточуючими, з втратою зв'язку з самим собою, з колишньою доадиктивною ідентичністю.

Незважаючи на заперечення, внутрішній біль, пов'язаний з почуттям сорому, зростає. Виникає постійна необхідність пояснити собі сенс того, що відбувається. Це призводить до розвитку у адикта нав'язливих думок і раціоналізації власної поведінки. Якщо у адикта виникають почуття сорому і негативні емоції, він переключається на думки про адиктивну реалізацію, що відразу ж приводить до поліпшення настрою. При цьому відбувається поступове витіснення доадиктивного self і, відповідно, зростання адиктивної особистості.

У міру розвитку адикції переважаючи у її носія почуття стають все більш негативними. У структурі життя адикта на цій стадії переважають самотність, сором, злість, страх, психологічна біль. У зв'язку з тим, що адикт вже захопив контроль над власним Я, виникає постійна потреба в негайному адиктивному позбавленні від цих деструктивних почуттів. Адиктивна частина особистості обіцяє наступ полегшення, пов'язаного з абстинентним синдромом (синдромом відміни). Повний контроль, здійснюваний адиктивною частиною особистості, виражається в тому, що адикт вже не дбає про те, що відбувається з ним або з іншими людьми, проте він піклується про те, щоб вжити необхідних заходів зі зміни настрою в бажаному напрямку.

Адикція провокує постійний стресовий стан, який сприяє руйнуванню життя. Це виражається і в тому, що сам процес адиктивних реалізацій на наступних етапах вже не доставляє адикту такого задоволення, як раніше. Підготовка до адиктивних реалізацій все ще викликає зміну настрою, але основною метою адикції стає уникання емоційного болю, пов'язаного з явищами відібрання (це стосується не тільки хімічних, але і нехімічних адикцій). Настає момент, коли адиктивна реалізація вже не здатна повністю позбавити адикта від цього болю. Іноді адиктивні реалізації викликають у адикта почуття нудьги. Це особливо типово для нехімічних форм залежної поведінки. Адиктивний ритуал стає менш емоційно насиченим. Відхід у світ фантазій та адиктивне планування нерідко має для адикта набагато більше значення, ніж сама реалізація.

У структурі подальшого формування залежної поведінки велике значення має поява відчуття втрати контролю, яке знаходить вираження у неможливості отримання колишнього задоволення в процесі адиктивної реалізації при наростаючому бажанні цього досягти.

Адикт не може зупинитися і піддає себе наростаючому адиктивному впливу: напивається до стану глибокого оглушення, об'їдається до важких

наслідків, підвищує до абсурду ставки в азартній грі. На стадії втрати контролю поведінка адикта різко змінюється. Заходи, що вживаються ним, виходять за соціально прийнятні межі. На цій стадії адикт не здатний самостійно перервати власні деструктивні дії та потребує допомоги фахівців. Стиль життя повністю підпорядковується адиктивному ритуалові. Адикт починає поводитися стереотипно та ригідно. У разі необхідності зміни життєвого стереотипу навіть на короткий час у нього виникає почуття нестерпного психологічного дискомфорту. Межі світосприйняття звужуються, дії набувають ригідного характеру, необхідність виходу за межі звичної колії пригнічує і дестабілізує стан. Адикт не хоче нічого змінювати у власному житті, вважаючи найбільш безпечним для себе звичний поведінковий паттерн.

Одним із найбільш негативних проявів адиктивної установки є анозогнозія – заперечення хвороби або її тяжкості. Небажання адикта визнавати свою залежність («Я – не алкоголік»; «Якщо захочу, кину вживати наркотики») ускладнює його стосунки з оточуючими і істотно ускладнює надання допомоги, а в ряді випадків робить залежність непереборною.

Адикт не відчуває небезпеки адикції, переконуючи себе в тому, що нічого страшного не відбувається, оскільки він, на відміну від інших, завжди може зупинитися. Адикт вибудовує психологічний захист, щоб захистити свою адиктивну систему від неадиктивного Я і від критики оточуючих. Така логіка дає можливість продовжувати адиктивні реалізації, навіть якщо те, що відбувається, шкодить соціальним інтересам і здоров'ю.

Адиктивна поведінка нерідко супроводжується суїцидальними намірами та спробами. Про це свідчить велика кількість самогубств, скоєних адиктами. Суїцидні спроби стають частішими на тій кінцевій стадії адикції, коли вже неможливо досягти зміни психічного стану за допомогою колишнього адиктивного агента.

Девіантна поведінка у вигляді залежності від психоактивних речовин має специфічні етнокультуральні особливості. У випадках, коли такою речовиною стає алкоголь, вчені вказують на «традиції пиття», паттерни алкогольної поведінки, мотиви вживання спиртних напоїв. При цьому традиції вживання алкогольних напоїв розглядаються в зв'язку зі структурою особистості, національного характеру, засобами опанування зі стресовими ситуаціями. Значущим діагностичним культурно обумовленим параметром вважається поняття «зловживання» і його диференціація з вживанням. У традиціях країн і народів із «спиртовою культурою», на відміну від «винних і пивних культур», межа між патологією (або девіацією) і нормою алкогольної поведінки вкрай незначна. Нерідко в таких культурах девіацією називають тверезницькі установки і поведінку, обґрунтовуючи це нетактовністю, нелюдимістю, оскільки вважається недружелюбним відмовлятися від вживання спиртних напоїв. Цікавою видається поширена традиція культурного виправдання або засудження алкогольної поведінки,

співчутливого або негативного ставлення до людини у стані алкогольного сп'яніння [18].

Структура вживання наркотичних речовин меншою мірою залежить від етнокультурних впливів. Однак відомо, що в деяких державах вживання «легких наркотиків» (наприклад, марихуани) не розглядається як серйозна девіація, оскільки навіть узаконено їх медичне використання.

Суттєве значення для формування девіацій харчової поведінки має значущість процесу харчування. Для багатьох культур і країн із західним психологічним типом взаємин їжа не є цінністю (особливо її кількість). В інших же регіонах світу (наприклад, на Сході) гостинність має на увазі рясне споживання їжі і частування нею. Крім того, різняться стандарти краси і зовнішньої привабливості, що впливають на спосіб прийому їжі і харчові стереотипи. Східний тип краси має на увазі повноту, західний – худобу. Певні особистісні культурно обумовлені особливості виявляються і в такому порушенні харчової поведінки, як гіперфагічна реакція на стрес. Порушення такого типу виникає внаслідок неможливості знайти правильний (нехарчовий) вихід із конфліктної ситуації або використовувати досконалі засоби психологічного захисту.

Вважається, що сексуальні адикції мають істотну етнокультурну обумовленість. Їх діагностика та оцінювання нерідко цілком залежать від культурних традицій і вірувань. Окремі форми сексуальних відхилень поведінки реєструються частіше за інші. Так, гіперсексуальність є більш типовою для представників південних народів порівняно з північними; вибору гомосексуальної поведінки нерідко сприяє стиль життя, причетність до певного субкультурного кола людей («богеми»). Відомо, що оцінка сексуальних девіацій може залежати від конфесійних регламентацій.

Із надцінних психологічних і психопатологічних захоплень лише деякі мають етнокультурну специфіку. Так, вважається, що трудоголізм притаманний більшою мірою вихідцям із західної психологічної культури (німцям, американцям), а захоплення азартними іграми (гемблінг) є більш характерним для осіб зі східною психологією. Однак останнім часом проблема трудової адикції особливо гостро постає в таких країнах, як Японія і Китай.

Виникнення комунікативних адикцій, так само як і деяких інших форм девіантної поведінки, залежить від етнокультурного розуміння норми комунікації, зокрема товариськості. Відомо, що представники південноамериканських і африканських держав більш експресивні і комунікабельні, ніж мешканці півночі. Внаслідок цього діагностика аутичної поведінки і гіперкомунікабельності має в різних регіонах світу різнитися.

Можна припустити, що в різних регіонах світу, у представників різних етнічних груп домінують специфічні форми девіантної поведінки і психопатологічні симптомокомплекси, основані на культурних психологічних традиціях.

Таким чином, залежна (адиктивна) поведінка – це аутодеструктивна поведінка, пов'язана із залежністю від вживання певної речовини або від специфічної активності з метою зміни психічного стану. Ця поведінка має виражений аутодеструктивний характер, оскільки неминуче руйнує організм і особистість. Залежна поведінка не обов'язково призводить до захворювання або смерті (як, наприклад, у випадках алкоголізму або наркоманії), але закономірно викликає особистісні зміни і соціальну дезадаптацію.

### **Питання для самоперевірки**

1. Співвідношення понять залежної та девіантної поведінки.
2. Сутність і загальні ознаки адиктивної поведінки.
3. Види адиктивної реалізації.
4. Сутність поняття єдності залежних розладів.
5. Кроскультурні відмінності залежної поведінки.

## Глава 2. ЕТІОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ РОЗЛАДІВ

У даний час в науковій літературі співіснують три підходи до проблеми етіології адикції: біологічний, соціологічний, психологічний. Погляди змінювалися та еволюціювали, однак зараз не можна з впевненістю стверджувати, що знайдені чіткі причино-наслідкові зв'язки між фактами життя людини та розвитком адикції. Більшість дослідників сходяться в думці, що в формуванні адикції беруть участь багато чинників, спільна дія яких і визначає адиктивний вибір.

У руслі біологічного підходу до проблеми наркології роблять акцент на індивідуальній біологічній схильності до зловживання психоактивними речовинами (ПАР) як домінуючим чинником розвитку адикції.

Серед визначальних адитивних виборів відмічають патологічну спадковість, наявність уражень ЦНС, деяких морфоконституційних особливостей. Однак однозначних зв'язків між цими характеристиками та зловживанням не з'ясовано. Цікавою є ендорфінна гіпотеза патогенезу наркоманій, яку запропонував Хадсон.

Передбачається, що ендорфіни беруть участь у фізіологічній реакції захисту від болю та інших стресів. Згідно з цією теорією серед тих, хто вживає психоактивні речовини, залежними стають ті, у кого існує ендорфіновий дефіцит або підвищена «ендорфінова продукція»; конституційно є присутньою надмірна кількість ендорфінних рецепторів у мозку, або ці рецептори мають підвищену чутливість. У результаті в організмі легше прокидається потреба в екзогенних речовинах, за ефектом подібних ендорфінам [28, 35, 36].

З соціологічної точки зору адикції розглядаються як соціологічні відхилення хвороби суспільства, внаслідок порушення взаємовідносин людини з людьми, які її оточують, і суспільними інститутами. Задача соціологічного аналізу – визначити, в чому полягає мета адитивної діяльності і як вона співвідноситься з цілями інших соціальних груп і всього суспільства.

До соціальних чинників розвитку адикцій можна віднести соціальні катастрофи, кризи, які впливають на ступінь внутрішньої напруги, доступність наркотичних речовин і розширення їх асортименту, відсутність альтернативних розваг, неефективність системи антинаркотичної пропаганди, яка використовує методи залякування, наявність культурних традицій зловживання, мода на вживання наркотиків, розповсюдженість адикцій в сім'ях і молодіжних групах.

Існує протиріччя думок про вплив зловживання батьків та однолітків на залучення підлітків до психоактивних речовин. З одного боку, як причину зловживання наркотичними речовинами неповнолітніми автори вказують на зловживання старших, оскільки з батьківської родини дитина засвоює життєві цілі, цінності і перспективи. З іншого боку, велике

значення має адитивність референтної групи підлітка, оскільки саме з неї засвоюються манера та стиль життя [36].

*Психологічний підхід до проблеми етіології адикцій* відрізняється від біологічного і соціологічного. Загальним для концепцій даного напрямку є уявлення про те, що вирішальний вплив на розвиток адикції на фоні біологічної та соціальної схильності мають психологічні характеристики людини.

Відмічається, що ризик формування залежності суттєво підвищений у підлітків із певними типами акцентуації характеру, а саме, нестійкий, епілептоїдний, гіпертимний, істероїдний [30, 36].

Загальноприйнятим у розумінні етіології формування адикцій є психодинамічний підхід. З позицій психодинамічного підходу адикція – це симптом, який відображає деформацію розвитку. В теорії класичного психоаналізу зловживання наркотиками або алкоголем трактується як виражений несвідомий конфлікт між «Ід» та «Супер-Его». З. Фрейд вважав, що первинною онтогенетичною формою адикції є мастурбація, тому боротися проти зловживання психоактивними речовинами так само тяжко, як і проти онанізму, і практично безглуздо. Оскільки ведучим мотивом, який спонукає адитивну поведінку, є бажання пережити задоволення, ейфорію, а принцип задоволення – ведучий закон «Ід», то намагання боротися із зловживанням психоактивними речовинами неминуче викликає сильний супротив, який серйозно утруднює лікування.

Психоаналітично орієнтовані відмічають, що у випадках розвитку адитивної поведінки велику роль відіграють несвідомі процеси, які розгортаються між суспільством та адиктами. Наявність у суспільстві адиктивних груп дозволяє іншій частині громадян на несвідомому рівні проєціювати на них власні негативні якості.

Сучасний психоаналіз відмічає у адиктів наявність базисного конфлікту, негативного дитячого досвіду, коли законні потреби дитини в повазі, в повному любові, участі й ніжності ставленні батьків з тих чи інших причин не задовольнялись. Вважається, що адикти мають психологічні травми, які відносяться до самого раннього віку – до року (неадекватний догляд, емоційна депривація, жорстоке ставлення). У дорослому віці адиктам властиві тяжкі, малосвідомі переживання страху, провини, власної неповноцінності, сорому, захистом від яких і є вживання ПАР [18].

Таким чином вживання психоактивних речовин розглядається як захисний механізм, що націлений на таке:

- 1) захист від депресії, яка породжена незадоволеністю оральної потреби, що пов'язана з фіксацією адикта на оральній стадії розвитку;
- 2) захист від латентного гомосексуалізму;
- 3) захист від тривоги, яка бере початок від несвідомих агресивних імпульсів;



4) самодеструктивна поведінка як результат інтроїційованих «матеробивчих» імпульсів, пов'язаних з невирішеним ворожо-залежним ставленням.

Особливе значення надається символічному значенню психоактивних речовин для адикта. Не самі по собі наркотичні речовини приваблюють людину, а ті несвідомі фантазії (тобто глибинна мотивація особистості), які проеціюються на наркотики. В несвідомих фантазіях алкоголь може символізувати молоко, сечу, сперму, фекалії, а посудина, в якій зберігають алкоголь, відповідно жіночі груди, пеніс, сечовий міхур і т. д. Для багатьох алкоголіків місцевий бар у фантазіях перетворюється на затишний будинок, що наповнений радістю і теплими почуттями, бармени та інші відвідувачі – в добрих батьків, що дуже контрастує з холодною і ригідною атмосферою їх власного будинку.

Відмічається, що підлітковий вік є особливо кризовим для розвитку адикції. В цей період відроджується едипів комплекс, однак тепер підліток має відіграти його вже не відносно власних батьків, а винести в соціум, соціалізувати сексуальний потяг. Така ситуація провокує стан тривоги, з якою підліток, який в минулому мав досвід формування ідентичності (нормальне проходження через кризу трьох років), здатен впоратися, регресувавши до цього досвіду. Якщо ж у віці трьох років дитина не впоралася із завданнями едипова виклику, підліткові проблеми у нього настільки сильні, що він не в стані з ними впоратися. Адикція в даному випадку виступає як захист від сепараційної тривоги і дезінтеграції.

Таким чином, під дією власної глибокої особистісної деформації адикти не вміють шукати в реальності те, чого потребують. У них відсутні терплячість, здатність зближуватися з іншими людьми, схилити їх на свій бік, будувати відверті, надійні та повні почуттів стосунки і підтримувати їх. Тому такі люди віддають перевагу будь-якому, нехай і шкідливому засобу, лише б зробити невиносне становище таким, яке можна терпіти.

Психоаналітик Л. Вюрсмер робить акцент на типах порушень у родині, при яких ризик розвитку адикції у дітей дуже високий:

1. Наявність ранньої травматизації дитини, так званого дитячого аб'юзу. В класичному психоаналізі вважалося, що така травматизація, як правило, існує тільки в фантазіях дитини. Але більшість сучасних авторів визнає її реалістичність. Люди, які пережили насильство в дитячому віці, можуть ідентифікувати себе або з агресором, або із жертвою. Пережиті почуття болю, жаху, сорому, безпорадності можуть сприяти формуванню прагнення до саморуйнування, що призводить, зокрема, до адикції.

2. Сильна інтрузивність, втручання батьків у життя дитини – також чинник ризику адикції. Така поведінка батьків викликає у дитини сором і гнів як наслідок переживання власної безпорадності і незначущості. У батьків в таких сім'ях часто зустрічаються грандіозні, нереалістичні очікування відносно дітей. В таких умовах як захист у дитини може сформуватися система хибного Я: маска фальшивої ідентичності,

лицемірні ролі і т. п. Невідповідність ідентифікації дитини своєму істинному Я здатна компенсаторно призвести до формування адикції.

3. Таємничість, недоступність для дитини відносин між батьками, культивування брехні в родині призводять до того, що домінуючим афектом у дитини стає сором, відбувається деперсоналізація, втрата почуття реальності. Для захисту при наростаючому відчуженні стосунків у сім'ї підліток може почати вживати психоактивні речовини, прагне замкнутися в своєму нереалістичному світі.

4. Невідповідність стилів виховання у батьків, протиріччя батьківських вимог порушують стабільність Супер-Его дитини, що при певних обставинах може сприяти адикції.

Адикти не здатні диференціювати свої почуття, схильні до соматизованого афекту і не можуть виражати свої почуття словами; не можуть ідентифікувати у себе емоційні стани, наприклад, відрізнити тривогу від суму. Речовини, що викликають залежність, допомагають адикту компенсувати дефіцитарність захисту від сильних емоційних переживань.

В транзактному аналізі Е. Берна [2] алкоголізм і наркоманію розглядають як ігри на все життя, серії прихованих додаткових транзакцій з чітко визначеним завершенням. В ігрі існують свої ролі, виграші, відомі ходи, однак гравці ніколи не досягають справжньої людської близькості. За думкою Берна, адиктами стають люди, які слідуєть сценарному припису: «Вбий себе». Отже, в результаті знову ж таки спотворених відносин з батьками, а пізніше з самою собою, у людини виникає саморуйнівна позиція і світосприйняття невдахи. Зазвичай така настанова призводить до швидкого або повільного самогубства – стрибка з мосту, автомобільної катастрофи або смерті від переїдання, алкоголю, наркотиків.

С. Гроф, який розробляв трансперсональну психологію, також вважав алкоголізм і наркоманію розтягнутими у часі формами самогубства. Мотивом до вживання психоактивних речовин С. Гроф вважав жагу людини пережити знову блаженну недиференційовану єдність, пов'язану з безтурботним періодом внутрішньоутробного життя. Психологічний механізм при алкоголізмі і наркоманії відображає несвідому тенденцію відмінити сам процес народження і повернутися в утробу.

Наступна традиція пояснення проблеми адикції належить широкому колу поведінкових концепцій. Загальним для них є розуміння адикції, як порушення поведінки, котре виникло під дією навчання (або підкріплення) і може бути перервано, переформатовано.

У концепції підкріплення адикція розглядається як патерн поведінки, що підпав під контроль схеми з невідповідним способом підкріплення психоактивною речовиною. Теорія навчання робить акцент не тільки на підкріпленні, але і на навчанні. Згідно з цією концепцією дії, які приводять до успіху, легше повторюються в результаті суб'єктивного переживання

успіху, ніж дії, які призводять до неуспіху. Нагорода мотивує дію до повторення, покарання – до відмови.

З точки зору когнітивно-поведінкової теорії адикцію будь-якого типу розглядають як порушення поведінки, що виникає внаслідок прогалин у вихованні та освіті. Таке порушення є квазізадоволенням базових потреб у безпеці, належності, досягненні й свободі. Вважають, що порушення поведінки у людини можуть виникати внаслідок фіксованих неаргументованих правил та ірраціональних настанов, які призводять до когнітивних спотворень, що виявляються як когнітивні прогалини в афективній логіці. До когнітивних прогалин відносяться: абстрактність, надрозповсюдженість суджень: «Світ або чорний, або білий», слідування правилу («Батьки мають мене утримувати до 18 років»), правила, пов'язані з емоційно-афективним досвідом. Афективно логіка може виявлятися як довільне відображення («Я невдаха» або «Я супермен»), селективна вибірка, абсолютне мислення («Все або нічого»), орієнтація на надмірно жорсткі норми і вимоги, перфекціонізм, нетерпимість і нетерплячість, які не дозволяють відносинам людини набути стійкості. Подібна організація когнітивно-емоційної сфери слугує серйозним чинником ризику адиктивної поведінки.

Велике поширення отримала поведінкова копінг-концепція, яку все частіше використовують для пояснення різних поведінкових девіацій, зокрема адиктивної поведінки. В рамках цього напрямку залежну поведінку розглядають як нездатність використовувати в напружених умовах механізми подолання труднощів, тобто копінгові механізми. Особистість із сформованими механізмами подолання здатна впоратися із вимогами складної ситуації, вирішувати труднощі, в результаті чого виникає почуття росту власних можливостей, яке приводить до позитивної самооцінки, самоприйняття і самоповаги. Для людини з нерозвинутими або неконструктивними способами подолання складні ситуації дорівнюють ситуаціям неможливості. Тоді відхід у фантазії або формування адикції дозволяє якщо не змінити ситуацію, то захистити своє Я [36].

Основною особливістю індивіда зі схильністю до адиктивних форм поведінки є неузгодженість психологічної стійкості у випадках звичайних відносин і криз. У нормі психічно здорові люди легко (автоматично) пристосовуються до вимог повсякденного життя і важче переносять кризові ситуації. Вони на відміну від осіб з адикціями намагаються уникати криз і хвилюючих нетрадиційних подій. Для адикта традиційне життя з його засадами, розміреністю і прогнозованістю є тяжким. Кризові ж ситуації з їх непередбачуваністю, ризиком і афектами являють собою для них той ґрунт, де вони набувають впевненості в собі, самоповаги і почуття переваги над іншими. Звідси виникає феномен «спраги гострих відчуттів» (В. А. Петровський), що характеризується спонуканням до ризику, обумовленим досвідом подолання небезпеки. Ключовим аспектом поведінки адиктів є нечесність, що виявляється в обмані і приховуванні

фактів адиктивної поведінки. Адикти обманюють самі себе (метою цього обману є переривання контакту зі своїми почуттями, усвідомленням того, що відбувається, зі своїми реальними потребами); обманюють оточуючих (членів сім'ї, колег, провокуючи нечесність всередині сімейної та робочої системи) і «світ в цілому» (намагаючись створити помилкове враження у оточуючих).

Ц. П. Короленко [18] вважає, що початок формування адиктивного процесу відбувається завжди на емоційному рівні і є проявом прагнення до емоційного комфорту. Існують нормальні шляхи досягнення такого комфорту: подолання перешкод, досягнення значущих цілей, задоволення цікавості, виявлення симпатії до інших людей, релігійне переживання, заняття спортом і т.п. При формуванні адикції багато зазначених шляхів нормального досягнення психологічного комфорту виявляються перекритими, різко звужується їх репертуар. У результаті «відбувається фіксація на якомусь одному способі досягнення комфорту, всі інші виключаються або відсуваються на другий план і використовуються все рідше». Цей процес «конвергенції емоційного комфорту» пов'язаний з особистісною регресією і чіплянням за один-єдиний фетишизований спосіб досягнення психологічного комфорту.

В. Д. Менделевич [36] припустив, що існують «загальні для всіх форм залежностей базові характеристики залежної особистості». Такими рисами залежної особистості є такі:

- інфантильність;
- сугестивність і наслідування;
- прогностична некомпетентність;
- ригідність і упертість; наївність, простодушність і чуттєва безпосередність;
- цікавість і пошукова активність;
- максималізм;
- егоцентризм;
- яскравість уяви, вражень і фантазій;
- нетерплячість;
- схильність до ризику і «смак небезпеки»;
- страх бути покинутим [15].

### **Питання для самоперевірки**

1. Формування адиктивної поведінки в руслі біологічного підходу.
2. Формування адиктивної поведінки в руслі соціологічного підходу.
3. Формування адиктивної поведінки в руслі психологічного підходу.
4. Чинники формування адиктивної поведінки.
5. Психологічна характеристика залежної особистості.

### Глава 3. ХІМІЧНІ ЗАЛЕЖНОСТІ

Термін «залежність» на заміну термінам «пристрасть» і «звикання» 1964 року ввів Комітет експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Цей термін може бути використаний в широкому сенсі щодо цілого ряду психоактивних засобів (залежність від психоактивних засобів, залежність від хімічних речовин, залежність від психоактивних речовин) або стосовно конкретної речовини або класу речовин (наприклад, алкогольна залежність, опіоїдна залежність). У десятому перегляді Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (далі – МКХ-10) залежність описується в поняттях, які можна застосувати стосовно різних класів психоактивних засобів, але характерні симптоми розрізняють залежно від психоактивних засобів.

У МКХ-10 синдром залежності визначають як комплекс фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, при яких вживання психоактивної речовини або класу психоактивних речовин починає займати більш важливе місце в системі цінностей людини, ніж інші форми поведінки, які раніше були більш важливими для неї. Основною описовою характеристикою синдрому залежності є бажання (часто сильне, іноді непереборне) вживати психоактивні речовини, алкоголь або тютюн.

Інформація про хімічні залежності у МКХ-10 знаходиться у блоці F10-F19 – розлади психіки та поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Цей блок містить широкий спектр різних за важкістю і клінічними проявами розладів, розвиток яких завжди пов'язаний зі вживанням однієї або більше психоактивних речовин.

У блоках F10-F19 використовують такі четверті знаки:

- «.0» **Гостра інтоксикація;**
- «.1» **Вживання зі шкідливими наслідками.** Вживання психотропної речовини, яка завдає шкоди здоров'ю. Пошкодження може бути фізичним (як у випадках гепатиту від самопризначення введених психотропних речовин) або психічним (наприклад, епізоди депресивного розладу при тривалому вживанні алкоголю);
- «.2» **Синдром залежності.** Синдром залежності за МКХ-10 – група поведінкових, мнестичних і фізіологічних феноменів, що розвиваються при неодноразовому використанні речовини. Містять сильне бажання прийняти наркотик, відсутність самоконтролю, вживання, незважаючи на згубні наслідки, більш високий пріоритет вживання наркотиків перед іншими діями і зобов'язаннями, підвищену толерантність до речовин. Синдром залежності може відноситися до певної психотропної речовини (наприклад, тютюн, алкоголь або діазепам), до класу речовин (наприклад, препарати опіоїдів), або до більш широкого діапазону різних психотропних речовин. Виділяють хронічний алкоголізм, дипсоманію, наркоманію.

- «.3» **Абстинентний синдром**<sup>1</sup>. Група симптомів різного поєднання і ступеня тяжкості, що виникають при абсолютному або відносному скасуванні вживання психоактивної речовини після постійного застосування цієї речовини. Початок і перебіг стану відміни обмежені в часі і пов'язані з типом психоактивної речовини та дозою, прийнятою безпосередньо перед припиненням вживання або зменшенням дози. Стан відміни може бути ускладнений судомами.

- «.4» **Синдром відміни з делірієм**. Стан, при якому абстиненція, охарактеризована вище (загальний четвертий знак «.3»), ускладнена делірієм.

- «.5» **Психотичний розлад**. Комплекс психотичних симптомів, що виникають під час або після вживання психоактивної речовини, які, однак, не можуть бути пояснені тільки гострою інтоксикацією і які не є складовою частиною абстинентного стану. Розлад характеризується галюцинаціями (зазвичай слуховими, але часто і декількох видів), розладами сприйняття, маренням (часто параноїдного характеру або манії переслідування), психомоторними розладами (збудженням або ступором), ненормальною афектацією, що коливається від сильного страху до екстазу. Свідомість зазвичай є ясною, однак може мати місце деякий ступінь його потьмарення, але без важкої сплутаності. Алкогольний (а): галюциноз; марення ревнощів; параноя; психоз БДУ.

- «.6» **Амнестичний синдром**. Синдром, що характеризується вираженим хронічним зниженням пам'яті на недавні віддалені події. Безпосереднє воскресіння в пам'яті подій зазвичай не є порушеним. Пам'ять на недавні події частіше за все порушена сильніше, ніж на віддалені. Частіше за все є явно вираженим порушення відчуття часу і послідовності подій і є труднощі в освоєнні нового матеріалу. Конфабуляція можлива, але не обов'язкова. Інші пізнавальні функції зазвичай відносно добре збережені, і амнестичні розлади є непропорційні вираженості інших порушень.

- «.7» **Резидуальний**<sup>2</sup> **стан і психотичний розлад із відставленим дебютом**. Розлад, при якому порушення пізнавальних функцій, емоцій, особистості або поведінки, викликані прийомом алкоголю або психоактивної речовини, можуть зберігатися після періоду, протягом якого проявляється безпосередній вплив психоактивної речовини. Початок розладу має бути безпосередньо віднесено до вживання психоактивної речовини. Випадки, при яких початок виникнення порушень виявляється пізніше епізоду (епізодів) вживання психоактивної речовини, можуть кодуватися вказаним вище четвертим знаком, тільки якщо зовсім доведена

---

<sup>1</sup> Синдром відміни.

<sup>2</sup> Залишкова, резидуальна фаза – фаза хвороби або розладу, яка настає після первинних симптомів.

очевидна належність розладу до залишкових явищ дії психоактивної речовини.

- «.8» **Інші психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.**

- «.9» **Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, неуточнені.**

У червні 2018 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (далі – МКХ-11). З 1992 року в світі діяла МКХ-10, до неї перегляди проводили один раз у 10 років. Передбачається, що нове видання МКХ в повну силу вступить з 1 січня 2022 року.

Розлади, обумовлені вживанням психоактивних речовин або адиктивною поведінкою:

- 6С60 Порушення, викликані вживанням алкоголю.
- 6С61 Порушення, викликані вживанням канабісу.
- 6С62 Порушення внаслідок використання синтетичних канабіноїдів.
- 6С63 Порушення, пов'язані з використанням опіоїдів.
- 6С64 Розлади, які виникають внаслідок використання седативних засобів, снодійних або анксиолітиків.
- 6С65 Порушення, пов'язані з вживанням кокаїну.
- 6С66 Порушення, які виникають внаслідок використання стимуляторів, включаючи амфетаміни, метамфетамін або меткатинон.
- 6С67 Розлади внаслідок використання синтетичних катинону.
- 6С68 Розлади внаслідок використання кофеїну.
- 6С69 Порушення, пов'язані з використанням галюциногенів.
- 6С6А Порушення, які виникають внаслідок використання нікотину.
- 6С6В Порушення, пов'язані з використанням летючих інгалянтів.
- Хвороби через використання MDMA або пов'язаних з ним ліків, включаючи MDA.
- 6С6D Розлади внаслідок використання дисоціативних препаратів, включаючи кетамін і фенциклідин [PCP].
- 6С6Е Порушення, пов'язані з використанням інших уточнених психоактивних речовин, включаючи медикаменти.
- 6С6F Порушення внаслідок використання декількох уточнених психоактивних речовин, включаючи медикаменти.
- 6С6G Порушення, пов'язані з використанням невідомих або неуточнених психоактивних речовин.
- 6С6H Порушення, які виникають внаслідок використання непсихотичних речовин.
- 6С6Y Інші уточнені розлади, обумовлені вживанням психоактивних речовин.
- 6С6Z Порушення, викликані вживанням психоактивних речовин, неуточнені.

### 3.1. Алкоголізм: термінологія і класифікація

Зловживання алкоголем і алкоголізм є однією з найпоширенішою формою адиктивних розладів. За даними ВООЗ, у результаті шкідливого вживання алкоголю у світі щороку відбувається 3 мільйони смертей, що становить 5,3% всіх випадків смерті, а серед людей віком 20-39 років приблизно 13,5% всіх випадків смерті пов'язані з алкоголем. Споживання алкоголю призводить до смерті та інвалідності на більш ранніх стадіях життя.

Алкоголізм є серйозною соціальною проблемою в Україні. Щороку в країні реєструють близько 100 тис. хворих, на 2015 р. їхня загальна офіційна кількість становила близько 700 тис. осіб (на мешканців міст припадає 83,7 %, на сільських мешканців – 16,3 %); точну кількість алкозалежних установити важко. 2015 року Україна посіла п'яте місце у світі за споживанням алкоголю на душу населення.

За словами В. Д. Менделевича [36], алкоголь разом із кофеїном і нікотинном складають «легальну тріаду» психоактивних речовин. Вживання цих речовин при тих чи інших обмеженнях їх обороту не переслідуються законом у розвинених країнах. Крім того, ці речовини прийнято певною мірою пов'язувати з культурними традиціями, що додатково сприяє їх легітимації в суспільній свідомості.

В. Д. Менделевич визначає алкоголізм як хронічне психічне захворювання адиктивного типу, що виявляється трьома основними симптомами: болючим потягом до алкоголю, алкогольною залежністю, яка формується на основі цього потягу, і систематичним зловживанням алкоголем.

Необхідною і достатньою умовою діагностики алкогольної залежності як основи алкоголізму можна вважати наявність таких основних феноменів:

1) алкоголь займає неналежно високе місце в ієрархії цінностей індивіда;

2) вживаються кількості спиртних напоїв, які завжди або в більшості випадків перевершують передбачувані або плановані величини (втрата контролю дози алкоголю);

3) вживання алкоголю триває всупереч перешкод, що виникають, протидії з боку оточення, професійним і соціальним інтересам індивіда;

4) вживання алкоголю супроводжується розвитком синдрому відміни.

Перелік критеріїв залежності від психоактивних речовин, у тому числі від алкоголю, розроблено американською психіатричною асоціацією і використовується в кваліфікаційній діагностичній системі DSM-IV. Відповідно до цього переліку для кваліфікації пристрасті або залежності від ПАР необхідна констатація не менше трьох із таких симптомів:

1) толерантність;

2) синдром відміни;



3) постійне бажання або невдалі спроби зменшити вживання речовин;

4) вживання речовин у більших, ніж спочатку передбачалося, кількостях;

5) порушення соціальної і професійної діяльності, а також діяльності, спрямованої на відпочинок і розваги;

6) витрата великої кількості часу, необхідного для отримання речовин;

7) продовження вживання речовин, незважаючи на проблеми, що виникають у результаті цього вживання.

У спеціальній літературі виділено такі види алкоголізму [6]:

1. Побутовий алкоголізм (побутове пияцтво) – це зловживання алкоголем, що займає проміжне положення між помірним вживанням і хронічним алкоголізмом. Пияцтво – вживання алкоголю поза межами соціально прийнятних норм щодо частоти та дози вживання алкоголю для кожної групи населення (чоловіки, жінки, молодь) або соціального прошарку. Звісно, вони дуже відрізняються залежно від місцевих умов. Так, соціально прийнятне вживання алкоголю у країнах з розвиненим виноробством (Грузія, Молдова, Франція, Італія) в інших регіонах може бути розцінене як понаднормове. Те саме стосується і соціально-групових норм.

На відміну від алкоголізму при пияцтві ще немає залежності. Спостерігають значні коливання кількості вжитого алкоголю, досить тривалі періоди тверезості за зміни обставин.

Умовно пияцтво можна розділити на два типи. До першого типу належить пияцтво, пов'язане із перебуванням в алкогольній групі, до другого – звичне, що властиве особам з аморфною структурою особистості (“знічев'я”). Другий тип небезпечніший щодо розвитку алкогольної хвороби. За першим типом пияцтво має ситуаційно зумовлений характер. Після зміни оточення (перехід на іншу роботу, переїзд) рівень вживання алкоголю знижується.

У літературі виділяють так звані французький і скандинавський типи пияцтва. Для першого характерно вживання невеликих доз алкоголю щодня, для другого – інтенсивніша алкоголізація (один-два рази на місяць на тлі тверезості).

Інтенсивність пияцтва може збільшуватися під час психотравмівної ситуації та знижуватися після зникнення проблем.

Хронічний алкоголізм – вживання більше склянки горілки на день, або двох склянок вина, або двох літрів пива, що в середньому становить 30 літрів спирту на рік.

За теорією нейрогенетично адаптивних механізмів К. Р. Клонінґера, виділяють два типи алкоголізму.

Тип I – зумовлений впливом соціального оточення. Адикція розвивається після 25-річного віку; не супроводжується спонтанною

потребою в алкоголі. Найвиразніші риси типу: психічна залежність від алкоголю, втрата самоконтролю, чуття провини, страх перед алкоголізмом, уникання нового досвіду й аверсивних (негативних, загрозливих) ситуацій, залежність від соціального схвалення. Лише зрідка асоціюється з фізичною агресією та конфліктами із законом. Високим є ризик фізичних захворювань.

Тип II – статево зумовлений; притаманний виключно чоловікам. Адикція розвивається до 25 років; супроводжується спонтанним потягом до алкоголю, високою готовністю до фізичної агресії та проблемами із законом; психічна залежність і відчуття провини виражені незначно. Хворі на алкоголізм типу II більш відкриті до нового досвіду й аверсивних ситуацій, незалежні від соціального схвалення.

Розрізняють також алкоголізм, сформований на тлі зловживання спиртними напоями з високим вмістом етанолу, і так званий пивний алкоголізм – зловживання спиртними напоями з низьким вмістом етанолу.

### **3.2. Клінічна картина алкоголізму**

Клінічна діагностика хронічного алкоголізму будується на принципі стадійності, оцінці прогредієнтності<sup>3</sup> і типу зловживання алкоголем. Принцип стадійності передбачає розуміння алкоголізму як єдиного захворювання.

Існує також принцип полівалентності, де робиться акцент на різноманіття клінічних форм алкоголізму, розвиток яких не підпорядковується єдиним закономірностям, оскільки їх формування визначається багатьма чинниками, в тому числі структурою особистості, прихованої патологією емоційної сфери, невротизмом, соціальним середовищем та ін., а також усталеною формою споживання алкоголю.

Відповідно до принципу стадійності в більшості класифікацій виділяється три стадії хронічного алкоголізму – початкова (I), середня (II) і кінцева (III).

Процесуальність алкоголізму, крім трансформації симптоматики, характеризується також швидкістю таких змін. Відповідно до цього виділяють низький, середній і високий темп прогредієнтності, кожен із яких, як правило, від початку притаманний тому чи іншому хворому.

Клініко-динамічний підхід до наркологічних захворювань бере початок у працях І. В. Стрельчука (1949, 1966), який практично першим виділив і описав стадійність алкоголізму (три стадії).

---

<sup>3</sup> Від грец. Pro – вперед і лат. Gradiens – крокуючий) – у психіатрії – розвиток психічної хвороби з наростанням позитивних і негативних симптомів.

### *Стадії алкоголізму*

Перша стадія алкоголізму характеризується формуванням психічної залежності від алкоголю. Стає бажаною інтоксикація. Частішають алкогольні ексцеси. Поступово підвищується толерантність до алкоголю.

Усі думки хворого концентруються довкола нього. Якщо обставини не дозволяють вживати алкогольні напої, хворий відчуває роздратування, справжньої причини якого не може зрозуміти. Оскільки вживання алкоголю на цьому етапі має більш-менш соціально прийнятний характер, пацієнти вигадують будь-який привід і мотив для пиятики.

У цій стадії остаточно формується система психологічного захисту. Одним із проявів її є так звана система зароків. Вона полягає в тому, що хворий, усвідомивши залежність від алкоголю, намагається якимось контролювати його вживання. Наприклад, він не п'є протягом певного часу (до 18-ї години) або до певної дії (доки не закінчить якийсь етап роботи). Такі зароків хворі часто порушують, намагаючись їх свідомо обійти ("Я обіцяв не вживати алкогольних напоїв, але пиво – не алкоголь"). Іншим проявом є "раціоналізація" пияцтва. Кожен алкогольний ексцес хворий мотивує по-різному, на кшталт: з нагоди свята, за традицією (отримав зарплатню, зустрівся з приятелями) або через обставини (змерз, боліли зуби тощо).

Алкогольні ексцеси частішають, поступово підвищується толерантність до алкоголю. З'являються тотальні амнезії та палімпсести (амнезія невеликих проміжків часу (15 – 30 хв.), пов'язана зі збільшенням рівня алкоголю в крові). Після пиятики виникають післяінтоксикаційні стани, які поступово змінюються абстинентними, що є показником переходу до другої стадії. Ці стани вирізняються ставленням хворого до алкоголю. У післяінтоксикаційному стані не лише вживання, а і запах спирту або згадка про нього огидні (нудота та блювання), а під час абстинентного – це єдина можливість поліпшити самопочуття.

Друга стадія характеризується розвиненою фізичною залежністю від алкоголю, проявами якої є:

- компульсивний (нездоланий) потяг до алкоголю;
- абстинентний (похмільний) синдром і вторинний потяг (нездоланне бажання випити після незначної дози алкоголю);
- збільшення толерантності до алкоголю (може випити значно більші дози, ніж до хвороби) та втрата блювотного рефлексу.

Потяг до алкоголю загострюється і згодом стає нездоланим. Тобто, якщо у хворого виникає бажання вжити алкогольний напій, воно має бути здійснене. Це може виявлятися на позасвідомому рівні за активізації алкогольного динамічного стереотипу, коли щось нагадує про випивку (ситуація, зустріч з друзями, певна їжа тощо). Відображенням цього є мімічно-смаковий симптом (симптом Завілянського): під час згадки про алкоголь хворий активізується, радіє, в нього підвищується слиновиділення.

Для посилення дії алкоголю хворі п'ють його натще та без закуски (анорексія сп'яніння) або запивають газованою водою чи пивом. Ці симптоми свідчать про злоякісний перебіг хвороби.

Абстинентний синдром виникає наступного дня після вживання алкоголю. Першою ознакою його формування є відсутність відрази до алкоголю та нудоти наступного дня після п'ятики. Потім виникає симптомокомплекс соматичних (серцебиття, нудота, потяг до блювання, тремор, головний біль та ін.), неврологічних (вегетативні розлади, парестезії, гіперестезія зорового та слухового аналізаторів) і психопатологічних (дратівливість, астенізація, пізнавально-мнестичні порушення) розладів. Дуже часто на тлі абстинентного синдрому виникає алкогольний психоз. Усі зазначені симптоми зникають після похмілля. Зазвичай спочатку для цього досить міцного чаю, кави або холодної води (неспецифічне опохмілення), потім вживають слабоалкогольні напої, наприкінці другої стадії похмеляються горілкою. Якщо через соціальні умови неможливо похмелитися вранці, то це роблять пізніше.

Абстинентний синдром часто передує алкогольному психозу або алкогольній епілепсії. Симптоматична токсична епілепсія виявляється судомними нападами, що частіше виникають на першу або на другу добу тверезості. Інколи вони можуть поєднуватися з алкогольним психозом або виникати на висоті запою.

Типовими виявленнями вторинного патологічного потягу до алкоголю є два симптоми: порушення ситуаційного (вживання алкоголю в будь-яких умовах) і кількісного (неможливість зупинитися після вживання невеликих доз алкоголю) контролю. Коли п'ячать у компанії, це відображається в симптомі випередження тосту (вживання алкоголю у більших кількостях, ніж інші).

Характерними для другої стадії є псевдозапійний або постійний вид п'яцтва, формування низки хвороб на тлі алкоголізму. Темпи деградації залежать від стилю алкоголізації. Найзлоякісніший варіант – постійна п'ятика протягом місяців або років. Найчастіше спостерігають псевдозапої тривалістю триденного п'яцтва. Це закінчується за трьох обставин: насичення (відсутність потягу до алкоголю), неможливості вживання через погіршення соматичного стану та соціальних обмежень (брак грошей, ізоляція та ін.). Після псевдозапою настає період тверезості.

Крім того, на цьому етапі хворий деградує як у соціальному, так і морально-етичному плані. Починає вживати напої низької якості та надто міцні, нехтує професійними та родинними обов'язками, стає брехливим, конфліктує із законом. Спостерігають порушення функції уваги та пам'яті. Інтелектуальна діяльність хворого концентрується навколо алкоголю. Мовлення зазвичай стає примітивним, із використанням ненормативної лексики. Тематично воно пов'язано із вживанням алкоголю.

Афективні реакції нестримні, непрогнозовані, полярні, за принципом "усе або нічого". Характерна невідповідність подразника реакції. Виникає

так званий чорний гумор. Для другої стадії характерна також специфічна алкогольна анозогнозія, тобто хворий певен, що зможе зупинитися будь-якої миті за власним бажанням, без лікування. У родинному житті виникають скандали та сварки, що часто призводять до численних психологічних проблем, а в багатьох випадках – і до розпаду сім'ї.

Деградація особистості та алкогольне недоумство можуть розвиватися за чотирма варіантами: аутичним, експлозивним, істеричним і гебоїдним.

*Аутичний варіант.* Хворі малоконтактні або ж спілкуються лише в своєму середовищі. Зовнішні комунікації зумовлені потребою в алкоголі. Дуже часто пиячать наодинці. Самооцінка низька, не бачать інших перспектив у житті, ніж продовження алкоголізації до самої смерті.

*Експлозивний варіант.* Хворі брутальні, провокують конфліктні ситуації. Часто поведінка має асоціальний характер і на початкових етапах алкогольної хвороби може бути складовою психологічного захисту: конфлікт як мотив до вживання алкоголю. Найчастіше така форма алкогольної деградації притаманна психопатам і особам з органічною патологією центральної нервової системи.

*Істероїдний варіант.* Пияцтво демонструють перед усіма, хизуються ним, перебільшують дози та масштаби вживання алкоголю. Хворі можуть чіплятися до людей, які їх оточують, провокуючи конфлікти у вербальній формі або благаючи про допомогу. Схильні в усіх власних проблемах (зокрема й в алкоголізмі) звинувачувати інших. Такий тип деградації притаманний жінкам.

*Гебоїдний варіант.* Хворі намагаються виглядати веселими, життєрадісними. Спостерігають елементи дитячої поведінки. Пацієнти переконують усіх, що вони хотіли саме такого життя тощо. Мовлення багате на алкогольний жаргон. Переважає “чорний гумор” (часто щодо себе самого).

Алкогольне недоумство, що починає виявлятися в цій стадії, переважно має характер глобарного (тотального) – з фіксацією на алкогольній тематиці.

Розрізняють кілька типів специфічного алкогольного недоумства: психоз Корсакова, енцефалопатія Гайє Верніке та Маркіафави–Біньямі–Назарі.

У другій стадії алкоголізму розвиваються численні соматоневрологічні ускладнення.

Третя стадія алкоголізму – найтяжча – формується через 8–15 років після початку зловживання алкоголем та має такі основні ознаки:

- нестримний компульсивний характер патологічного потягу до алкоголю;
- виражений фізичний потяг до алкоголю, особливо в абстинентному стані;

- значне зниження толерантності до алкогольних напоїв, зменшення добової кількості алкоголю на 50 % і більше порівняно з максимальною;
- перехід псевдозапоїв у справжні;
- втрата ситуаційного контролю, пияцтво набуває щоденного характеру;
- поява в структурі абстинентного синдрому продуктивних психічних розладів (уривчасті маячні ідеї, галюцинації та ін.);
- подальша деградація особистості з помітними змінами інтелектуально-мнестичних функцій (алкогольне недоумство) і нівелюванням індивідуальних рис особистості;
- періодичне виникнення алкогольних психозів;
- наявність тяжких незворотних уражень (цироз печінки, серцево-судинна недостатність та ін.) у внутрішніх органах і системах організму;
- загострення симптомів алкогольної енцефалопатії.

Синдром патологічного потягу до алкоголю у цій стадії змінюється завдяки вираженості фізичної залежності й набуває характеру “нездоланної спраги”. Вживання будь-якої дози алкоголю провокує гостру необхідність поглиблення сп'яніння; такої мети хворий може досягати навіть шляхом протиправних дій. Втрата ситуаційного контролю виявляється готовністю до пиятики з незнайомими людьми або на самоті, часто у випадкових місцях.

Через зниження толерантності разова доза алкоголю для досягнення сп'яніння різко зменшується, хоча добова доза може залишатися високою, але згодом знижується і вона. Хворий може перейти на вживання алкогольних напоїв із нижчим вмістом алкоголю, наприклад, вин низької якості або сурогатів. Зниження толерантності пояснюють низькою активністю алкогольдегідрогенази та інших ферментів, які беруть участь у розщепленні етанолу, а також зменшенням стійкості до алкоголю центральної нервової системи внаслідок загибелі великої кількості нейронів (токсична енцефалопатія). Через порушення захисних механізмів блювання виникає навіть після вживання незначних доз алкоголю, часто це змушує хворого переходити на дробне вживання алкогольних напоїв.

Хворий уживає алкоголь, щоб позбутися відчуття загальної слабості, нездужання, у клінічній картині сп'яніння починає переважати дисфоричність з прискіпливістю, дратівливістю, емоційною напруженістю аж до руйнівної агресії. Агресивні дії спрямовуються переважно на близьких людей; хворі непосидючі, агресивно активні. Засинання відбувається лише після додаткового вживання алкоголю. Іноді при сп'янінні розвивається протилежна картина зі станом оглушення, коли хворі стають млявими, пасивними, сонливими, повільно відповідають на запитання і не здатні до цілеспрямованих дій.

Алкогольна амнезія в III стадії алкоголізму стає тотальною, охоплює значний проміжок часу і настає після вживання невеликих доз алкогольних напоїв. Абстинентний синдром обтяжується, триває більше 5 днів.

Вживання алкоголю має характер справжніх запоїв, яким передують афективно насичений потужний спалах потягу. У перші дні хворий випиває максимальну кількість алкоголю, надалі через зниження толерантності дози зменшуються, на цьому тлі наростають абстинентні явища. Хворий п'є вже не задля ейфорії, а лише для послаблення тяжких соматоневрологічних і психічних розладів. Усе це супроводжується анорексією, диспептичними явищами, розладами серцево-судинної діяльності. Наприкінці запою розвивається повна інтолерантність, що зумовлює неможливість подальшого вживання алкоголю через глибоку інтоксикацію організму.

В інтелектуально-мнестичній сфері відбуваються помітні зміни в межах алкогольної деградації: хворі перестають цікавитися суспільними подіями, як правило, втрачають роботу, починають вести паразитичний спосіб життя. Алкогольна деградація може набувати трьох варіантів розвитку:

1) психопатоподібний варіант – характеризується змінами в поведінці з виявленнями грубого цинізму, агресії, безтактності, нав'язливої відвертості, прагненням у всіх діях оточуючих бачити лише негатив;

2) ейфоричний варіант – із переважанням добросердності, некритичності до свого теперішнього становища. Такі хворі легко висловлюють судження з приводу як дрібниць, так і важливих речей, включаючи суто інтимні аспекти, їх мова насичена штампами, шаблонними жартами, так званим алкогольним гумором;

3) аспонтанний варіант – із домінуванням млявості, пасивності, втратою інтересів та ініціативи. Активність дещо підвищується лише в процесі добування алкоголю.

У III стадії захворювання стають помітними органічні симптоми недоумства: зниження пам'яті, критики, загальні зміни структури особистості людини. Вирізняють два типи алкогольного недоумства:

I тип – еректильний – спочатку нагадує експлозивну форму психопатії зі збудливістю, агресивністю, гнівливими спалахами без причини на тлі нерозважливості й непоміркованості з елементами нестримання емоцій, підвищеної говірливості, специфічного гумору;

II тип – горпідний – характеризується млявістю, апатією, байдужістю, іноді ейфоричним ставленням до оточуючого.

Як наслідок відбувається нівелювання особистості хворих, згладження різких психопатичних проявів, що робить більшість із них схожими один на одного: вони є спустошеними, байдужими до оточуючого, мають інтереси, що спрямовані виключно на задоволення потреби в алкоголі.

Окрім численних легких неврологічних порушень, які виникли раніше, спостерігають вираженіші: розлади координації рухів, інсульт, тромбоз мозкових судин, мозкові судинні кризи з парезами і паралічами.

З боку соматичної сфери виявляють загальне зниження опірності організму, внаслідок чого такі хворі найчастіше помирають від різноманітних інтеркурентних<sup>4</sup> захворювань.

### **3.3. Психологічні чинники формування алкогольної адиктивної поведінки**

Схильність до алкоголю, на думку Н. Ю. Максимової [28], є своєрідним функціональним новоутворенням особистості, що, поступово формуючись, може значний час бути у прихованому стані, але за певних умов виявляється.

Як зазначає Н. Ю. Максимова, схильність до алкоголю найчастіше виникає на фоні відхилень у психічному розвитку дитини (психопатії, акцентуації характеру, мінімальна дисфункція мозку) або в разі наявності негативної соціальної ситуації розвитку, помилок батьків у вихованні дітей, особливо небезпечним є наявність алкогольного оточення, а також спадкових передумов алкоголізму. Отже, особистісна схильність до адиктивної поведінки формується поступово, в процесі онтогенезу.

Дослідниця констатує, що наявність у деяких людей глибинних біологічних передумов до формування психічної та фізичної залежності від алкоголю зумовлює неприпустимість навіть одноразового вживання алкогольних напоїв людьми, які не досягли фізичної, психічної та соціальної зрілості. Систематичне вживання психотропних речовин неповнолітніми слід розглядати як психолого-педагогічну, а не наркотичну проблему.

Б. А. Леко [25] вивчав особливості формування алкогольної установки залежно від індивідуально-типологічних властивостей особистості. Він вважав, що алкоголь як найдоступніший наркотик усуває нервову напругу і приносить смакове задоволення, проте його надмірне вживання призводить до незворотних негативних наслідків. Б. А. Леко визначив поняття алкогольної та антиалкогольної установок, діагностував статичні і динамічні прояви темпераменту студентів, що може стати основою формування їх антиалкогольної стійкості, передбачення та попередження алкогольної залежності, в результаті – вплив алкоголю індивідуалізується залежно від генетичних, психологічних і фізіологічних особливостей організму.

Б. А. Леко, вивчаючи поняття алкогольної установки, встановив, що вона має таку структуру:

- 1) знання про алкоголь та його дію;
- 2) позитивна їх оцінка через очікування ейфорії шляхом звільнення від тривожності;

---

<sup>4</sup> Такий, що ускладнює перебіг іншого захворювання; проміжний.



3) послідовний вибір алкоголю як засобу вирішення проблем характеризується певними властивостями особистості залежно від її темпераменту. Вплив алкоголю індивідуалізується залежно від генетичних, психологічних і фізіологічних особливостей організму.

Б. М. Ткач, вивчаючи соціальні ситуації розвитку молоді, довів, що передумовами вживання психоактивних речовин є неповна сім'я, вживання психоактивних речовин членами сім'ї, сімейні конфлікти й недостатність близьких взаємин між батьками та дітьми, негативний стиль сімейного виховання, погана успішність у навчанні. Вчений зазначив, що «для молоді, яка епізодично вживає алкоголь, властиві такі характеристики, як надмірна орієнтація на вплив середовища, неконформні тенденції у міжособистісних взаєминах, тенденція до поглиблення домінування, агресивності і незалежних рис поведінки з частковим усвідомленням своїх неконформних тенденцій, яскраво виражені акцентуації характеру, домінування деструктивної агресії над конструктивною, послаблення контролю своєї поведінки, низький рівень емпатії та схвалення агресивної поведінки загалом, домінування екстернального локусу контролю».

Н. П. Бурмака, досліджуючи психологічні чинники формування алкогольної адиктивної поведінки у підлітків та юнаків, з'ясувала, що готовність до формування такої поведінки модулюється статтю та віком, залежно від яких вона й набуває різних форм. Дівчатка підліткового віку мають готовність до таких форм, коли в сім'ї один із батьків зловживає алкоголем, коли адикція пов'язана із сімейними традиціями, за конформною адикції, коли адикція пов'язана з тим, що алкоголь має суб'єктивний сенс святкування. Хлопчики підліткового віку виявляють готовність до формування адикції, зумовленої педагогічною занедбаністю, адикції відносин і конформності, а в юнацькому віці – ще й адикції подолання стресу.

Н. П. Бурмака робить висновок, що міжособистісні відносини підлітків із алкогольною адиктивною поведінкою у дошкільному дитинстві характеризуються ізольованістю, пасивністю, ворожістю і залежністю. Причому для дівчаток більш характерною є пасивність і залежність, а для хлопчиків – ізольованість і ворожість. Дослідниця наголошує, що профілактичні програми мають бути спрямовані на більш ранній підлітковий вік, коли ще виражені внутрішні ресурси стримування розвитку алкогольної адиктивної поведінки.

За словами В. О. Іванова, розвиток алкогольної залежності прямо корелює із загальною психічною деградацією особистості. При цьому руйнуються або витісняються еволюційно пізніші в онтогенетичному розвитку психологічні процеси і починають «спливати» і домінувати еволюційно більш ранні. Людина при прогресі алкогольної залежності починає особистісно регресувати на більш дитячий рівень свого розвитку. Причому цей процес інтегральний, що захоплює абсолютно усі вищі

психічні процеси в різних сферах психіки: когнітивній, емоційній, мотиваційній, антиципаційній, поведінковій, ціннісній, комунікаційній і т.д.

### 3.4. Лікування та реабілітація хворих на алкоголізм

На даний момент у лікуванні та реабілітації хворих на алкоголізм можна виділити декілька моделей.

Розглянемо *модель терапевтичних співтовариств (груп взаємодопомоги)*. Цей підхід полягає в створенні терапевтичного співтовариства з людей, що страждають алкогольною залежністю, з метою підтримки тверезості. Найвідомішою з існуючих терапевтичних груп самодопомоги є товариство анонімних алкоголіків (АА). Засноване в 1935 р. алкоголіками для допомоги алкоголікам, воно має філії Al-Anon і Al-Ateen для їх родичів і друзів. На даний момент до товариства входить близько 1 млн осіб у 92 країнах. Його програма «12 кроків» прийнята іншими групами самодопомоги, серед яких анонімні азартні гравці, анонімні ненажери, анонімні шизофреніки і анонімні наркомани. Крім того, добре відомі організації самодопомоги Корпорація «Одужання» для колишніх пацієнтів психіатричних установ і Синанон для наркоманів (а пізніше і для колишніх ув'язнених).

Водночас принцип терапевтичних співтовариств має свої недоліки. По-перше, існує проблема адаптації людини з алкогольною залежністю до самого формату групи АА. Так, за неофіційними даними, не більше 5% відсотків людей, що прийшли на збори груп АА, залишаються в співтоваристві на скільки-небудь значний час. По-друге, до недоліків такого підходу можна віднести високу вірогідність переходу алкогольної залежності в залежність стосунків (залежність від групи) і подальшу патологічну зміну особистості, навіть при припиненні вживання алкоголю.

Важливим недоліком підходу товариства взаємодопомоги є відсутність у ньому професійної допомоги. Крім того, оскільки ці групи самостійні, помічені випадки трансформації груп взаємодопомоги в групи сектантського типу або «групи культу однієї особи», що вербують своїх adeptів серед алкоголіків.

Спроби подолати ці та інші недоліки груп взаємодопомоги привели свого часу до створення так званої *Міннесотської моделі реабілітації залежних людей*, названої на честь штату в США, де вперше її почали застосовувати.

По суті модель Міннесота зводиться до професійної або напівпрофесійної програми реабілітації, що полягає в адаптації алкозалежної людини до співтовариства АА. Модель Міннесота може застосовуватися в різних модифікаціях. Наприклад, з відсутністю або присутністю детоксикації; у поєднанні з психотерапією або тільки у вигляді навчального курсу; з різним терміном реабілітації – від 28 днів до декількох років. Може бути різний рівень професійної підготовки

співробітників центру – від консультантів з хімічної залежності, що мають досвід зловживання алкоголем і одужання від цього, до висококваліфікованих психотерапевтів. Такі центри можуть працювати самостійно або ж співпрацювати з іншими соціальними службами. Але спільне для усіх цих видів реабілітації одне: в основі реабілітаційного процесу адаптована програма «12 кроків» і подальше мотивування клієнтів на участь у співтоваристві АА.

Перевагами цієї моделі є можливість професійної допомоги людині з алкогольною залежністю в найгостріший перший період відмови від алкоголю і сприяння їй в адаптації до груп АА, що підвищує відсоток людей, які залишаються у групі АА. До недоліків моделі Мінесота можна віднести, по суті, паліативну допомогу, коли вирішуються в короткий термін тільки гострі проблеми наслідків алкоголізації і відбувається «навчання» основним поведінковим методам залишатися тверезим. Водночас у моделі Мінесота не передбачається вирішення самої суті питання алкогольної залежності – «незрілості» особистості.

Завдання особистісного розвитку в цьому випадку перекладається на АА, хоча це всього лише непрофесійне співтовариство взаємопідтримки, що не передбачає психотерапевтичної допомоги. Як наслідок, дійсно вирішити питання із залежністю мають можливість лише ті люди, у яких є ресурс для подальшого самостійного особистісного розвитку. В інших людей існує небезпека трансформації алкогольної залежності в залежність від груп із можливими подальшими патологічними змінами особистості. Крім того, відсутність професійної допомоги у вирішенні психологічних проблем на тривалих термінах ремісії часто призводить до рецидивів.

*Розвиваюча модель Теренса Горські.* Т. Горські запропонував програму тривалої професійної роботи з алкозалежними, що поєднується з відвідуванням зборів АА. Таким чином, у моделі «АА + професійна допомога» виправлені недоліки підходу Мінесота, в якому професійна допомога пропонується тільки на першому етапі одужання.

Т. Горські виділяє в процесі одужання від хімічної залежності шість етапів і визначає цілі та завдання, які необхідно вирішити на кожному з цих етапів. Таким чином, Т. Горські одним із перших почав розглядати одужання як еволюційний процес розвитку особистості.

До недоліків моделі Т. Горські можна віднести як труднощі в практичній реалізації еволюційної моделі одужання, так і її слабе теоретичне обґрунтування. Розвиваюча модель Горські не ґрунтується на якій-небудь моделі особистості, а отже, в ній не класифікуються патологічні особистісні процеси. Крім того, на наш погляд, Теренс Горські більшою мірою відноситься до «психологів соціальної роботи», через що акценти в його програмі невиправдано зміщені в соціальну область, що не сприяє вирішенню патопсихологічних особистісних проблем.

*Розвиваюча модель Діани Пітти.* Цю модель можна назвати першою саме психологічною моделлю одужання від алкогольної залежності. В

основі моделі Піти лежить теорія стадій психосоціального розвитку Еріка Еріксона. Ґрунтуючись на цьому теоретичному підході і великому власному досвіді роботи із залежними, Піта описала особистісні зміни, що відбуваються із залежними в процесі одужання, і необхідні засоби для досягнення цих змін. У такій моделі немає «прив'язки» до програми «12 кроків», хоча практично вона сумісна з нею.

У розвиваючій моделі Діани Піти виділяється сім стадій, які відносяться до стадій психологічного розвитку Еріксона. Для кожної з цих стадій визначаються необхідні цілі і завдання, які необхідно вирішити залежній людині для свого одужання.

Перевагою моделі Діани Піти є якісно розроблена теоретична модель одужання, основана на гіпотезі співвідношення стадій одужання із стадіями психологічного розвитку особистості за Еріком Еріксоном. Проте саме співвідношення одужання від залежності із стадіями психосоціального розвитку зроблено без належного на те обґрунтування. Крім того, в цій моделі відсутній теоретичний розгляд моделі патогенезу самої залежної особистості. Як наслідок ця модель зумовлює низку запитань науково-теоретичного характеру. Незважаючи на це, модель Піти залишається поки єдиною нам відомою інтегральною психологічною розвиваючою моделлю одужання від алкогольної залежності, де одужання розглядається як еволюційна зміна особистості адикта. І ця модель цілком підходить як основа для подальшого розроблення інших психологічних моделей одужання від алкогольної (та іншої) залежності.

*Інтеграційна особистісно-орієнтована розвиваюча модель одужання від алкогольної залежності (центр «Сенс»).* У системі діяльності людини з алкогольною залежністю в активній фазі вживання домінує патологічно деформований тілесний рівень, в якому потреба в алкоголі перейшла в розряд природних потреб.

Особистісний і соціальний рівні психіки є «керованими» і підпорядковані в структурі діяльності тілесному рівню. Людина з такою структурою особистості практично не здатна залишатися довгий час тверезою.

Як наслідок викладеного потребою першого етапу одужання є інтегральний розвиток різних сфер соціального рівня психіки. Для роботи нами виділені чотири сфери психіки: когнітивна, емоційна, мотиваційно-антиципаційна і поведінкова. Тоді розвиток соціального рівня психіки полягає в розвитку конкретно-наочного мислення, інтелектуальних і соціальних емоцій, ситуаційного прогнозування, здатності до цілеспрямованих дій. Крім того, важливим на першому етапі одужання є забезпечення соціального середовища, яке приймає та підтримує залежну особистість. На наш погляд, у моделі терапевтичних співтовариств і програми «12 кроків» забезпечується проходження саме цього етапу видужання.

Проте проходження першого етапу видужання виявляється недостатнім, оскільки нерозвинений особистісний рівень психіки залежної людини не дає можливості повноцінно адаптуватися в соціальному середовищі поза підтримкою співтовариства, отже, людина стає залежною від соціального оточення, що підтримує її. Так, наприклад, деякі члени АА заявляють, що справжнє життя відбувається в АА, а інша частина суспільства для них чужа. Залишивши товариство, що підтримує, такі люди, як правило, з часом повертаються до вживання алкоголю.

Другий етап видужання полягає в опрацюванні патологічних змін на соціальному і тілесному рівнях психіки з поступовим розвитком особистісного рівня. Вирішення інтро- та інтраособистісних конфліктів дає людині можливість жити повноцінним соціальним і внутрішньоособистісним життям, отримувати задоволення від своєї тверезості.

Наступним етапом у видужанні є розвиток здібностей до самоактуалізації і подальшого саморозвитку. Цей етап передбачає подальший розвиток у когнітивній, емоційній, мотиваційно-антиципаційній і поведінковій сферах психіки – саме розвиток системного погляду на життя, відродження моральних почуттів і свідомості життя, постановку більш далеких цілей. Цей етап особистісного розвитку не є обов'язковим для підтримки стабільної тверезості, тому немає необхідності включення його в систему обов'язкової терапії.

У цій моделі процес одужання від алкогольної залежності умовно розділено на шість фаз (по дві фази на кожний з описаних етапів):

*Фаза 1. Прийняття відповідальності за видужання.* Цю фазу можна назвати вступною до всього процесу видужання. Завдання цієї фази полягає в тому, щоб допомогти залежному: а) визнати наявність проблем у своєму житті, пов'язаних із вживанням алкоголю; б) визнати неможливість контролю над вживанням алкоголю; в) визнати наявність фізіологічних, психологічних, соціальних порушень і особистісних проблем; г) визнати необхідність самостійної роботи і професійної допомоги; д) навчитися утримуватися від вживання алкоголю і освоїти елементарні стратегії психічної і соціальної життєдіяльності, спрямовані на підтримку тверезості. Для роботи з клієнтами у межах цієї фази найбільше підходять поведінкові та навчальні види психотерапії, РЕПТ Еліса.

*Фаза 2. Зупинка копюльсії.* Мета цієї фази – розвиток соціального рівня психіки і перехід його в структурі особистісної діяльності на провідне місце перед тілесним рівнем. Завдання цієї фази: навчання альтернативним конструктивним способам (копінгам) соціальної поведінки, ситуаційного планування, емоційного реагування і мислення. Положення про необхідність у виробленні адаптивних копінгів на ранніх термінах ремісії (до 1 року) корелює з недавніми вітчизняними дослідженнями в цій області. Для роботи в цій фазі також використовують у більш поглибленій формі психотерапевтичні методи з першої фази. При роботі на перших

двох фазах одужання не рекомендується зачіпати внутрішньоособистісні конфлікти та інші особистісні проблеми клієнтів, оскільки ще не сформовані внутрішні ресурси для їх вирішення. При проходженні перших двох фаз і виведенні соціального рівня психіки в структурі діяльності на перший план залежна від алкоголю людина буде здатна залишатися тверезою тривалий час при належній організації зовнішнього середовища для підтримки тверезості, наприклад, при регулярному відвідуванні зборів взаємодопомоги, проходженні особистої або групової терапії і/або кардинальній зміні системи взаємовідносин у сім'ї.

**Фаза 3. Емоційна стабілізація.** Головне завдання цієї фази – опрацювання і контроль актуальних внутрішньоособистісних і соціальних конфліктів, деструктивних психологічних патернів. Завданнями цієї фази є: розвиток навичок управління своїм внутрішнім станом, адаптивне спілкування з людьми поза системою підтримки тверезості, пошук і здобуття задоволення тверезим життям

У системі психокорекції можуть застосовуватися глибші методи роботи, чим на перших двох фазах, наприклад, робота з проміжними переконаннями у межах когнітивної терапії, робота з ролями і функціями і т.д. Проте на цьому етапі слід уникати методів звернення до дитинства, глибокого занурення і опрацювання минулого досвіду.

**Фаза 4. Соціальна стабілізація.** Мета цієї фази – усвідомлення себе унікальною незалежною особистістю зі своїми власними цілями в житті і здійснення цих цілей (ідентичність в теорії Еріксона). Завданнями цієї фази є виявлення витоків психологічних конфліктів, опрацювання дитячих проблем і т.д. У психотерапевтичній практиці використовують роботу з минулим (наприклад, ресинтез минулого в когнітивній або гештальттерапії, сценарний аналіз, прийоми психоаналітичної школи, нарративний підхід). При проходженні третьої і четвертої фаз одужання людина виробляє особистісні навички, що повністю знімають необхідність в алкоголі. Вона живе повноцінним тверезим життям, не потребує постійної допомоги середовища, що підтримує тверезість (хоча бажана профілактика у вигляді регулярних консультацій або особистої терапії).

**Фаза 5. Особистісна ідентифікація.** Метою цієї фази є усвідомлення інших людей та всього світу як незалежних об'єктів зі своїми цілями і прагненнями і побудова взаємовідносин із ними, коли враховують не лише свої інтереси, але й інтереси інших. Кращою модальністю психотерапії для цієї фази є психотерапія гуманістичних шкіл, що ставлять своїми мішенями самоактуалізацію, особистісне зростання, розвиток конгруентності і т.д.

**Фаза 6. Моральна стабілізація.** Мета цієї фази – усвідомлення сенсу життя, подальше зміцнення повноцінних взаємовідносин із собою, оточенням, світом і Богом на осмисленій основі. Модальність психотерапії – з екзистенціальним ухилом, спрямована на пошук смислової основи життя (як більш далекої мети). Проходження двох останніх фаз не є обов'язковим у системі відновлення особистості, оскільки вони спрямовані

на вирішення завдань, що далеко виходять за межі алкогольної залежності, і стосуються питань, які зрештою має вирішувати для себе кожна людина (як «залежна», так і «незалежна»). Слід зауважити, що хоча ІООР-модель одужання від алкогольної залежності побудована на іншій теоретичній основі, ніж розвиваюча модель Піти, але в результаті приводить до схожих результатів. Це дає можливість зробити припущення, що розроблення теоретичних обґрунтувань і послідовність реалізації ІООР-підходу мають високу валідність у терапії залежностей. Будучи апробованою в Дніпровському районному Центрі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді в місті Києві, ІООР-модель може мати перспективу подальшого розвитку як еталон програм одужання від алкогольної та інших видів залежностей.

Психотерапевтична робота з алкозалежними людьми має свої особливості. Серед основних особливостей алкозалежних клієнтів, що відрізняють їх від інших клієнтів соціальної служби і які заважають психотерапевтичній роботі, виділяють:

- «патологічну брехливість» людей з алкогольною залежністю;
- ефект анозогнозії (заперечення хвороби);
- тенденцію до симбіотичних стосунків і формування залежних стосунків (у тому числі від психотерапевта і від терапевтичної групи);
- нездатність брати відповідальність за вирішення своїх проблем на себе [8];
- високий рівень інфантильності особистості.

Окрім названих вище особливостей, виділяють такі:

1. Люди, залежні від алкоголю (особливо на пізніх стадіях розвитку залежності), виявляються не дуже здатними до абстрактного (формально-логічного) і конкретно-наочного мислення. Так, людині, що пиячила велику частину свого життя, складно згадати декілька конкретних прикладів того, як вона випивала. Ярлики «завжди і все» переважають над спогадами «коли конкретно і що конкретно». У роботі з алкозалежними клієнтами в цьому випадку слід уникати формалізованих інтерпретацій, акценту на логічне розуміння, систематизацію досвіду і застосування метафор. У терапії мають переважати наочна робота (конкретні приклади з життя клієнта, інших людей, можливо, навіть вигадані), прийоми конкретизації і диференціації узагальненого досвіду (замість декларованого «пиячив завжди» попросити згадати декілька конкретних прикладів, коли напився). Також треба пам'ятати, що залежні від алкоголю люди схильні до міфологізації і моралістики, тому бесіди на «духовні» і «морально-етичні» теми небажані.

2. Емоційна сфера характеризується переважанням дитячих афектів, що слабо контролюються, тому в роботі з емоціями мають переважати прийоми не «занурення» в емоції, а навчання навичкам прийняття (себе, людей, світу), усвідомлення емоцій і їх корисності – не корисності в конкретній ситуації, створення системи емоційної підтримки. Загалом,

замість «глибокої і точкової» роботи з емоційною сферою більше потрібна «широка і поверхнева» робота.

3. Робота з алкозалежними ускладнюється тим, що вони переживають дуже сильно почуття сорому і провини, а одне з першочергових завдань фахівця – звільнити їх від цих почуттів. Зважаючи на наявність цих негативних почуттів, здатність самоприйняття у алкозалежних дуже слабка, тому слід уникати прямих інтерпретацій (коли відповідальність за проблему та її вирішення безпосередньо перекладається на людину – схоже з «генетичними» інтерпретаціями в психоаналізі). Бажано використовувати сторонні приклади і «наглядові інтерпретації», коли формулюється проблема і показується людині наче з боку, а відповідальність за неї вона бере в тій мірі, в якій вона здатна взяти самостійно (схоже з інтерпретацією примітивних захистів у психоаналізі).

4. У людей, залежних від алкоголю, складні «стосунки з часом», що відображається на мотиваційній і антиципаційній сфері. Вузька «часова перспектива» призводить до того, що мотивації «тут і зараз» переважають над мотиваціями «там і потім». Наприклад, позитивні ефекти від пияцтва «зараз» суб'єктивно набагато реальніші, ніж негативні наслідки від нього «потім». Як інший приклад можна навести те, що для алкозалежної людини негативні ефекти від роботи над собою «зараз» суб'єктивно сильніші за позитивні ефекти від неї «потім» (як наслідок – відсутність мотивації щось робити для свого видужання). Крім того, необхідно враховувати в роботі характерний для алкозалежних психологічний ефект втечі в «тут і зараз». Незрілість антиципаційної сфери ускладнює елементарне прогнозування своїх дій і пов'язані з цим проблеми. В роботі із залежними необхідно створювати високий «потенціал» їх зацікавленості в роботі «тут і зараз», а також робити обов'язковий акцент на розвиток антиципаційних здібностей (прогнозування, планування, цілепокладання та ін.).

5. Здібності до запам'ятовування та інші функції пам'яті у алкозалежних порушені. Тому терапевт має бути готовий до багаторазового опрацювання одних і тих самих проблем (і багаторазового їх «усвідомлення» клієнтом). Необхідний матеріал має бути наданий в різноманітній формі, що дублює одна одну. У стратегії психотерапевтичної роботи необхідно враховувати усі ці особливості, а також те, що людей з алкогольною залежністю за тяжкістю психологічної дезадаптації можна віднести до категорії людей з «пограничними» порушеннями, що наближаються до психопатичного континууму.

Згідно з цим були розроблені такі рекомендації до стилю роботи фахівця, яких необхідно дотримуватися на першому етапі видужання (перші три місяці):

1. Активність і директивність терапевта. Найбільш прийнятним стилем на першому етапі видужання є стиль активності терапевта,



запропонований в раціонально-емотивній поведінкової терапії Еліса. Алкозалежні на першому етапі видужання мають низьку мотивацію до роботи, і при менш активному і директивному стилі терапевта робота клієнтів дезорганізується.

2. Підтримка (мінімізація фрустрацій) як стиль терапії. Без високого рівня підтримки і безпечної атмосфери буде неможливо подолати сильне почуття незахищеності реабілітантів і залучити їх до роботи.

3. Структурованість психотерапії. Алкозалежні клієнти характеризуються підвищеним рівнем тривоги, і неструктурований стиль роботи, що використовується у багатьох школах психотерапії, призводить до підвищення цієї тривоги і до зриву терапії.

4. «Обхід» захисту і опору. Деякий захист і опір у людей з алкогольною залежністю може бути трохи не останнім безальтернативним механізмом захисту від нищівного почуття неповноцінності. Тому спочатку увагу слід приділяти напрацюванню нових, більш адаптивних механізмів захисту, а вже тільки потім подоланню старих (наприклад, перед інтервенціями на визнання хвороби слід «пропрацювати» почуття провини, пов'язане з цим). При виникненні опору під час роботи, якщо це, звичайно, стосується непринципових питань (що не ведуть безпосередньо до рецидиву), краще відразу ухилитися від подальшої роботи в цьому напрямі і переходити на інші області, що викликають менший опір.

5. «Наглядові» інтерпретації і конфронтації. Низький рівень самоприйняття у алкозалежних потребує підбору техніки психологічної роботи, в якій клієнтові демонструвалася б його проблема без відношення до нього особисто, а вибір ототожнення із собою залишався б за самою людиною.

6. Конкретизація і наочність. У психологічній організації діяльності в алкозалежних людей профіцитарним є допредметний рівень і дефіцитарним – предметний рівень. Тому для формування предметного рівня діяльності потрібна велика кількість конкретних прикладів і наочних інтерпретацій. На початкових етапах роботи слід уникати формалізованих пояснень або супроводжувати їх великою кількістю наочних прикладів.

7. Соціалізація (відкритість і чесність) у роботі. У роботі з алкозалежними слід уникати якої-небудь двозначності або незрозумілості механізмів впливу, оскільки це підвищує тривогу і блокує роботу (аж до повної відмови). Тому робота з алкозалежними має супроводжуватися інформаційними матеріалами, що пояснюють суть проблеми, принципи роботи з нею і т.д.

8. Налаштування на позитивні цілі. Проблемно-центрована робота з алкозалежними ускладнена: а) високим рівнем анозогнозії; б) інтернальним локусом контролю, що примушує бачити джерело проблем в оточенні, а також низьким рівнем самоприйняття, що не дозволяє вважати ці проблеми своїми; в) поверхневим баченням своїх проблем; г) загальною «нерозвиненістю» особистості.

Отже, орієнтир у терапії має бути сконцентрований на позитивному розвитку (зростанні) особистості. У зв'язку з цим у роботі краще орієнтуватися не стільки на вирішення проблем, скільки на досягнення позитивних цілей (наприклад, не кинути пити, а вчитися жити тверезим).

9. Безумовне прийняття. Люди з алкогольною залежністю соціально «відчужені» і гостро потребують соціального прийняття, тому рівень прийняття реабілітантів фахівцями має бути досить високим. Проте прийняття в жодному разі не означає м'якість і піддатливість; така позиція може призвести до маніпуляцій з боку клієнта і в результаті до провалу роботи. Прийняття в роботі із залежними має бути схожим із позицією «суворого батька, що приймає» (саме цієї фігури, як правило, не діставало свого часу в житті більшості залежних), а не з позицією «м'якої матері, що приймає», надмірна турбота якої і була одним із чинників формування залежності. Отже, в роботі із залежними позиція м'якого терапевта виключається, а надається перевага авторитетній позиції «жорсткого» прийняття.

Одним з основних чинників ефективності реабілітації від хімічної залежності є її тривалість. Курс соціально-психологічної реабілітації (включаючи обов'язковий підтримувальний етап) від алкогольної залежності повинен мати тривалість не менше двох–трьох років.

### **3.5. Наркоманія: термінологія та класифікація**

Наркоманією (грецьк. narke – заціпеніння, сон + mania – безумство) називають групу хвороб, що виникають внаслідок систематичного, у наростаючій кількості вживання речовин, які включені до затвердженого на офіційному рівні списку наркотиків і проявами якої є залежність від цих речовин – психічна та фізична, а також розвиток абстиненції внаслідок припинення їх прийому.

Оскільки клінічна картина окремих форм наркоманій залежить від особливостей наркотичної речовини, яка є предметом зловживання, то даний термін часто використовують у множині – “наркоманії”. До того ж, у кожному конкретному випадку для характеристики окремої форми наркоманії використовують прикметник, наприклад, героїнова наркоманія, кокаїнова, гашишна та ін.

У МКХ-10:

- (F11) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів.
- (F12) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання канабіоїдів.
- (F13) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання седативних чи снодійних засобів.
- (F14) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання кокаїну.
- (F15) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн.

➤ (F16) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання галюциногенів.

➤ (F17) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання тютюну.

➤ (F18) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання летючих розчинників.

➤ (F19) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання складного лікарського засобу та інших психоактивних речовин.

Діагноз наркоманії встановлюють на підставі клінічних ознак захворювання, таких, як регулярне (континуальне або циклічне) вживання наркотичного засобу, патологічний потяг до нього, психічна та фізична залежність, зміна толерантності. Захворювання, при якому виявляють залежність від двох і більше наркотичних речовин, які застосовують одночасно або в різній послідовності, отримало назву «полінаркоманія».

Випадки епізодичного чи помірною вживання ряду речовин наркотичної чи стимулюючої дії без розвитку залежності від них мають назву наркотизму, або періодичної наркотизації.

Поняття зловживання психоактивними речовинами часто використовують у двох повністю відмінних за суттю значеннях. По-перше, як діагностичний термін, що визначає періодичне ослаблення контролю за вживанням наркотичних речовин, і є однією зі стадій в ряді порушень, пов'язаних з їх прийомом. По-друге, як термін, що має більш просте, загальноприйняте значення: вживання, яке являє собою порушення суспільних норм і шкодить здоров'ю людини. Звикання і розвиток залежності є складовими другого визначення.

Наркотик – речовина, яка при одноразовому вживанні здатна викликати приємний психічний стан, а при систематичному – психічну та фізичну залежність.

Існує три критерії, на основі яких речовину вважають наркотичною:

- 1) медичний;
- 2) соціальний;
- 3) юридичний.

Медичний критерій полягає у тому, що речовина має специфічно діяти на ЦНС (стимулюючи, седативну, галюціногенну та ін.), що стає причиною її немедикаментозного застосування.

Під соціальним критерієм мають на увазі, що немедикаментозне вживання даного засобу набуває таких масштабів, які становлять серйозну суспільну небезпеку.

Юридичний критерій означає, що відповідна речовина має бути законодавчо внесена до списку наркотиків. Офіційним визнанням речовини наркотичною в Україні є включення її до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів<sup>5</sup> постановою Кабінету

---

<sup>5</sup> Речовини, які часто використовують при виробництві, виготовленні, переробленні наркотичних засобів і психотропних речовин.

Міністрів. Список речовин, здатних викликати наркоманію, дуже великий і розширюється у міру синтезу нових засобів.

### 3.6. Синдромологія наркоманії

Наркотична залежність формується, послідовно проходячи певні стани. У наркології вони класифіковані як синдроми. До основних проявів хвороби відносять:

- синдром зміненої реактивності;
- синдром психічної залежності;
- синдром фізичної залежності.

Комплекс змін, що відбуваються в організмі зі самого початку вживання наркотику, називається синдромом зміненої реактивності. Він складається із мінливих форм наркотичного вживання; поступового зникнення захисних реакцій організму при підвищенні дози; зміни толерантності (звикання) до діючої наркоречовини; зміни форми сп'яніння.

Наркоманія починає формуватися в умовах відносно звичного прийому наркотику. Перша ланка в ланцюзі виникнення залежності – це ейфорія. Вона складається із ряду відчуттів: підйом емоційного фону, соматичні та психічні зміни. Для кожного наркотику характерною є особлива форма ейфорії. Ейфорія морфіну складається із соматичної насолоди, відчуття блаженства. Кофеїнова ейфорія характеризується інтелектуальним «підйомом», а також відчуттям радості. Для барбітурової ейфорії характерним є емоційне зрушення, для кодеїнової – відчуття загального підйому життєдіяльності.

Мислення в стані наркотичного сп'яніння змінюється різноманітно. Відбувається зсув співвідношення інтелектуального і емоційного: порушується концентрація і знижується якість мислення; воно стає ірреальним, знижується його темп. Наркотик може призвести до поступового розвитку сутінкового стану або коми.

Формування переваги певного наркотику – друга ланка в розвитку наркоманії. Якщо є широкий вибір наркотиків, то зазвичай пробуються всі препарати. Проби здійснюються протягом деякого часу (зазвичай кілька тижнів), поки початковий наркоман не зупиниться на якомусь одному наркотику (який «сподобався»).

Регулярність прийому – третя ланка в розвитку наркоманії. Встановлення постійного прийому наркотику визначається бажанням повторно відчути ейфорію, стан сп'яніння.

Згасання початкового ефекту – четверта ланка у формуванні наркоманії. Ослаблення дії колишньої дози – початок підйому толерантності; доза підвищується з метою отримання колишнього ефекту.

Ці чотири ланки – ейфорія, перевага конкретного наркотику, регулярність прийому і згасання початкового ефекту – формують три симптоми хвороби: обсесивний потяг до наркотику, систематичний прийом

наркотику і підйом толерантності. Швидкість розвитку цих симптомів залежить від виду наркотику і способу його застосування (внутрішньовенний, пероральний), наркогенного препарату і інтенсивності його прийому.

Зміна форми споживання полягає в тому, що наркотизація стає безперервною і її систематичність є вимушеною.

Зміна толерантності (переносимості наркотику) на висоті хвороби виявляється в тому, що організм наркомана переносить смертельні для здорової людини дози наркотику. Максимальна толерантність протягом довгого часу залишається постійною. Потім у процесі захворювання толерантність починає знижуватися, прийом колишніх доз викликає небезпечні наслідки: при зловживанні снодійними – отруєння, часто смертельні; при опіатах – різку слабкість.

*Зникнення захисних реакцій.* Наприклад, при опіїмізмі на початку наркотизації з'являється свербіж. Біологічний сенс такого сигналу – оповіщення про небезпеку. Зникнення свербіння при триваючому прийомі наркотиків – показник пристосування організму до рівня постійної інтоксикації. На початку наркотизації снодійними і гашишем виникають профузний піт, гикавка, слинотеча, різь в очах, відчуття нудоти, нудота, блювота і запаморочення. Надалі ці симптоми зникають і при застосуванні великих доз.

*Зміна форми сп'яніння.* Цей симптом виникає після того, як встановилася висока толерантність і зникли захисні реакції на передозування наркотиків. У морфіністів зникає ефект седації. Але перш, ніж це відбудеться, слабшає, а в подальшому зникає ефект наркотику. Кодеїн не пригнічує кашльовий центр, опій – діяльність кишківника. Ці явища можна пояснити толерантністю відповідних систем до дії наркотику. Знижується гострота відчуттів, змінюється ейфорія. А етап, коли наркотик стимулює, збігається з періодом максимальної толерантності. Потім наркотик лише нормалізує загальний стан наркомана, що спостерігається при зниженні толерантності до препарату.

Синдром психічної залежності містить психічний потяг до наркотику і здатність досягнення стану психічного комфорту в інтоксикації.

Психічний (обсесивний) потяг: постійні думки про наркотик, підйом настрою в передчутті прийому і його пригніченість під час відсутності наркотику. Цей потяг перебудовує психічну життя хворого і його міжособистісні відносини, змінює соціальну орієнтацію особистості.

Обсесивний потяг є хвилеподібним: відсутній, якщо ритм наркотизації дотримується. Потяг загострюється при негативних переживаннях, не пов'язаних з наркотизацією, при зустрічах з друзями-наркоманами, розмовах на тему про наркотики.

Обсесивний потяг – симптом, який найважче перебороти. У багатьох випадках він є єдиною причиною безуспішності зусиль і причиною рецидиву.

Психічний потяг наркомана до свого наркотику є неспецифічним і може задовольнятися будь-яким наркотиком.

Здатність досягнення стану психогенного комфорту в інтоксикації пов'язана з obsесивним потягом. Крім того, під впливом наркотику поліпшуються психічні функції. Наркотик для наркомана – необхідна умова нормального психічного функціонування.

Синдром фізичної залежності містить: фізичний (компульсивний) потяг, здатність досягнення стану фізичного комфорту в інтоксикації і абстинентний синдром.

Фізичний (компульсивний) потяг виражається в нестримному прагненні до наркотизації. Він витісняє вітальні потреби – голод, спрагу. Комппульсивний потяг не залишає місце іншим, не пов'язаним з наркотизацією, уявленням. Він визначає вчинки, їх мотивацію; всі зусилля наркомана спрямовані на пошук наркотику. На відміну від obsесивного комппульсивний потяг супроводжується симптомами порушення вегетативної нервової системи: тремором, розширенням зіниць, гіперрефлексією, гіпергідрозом і сухістю в роті. В ремісії комппульсивний потяг при відсутності допомоги призводить до рецидиву. Входить у структуру абстинентного синдрому.

Спостерігається здатність досягнення стану фізичного комфорту в інтоксикації. Наркоман переконується, що його самопочуття поліпшується тільки в інтоксикації. Поза наркотизацією хворий є непрацездатним.

Абстинентний синдром (синдром відміни) – це група симптомів, що виникають при повному припиненні прийому наркотику або зниженні його дози після неодноразового, зазвичай тривалого вживання даної речовини (в тому числі у великих дозах). Розвивається після припинення наркотизації в різні терміни після останнього прийому наркотику. У барбітуроманів з'являється до кінця першої доби, при опіоманії і гашишизмі – через 20-24 години.

Для абстинентного синдрому характерні загальні закономірності:

А. Абстинентний синдром виникає не одномоментно, а розвивається поступово протягом якогось терміну. Час формування синдрому позбавлення визначається інтенсивністю наркотизації і способом введення наркотику. Строки продовжуються при опіопалінні і скорочуються при внутрішньовенному введенні опіатів.

Б. Абстинентний синдром складається з фаз, що виникають послідовно. Раніше зникають ті симптоми, які з'явилися пізніше.

В. Після зникнення гострих ознак абстинентного синдрому виникає стан нестійкої рівноваги.

Г. Абстинентний синдром поданий двома групами симптомів: психічного збудження і вегетативного збудження. Різниця симптоматики визначається формою наркоманії. Психічні порушення більш виражені при вживанні снодійних, вегетативні – при вживанні гашишу і опіатів.

Д. При невеликому терміні наркоманії спостерігається однаковий ступінь збудження обох відділів вегетативної нервової системи, потім зростає збудження симпатичного відділу. У наркоманів зі стажем абстинентний синдром втрачає свою яскравість і стан хворого здається менш небезпечним. Але небезпека зростає шляхом зниження реактивності нервової системи.

Е. Абстинентні синдроми при різних формах наркоманії відрізняються окремими ознаками: при опійній абстиненції – болями у великих м'язах ніг, рук, спини, міжщелепних суглобах і жувальних м'язах, при гашишній – сенестопатіями, при барбітуровій – м'язовою слабкістю і болями у великих суглобах і шлунку.

Ж. Кожен випадок абстиненції має свої відмінності, оскільки в період абстиненції спостерігаються загострення соматичних захворювань.

Абстинентний синдром – показник фізичної залежності від наркотику. Цей стан характеризується необхідністю постійного прийому наркотику для функціонування організму на якісно іншому рівні.

*Синдром психічної деградації.* Психічна деградація при хворобах залежності є на всіх етапах. Патологічний потяг деформує особистість: втрачаються колишні інтереси, притупляються почуття обов'язку і совісті; спостерігається егоїзм, паразитичні тенденції. Ці ознаки закріплюються в процесі захворювання.

На пізній стадії завершується розвиток психоорганічного синдрому, що виражається у важких психічних порушеннях, аж до повного недоумства.

На самому початку хвороби розвивається астеничний синдром: ослаблення концентрації уваги, погіршення пам'яті, дратівливість, нестійкість настрою. Спочатку хворі зберігають достатню соціально трудову адаптацію; але помітна «шаблонізація» виконуваної роботи. При поглибленні хвороби на передній план виступає патологія емоційної сфери у вигляді вибухової поведінки і розгальмування примітивних інстинктів.

Наростання тяжкості хвороби призводить до погіршення пам'яті; розвиваються патологічні форми. Характерна клінічна тріада:

- 1) фіксаційна амнезія – порушення запам'ятовування;
- 2) конфабуляції – помилкові спогади;
- 3) амнестична дезорієнтація.

На перший план виступає порушення запам'ятовування нового: хворий не знає, як він опинився в певному місці, ніж був зайнятий протягом декількох останніх годин, з ким сьогодні зустрівся. Вислухавши нагадування, швидко їх забуває. Хворий заповнює прогалини пам'яті помилковими спогадами. Є певний ступінь зниження інтелекту. Характерні також псевдоремінісценції – спогади про реальні факти минулого, але віднесені до теперішнього часу.

У хворих часто спостерігається пасивність, відсутність живого інтересу до близьких.

Але у частини хворих може відзначатися хронічна ейфорія, зазвичай при психічній деградації на пізніх стадіях хвороби, при грубих порушеннях пам'яті.

Характерні також справжні слухові галюцинації («голоси») загрозливого, образливого змісту різної гучності. З галюцинаціями можуть бути пов'язані ідеї переслідування (напад, втеча), при цьому відзначається правильне орієнтування.

*Синдроми порушення самосвідомості і свідомості хвороби.* Розлади самосвідомості виявляються в тому, що психічна діяльність набуває своєрідної автономності. При цьому хворий відчуває почуття власної змінності.

Виділяють три групи симптомів:

1. Прагнення приховати свою хворобу – хворий заперечує, що він хворий; маскує наркоманію неврастенічними симптомами; може виступати як пропагандист вживання ПАР.

2. Переживання шкоди хвороби – в більшості випадків хворі визнають наявність у себе патології, але часто не пов'язують її з вживанням наркотиків.

3. Ставлення до лікування існує у вигляді п'яти категорій:

- а) реальна зацікавленість;
- б) вимушена зацікавленість;
- в) байдужість;
- г) пасивний протест;
- д) активний опір лікуванню.

Афективні синдроми – це психопатологічні стани, що являють собою в основному розлади настрою. Спостерігаються депресивні синдроми, що характеризуються зниженим настроєм і маніакальні синдроми з підвищеним емоційним фоном. Депресивні стани найчастіше виникають в абстинентний період. Маніакальні синдроми виявляються при гострій інтоксикації і в абстинентний період.

У наркоманів може розвиватися і емоційна лабільність: часта зміна емоцій, крайня чутливість навіть до незначних прикрас.

### **3.7. Психологічні чинники формування наркоманії**

У розвитку наркоманії важливу роль відіграють психологічні сімейні чинники. Е. М. Симонова розглянула їх на прикладі 19 випадків структури сімей, де діти стали хімічно залежними.

Приблизно в половині випадків батьки розлучилися. З них у двох відзначаються повторні шлюби (з другими дітьми), в одному – сім'я з матір'ю-одиначкою. У десяти випадках – батьки проживають спільно, проте тільки в двох з них подружжя пов'язують хороші відносини, в чотирьох



випадках відносини конфліктні, ще в чотирьох – подружжя є формальним. П'ять пацієнтів мають молодших сиблінгів, один пацієнт – старшого; 13 – єдині діти в родині. У 10 сім'ях у вихованні дітей активну роль відіграють прабабушки: в дев'яти – бабусі, в одній – дідусь. З точки зору захворювання хімічною залежністю, заслуговує на увагу факт, що в 11 випадках один із батьків страждає на алкоголізм і в 17 – батько пацієнта походить з алкогольної сім'ї.

Особливості простежуються також у рольовій структурі в сім'ях, де діти – хімічно залежні. У наведених прикладах зустрічаються головним чином три типи матерів.

Перший тип – "мама-дівчинка", дуже молода, яка зберігає в незмінному вигляді систему інтересів з дозаміжнього періоду (наряди, флірт, романи або нескінченне навчання), відносно захворювання дитини виявляє цілковиту легковажність і потурання.

Другий тип – "мати-героїня", авторитарна, утримує сім'ю, лікує чоловіка, батька і брата від алкоголізму і нерідко починає лікуватися від наркоманії замість своєї дитини.

Третій тип – "мати-страждалниця", депресивна, з віктимною поведінкою, приховано-агресивна. При поверхневому розгляді бореться з незліченними бідами сім'ї, при більш глибокому – робить все для підтримки проблеми (наприклад, дає гроші на героїн, "тому що шкода").

Батьки також являють собою три основні стилі сімейного функціонування: найрідше зустрічаються гіпервідповідальність "батьки-герої", які, як і "матері-героїні", не дозволяють дітям взяти відповідальність за своє одужання у власні руки. Найчастіше батьки демонструють агресивну поведінку (з фізичним і психологічним насильством), б'ючи дітей-наркоманів, приковуючи їх до батареї або, на худий кінець, вимагаючи негайного, в три дні, одужання; зазвичай самі батьки страждають алкогольною залежністю.

З найбільшою ж частотою зустрічається стиль поведінки, який можна позначити як "відсутній батько". Причому варіанти відсутності можуть бути різноманітними: розведені, трудоволіки, "двоєжонці", тихі алкоголіки. Самі пацієнти також являють собою кілька типів поведінки в сім'ї. У двох випадках це були явні "герої" (дівчина вчилася в двох вишах, одночасно відвідуючи ще й якісь курси; юнак працював на трьох роботах, з 17 років утримуючи сім'ю з чотирьох осіб); у трьох – діти виконували функцію "козла відпущення" (бродяжництво, проституція, кримінальна поведінка); ще в трьох – виступали в ролі "втраченої дитини" (ті, про яких кажуть "тихіше води, ніжче трави"), з огляду на велику зайнятість батьків розлученням, роботою, особистими відносинами і т.п.

Найбільш численну групу – 11 осіб – складають "інфанти": улюбленці сім'ї, чарівні, комунікабельні діти, незалежно від віку ні в чому не знають відмови в своїх сім'ях, урятовані від відповідальності (їх відкуповують від міліції, оплачують навчання, влаштовують на роботу, повністю

забезпечують, включаючи потребу в наркотиках і алкоголі і оплату лікування). Природно, ролі кілька варіюються: "Втрачена дитина", наприклад, легко стає "козлом відпущення", а "мати-героїня", серйозно захворівши, може перетворитися в "страждальницю". Однак ключові сімейні ролі – самого "хімічно залежного", "спасителя", "переслідувача" і "потакателя" – незмінно беруть участь у сценарній грі, яку описав ще Е. Берн під назвою "Алкоголік" або "Наркоман".

### **3.8. Лікування та реабілітація хворих на наркоманію**

Об'єднання зусиль психології, медицини, соціології дають гарні результати в лікуванні наркоманії. Програма одужання від наркоманії спрямована на допомогу людям у фізичній, психологічній, духовній і соціальній сферах. Обов'язковою умовою в психотерапії наркоманії є робота з корінням залежності.

Ефективним методом лікування наркоманії, що знижує вживання психоактивних речовин (ПАР) і попереджає рецидиви, вважають когнітивно-поведінкову терапію. Цей метод допомагає особам, які страждають наркотичною залежністю, усвідомлювати ситуації, в яких вони найчастіше вживають наркотики, уникати подібних ситуацій у випадках, коли це необхідно, і долати ефективніше ряд проблем і проблемних форм поведінки, пов'язаних зі зловживанням ПАР. Когнітивно-поведінкова терапія стимулює співпрацю і активність; виявляє і змінює переконання, що сприяють загостренню патологічного потягу; навчає пацієнтів застосовувати вміння, а не тільки силу волі для утримання від наркотиків; допомагає пацієнтам змінювати їхнє ставлення до самих себе, свого життя і свого майбутнього

Ефективність втручань когнітивно-поведінкової психотерапії для дорослих пацієнтів із залежністю доведена клінічними дослідженнями. У зв'язку з акцентом на навчання навичкам вирішення проблемних ситуацій і постійним відпрацьовуванням цих навичок на практичних заняттях КПТ виявилася ефективним методом лікування, що знижує вживання ПАР і запобігає рецидивам. Було встановлено, що процес навчання відіграє важливу роль у розвитку розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин. Із цього випливає, що процес навчання може також допомогти людям зменшити вживання психоактивних речовин або не вживати їх зовсім. КПТ сумісна з іншими методами лікування залежностей, включаючи програми 12 кроків, із груповою психотерапією, сімейними втручаннями, фармакотерапією і програмами замісної терапії [16, 19].

Основні цілі КПТ: допомогти пацієнтам усвідомлювати, уникати і долати залежність, тобто усвідомлювати ситуації, у яких вони найчастіше вживають психоактивні речовини, уникати таких ситуацій, коли це необхідно, і ефективніше долати/вирішувати низку проблем і проблемних форм поведінки, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами.

Деякі особливості індивідуальної КПТ роблять її перспективним методом лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин. Хоч групові методи лікування подібних розладів мають свої переваги, зокрема моделювання взаємовідносин і створення нових систем підтримки, вони також мають низку недоліків. Індивідуальний метод лікування дає широкі можливості зосередити увагу на конкретних проблемах і особливостях пацієнта. Індивідуальний підхід також дозволяє терапевту пристосовувати втручання відповідно до готовності пацієнта до змін, до його цілей і до сильних і слабких сторін при освоєнні конкретних навичок. КПТ потребує ретельного вивчення форм поведінки, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, цьому процесу приділяють велику увагу під час індивідуальних сесій.

Когнітивна терапія створена для того, щоб знижувати вираженість негативних афективних станів і дезадаптивної поведінки, кидаючи виклик переконанням пацієнта і змінюючи як їх, так і спосіб перероблення інформації. Після публікації в 1993 році роботи Аарона Бека «Когнітивна терапія зловживання психоактивними речовинами» застосування цього методу для лікування розладів, викликаних вживанням ПАР, різко зросло [20]. У цій роботі А. Бек та його співробітники застосували основні положення когнітивної терапії до лікування адиктивної поведінки. Визнаючи велику роль переконань у формуванні дезадаптивної поведінки, когнітивну терапію спрямовують на конкретні очікування і переконання пацієнта, а саме пов'язані з ПАР переконання і автоматичні думки, які сприяють розвитку патологічного потягу.

Розуміння того, як основні адиктивні переконання впливають на поведінку, може бути корисним для спрямування змін у поведінці пацієнтів. Основна теза полягає в тому, що якщо адиктивні переконання змінити, то пацієнт може прийняти рішення на користь утримання від зловживання ПАР. Упродовж терапії фахівці допомагають пацієнтам висловити свої основні переконання і автоматичні думки наскільки це можливо, зосередившись на зміні та подоланні деструктивних адиктивних переконань, яких пацієнти можуть дотримуватися.

КПТ являє собою короткочасний стислий метод, що містить структуровану діяльність й адаптивні очікування. Під час індивідуальної КПТ пацієнт може без побоювань висловлювати свої думки і змінювати їх, формувати самоефективність і встановлювати відповідні кордони в рамках терапевтичних взаємин. Очікування при цьому полягають у тому, що кожне завдання буде відпрацьовуватися з членами родини, однолітками, співробітниками та іншими людьми з оточення пацієнта.

Особливості поведінкової терапії:

– Спрямована на дезадаптивну поведінку, а не на передбачувані причини.

– Працює за принципом «тут і тепер».

– Ставить конкретні, чітко сформульовані цілі лікування.

– Вибирає методи лікування, які відповідають конкретним виявленим проблемам.

– Піддає свої методи емпіричній перевірці (наприклад, методи мають викликати бажані зміни, такі, як виконання завдання або досягнення мети).

– Використовує принципи навчання для зміни дезадаптивної поведінки.

Сильні сторони застосування КПТ при розладах, викликаних вживанням ПАР:

– Стимулює співробітництво у відносинах «пацієнт – терапевт».

– Потребує участі пацієнтів (активність, а не пасивність).

– Високий рівень структурованості і цілеспрямованості.

– Підхід до проблеми вживання ПАР як до технологічної проблеми, що потребує технологічного рішення. Навчає пацієнтів застосовувати вміння, а не тільки силу волі для збереження стану утримання.

– Допомагає пацієнтам змінювати погляди на самих себе, на своє життя і своє майбутнє.

Когнітивно-поведінкова психотерапія – один із найбільш популярних методів у світовому професійному співтоваристві; це один із небагатьох напрямків психотерапії з науково доведеною ефективністю [21–23].

Когнітивно-поведінкова психотерапія пояснює психологічні проблеми як наслідок некоректного перероблення інформації, внаслідок чого людина робить помилкові висновки й виявляється нездатною ефективно керувати своєю поведінкою. Основою когнітивно-поведінкової психотерапії є корекція помилкових переконань, що дозволяє змінити ставлення до проблемних реакцій і виправити поведінкові помилки.

Когнітивно-поведінкова психотерапія припускає, що проблеми людини виникають через спотворення сприйняття реальності, що базується на невірних уявленнях, які, у свою чергу, виникли в результаті невірного навчання в процесі розвитку особистості. Сенс терапії полягає у пошуку помилкових стратегій мислення, а також в освоєнні альтернативного, більш реалістичного способу сприйняття довкілля.

Сьогодні саме когнітивна психотерапія є високоефективним методом лікування розладів різного типу. Низка проведених досліджень показала, що когнітивна психотерапія особливо високих результатів досягла в усуненні депресій. Така терапія ефективно знімає стан тривоги в людей. Крім того, було відзначено, що когнітивно-поведінкова психотерапія знижує ймовірність виникнення рецидиву захворювання в майбутньому.

Когнітивна психотерапія взаємозв'язана з поведінковою психологією. Когнітивна психотерапія працює, коли треба знайти нові форми поведінки, побудувати майбутнє, закріпити результат. Техніки КПТ постійно використовують на певних етапах терапії в комплексі з іншими підходами.

Когнітивний підхід до емоційних розладів змінює погляд людини на себе і свої проблеми. Відмовившись від уявлення про себе як про безпорадну жертву обставин, людина отримує можливість побачити в собі

істоту, яка як схильна породжувати помилкові ідеї, так і здатна виправити їх. Визнавши і виправивши помилки мислення, можна жити на більш високому рівні самореалізації.

### 3.9. Методики психологічної діагностики хімічних адикцій

#### *Методика В. Д. Менделевича «Схильність до залежної поведінки»*

**Інструкція.** Користуючись цією шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з кожним із таких тверджень, ставлячи X у відповідному місці. Давайте тільки одну відповідь на кожне твердження:

- 1 – абсолютно не згоден (зовсім не так);
- 2 – скоріше не згоден (скоріше не так);
- 3 – ні те, ні інше (і так, і не так);
- 4 – скоріше згоден (швидше за так)
- 5 – абсолютно згоден (саме так).

Бланк методики (мовою оригіналу)

№ п/п	Утверждения	1	2	3	4	5
1	Я склонен разочаровываться в людях					
2	Верить в приметы глупо					
3	Часто бывает, что я обижаюсь на родителей или друзей					
4	Нередко я опаздываю на учебу (работу) или на встречу из-за непредвиденных случайностей в пути					
5	Окружающие часто удивляют меня своим поведением					
6	Мои родители часто пытаются обращаться со мной, как с маленьким ребенком					
7	Я люблю планировать свое время до мелочей и с точностью до минут					
8	Мне кажется, что я чувствую происходящее вокруг более остро, чем другие					
9	Родители сами виноваты в том, что их дети начинают принимать наркотики ("колоться")					
10	Для меня не существует абсолютных авторитетов					
11	В детстве был период, когда я страстно любил что-либо подсчитывать (количество окон, ступеней, номера машин)					
12	Если бы родители или другие взрослые больше говорили с детьми о вреде наркотиков, то мало кто становился бы наркоманом					

№ п/п	Утверждения	1	2	3	4	5
13	Мне легче перенести скандал, чем однообразную размеренную жизнь					
14	Я верю в порчу и сглаз					
15	Прежде, чем что-либо предпринять, я стараюсь предусмотреть все опасности, которые могут подстергать меня					
16	Если я чем-то увлеченно занят, то часто даже не замечаю, что происходит вокруг					
17	Я живу и поступаю в соответствии с поговоркой: "надейся на лучшее, но готовься к худшему"					
18	Меня нелегко убедить в чем бы то ни было					
19	Меня нередко обманывали (обманывают)					
20	Неизвестность для меня очень мучительна и тягостна					
21	Меня раздражает, когда на улице, в магазине или в транспорте на меня пристально смотрят					
22	Жизнь малоинтересна, когда в ней нет опасностей					
23	Я не уважаю тех, кто отрывается от коллектива					
24	Некоторые люди одним прикосновением могут исцелить больного человека					
25	Жизнь должна быть радостной, иначе незачем жить					
26	Я хорошо ориентируюсь во времени и, не глядя на часы, могу точно сказать, "который сейчас час"					
27	Если я захочу что-нибудь сделать, но окружающие считают, что этого делать не стоит, то я готов отказаться от своих намерений					
28	В детстве я часто отказывался оставаться один					
29	Мне нередко бывает скучно, когда нечем себя занять					
30	В жизни надо попробовать все					
31	Я легко могу заснуть в любое удобное время (и ночью, и днем)					
32	После того, как я схожу в лес за грибами, у меня долго перед глазами могут сохраняться воспоминания о грибах					
33	Я люблю помечтать о том, на что я потрачу возможный будущий выигрыш в лотерее, как поступлю с обещанным подарком					
34	Часто думаю: "Хорошо бы стать ребенком"					
35	Мне часто трудно находить правильные слова для моих чувств					

№ п/п	Утверждения	1	2	3	4	5
36	Для меня несложно дать знакомому денег в займы на покупку спиртного					
37	Я склонен жить, стараясь не отягощать себя раздумьями о том, что может произойти со мной в будущем					
38	Я люблю, когда мне гадают на картах или по руке					
39	Мне хорошо удается копировать мимику и жесты других людей					
40	Когда меня будят ночью или рано утром, то я долго не могу понять, что происходит вокруг					
41	Музыку я люблю громкую, а не тихую					
42	У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
43	Человек должен стараться понимать свои сны, руководствоваться ими в жизни и извлекать из них предостережения					
44	Меня трудно застать врасплох					
45	Все известные мне “чудеса” объясняются очень просто – обман и фокусы					
46	Меня считают наивным человеком, поскольку мне часто случается попадать в просак					
47	Наркотики бывают “легкими”, и они не вызывают наркомании					
48	Я иногда чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставлял меня совершать какие-либо поступки					
49	Мои знакомые считают меня романтиком					
50	Я верю в чудеса					
51	Даже психически здоровый человек иногда не может отвечать за свои поступки					
52	Меня часто озадачивает поведение и поступки людей, которых я давно знаю					
53	Никому нельзя доверять – это правильная позиция					
54	Самое счастливое время жизни – это молодость					
55	В детстве я боялся, что мама может бросить меня, уйти из дома и не вернуться					
56	Я склонен лучше помнить реально происшедшие со мной неприятные события, чем собственные прогнозы по поводу возможности их появления					
57	Я люблю советоваться с друзьями (или взрослыми), как поступить в сложной ситуации					

№ п/п	Утверждения	1	2	3	4	5
58	Я бы согласился пожить пусть мало, но бурно					
59	Я бы мог на спор ввести себе в вену наркотик (героин)					
60	Часто меня не оценивали по заслугам					
61	Я всегда точно могу сказать, сколько денег я потратил и сколько у меня осталось					
62	В детстве я долго не мог привыкнуть к детскому саду (яслям) и не хотел туда из-за этого ходить					
63	Своим друзьям или подругам я доверяю полностью и убежден, что они меня никогда не обманут и не предадут					
64	Опасность употребления наркотиков явно преувеличена					
65	В жизни все-таки мало ярких событий					
66	Я не люблю длительные поездки в поезде или на автобусе					
67	Меня раздражает грязное стекло, потому что весь мир тогда кажется грязным и серым					
68	Когда мне скучно, я обычно ложусь поспать					
69	Часто родители (или взрослые) упрекают меня в том, что я слушаю излишне громкую музыку					
70	Очень мучительно чего-либо ждать					
71	Я мог бы после некоторых предварительных объяснений управлять маленьким (спортивным) самолетом					
72	Я нередко просыпаюсь утром за несколько секунд или минут до звонка будильника					
73	Если бы случился пожар и мне надо было бы из окна пятого этажа прыгнуть на тент, развернутый пожарниками, я бы не задумываясь сделал это					
74	Мне жалко наивных людей					
75	Меня смущает, когда люди долго и пристально смотрят мне в глаза					
76	Рисковать всем, например в казино, могут только сильные люди					
77	В том, что подросток становится наркоманом, виноваты те, кто продает наркотики					
78	Я люблю очень быструю, а не медленную езду					
79	Я доверяю предсказаниям гороскопов и следую содержащимся в них рекомендациям					
80	Меня очень интересуют лотереи					



№ п/п	Утверждения	1	2	3	4	5
81	Прогнозировать будущее – бесполезное дело, так как многое от тебя не зависит					
82	Я способен с легкостью описывать свои чувства					
83	У меня в жизни бывали случаи, когда я что-то делал, а потом не помнил, что именно					
84	Считаю, что любопытство – не порок					
85	Бывает, что меня пугают люди с громким голосом					
86	У меня было (есть) много увлечений (интересов, хобби)					
87	Когда я остаюсь дома, то мне часто бывает не по себе от одиночества					
88	Я – не суеверен					
89	Мне говорили, что у меня неплохие способности имитировать голоса или повадки людей					
90	Есть люди, которым я верю безоговорочно					
91	Случается, что во время разговора с заикающимся я сам начинаю говорить сбивчиво и с запинками					
92	Самое тягостное в жизни – это одиночество					
93	Если я начинаю играть в какую-нибудь игру, то меня нередко нелегко оторвать от нее					
94	Бывает, что я могу сделать назло даже то, что мне самому окажется невыгодным					
95	Меня всегда притягивала и притягивает таинственность, загадочность, мистика					
96	Бывало, что я на улице соглашался на игру с “наперсточниками”					
97	Я знаю многих ребят, кто употребляет или употреблял наркотики					
98	Я, как правило, ставлю будильник так, чтобы не только все успеть сделать до ухода из дома, но и иметь несколько минут в запасе					
99	В своей жизни я часто сталкиваюсь (сталкивался) с невообразимым стечением неблагоприятных обстоятельств					
100	Я готов полностью подчиниться и даже доверить свою судьбу, но только тому, кого действительно уважаю					
101	Я люблю рисковать					
102	Среди моих знакомых есть люди, которые обладают даром убеждать					

№ п/п	Утверждения	1	2	3	4	5
103	Меня часто невозможно оторвать от интересного дела, игры, занятия					
104	Я мог бы прыгнуть с парашютом					
105	Мне все равно, что обо мне думают окружающие					
106	Меня многое в жизни удивляет					
107	Я могу переспорить кого угодно					
108	Я вошел бы вместе с укротителем в клетку со львами, если бы он мне сказал, что это безопасно					
109	Если меня о чём-то просят, мне трудно отказать					
110	Мне легче придумать свои собственные примеры, чем выучить наизусть примеры из учебника					
111	Мне никогда не бывает скучно					
112	Часто я сам от себя не ожидаю какого-либо поступка					
113	В детстве у меня какое-то время были тики или разнообразные повторяющиеся движения					
114	Я люблю помечтать					
115	Меня влечет все новое и необычное					
116	Со мной нередко происходят "несчастные случаи" и случаются всяческие происшествия					

### Оброблення і інтерпретація результатів методики

Прямі твердження (бали підраховують відповідно до зазначених досліджуваним) – "5" – 5, "4" – 4, "3" – 3, "2" – 2, "1" – 1), зворотні твердження (бали підраховують навпаки – "5" – 1, "4" – 2, "3" – 3, "2" – 4, "1" – 5). Обробленню піддаються лише відповіді на твердження, зазначені в таблицях нижче.

Для оцінки схильності до залежної поведінки бали відповідей на прямі і зворотні питання підсумовують за кожною шкалою окремо.

Для оцінки схильності до наркозалежності підсумовують бали, отримані при відповіді на запитання в першому і другому стовпчиках.

Для оцінки схильності до алкогольної залежності підсумовують бали, отримані при відповіді на запитання в третьому і четвертому стовпчиках (таблиця 2).

Таблиця 1

## Оцінка схильності до наркотичної та алкогольної залежності

Номер прямих тверджень	Номер зворотних тверджень	Номер прямих тверджень	Номер зворотних тверджень
1	2	3	21
3	12	5	29
4	29	14	38
16	30	15	41
19	41	16	44
24	45	17	64
26	53	19	65
48	61	20	67
50	65	24	75
52	67	26	77
54	69	30	81
59	72	43	
76	77	48	
79	78	76	
80	81	79	
89	86	84	
91	112	91	
96	114	95	
97		97	
100		100	
107		107	
110		112	
116		113	
		116	

## Інтерпретація

Види залежності	Ознаки тенденції	Ознаки підвищеної схильності	Ознаки високої вірогідності
Наркозалежність	≥ 98 балів	≥ 107 балів	≥ 116 балів
Алкогольна залежність	≥ 99 балів	≥ 105 балів	≥ 111 балів

Максимальні бали: за наркозалежністю – 205, за алкогольною залежністю – 175.

Для оцінювання схильності до спортивного і музичного фанатизму підсумовують бали, отримані у відповідь на запитання, зазначені в першому і другому стовпцях в таблиці 2.

Таблиця 2

Оцінка схильності до спортивного і музичного фанатизму

Номер прямих тверджень	Номер зворотних тверджень
4	64
14	
33	
41	
47	
48	
58	
60	
62	
70	
71	
85	
86	
93	
94	
95	
100	
103	
112	
116	

Інтерпретація

Залежності	Ознаки тенденції	Ознаки підвищеної схильності	Ознаки високої вірогідності
Спортивний і музичний фанатизм	≥50 балів	≥63 бали	≥76 балів
Залежність від комп'ютерних ігор	≥ 48 балів	≥60 балів	≥77 балів

**Низький рівень:** дана категорія характеризується малою вірогідністю розвитку залежності, відсутністю особистісних якостей, що сприяють формуванню залежності (адикції) і відсутністю схильності до

вживання алкогольних напоїв. Спостерігаються такі особистісні риси, які виключають ризик прилучення до алкоголю і алкоголезалежної поведінки.

**Ознаки тенденції:** досліджувані, яких віднесено до цієї групи, мають схильність до залежної поведінки середньої вираженості. Це свідчить про те, що у досліджуваних при певних соціальних умовах є ризик розвитку залежності.

**Ознаки підвищеної схильності:** у досліджуваних цієї групи схильність до залежної поведінки вища за середню, тобто у них переважають ті якості, які більшою мірою свідчать про спрямованість на вживання спиртних напоїв і ризик розвитку психологічної залежності.

**Ознаки високої вірогідності:** дана категорія характеризується високою схильністю до залежної поведінки. У досліджуваних спостерігається висока спрямованість на вживання спиртних напоїв, позитивне ставлення до залежності і риси особистості, які значно збільшують ризик залежної алкогольної проблемної поведінки.

### **Питання для самоперевірки**

1. Термін «залежність» у розумінні ВООЗ.
2. Синдром залежності за МКХ-10.
3. Розлади психіки та поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин.
4. Абстинентний синдром.
5. Амнестичний синдром.
6. Алкоголізм.
7. Необхідні і достатні умови діагностики алкогольної залежності як основи алкоголізму.
8. Види алкоголізму.
9. Стадії алкоголізму.
10. Психологічні чинники формування алкогольної адиктивної поведінки.
11. Психологічні особливості хворих на алкоголізм.
12. Моделі психологічної допомоги хворим на алкоголізм.
13. Наркоманія: термінологія та класифікація.
14. Синдромологія наркоманії.
15. Синдром зміненої реактивності.
16. Синдром психічної залежності.
17. Синдром фізичної залежності.
18. Психологічні чинники формування наркоманії.
19. Лікування та реабілітація хворих на наркоманію.

## Глава 4. НЕХІМІЧНІ (ПОВЕДІНКОВІ) ЗАЛЕЖНОСТІ

Нехімічними називаються адикції, де об'єктом залежності стає поведінковий патерн, а не ПАР. У західній літературі для позначення цих видів адиктивної поведінки частіше використовують термін «поведінкові адикції».

Маркс запропонував такі критерії для діагностики поведінкових (нехімічних) залежностей:

1. Спонування до контрпродуктивної поведінкової діяльності (= потяг).
2. Наростання напруги, поки діяльність не буде завершена.
3. Негайне завершення даної діяльності, що ненадовго знімає напругу.
4. Повторний потяг і напруга через години, дні або тижні (= симптоми абстиненції).
5. Зовнішні прояви, унікальні для даного синдрому адикції.
6. Подальше існування, що визначається зовнішніми і внутрішніми проявами (дисфорія, туга).
7. Гедоністичний відтінок на ранніх стадіях адикції.

Нехімічні адикції часто поєднують з іншими психічними патологіями: афективними розладами, обсесивно-компульсивними розладами, розладами особистості, неврозами і хімічними залежностями [3].

### 4.1. Харчові залежності

Харчова залежність займає перехідну позицію між хімічними і нехімічними залежностями. Вона об'єднує нервову анорексію (грец. orexis – апетит, спрага, бажання) і булімію (грец. bulimia – бичачий, невгамовний голод).

Спільними для них є такі параметри: 1) заклопотаність контролюванням ваги власного тіла; 2) спотворення образу свого тіла; 3) зміна цінності харчування в ієрархії цінностей.

Нервова анорексія являє собою розлад, що характеризується навмисним зниженням ваги, що викликається і підтримується самим індивідом. Відмова від їжі пов'язана, як правило, з невдоволенням своєю зовнішністю, надлишковою, на думку самої людини, повнотою. З огляду на визначення об'єктивних критеріїв повноти, значною мірою ускладнене в зв'язку з існуванням естетичного компонента, доводиться свідчити про значущість параметра адекватності або неадекватності сприйняття власного тіла, орієнтації на власну думку і уявлення про нього, або рефлексію і реагування на думку референтної групи. Часто фундаментом нервової анорексії служить викривлене сприйняття себе й хибна

інтерпретація зміни ставлення оточуючих, основаної нібито на зовнішності індивіда [36].

Найчастіше цей розлад зустрічається у дівчаток-підлітків, що бояться розтовстіти, і дівчат із забезпечених сімей. Один випадок анорексії доводиться на 50 студенток вишів, у театральних училищах – на 20 студенток, у балетних школах і серед манекенниць – на 14 дівчат. В останні десятиліття захворювання все частіше виявляється і у чоловіків. У половини хворих чоловіків виявляються гомосексуальність, бісексуальність або асексуальність. Рівень смертності при цьому захворюванні вище, ніж при інших психічних розладах. Навіть якщо хворі на важку форму анорексії виживають, у них виявляються незворотні атрофічні ураження головного мозку.

Психосексуальний розвиток у дівчат, які страждають на анорексію, загальмований, хоча місячні у них починаються в середньому на рік раніше, ніж у ровесниць. Інтелект розвинений вище середнього, радикал особистості – обсесивно-шизоїдний. Хворі старанні і успішні в навчанні, вибірково товариські або замкнуті, ранимі, надмірно вимогливі до себе, схильні виснажувати себе фізичними вправами, здатні зберігати підвищену активність навіть при довгому голодуванні.

У хворих відзначається дихотомічне мислення за типом «все або нічого», як у пограничних і депресивних особистостей. Тому, наприклад, хвора оцінює себе в дзеркалі або як ідеальну, або як товсту і потворну і на цій підставі вважає себе безвольною і огидною в цілому. Для хворих на анорексію характерна значна емоційна стриманість і когнітивна загальмованість. Дівчата фокусуються виключно на процесі самовдосконалення.

Перебіг анорексії поділяють на такі стадії [17]:

1-а стадія – дисморфофобічна, починається з появи надцінних ідей надмірної повноти тіла і побоювання глузувань з цього приводу. Знижується настрій, у хворого виникає переконання, що оточуючі критично розглядають його, обмінюються глузливіми поглядами і репліками. Хворі регулярно зважуються, уникають висококалорійної їжі. Апетит збережений, а після періодів голодування – навіть підвищений.

Не в силах впоратися з відчуттям голоду, деякі хворі, особливо істероїдні, їдять ночами. Характерно розрізання їжі на дрібні шматки та інші довгі маніпуляції з нею. Зазвичай ця стадія хвороби триває 2–3 роки.

2-а стадія – дисморфоманічна. Дисморфоманія виявляється в божевільній переконаності в «зайвій повноті» своєї фігури або її частин (особливо живота, сідниць, верхньої частини стегон). Хворі часто розглядають себе в дзеркалі і скаржаться оточуючим на свою повноту. Ідеї ставлення (поганого відношення оточуючих) зникають, депресивні переживання зменшуються, спостерігаються спроби активної корекції фігури. Важливим симптомом є дисимуляція: хворі приховують від оточуючих свою відмову від їжі і мотиви цього: вдають, що з'їли всю їжу, а

насправді непомітно перекладають її на інші тарілки; потай ховають або випльовують уже пережовану їжу; згодовують їжу собаці, яку іноді спеціально заводять для цієї мети. Щоб «їжа не пройшла в кишківник», перед прийомом їжі туго перетягують талію поясом.

Хворі намагаються не їсти в присутності людей, замість їжі багато п'ють, після їжи викликають у себе блювоту, роблять клізми, щоб скинути нібито зайву масу тіла. Часто блювота після їжі набуває нав'язливого характеру і приносить хворим фізіологічне почуття полегшення і задоволення. З метою «спалювання зайвого жиру» вони старанно займаються фізичними вправами, все роблять стоячи (читають, пишуть, грають на фортепіано), сплять не більше 5-6 годин, коли лежать, приймають незручні пози. Для подолання сонливості п'ють до літра кави в день, міцний чай, багато курять.

У хворих розвивається медикаментозна залежність: вони приймають засоби, що знижують апетит; препарати для щитовидної залози, що стимулюють обмін речовин; сечогінні препарати і велику кількість проносних, останні – під приводом постійних запорів, що розвиваються в результаті атонії кишечника. Хворі більше не приховують від оточуючих порушень харчової поведінки, а, навпаки, постійно повертаються в розмовах до теми схуднення, обговорюють різні дієти і фізичні тренінги.

Зазвичай хвора одна готує для всієї родини, перегодовуючи матір або молодшу сестру так, що вони набирають вагу, як би компенсуючи зниження ваги хворої. Хвора збирає кулінарні рецепти, із захопленням читає кухарські книги, вивчаючи кухню різних народів. Хвора може годинами жувати крихітний шматочок їжі; відкидає найсмачнішу їжу, з жадібністю поглинаючи залишки зі сміттєвих баків, а то і поїдаючи крем для взуття. Важливо відзначити, що задоволення від їжі пацієнтки отримують тільки за наявності докорів сумління, почуття провини; вони схильні псувати або випльовувати їжу

3-тя стадія – кахектична (грец. Cachexia – загальне виснаження організму) може настати через 1,5–2 роки після початку хвороби. Апетит зникає, оскільки внаслідок постійної блювоти, яка може наступати і рефлексивно відразу після прийому їжі, знижується кислотність шлункового соку і виникають загальнодистрофічні порушення. Виникає відразу до їжі, при цьому зубна паста, що потрапила до рота при чищенні зубів, або слина оцінюються як достатня кількість їжі. До цього часу хворі втрачають до половини маси тіла, проте, дивлячись в дзеркало, продовжують сприймати себе занадто повними.

У хворих зникає підшкірно-жирова клітковина, стоншуються м'язи, шкіра стає сухою, лущиться, зуби уражаються карієсом і випадають, нігті ламаються, волосся випадає, в той же час на шкірі з'являється пушок і поодинокі довге темне волосся. Знижуються тиск і температура, у дівчат зникають місячні. Спостерігаються дистрофія міокарда і уповільнення пульсу, антацидний гастрит, атонія кишечника, опущення внутрішніх



органів, зворотний розвиток матки і геніталій. При дослідженні крові виявляється низький вміст цукру і ознаки анемії, в сечі знаходять сліди білка. Порушується електролітний баланс, що може призводити до виникнення судомних нападів. Наявність соматоендокринних розладів часто дає підстави запідозрити ендокринну патологію. Порушення шлунково-кишкового тракту призводять до появи при прийомі їжі почуття тяжкості в шлунку і дискомфорту в животі, що служить новим приводом для обмежень в їжі. Занепокоєння з приводу соматичних порушень може призводити до іпохондричних переживань, що також сприяє порушенню харчування. Таким чином, виникає своєрідне порочне коло у вигляді аноректичних циклів, коли хронічне голодування викликає зміни внутрішніх органів, що призводять, у свою чергу, до харчових обмежень. У ряді випадків хворі починають активно обстежуватися у різних фахівців, перебільшуючи тяжкість соматичних розладів і уникаючи консультації психіатра.

При адекватному лікуванні в умовах психіатричного стаціонару у міру виходу з кахексії у хворих зменшується астения і адинамія, на перший план виходять психопатоподібні прояви, особливо у взаєминах із близькими. За відсутності лікування майже в половині випадків спостерігається хронічний перебіг, у 10–20% випадків настає смерть у результаті виснаження, серцевої недостатності, вторинних інфекцій, а також суїциду.

У чоловіків анорексія проходить із вираженою сенестопатично-іпохондричною симптоматикою, нерідко з формуванням стійкого іпохондричного марення, яке втратило тематичний зв'язок із колишніми дисморфоманічними переживаннями. Спостерігаються також виражений психопатоподібний синдром і вторинна алкоголізація. Хворі чоловіки значно рідше, порівняно з жінками, викликають у себе блювоту і ніколи не отримують від неї фізіологічного задоволення. В преморбіді у чоловіків відзначається поєднання шизоїдних і астеничних рис характеру, тоді як у жінок переважають астеничні й істероїдні риси.

Діагноз ставлять за наявності таких ознак: 1) відмова від підтримки ваги на рівні мінімального для даного зросту і віку; 2) сильний страх набрати вагу, всупереч її нестачі; 3) порушене сприйняття тіла і заперечення серйозності проблеми зниженої ваги і 4) аменорея у статевозрілих жінок, зниження лібідо і потенції у чоловіків.

Відповідно до сучасних діагностичних критеріїв для постановки діагнозу «нервова анорексія» втрата маси тіла має досягти стійкого рівня нижче 85% від норми. Для розрахунків використовують індекс Кетле: співвідношення ваги тіла в кілограмах до квадрату зростання в метрах. Нормою вважають індекс вище 17,5 бала. При спрощеному підході для постановки діагнозу досить втрати 25% початкової маси тіла.

Незважаючи на значне виснаження, хворі на нервову анорексію здаються яскравими, веселими, енергійними і невтомними. Крім того, більшість не усвідомлює загрозливого характеру своєї харчової поведінки.

Звичайними ознаками нервової анорексії є нав'язливий страх втратити контроль, відсутність занепокоєння з приводу припинення місячних, запори і класична поведінка «хорошої дівчинки». Обсесивні розлади виявляються також у прагненні дівчинки залишатися пасивною і залежною.

Хоча поганий апетит і втрата маси тіла можуть бути наслідками важкої депресії, у хворих на нервову анорексію депресія не обов'язкова.

Хвора часто є єдиною дочкою в родині, яка страждає від почуття неповноцінності відносно братів. У пацієнтки може бути амбівалентне ставлення до батьків після пережитого в ранньому дитинстві і не переробленого фізичного насильства з їх боку. Несвідома тривога може потім актуалізуватися під час першого еротичного досвіду з однолітком. Для хворих характерні залежність від членів сім'ї, суперництво з сиблінгами і страх розставання з близькими, який може актуалізуватися внаслідок смерті бабусі чи дідуся, розлучення батьків, виходу брата або сестри з батьківського гнізда.

Взаємовідносини з батьками у хворих зазвичай складні. Істероїдна домінуюча мати вимагає від дитини лідерства у всьому, культивує у неї уявлення про «ідеальну фігуру». Хвороба дитини викликає у неї реактивний розлад із загостренням характерологічних рис. Приховані сімейні конфлікти актуалізуються і стають все більш деструктивними. В результаті хвора дитина втрачає контакт з батьками, що ускладнює перебіг захворювання і ускладнює проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

Паранояльна домінуюча мати культивує сімейний міф про благополучну родину, виховуючи у дитини підвищену моральну відповідальність. Хвору дитину довго захищають від контакту з психіатрами, створюючи власні псевдонаукові пояснення хвороби і концепції лікування. Переконавшись у тяжкості і несприятливому перебігу захворювання, мати відкидає дитину, яка «не виправдала надії», особливо за наявності інших дітей, на яких і переключається вся увага сім'ї. В результаті хвора дитина залишається без медичної допомоги.

Симбіотична мати зазвичай виховує дочку без чоловіка, переконана в правильності всіх висловлювань і вчинків дівчинки, у всьому підтримує її. Мати заперечує наявність у дочки психічного розладу; навіть при вираженій кахексії потурає тому, щоб вона продовжувала навчання або роботу і не зверталася за медичною допомогою. У цьому випадку позиція матері також створює труднощі в лікуванні хворої.

У конфліктній родині боязка матір у всьому потурає дочці, а агресивний питающий батько виховує її із застосуванням сили. Неправильну харчову поведінку дочки він сприймає як каприз і намагається припинити це «хуліганство». Іноді захворювання дівчинки сприяє пом'якшенню обстановки в сім'ї та об'єднанню батьків, але частіше вони залишаються байдужими до її долі, і за допомогою звертаються родичі.

При чоловічій анорексії, як правило, виявляється спадкова обтяженість шизофренією та іншими маячними психозами, шизоїдною психопатією, різними аномаліями характеру, тривожною депресією, фобіями і алкоголізмом. Матері деяких хворих у молодості перенесли приступ шизофренії з дисморфоманічною і аноректичною симптоматикою.

Сельвіні Палаццолі розглядає анорексію як моносимптоматичний психоз, який характеризується переконаністю хворого в тому, що його власне тіло має бути знищено шляхом відкидання всіх оральних устремлінь. Вона вважає це захворювання сімейним і описує «анорексичну сім'ю», яка має такі характеристики:

1) ніхто явно не приймає на себе лідерство, мотивація поведінки приписується зовнішнім чинникам;

2) відкрите союзництво суперечить сімейній моралі;

3) ніхто не приймає на себе відповідальність за сімейні проблеми.

С. Мінухін зазначає в аноректичній сім'ї інші типові особливості:

1. Існує ригідна модель сімейних взаємин, в якій вірність сім'ї та її захист ставляться вище, ніж незалежність і самореалізація.

2. Сім'я зазвичай орієнтована на дитину, так що дівчинка робить все можливе, щоб викликати любов і увагу, і, кінець кінцем, займає перфекціоністську obsесивно-компульсивну позицію.

3. Розвиток автономії загальмований. Все, що дівчинка робить, знаходиться під дбайливим і «самовідданим» контролем сім'ї. Заперечення і власна ініціатива розцінюються як зрадництво, заохочуються самовідданість і вірність сім'ї.

4. Взаємовідносини поза родиною не стимулюються, не схвалюються, контролюються.

5. Кордон між сім'єю і зовнішнім світом чітко визначений, хоча кордони всередині сім'ї не визначені. Те саме можна сказати і щодо кордонів із сім'ями, з яких вийшли батьки. Часто створюють коаліцію зі старшим поколінням, дитину виявляють залученою в ці взаємини і використовують як засіб уникнення конфліктів.

6. Велику увагу приділяють у родині харчуванню і соматичним функціям.

Д. Вандерекен виділяє в психогенезі нервової анорексії чотири хибних кола: два – на рівні сімейних взаємин і два – внутрішньоособистісних:

1. Голодування є ефективним засобом боротьби з батьками. Не досягнувши уваги в ролі зразкової дитини, дівчинка змушує батьків турбуватися і благодіти її.

2. Надмірна увага батьків до харчування, особливо якщо застосовують покарання і насильницьке кормління, провокує у дівчинки блювоту і зниження апетиту.

3. Апетит знижується під впливом тривоги хворого з приводу реальної чи уявної надмірної повноти, а також у зв'язку з реакцією

оточуючих на надто велику втрату маси тіла. Джерелом тривоги може стати статеве дозрівання і психосексуальний розвиток, які вдається загальмувати за допомогою втрати ваги.

4. Голод викликає тривогу на біологічному рівні, а оскільки хвора не усвідомлює почуття голоду, то безуспішно намагається впоратися з цією тривогою, відмовляючись від їжі.

Психоаналітики вказують на глибинний зв'язок харчування з почуттям безпеки, задоволення і відчуттям себе коханим. Перешкоди до орального володіння провокують оральну агресію – прагнення кусати. З появою совісті орально-агресивні тенденції викликають почуття провини і потребу в самопокаранні. Таким самопокаранням може стати відмова від їжі.

Ф. Александер розглядав нервову анорексію як хронічну форму самогубства. Сучасні психоаналітики інтерпретують нервову анорексію як тривожну реакцію незрілої особистості на вимоги незалежності і соціальної чи сексуальної активності, до яких вона ще не готова. Культура застілля, яке може перейти в п'яну оргію і повальний гріх, несвідомо асоціюється з груповим сексом, і пропозиція зайти випити чашечку кави сприймається як запрошення до сексу.

Молода дівчина, потрапивши в ситуацію, коли до неї ставляться як до сексуального об'єкта, відчуває тривогу, з якою не в змозі впоратися. У неї виникає едипів страх покарання за суперництво з матір'ю, страх перед розставанням, як необхідною умовою звільнення від її впливу, вона не може психологічно відокремити свою особистість від материнської. Виникає несвідомий страх перед статевим актом як руйнівним проникненням, страх вагітності, пов'язаний з ототожненням її з повнотою, дитячими фантазіями про оральне зачаття і пожирання плодом зсередини.

Знижена вага і худоба, відсутність вторинних статевих ознак і місячних асоціюються з періодом латентної сексуальності (асексуальною фазою від 5 до 12 років). Психологічний захист полягає в подвійному переміщенні внутрішньоособистісних конфліктів: по-перше, шляхом соматизації і, по-друге, – за рахунок регресу до оральної фази розвитку.

Нарцисично самодостатнє тіло, що обходиться без їжі та інших плотських потреб, ідеалізується. Використовують раціоналізацію в формі міфів про примат духу над тілом, аскетизмі і пуританстві, альтруїстичним клопотанням («Білосніжка і сім гномів»).

На озброєння беруть ідеї, що худі більш здорові, ніж товсті, аскетизм загострює розум, фізичну слабкість треба долати загартуванням, рослинні проносні не є справжніми проносними і т. п.

Нервова булімія характеризується повторюваними нападами переїдання, неможливістю навіть короткий час обходитися без їжі і надмірного занепокоєння контролем ваги тіла, що призводить людину до вживання крайніх заходів для пом'якшення «повнящего» впливу з'їденої

їжі. Індивід стає орієнтованим на їжу. Він планує власне життя, ґрунтуючись на можливості прийняти їжу в потрібний час і в потрібній для нього кількості. Цінність даної сторони життя виходить на передній план, підпорядковуючи собі всі інші. При цьому наголошується амбівалентне ставлення до прийому їжу: бажання їсти велику кількість їжі поєднується з негативним, самозневажливим ставленням до себе і своєї «слабкості».

Виділяється кілька діагностичних критеріїв нервової булімії: 1) постійна заклопотаність їжею і непереборна тяга до їжі навіть в умовах відчуття ситості; 2) спроба протидіяти ефекту ожиріння від їжі, що з'їдається, за допомогою таких прийомів, як викликання блювоти, зловживання проносними засобами, періодами голодування, використанням препаратів, що пригнічують апетит; 3) нав'язливий страх ожиріння.

Нервова анорексія і нервова булімія мають ряд спільних рис, внаслідок чого можна свідчити про єдиний комплекс порушень харчової поведінки (харчової адикції). Однак нервова булімія на відміну від анорексії може входити в структуру адиктивного типу девіантної поведінки. Якщо відмова від їжі відіграє роль хворобливого протистояння реальності (істотний параметр патохарактерологічного і психопатологічного типів поведінки, що відхиляється), то непереборний потяг до їжі може відображати як протистояння реальності (зокрема, зняття симптомів тривоги, депресії при невротичних розладах), так і відхід від неї [28, 36].

При адиктивній поведінці підвищення цінності процесу харчування і переїдання стає єдиним задоволенням у нудному, одноманітному житті. Людина вибирає для себе харчування як альтернативу повсякденному життю з його вимогами, обов'язками, регламентаціями. У неї формується феномен «спраги гострих відчуттів» у вигляді зміни харчової поведінки. Наприклад, такий індивід може отримувати нові незвичайні відчуття від кількості й якості їжі, поєднання непоєднаних інгредієнтів (огірків з варенням, торта з цибулею). Мотивом стає втеча від «остогідлої» реальності в світ вічного «харчового задоволення».

Булімія зазвичай розвивається у зв'язку з міжособистісним конфліктом у сімейній, сексуальній або навчально-професійній сфері, входженням у новий колектив; нерідко дезадаптація виникає у всіх сферах життя. Події, що найбільш часто провокують булімію, – смерть чоловіка або дружини, розлука з сексуальним партнером, відхід з батьківського дому, а також екзаменаційна лихоманка або ситуація війни. На цьому тлі виникають переживання самотності, порожнечі і розчарування в інших людях, нудьги, смутку і пригніченості. За дитячою звичкою хворі намагаються втішити себе процедурою їжі і пиття, однак переходять межі розумного, набирають зайву вагу і після цього намагаються контролювати її, як при анорексії.

При вираженому ожирінні хворі для зниження апетиту нерідко починають палити, вживати засоби, що знижують апетит, видаляють жир

оперативним шляхом. У них формуються цикли обжерливості і голодування, поступово боротьба мотивів «їсти, чи не їсти» поглинає все психічне життя індивіда. В системі цінностей починає домінувати їжа: день планується з урахуванням того, де і що можна з'їсти.

Перебіг булімії зазвичай багаторічний, хронічний, зі спонтанними ремісіями. Булімія нерідко вміло ховається, навіть від членів сім'ї. Цьому сприяє анозогнозія – хворі заперечують об'єктивний ступінь свого ожиріння, а також той факт, що їх апетит підвищений. У ряді випадків формується алкогольна або наркотична залежність, сексуальна активність підвищена, з тенденцією до проміскуїтету. Приблизно у третини хворих спостерігається клептоманія: вони імпульсивно викрадають їжу, біжутерію, предмети одягу з магазинів. Поряд із цим можливі афективні розлади: депресія з суїцидальними тенденціями, рідше ейфорія, а також іпохондричні розлади.

Спостерігаються соматичні ускладнення: дисбаланс електролітів, декальцифікація кісток і, перш за все, зубів. Крім того, при повторюваній блювоті емаль зубів страждає від контакту з соляною кислотою. В результаті хворі втрачають зуби. Брак калію призводить до слабкості, серцевої недостатності, ниркових і шлунково-кишкових захворювань. Можуть мати місце розширення і навіть розриви шлунку. У половини жінок порушується менструальний цикл.

Гіперфагія (грец. Phagos – пожирає) характеризується компульсивним переїданням. Цей розлад тісно пов'язаний з ожирінням, число огрядних людей стає дедалі більше. Прийнято виділяти чотири види гіперфагії: 1) нападopodobний – вовчий голод з оральним оргазмом після переповнення шлунку; 2) постійна потреба що-небудь жувати; 3) ненаситний апетит, що приходить лише під час їжі; 4) нічна обжерливість у поєднанні з денним голодуванням.

Патологічних ненажер ділять на дві групи. В першу входять ранимі, тривожні особистості зі зниженою самооцінкою, що соромляться своєї повноти. Зазвичай вони звертаються до психолога з приводу труднощів у спілкуванні і депресії. Друга група містить владних, впевнених у собі людей, які прагнуть придушувати оточуючих, у тому числі солідним зовнішнім виглядом. Вони приходять до лікаря з проблемами здоров'я.

Гіперфагія діагностується на основі таких критеріїв:

1) неодноразово повторювані напади «обжерливості» при втраті контролю над харчовою поведінкою;

2) ці напади відповідають щонайменше трьом із таких ознак: а) значно більш поспішне прийняття їжі, ніж зазвичай, б) прийняття їжі триває до тих пір, поки не з'явиться неприємне почуття пересичення, в) поглинання великої кількості їжі без почуття голоду, г) прийняття їжі на самоті через почуття збентеження або сорому, д) після нападу «обжерливості» пацієнти відчувають почуття відрази до себе, докори сумління або пригніченість;

3) яскраво виражена тяжкість страждання через напади «обжерливості»;

4) напади трапляються мінімум два рази на тиждень протягом шести місяців;

5) після епізодів патологічного переїдання компенсаторні заходи щодо встановлення контролю над масою тіла (наприклад, за рахунок блювоти) слідує нерегулярно. Відсутні ознаки нервової анорексії та нервової булімії.

На відміну від хворих на анорексію ті, хто страждають на булімію, довго зберігають звичайну вагу з незначними відхиленнями в ту чи іншу сторону; мріють про більш струнку фігуру, але не збираються худнути безмежно.

## 4.2. Ігрова залежність (гемблінг)

Патологічний потяг до азартних ігор (гемблінг) сучасні дослідники відносять до нехімічних (поведінкових) адикцій, коли об'єктом залежності стає не психоактивна речовина, як у випадку хімічної залежності, а поведінковий паттерн [9, 16].

В останні роки відзначені десятки різних поведінкових адикцій, серед яких гемблінг – одна з найбільш поширених, і за своїми клінічними виявленнями найбільше нагадує адикції хімічні.

Актуальність питання патологічної залежності від гри, на думку багатьох учених, зумовлена принаймні трьома причинами.

1. Серйозні соціальні та фінансові труднощі у патологічних гравців.
2. Поширеність протиправних дій.
3. Високий суїцидальний ризик.

Для діагностики патологічного потягу до азартних ігор стан людини має відповідати таким критеріям [33]:

1. Повторні (два і більше) епізоди азартних ігор протягом не менше року.

2. Ці епізоди поновлюються, незважаючи на відсутність матеріальної вигоди, суб'єктивне страждання і порушення соціальної та професійної адаптації.

3. Неможливість контролювати інтенсивний потяг до гри, перервати його вольовим зусиллям.

4. Постійна фіксація думок і уявлень на азартній грі та всьому, що з нею пов'язано.

Ризик формування адиктивної поведінки в даний час прийнято розглядати з позицій біопсихосоціодуховної моделі, де кожен із чинників або їх поєднання (спадковість, особливості характеру, мікро- і макро-соціальне оточення, зрілість особистості в цілому) бере участь у формуванні залежності.

До загальнобіологічних чинників належать пре-, пери- і постнатальні шкідливості, що сприяють виникненню органічної неповноцінності структур головного мозку. Спадковість, в свою чергу, – основа формування темпераменту і характерологічних властивостей особистості.

У ряді досліджень виявлено, що у осіб, залежних від гри, статистично значно частіше, ніж у здорових батьків, діти ставали патологічними гравцями.

В. Слуцьки і С. Ейсен звертають увагу на випадки сімейного накопичення патологічної залежності від гри, припускаючи значення генетичної спадковості в уразливості ряду людей до виникнення патологічного потягу до азартної гри [36].

Іспанські дослідники А. Ібаньєс і його колеги в огляді, присвяченому ролі генетичних чинників у розвитку патологічного гемблінгу, відзначають, що дослідження в галузі молекулярної генетики виявили різноманітні специфічні алелі генів, відповідальних за нейромедіаторну систему, що беруть участь у формуванні гемблінгу. В огляді робиться висновок, що патологічний гемблінг хоча б частково визначається генетичними чинниками.

А. О. Бухановський особливого значення в формуванні залежної поведінки (включаючи патологічну залежність від азартної гри) надає органічній неповноцінності ЦНС (різними церебральними захворюваннями, мозковим травмам та іншим пошкодженням ЦНС), що сприяє слабкості гальмівних процесів, гіперзбудливості, ригідності і застряганню психічних процесів [4].

У безлічі досліджень [27, 35, 36] відзначається, що адиктивна поведінка, зокрема наркоманія, найчастіше формується в осіб з аномаліями характеру. При цьому ризик формування адиктивної поведінки пов'язаний не стільки зі ступенем аномалії характеру (психопатія або акцентуація), скільки з її типом – переважно нестійким, епілептоїдним і конформним.

Говорячи про особистісні особливості проблемних гемблерів, більшість дослідників вказують на втрату ними контролю над власною поведінкою, причому це стосується всіх варіантів гемблінгу – від гри на тоталізаторі до ігрових автоматів, відзначаючи серед патологічних гравців вищий рівень нейротизму, імпульсивності порівняно з контрольною групою здорових людей; виділяють три підгрупи проблемних гемблерів; 1) з порушенням поведінки; 2) емоційно нестійких; 3) антисоціальних гемблерів, схильних до імпульсивних вчинків.

Крім виявлених емоційних особливостей і афективної патології гравців, звертає на себе увагу висока поширеність у преморбіді порушень когнітивних функцій. Так, гемблери часто думають, що вони володіють особливим «шостим почуттям» і більш щасливі, ніж інші люди.

Встановлено, що патологічні азартні гравці мають більш низьку здатність до прогнозування життєвих подій порівняно з контрольною



групою. Також відзначається знижена воляова діяльність у гравців, що виявляється у розладі подолання перешкод [36].

Гемблерам також властиво формування ілюзорних уявлень. Так, виявлено, що один із важливих мотивів звернення до гри – «мрії про нове, більш яскраве життя». Але в разі виграшу такі люди часто не здатні забезпечити собі в реальності комфортні умови існування, що, мабуть, може свідчити про своєрідний психологічний захист і формування ілюзорно-компенсаторної поведінки [4].

Досліджено мотиви звернення до гри. Найчастіше відзначається бажання отримати задоволення, відчутти азартне хвилювання, прагнення зробити гроші, а також, на наступних етапах розвитку залежності, – детензивну (зняття напруги) мотивацію.

Мікро- та макросоціальні чинники, що призводять до гемблінгу: неправильне виховання в сім'ї, участь в іграх батьків, знайомих, прагнення до гри з дитинства (доміно, карти, монополія і т. д.), переоцінка значення матеріальних цінностей, фіксована увага на фінансових можливостях, заздрість до більш багатих родичів і знайомих, переконання в тому, що всі проблеми можна вирішити за допомогою грошей.

Американський дослідник А. Пастернак, у свою чергу, як чинник ризику виділяє належність до національної меншини, відсутність сімейного статусу. П. Дельфабро і Л. Трапп, розглядаючи соціальні детермінанти, що сприяють виникненню підліткового гемблінгу, вказують на факт гемблінгу серед батьків, а також на позитивне ставлення до гри в родині. Говорячи про чинники, що перешкоджають підлітковому гемблінгу, дослідники відзначають виховання в сім'ї таких якостей, як уміння зберігати свої гроші, складати і підтримувати бюджет [36].

Патогенетичні механізми формування залежної поведінки описують у рамках біхевіоральних і психоаналітичних теорій. Відзначають, що існує два варіанти виникнення адиктивної поведінки – оперантне навчання і реактивний імпринтинг. Оперантне навчання відбувається поступово за типом повторних підкріплень. Патогенна ситуація, впливаючи через систему слабких, але регулярних або частих впливів, поступово формує стійке порушення в схильній до того вищій нервовій діяльності. На думку А. О. Бухановського, саме так найчастіше формується патологічна залежність від гри. Реактивний імпринтинг викликається надмірним за інтенсивністю стресовим впливом, виникаючи у вигляді гострої реакції фіксації незвичайного переживання, яка підкріплюється інтенсивною психоемоційною реакцією [4].

Психоаналітична концепція патологічного потягу до азартної гри виходить з того, що за нелогічною, постійною упевненістю патологічного гравця у виграші ховаються інфантильні фантазії всемогутності, очікування необмеженого задоволення своїх бажань. Постійне повернення до гри означає протест, несвідоме агресивне ставлення до реальної дійсності, яка не бажає наближатися до цих фантазій. Низька сила Его в

поєднанні з нарцисизмом може сприяти зняттю з себе відповідальності і покладання її на інших, зокрема на фортуна [4].

Ряд авторів вказують на високу поширеність невротичних і соматичних розладів серед гравців (Lorenz, Yaffee, Bergh, Kuhlhorn). Коморбідність патологічного гемблінгу з іншими психічними розладами становить до 50 %, а за даними А. Ібаньєс з колегами, виявляється майже у 2/3 (62,3 %) проблемних гемблерів. З коморбідної психічної патології автори найчастіше спостерігали розлади особистості (42 %) і хімічну залежність (33,3 %). Про достовірно більш високий рівень вживання ПАР серед гемблерів йдеться і в інших дослідженнях, причому споживання алкоголю вище у гемблерів-чоловіків, ніж у гемблерів-жінок (Massallum, Blaszczyński). За даними О. Каушен, у 2/3 патологічних гемблерів в анамнезі відмічається споживання або залежність від ПАР, причому більш ніж половина з них продовжувала вживати ПАР в останні роки (найчастіше алкоголь). Інші форми нехімічних залежностей також часто зустрічаються у проблемних гемблерів: більше 30 % повідомили про наявність у них компульсивних сексуальних розладів, а у 25 % відзначалася адикція до покупок.

У свою чергу, у залежних від ПАР гемблінг як коморбідна патологія – не рідкість. У залежних від алкоголю гемблінг як коморбідна патологія зустрічається досить часто.

З інших психічних розладів найчастіше зустрічаються обсесивно-компульсивний (Linden et.al.), синдром дефіциту уваги (Carlton et. al.), тривожний (Linden et.al.) і депресивні порушення. Деякі автори вважають, що саме обсесивно-компульсивні і афективні розлади слугують підставою для формування залежності від гри (Comings et. al; Lesieur, Blume) [36].

Р. Кастер виділив три стадії розвитку гемблінгу (див. рис. 1):

- 1) виграшів;
- 2) програшів;
- 3) розчарування.

Для стадії виграшів подається такими ознаками: випадкова гра, часті виграші, більш часті випадки гри, збільшення розміру ставок, фантазії про гру, дуже великий виграш, безпричинний оптимізм.

Для стадії програшів характерні: гра на самоті, хвастощі виграшами, роздуми тільки про гру, епізоди програшів, нездатність зупинити гру, брехня і приховування від друзів своїх проблем, зменшення турботи про сім'ю, зменшення робочого часу на користь гри, відмова платити борги, зміни особистості – дратівливість, стомлюваність, нетовариськість, важка емоційна обстановка вдома, позичання грошей на гру, дуже великі борги, створені як законними, так і незаконними способами, нездатність сплатити борги, відчайдушні спроби припинити грати.

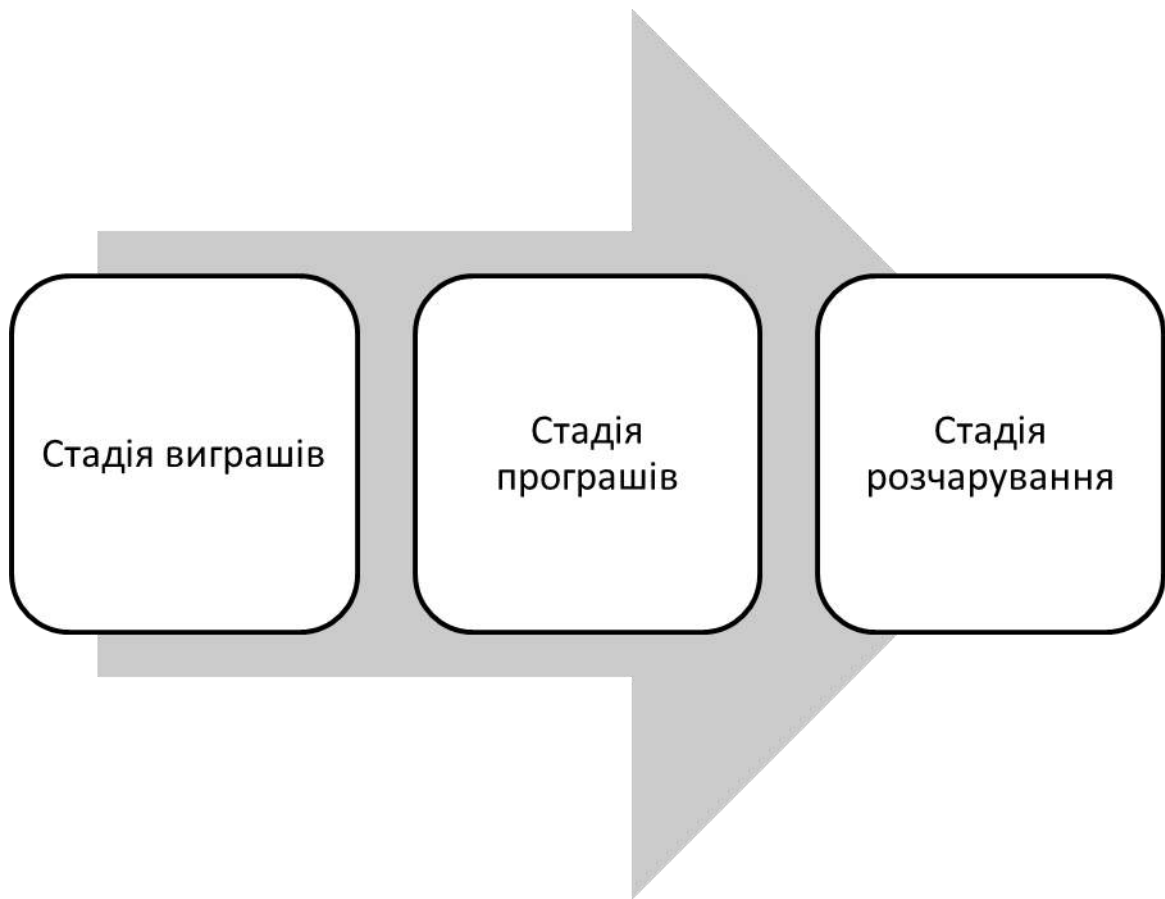


Рис. 1. Стадії розвитку гемблінгу (Р. Кастер)

Ознаки стадії розчарування: втрата професійної й особистісної репутації, значне збільшення часу, проведеного за грою, і розміру ставок, видалення від сім'ї і друзів, докори сумління, каяття, ненависть до інших, паніка, незаконні дії, безнадійність, суїцидальні думки і спроби, арешт, розлучення, зловживання алкоголем, емоційні порушення, відхід у себе.

В. В. Зайцев і А. Ф. Шайдуліна описали розвиток фаз і поведінку пацієнтів, що становлять так званий ігровий цикл, розуміння якого є важливим для формування психотерапевтичних завдань при роботі з гемблерами [9].

*Фаза стриманості* характеризується утриманням від гри через відсутність грошей, впливу мікросоціального оточення, пригніченості, викликані черговою ігровою невдачею.

*Фаза автоматичних фантазій*, коли частішають спонтанні фантазії про гру. Гемблер програє в своїй уяві стан азарту і передчуття виграшу, витісняє епізоди програвшів. Фантазії виникають спонтанно або під впливом непрямих стимулів.

*Фаза наростання емоційної напруги*. Залежно від індивідуальних особливостей виникає тужливо-пригнічений настрій або відзначаються роздратування, тривога. Іноді настрої супроводжується посиленням фантазій про гру. У ряді випадків він сприймається пацієнтом як

беззмістовний і навіть спрямований в бік від гри і заміщується підвищенням сексуального потягу, інтелектуальними навантаженнями.

*Фаза прийняття рішення грати.* Рішення приходить двома шляхами. Перший з них полягає в тому, що гемблер під впливом фантазій в «телеграфному стилі» планує спосіб реалізації свого бажання. Це «дуже ймовірний для виграшу», на думку гемблера, варіант ігрової поведінки. Інший варіант – рішення грати приходить відразу після ігрового епізоду. В його основі лежить ірраціональне переконання в необхідності відігратися.

*Фаза витіснення прийнятого рішення.* Інтенсивність усвідомлюваного гемблером бажання грати зменшується, і виникає «ілюзія контролю» над своєю поведінкою. У цей час може поліпшитися економічний і соціальний статус гемблера. Поєднання цих умов призводить до того, що людина без усвідомлюваного ризику йде назустріч обставинам, що провокує ігровий зрив (велика сума грошей на руках, спроба зіграти для відпочинку і т. ін.).

*Фаза реалізації прийнятого рішення.* Для неї характерно виражене емоційне збудження і інтенсивні фантазії про майбутню гру. Часто гемблери описують цей стан як «транс»: «Стаєш, як зомбі». Незважаючи на те, що в свідомості ще виникають конструктивні заперечення, вони тут же відкидаються ірраціональним мисленням. У гравця домінують хибні уявлення про можливості контролювати себе. Гра не припиняється, поки не програються всі гроші. Потім починається фаза стриманості і запускається новий цикл.

Злоякісний розвиток патологічного гемблінгу частіше відзначається при використанні ігрових автоматів, ніж при традиційних формах гри (рулетка, карти, бінго і т. д.).

### **4.3. Трудогольна адикція**

Одна з важливих особливостей трудоголізму – компульсивне прагнення до постійного успіху і схвалення з боку оточуючих. Адикт відчуває страх потерпіти невдачу, «втратити обличчя», бути звинуваченим у некомпетентності, лінощах, виявитися гірше інших в очах керівництва. З цим пов'язано домінування в психологічному стані почуття тривоги, що не залишає трудоголіка ні під час роботи, ні в хвилини нетривалого відпочинку, який не буває повноцінним через постійну фіксацію думок на роботі. Трудоголік стає настільки фіксованим на роботі, що постійно відчужується від сім'ї, друзів, все більш замикаючись у системі власних переживань [19].

Трудоголізм, як і будь-яка адикція, супроводжується характерними особистісними змінами, що зачіпають, насамперед, емоційно-вольову сферу. Розвиток процесу поєднується з прогредієнтним наростанням емоційної спустошеності, порушується здатність до емпатії. Міжособистісні відносини сприймаються як тяжкі, що потребують великих енергетичних

витрат. Трудоголік уже на підсвідомому рівні прагне уникати ситуацій, де потрібна активна участь, сторониться обговорення важливих сімейних проблем, не бере участі у вихованні дітей, які не отримують від нього емоційного тепла. Він вважає за краще мати справу з неживими предметами (рідше з тваринами), а не з людьми, оскільки це не потребує вирішення нагальних міжособистісних проблем.

Разом із тим адикт переконає себе і оточуючих у тому, що він працює заради грошей або іншої абстрактної мети. Такий захист приймається суспільством. Поза роботою (хвороба, звільнення і т. д.) трудогольна адикція легко змінюється іншою, частіше хімічною.

У психологічному портреті трудоголіків, вважає В. Кукк, переважає сумлінний тип, а йому властиві такі риси:

- ретельність у роботі; любов до чистоти, порядку; велике терпіння і старанність, але в підсумку – досягнення середніх результатів;
- прагнення до бездоганності у всьому – в моральних і етичних нормах, вимагання цього від інших людей;
- труднощі у виборі; також ретельне зважування «за» і «проти» у вчинках, у думках і в стратегіях, прагнення бути «правильним»;
- застрягання в подробицях, деталях, моментах;
- завзятість, що переростає в упертість, цілеспрямованість, прямолінійність в досягненні мети;
- системність у мисленні, організованість;
- передбачливість, страх перед помилками;
- накопичення стресів, напружень, образ (невміння розслабитися, відпочити, відкрито висловити свої емоції).

Ознаки трудоголізму:

- Після напруженої роботи людині важко переключитися на іншу діяльність.
- Занепокоєння про роботу заважає під час відпочинку.
- Доводиться весь час працювати, тому що на людині вся відповідальність за спільну справу.
- Людина вважає, що задоволення можна відчувати тільки під час роботи.
- Людина відчуває себе енергійною, впевненою і самодостатньою, тільки працюючи або думаючи про роботу.
- Якщо людина не працює, то відчуває незадоволеність і роздратування.
- Про людину говорять, що в побуті вона похмура, непоступлива, але «перетворюється» на роботі.
- Закінчуючи якусь справу, людина відчуває незадоволеність від того, що скоро «все закінчиться».
- Закінчуючи якусь справу, людина відразу починає розмірковувати про наступні справи, наступний робочий день.
- Людина не розуміє сенсу відпочинку і радості від нього.

- Людина уникає стану «байдикування».
- Відсутність роботи для людини – лише неробство і лінь.
- Після роботи, щоб зрозуміти, чого хочуть близькі, людині потрібно зробити над собою зусилля.
- Навіть удома думки людини постійно зосереджені на роботі.
- Журнальні фотографії, фільми і програми еротичного та розважального характеру викликають у людини подразнення.
- Розповіді приятелів про любовні подвиги здаються людині нудними.
- Буває, що у людини немає сексуальних бажань, але вона заспокоює себе думкою: «Сьогодні я дуже втомився. Завтра все буде інакше».
- Для людини характерні слова: «все», «завжди», «я маю».
- Зазвичай людина ставить перед собою цілі, яких не може досягти, і ставить до себе підвищені вимоги.
- Розповідаючи про свою роботу, людині зручніше говорити «ми», а не «я».
- Невдача на роботі є для людини катастрофою.

Трудоголізм слід відрізняти від здорового ентузіазму. Трудоголік повністю занурений в роботу і одержимий нею, але вона приносить йому достатньо задоволення. Ентузіаст залучений в роботу, і вона йому подобається, але він не одержимий нею.

Трудоголізм є такою ж формою саморуйнування, як і інші залежності. Він призводить до перевтоми, нестачі сил на інші заняття і звуження кола інтересів. Усе витісняє необхідність відчувати себе дуже потрібним, незамінним у певних справах. Трудоголікам деколи і нецікаво користуватися результатами своєї праці, вони постійно жертвують власними потребами. Багато з них щасливі, коли про них кажуть, що вони «горять на роботі», і заздять тим, кому вдалося померти на трудовому посту. Відірваний від свого наркотику відпусткою, хворобою, виходом на пенсію трудоголік нудьгує, почувається непотрібним, неприкаяним, нікчемним. У відпустці він починає пити, грати в карти, заводить курортний роман. На пенсії у нього можуть розвинутися психосоматичні розлади, і він змінює форму саморуйнування – стає іпохондриком, вбиваючи час у нескінченних ходіннях по лікарях. Нерідко організм включається в цю гру всерйоз, і людина швидко гине від інфаркту, інсульту або раку.

У жінок-домогосподарок трудоголізм виявляється в безперервних клопотах по господарству, нескінченних прибираннях, «зміні декорацій», а також проблемами у вихованні дітей. Багато жінок поєднують професійний і домашній трудоголізм, обґрунтовуючи це життєвою необхідністю, лінощами чоловіка і дітей, і рідше – своїм «занадто турботливим характером».

До трудоголізму більш схильні старші або єдині діти в родині, де батько – алкоголік, а мати – співзалежна. Дитина виконує безліч обов'язків по дому, намагається добре вчитися, щоб компенсувати ганьбу сім'ї,

посилено готується до престижного вишу або домагається спортивних перемог. Вона позбавляє себе відпочинку та розваг, стає антиподом батькові. Але це тільки зовні, основа у трудового і алкоголізму загальна – втеча в залежність, саморуїнування.

#### 4.4. Шопінг-адикція

Шопінг-адикція (шопінг-синдром, магазиноманія, синдром імпульсивних покупок, синдром непотрібних витрат, омніоманія, компульсивний шопінг) тільки нещодавно стала звертати на себе серйозну увагу професіоналів в області соціології і психології. Причини, що призводять до переживання «шопінг-синдрому», різноманітні: на гормональному рівні – нестача серотоніну, забезпечує позитивний емоційний фон настрою; на психологічному рівні – відсутність задовільних взаємин із партнером, дітьми, переживання невдоволення власною особистістю, недостатня професійна реалізація; на соціальному рівні – стиль життя, декларований сучасним суспільством, відповідність якому корелює з досить високим статусом і соціальною успішністю особистості, але провокує відчуженість, самотність, відсутність взаєморозуміння [18, 36].

До причин шопінг-адикції також відносять почуття провини, незадоволену сексуальність, безпорадність, пригнічене почуття люті і нездатність справлятися з конфліктними ситуаціями.

Таким чином, здійснення покупок дає можливість адикту на короткий проміжок часу задовольняти потребу в переживанні щастя. Непотрібні, абсурдні покупки є неминучою закономірністю, основою ефекту заміщення і дозволяють шопоголіку знаходити розраду в сурогаті бажаного.

Аттачмент і формування наростаючого потягу до здійснення покупок виявляються залежними від ряду вихідних і придбаних настанов, які пов'язані з особистісними проблемами і характерологічними особливостями шопінг-адиктів.

Шопінг, як і інші адикції, починається з аттачменту, з сильною емоційною фіксацією на акті здійснення купівлі. Що в цих випадках є пусковим моментом, тригером, що викликає фіксацію? Дослідження динаміки шопінгу показують, що тригери шопінгу у різних людей різні і відображають психологічні характеристики адиктивних покупців. Тригерами покупок можуть бути рекламні матеріали, ситуації міжособистісного спілкування, ситуації з можливістю реалізації «мислення за бажанням», зняття емоційної напруги; вплив алкогольного сп'яніння та ін.

Велике значення в розвитку шопінг-адикції мають сформовані ще в ранньому дитинстві стереотипи поведінки. Адикти до покупок зазвичай пам'ятають відвідування магазинів із батьками, перші подарунки, що купують у магазинах іграшок, солодощів або одягу.

Найбільш ранні спогади у майбутніх адиктів стосуються вражень про відвідання магазинів і покупок. Характерні спогади про зміст дитячих мрій і сновидінь та зміст про процес купівлі. Багато шопінг-адиктів у дитинстві складали в уяві сценарії на цю тему з фантастичними образами придбання різних матеріальних благ, з володінням якими асоціювалося почуття переваги над однолітками, відчуття особливої значущості.

Шопінг-адикція містить розвиток особливого привабливого психологічного стану не тільки під час самого акту купівлі, але і стан, що передує їй, що включає роздуми про здійснення купівлі, планування, «смакування» деталей, пов'язаних із купівлею.

Почуття незвичайного збудження і емоційного підйому при здійсненні купівлі відрізняють шопінг-адикта від звичайного покупця. Втім, після повернення додому з придбаними речами адикта часто чекає серйозне розчарування. Радість від купівлі розсіюється, виникає почуття провини і сорому за нездатність контролювати свої дії. Критичне ставлення виявляється лише короткочасним і незабаром змінюється наростаючим бажанням знову відправитися за покупками.

Психологічний аналіз шопінг-адиктів виявляє, що їм властиві серйозні проблеми, пов'язані з самооцінкою, і почуття ізольованості в навколишньому світі. Шопінг-адикти використовують акти здійснення покупок як інструменту для вирішення різних психологічних проблем.

Покупки допомагають багатьом шопінг-адиктам відчути себе впевненіше, підвищити свою самооцінку. Деякі адикти набувають таким чином втраченого або взагалі відсутнього сенсу життя. Покупки здатні знімати емоційну напругу, дати відчути себе в стані контролю над своїм психічним станом.

У механізмах адиктивного процесу виділяють такі компоненти (див. рис. 2):

- 1) компульсивність до неконтрольованого придбання непотрібних предметів, які до того ж часто не можуть бути сплачені;
- 2) зростаюче внутрішнє напруження, яке відразу зникає після здійснення купівлі;

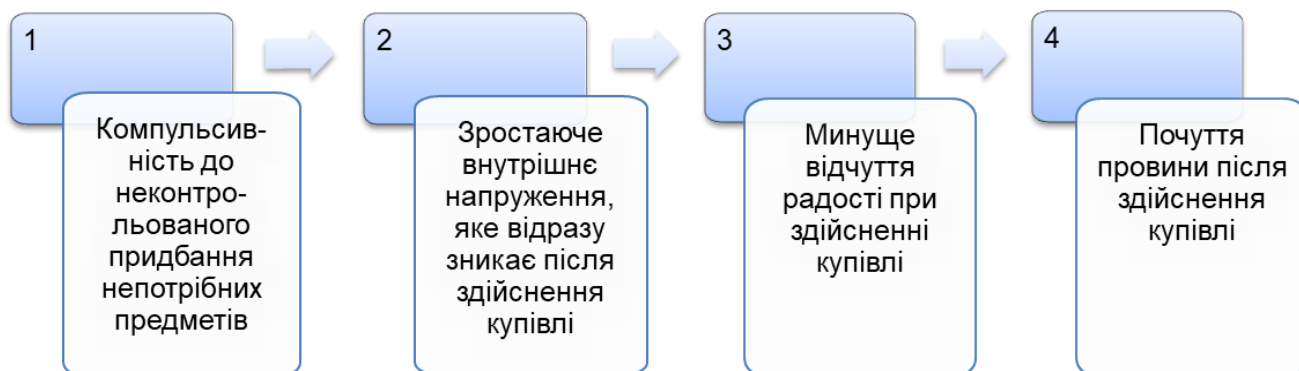


Рис. 2. Компоненти процесу шопоголізму



- 3) минуше відчуття радості при купівлі;
- 4) почуття провини після здійснення купівлі.

Деякі автори порівнюють адиктів до покупок і патологічних гемблерів, оскільки шопінг-адикти також, як і азартні гравці, втрачають контроль над витратою грошей, не в змозі зупинитися, і коли всі доступні засоби витрачені, набувають бажаних речей в борг.

У той же час адикція до купівлі сама неминуче призводить до подальшого посилення тих негативних емоційних станів, які короткочасно усувалися адитивними реалізаціями. Особливо характерне наростання почуття провини, «нервозності» з розвитком явищ загального психічного виснаження.

#### 4.5. Спортивна адикція

Адикція вправ вперше була згадана П. Бекеланд, коли він досліджував ефект депривації фізичного навантаження на патерни сну. Надалі концепція адикції до вправ була популяризована і розроблялася М. Саксом і Д. Паргманом, які запропонували термін «адикція бігу». Автори описали своєрідний синдром відміни, що розвивається при депривації бігу: тривога, напруга, дратівливість, м'язове посмикування і т. д.

В огляді, присвяченому адикції вправ, М. Мерфі вказує на три психофізіологічні пояснення виникнення адикції вправ: термогенічна гіпотеза, катехоламінова гіпотеза і ендорфінова гіпотеза. Перша гіпотеза припускає, що вправи збільшують температуру тіла, яка знижує тонус м'язів і зменшує соматичну тривогу. Наступні дві гіпотези знаходяться в руслі сучасних поглядів на нейрофізіологічну і нейрофармакологічну природу виникнення всіх видів залежностей.

Крім бігу, в сучасній літературі наведено клінічні випадки виникнення спортивної адикції при заняттях різними видами спорту (М. Мерфі, М. Гріффітс), включаючи те, що ми називаємо спортом для здоров'я. Е. Кьелсас у результаті використання спеціального опитувальника на адикцію вправ показав, що у жінок існує пряма залежність між кількістю годин у тиждень, які вони приділяють спорту, і ризиком розвитку залежності [18, 36].

Що стосується занять екстремальними видами спорту, то слід визнати, що це можливий шлях створення соціально прийнятної форми залежності при проведенні профілактичної та реабілітаційної роботи у дітей і підлітків з адиктивною поведінкою.

Разом із тим важливо пам'ятати, що спортивна адикція, як і будь-яка інша залежність, легко може змінювати форму і переходити в іншу, в тому числі і хімічну. Саме з цим пов'язаний високий відсоток алкоголізму і наркоманії серед колишніх спортсменів. Тому екстремальний спорт може бути визнаний альтернативою хімічної залежності, але альтернативою, що приховує в собі певну небезпеку.

## 4.6. Релігійна адикція

Велика частина людей потрапляє в секти в стані психологічної кризи, відчаю. Секти використовують саме цей стан, щоб «допомогти» людині реалізувати потребу заповнити душевний вакуум, знизити тривогу, обіцяючи швидке вирішення питань.

Секти прагнуть до контролю. Посередником між Богом і членами громади виступає якийсь учитель, гуру, нерідко наділений практично необмеженою владою. Релігійну залежність якраз і відрізняє стійка потреба перекласти відповідальність за свої взаємини з Богом на сильного наставника, вчителя або старця, який має встановити регламент відносин із Богом: що читати, що їсти, скільки спати. Іноді релігійна залежність може ховатися за цілком привабливими для певного типу людей формулюваннями: «Відсікти свою волю»; «Принести свою свободу в жертву Богу в особі наставника». Навряд чи людина без волі і без впевненості у власній цінності здатна на якийсь значущий вчинок. Але, потрапивши в кризову ситуацію, вона може невпинно шукати того, хто б «дав пораду», хто б вирішив за неї її проблеми.

Таким чином, релігійна залежність, як і будь-яка інша, стає одним із способів втечі від тривоги, відповідальності, необхідності вирішувати свої особистісні та духовні проблеми.

На думку Ц. П. Короленка і Т. В. Дмитрієвої, релігійна адикція становить не меншу небезпеку, ніж харчова або навіть гемблінг, оскільки часто викликає психічні порушення шизофреноформного характеру у релігійних адиктів.

Основними ознаками релігійної залежності є такі:

- 1) ригідне, «чорно-біле» мислення;
- 2) знижена самооцінка;
- 3) магічне мислення;
- 4) хибне ставлення до всього.

Симптоми релігійної залежності:

- 1) нездатність думати, сумніватися і ставити запитання з приводу релігійної інформації;
- 2) чорно-біле, прямолінійне мислення;
- 3) оснований на соромі віра, що ти недостатньо хороший і неправильно щось робиш;
- 4) магічна переконаність, що Бог все зробить для тебе без твоєї серйозної участі;
- 5) нереалістичні фінансові пожертвування;
- 6) переконаність, що секс – це бруд, що всі тілесні, матеріальні задоволення – це зло;
- 7) переїдання або надмірні пости;
- 8) конфлікт і суперечки з наукою, медициною і освітою;

- 9) відмова від реальної роботи, ізоляція, розрив колишніх відносин;
- 10) розчарування, великі сумніви;
- 11) криза, заклики про допомогу [18].

Прояви психосоціальної залежності в релігійних організаціях мають свою природу, динаміку. Важливою і специфічною особливістю особистості людини із залежністю від культу, що відрізняє її від осіб з іншою формою залежності, є таке:

1) формування у неї в період ініціації в культ вищої життєвої цінності або «надідеї». Вона задається культом, досить швидко інтеріоризується індивідом і визначає його потреби пов'язувати своє життя з даними культом як носієм цієї цінності;

2) азарт або відчуття близькості і доступності «Бога», «істини», «космічної ієрархії» «надможливостей» і т.п. У цей період формується також залежність від групи, і в поведінці неофіта можна також спостерігати всі ефекти, зумовлені груповою динамікою і груповим тиском. Таким чином, у цей період залежність індивіда від релігійної організації обумовлена і його ціннісними орієнтаціями, і груповими чинниками;

3) культ і культова організація є зовнішніми регуляторами поведінки і життя в цілому.

#### 4.7. Технологічні залежності

Термін «технологічні залежності» був запропонований М. Гріффітс [36] для визначення нехімічних (поведінкових) залежностей, які містять взаємодію людини і машини.

З психоаналітичної точки зору технології можуть бути для людини свого роду «психічним притулком» («psychic retreat»). Цей термін запропонований для позначення областей психіки, основаних на уяві і уявленнях, мало пов'язаних із реальністю. Такі «психічні притулки» можуть виконувати адаптивну функцію, допомагаючи пережити негативні емоції (впоратися з тривогою). В деяких випадках людина починає використовувати їх для того, щоб уникнути болючих і нестерпних переживань, – тоді можна говорити про розвиток технологічної залежності. Найчастіше мова йде про внутрішній конфлікт, тимчасове уникнення неприємних подій і переживань; у більш серйозних випадках «психічні притулки» дозволяють уникнути переживань, пов'язаних із відторгненням або насильством у дитинстві. У цьому контексті показовою є метафора «механічна мати»: так позначають технологію, присутню постійно, і яка надає можливість для задоволення, замінюючи теплі відносини, яких не вистачає людині в житті. Переживання при використанні технології стають зумовленими не тільки залежністю – вони тісно пов'язані з регресією і дисоціацією.

У рамках когнітивно-біхевіорального підходу для пояснення того, чому люди адиктивно використовують ті чи інші технології, була

запропонована модель прийняття технологій (technology acceptance model), згідно з якою ключову роль відіграють два чинники – сприйнята простота використання і сприйнята корисність. У більш пізніх роботах виділяють когнітивний аспект корисності і емоційний аспект (задоволення при використанні), причому сприйняття простоти використання відіграє центральну роль, надаючи як прямий вплив на бажання користуватися технологією, так і непрямий – через оцінку корисності та задоволення.

Технологія дозволяє уникнути чогось, впоратися з чимось або подолати щось – і це для людини суб'єктивно «переважає» втрату часу і можливість «нетехнологічного» опанування.

У цей час інтенсивно обговорюється залежність від Інтернету. У зв'язку зі зростаючою комп'ютеризацією та інтернетизацією суспільства як у професійному, так і повсякденному житті для мільйонів людей стала актуальною проблема неправильного використання Інтернету. Через Інтернет відбувається спілкування, пошук інформації, робляться покупки, реалізуються власні вподобання у всіх сферах життєдіяльності і багато іншого.

Виділяють такі поведінкові характеристики залежності від Інтернету:

- активне, часто агресивне небажання відволіктися від роботи в Інтернеті навіть на короткий час;
- досада і роздратування при зовнішньому відволіканні від Інтернету;
- нездатність спланувати час закінчення роботи в Інтернеті;
- постійне збільшення витрат коштів для забезпечення роботи в Інтернеті;
- хронічна схильність до брехні – публічне применшення тривалості і частоти роботи в Інтернеті;
- ігнорування домашніх справ, навчання, службових обов'язків, важливих особистих і ділових зустрічей в період роботи в Інтернеті;
- неприйняття критики такого свого способу життя;
- готовність миритися з руйнуванням сім'ї, втратою кола спілкування через час, проведений в Інтернеті;
- нехтування власним здоров'ям, скорочення тривалості сну через роботу в Інтернеті в нічний час;
- уникнення фізичної активності під приводом термінової роботи, пов'язаної з Інтернетом;
- нехтування особистою гігієною;
- готовність задовольнятися випадковою, одноманітною і неякісною їжею;
- нерегулярність харчування і скорочення часу на їжу – «проковтування» їжі без відриву від комп'ютера;
- зловживання кавою та іншими стимулюючими засобами;
- значне зниження і повне позбавлення від станів тривоги, почуттів провини і безпорадності, що виникли раніше;
- відчуття емоційного підйому під час роботи в Інтернеті;

- підбір, переглядання, вивчення літератури переважно про новинки Інтернету і обговорення їх з оточуючими.

Відомий американський клінічний психолог К. Янг охарактеризувала п'ять основних типів Інтернет-залежності [48]:

- obsесивна пристрасть до роботи з комп'ютером (ігор, програмування або інших видів діяльності);

- компульсивна навігація по Інтернету, пошук у віддалених базах даних;

- патологічна прихильність до опосередкованих Інтернетом азартних ігор, онлайн-аукціонів або електронних покупок;

- залежність від соціальних застосувань Інтернету, тобто від спілкування в чатах, групових іграх і телеконференціях, що може в підсумку призвести до заміни наявних у реальному житті сім'ї і друзів віртуальними;

- залежність від «кіберсексу», тобто від порнографічних сайтів в Інтернеті, обговорення сексуальної тематики в чатах або закритих групах «для дорослих».

### **Питання для самоперевірки**

1. Критерії нехімічних залежностей.
2. Харчова залежність та її основні ознаки.
3. Пояснювальні моделі виникнення анорексії та булімії.
4. Ризики формування гемблінгу.
5. Стадії розвитку гемблінгу.
6. Психологічний портрет трудоголіків.
7. Чинники формування шопінг-адикції.
8. Механізми адиктивного процесу при шопінг-адикції.
9. Спортивна адикція як вид нехімічної залежності.
10. Механізми формування релігійної залежності.
11. Основні ознаки релігійної залежності.
12. Пояснювальні моделі виникнення технологічних залежностей.
13. Характеристики залежності від Інтернету.

## Глава 5. МІЖОСОБИСТІСНА ЗАЛЕЖНІСТЬ

### 5.1. Міжособистісна залежність як первинна форма залежності

У сучасній психологічній літературі виділяють ряд феноменів, що описують різні форми порушення міжособистісних відносин, які часто розглядають як тотожні. Разом із тим кожен з них має специфічну симптоматику і генезис. Зокрема, до феноменів порушення міжособистісних відносин у сучасній літературі відносять міжособистісну залежність, страх психологічної інтимності, самотність, синдром «емоційного холоду».

Міжособистісна залежність як розлад поведінки і стосунків є проявом розладу особистості залежного типу, або залежної особистості (В. Д. Менделевич). Міжособистісна залежність є первинною формою залежності (Ц. П. Короленко, А. В. Котляров, О. С. Кочарян). Решта форм залежностей є похідними від неї і розглядаються як спроба уникнути «первинного болю» (А. Янов).

Міжособистісна залежність – це розлад поведінки і відносин з фіксацією на оточуючих людях або конкретній людині, в основі якого лежить сильна потреба в певній особистості з метою отримання її підтримки і допомоги і нездатність індивіда до самостійної поведінці. Міжособистісна залежність дорослої людини розвивається в формі генералізованої залежності як від оточення в цілому, так і від конкретної особистості.

Різноманітні форми міжособистісної залежності описані в роботах низки авторів: невротична потреба в любові (К. Хорні), токсична любов (P. Melody), любов-залежність (В. Сатір), любов-манія (S. Peele, A. Brodsky), любов-прихильність (P. Shaver, C. Hazan, D. Bradshaw), співзалежність і протизалежність (Б. Уайнхолд і Дж. Уайнхолд), залежні відносини в шлюбі (Н. Г. Гаранян і А. Б. Холмогорова; О. Ф. Бондаренко і А. Є. Левенець), синдром залежної любові (О. С. Кочарян, А. В. Коцар, Є. В. Фролова).

На думку Ц. П. Короленка і М. В. Дмитрієвої, існують три види адикцій відносин – любовна, сексуальна і адикція уникання, які нерідко перетинаються. У них загальні передумови виникнення: проблеми з самооцінкою, нездатність любити себе, труднощі у встановленні функціональних меж між собою та іншими. Оскільки такі особистості не можуть встановити межі власного «Я», у них відсутня здатність до реальної оцінки оточуючих. Для цих людей існують проблеми контролю: вони дозволяють контролювати себе або намагаються контролювати інших. Характерні нав'язливість у поведінці, в емоціях, тривожність, невпевненість у собі, імпульсивність дій і вчинків, проблеми з духовністю, труднощі у вираженні інтимних почуттів.

Б. Уайнхолд і Дж. Уайнхолд [42] розробили концепцію співзалежності – протизалежності (контрзалежності) особистості. Авторами наведено характеристики спів- і контрзалежності у вигляді набору якостей, які мають описовий характер і укладаються в монопараметричну модель міжособистісної залежності. Кожен із цих параметрів має рівневі характеристики, і автори не дають пояснення щодо того, є вони взаємовиключними, взаємодоповнюючими або ж незалежними характеристиками в структурі особистості.

Р. Гіршфільдом спільно з колегами запропонована поліпараметрична модель міжособистісної залежності, яка містить три ознаки: емоційна опора на інших; невпевненість у собі; прагнення до автономії. Міжособистісну залежність визначають як суму перших двох параметрів (емоційна опора на інших і невпевненість у собі) мінус третя характеристика (прагнення до автономії).

О. П. Макушиною [29] було запропоновано такі компоненти в структурі міжособистісної залежності:

1) когнітивний, що містить уявлення про себе як про слабку, безсилу особистість;

2) мотиваційний, що відображає виражену потребу в підтримці і керівництві з боку значущих осіб;

3) емоційний, пов'язаний з тенденцією відчувати тривогу і страх у ситуаціях, які потребують незалежної поведінки або при загрозі втратити підтримку значущої особистості;

4) поведінковий, що виявляється в пошуках допомоги, схвалення або тенденції поступатися власними інтересами в процесі міжособистісної взаємодії.

Окремо зупинимося на розгляді інших варіантів порушення міжособистісних відносин, які безпосередньо пов'язані із формуванням міжособистісної залежності.

Страх психологічної інтимності є порушенням міжособистісної комунікації, при якому спостерігається нездатність людини встановлювати довірчі, стабільні відносини і відчувати задоволення і радість від них. Протилежним полюсом є емоційна близькість у міжособистісних відносинах. Страх психологічної інтимності може розглядатися як одна з ознак контрзалежності, що відображає емоційний аспект даної проблеми. Разом із тим ряд авторів виділяє даний феномен як самостійну форму порушення міжособистісних відносин.

R. W. Firestone і J. Catlett наводять такі характерні риси поведінки, мотивації та емоційних рис людей з вираженим страхом інтимності: тенденція до ізоляції; самозаперечення і пошук задоволення у фантазіях, гіперкритичне ставлення до себе та інших; пасивність, роль жертви; субстантна або поведінкова залежність; використання паттернів утримання партнера, «чіпляння»; безособовість та ін. Багато в чому наведені характеристики повторюють паттерни протизалежності і навіть

всупереч назві даного феномена, серед його основних ознак фактично немає власне емоційних проявів (страх, відсутність радості і т.п.), швидше за це поведінкові моделі, що описують певний стиль міжособистісної взаємодії [36].

Синдром «емоційного холоду» – феномен порушення інтимно-особистісної сфери, що відображає різні аспекти її емоційного «пошкодження». Даний синдром як термін був введений О. С. Кочаряном і Н. М. Терещенко для інтеграційного позначення стильової характеристики поведінки і особистості, яка визначає стійкі паттерни невротичної подружньої взаємодії та адаптаційних процесів, різні деформації емоційних структур, такі, як ізоляція, адикція уникнення, інтимофобія, самотність, труднощі вступу у відносини психологічної інтимності, патологічний нарцисизм і т.п. Найважливішою характеристикою синдрому «емоційного холоду», на думку авторів, є уникнення (відсутність) справжніх, щирих почуттів і емоцій.

Якщо концепція співзалежності / протизалежності Б. і Дж. Уанхолд більшою мірою описує поведінкові виявлення зазначених порушень, то феномени страху психологічної інтимності і синдрому «емоційного холоду» переважно відображають емоційну сторону подібних порушень.

Порушення міжособистісних відносин може виявлятися у феномені самотності, який, в свою чергу, розглядається як предиктор розвитку міжособистісної залежності. Самотність розглядається або як порушення в мотиваційно-потребовій сфері, або ж як емоційне переживання порожнечі і ізоляції. Почуття самотності відчувається людиною в одному з двох варіантів. У першому випадку людина відчуває самотність як ізоляцію серед людей. Така самотність пов'язана з відсутністю відносин, які призводять до спільного досягнення цілей. Вона виявляється незадоволеністю спілкуванням, емоціями, які виникають у відносинах, відсутністю прихильності до конкретної людини. Другий варіант переживання самотності глибше, ніж перший. Це внутрішня самотність, при якій людина не бачить нічого в собі, на що можна спертися, чому можна слідувати. Така самотність пов'язана з тим, що людина ізолює від себе свої реальні цілі і прагнення, заперечує відповідальність за своє призначення. Подібну самотність нерідко намагаються подолати «втечею» у відносини. При цьому метою стає розмивання меж власної внутрішньої реальності з розчиненням у внутрішній реальності іншої людини. Інша людина перетворюється на сенс існування, а його внутрішня реальність – той міраж, який приходить на зміну власної внутрішньої реальності. До зародження і збереження залежних відносин призводять втеча від своєї мети, страх контакту з нею «один на один», виявлення порожнечі своєї внутрішньої реальності, побоювання того, що буде порушена ізоляція своєї реальності від зручних і звичних зовнішніх цілей. Створені в результаті залежні відносини рятують від необхідності залишитися один на один з власною метою.



Таким чином, міжособистісна залежність розглядається в науковій літературі як первинна форма залежності, що предиспонує розвиток інших варіантів адикції і взаємозв'язана або є наслідком інших порушень міжособистісних відносин.

## **5.2. Чинники розвитку стосунків міжособистісної залежності**

Формування стосунків міжособистісної залежності пов'язано з інфантильною травматизацією і особливостями соціалізації особистості. Становленню міжособистісної залежності сприяють фіксованість на фігурі матері, травматична природа стосунків із батьком, наявність травми позбавлення, інверсія домінування в сім'ї, недиференційованість особистісних меж, дефіцитарність стосунків у сім'ї та ін.

Міжособистісна залежність виникає внаслідок незавершеності важливих стадій розвитку в ранньому дитинстві. З моменту народження до двох-трьох років дитина завершує розв'язання ряду завдань свого розвитку. Найбільш важливим психологічним завданням розвитку в цей період є встановлення довіри між матір'ю і дитиною. Якщо встановлення базової довіри чи зв'язку завершилося успішно, то дитина почуває себе в достатній безпеці, щоб зайнятися дослідженням зовнішнього світу і в подальшому, у віці двох-трьох років, завершити своє так зване друге чи психологічне народження. Психологічне народження відбувається тоді, коли дитина навчається бути психологічно незалежною від своєї матері. Важливою навичкою, яку набуває дитина при успішному завершенні цієї стадії розвитку, є вміння покладатися на свою внутрішню силу, тобто заявляти про себе, а не чекати, що хтось інший буде керувати її поведінкою. У дитини розвивається відчуття власного "Я", яке дає їй можливість навчитися брати на себе відповідальність за свої дії, ділитися, взаємодіяти і стримувати агресію, адекватно ставитися до авторитету інших, висловлювати свої почуття словами і ефективно справлятися зі страхом і тривогою. Якщо ця стадія не завершена до кінця, дитина стає психологічно залежною від інших і не має свого "Я", яке виділяло б її серед інших.

В основі механізму формування міжособистісної залежності знаходиться структурна організація особистості, а саме порушення у неї меж власного "Я", що відбивається у нездатності диференціювати свої почуття і емоції, вступати у контакт із власними почуттями. Передумовою формування міжособистісної залежності є такі особливості ранньої соціалізації як недиференційованість особистості членів батьківської сім'ї, дефіцитарність взаємин, заборона прояву потреб або інтересів дитини та труднощі їх імагінального задоволення внаслідок бідності фантазії як механізму психологічного захисту. У подальшому розвитку адикції спостерігається феномен "чорнильної плями", коли відбувається генералізація міжособистісної залежності. Провідне значення у

генералізації залежності має поширення базового почуття неповноцінності на сферу міжособистісних стосунків [41].

Міжособистісна залежність є явищем культури. Всі основні інститути нашого суспільства базуються на залежній поведінці. Певні соціальні групи в суспільстві займають більш високе положення порівняно з іншими, наприклад, чоловіки стоять вище жінок, а керуючий персонал – вище підлеглих. Наявність більш сильної групи, яка контролює ресурси, створює передумови для виникнення і підтримки співзалежних відносин. Однак, якщо люди почнуть змінювати власні співзалежні моделі, виникнуть зміни і в більших соціальних структурах.

У роботі Є. В. Фролової [41] показано роль статевої сфери особистості в становленні й розвитку міжособистісної залежності. Встановлено, що важливими етіопатогенетичними чинниками розвитку стосунків міжособистісної залежності є низька біогенна маскуліність та інфантильна структура соціогенного рівня симптомокомплексу маскуліності/фемініності, яка не трансформується в андрогінну в період дорослості. Ключовою травмою в становленні міжособистісної залежності є травма позбавлення (уваги, любові) у ранньому досвіді особистості. Регулятором міжособистісних стосунків стає потреба відповідати нормативним уявленням батьків, прагнення до суперництва за любов і увагу батьків. У дорослому віці (на прикладі жінок) це виявляється в ідеалізації образу партнера, готовності “служити” чоловіку, у труднощах у реалізації та асиміляції сексуальності, яка зовні є провокуючою та рестриктивною.

Відносини міжособистісної залежності, пов'язані з порушеннями меж власної особистості, що виявляється в чергуванні крайніх станів у відносинах: надблизькості і відчуженості.

Так, у дослідженні Є. В. Фролової встановлено, що прийняття стосунків любові залежними жінками характеризується наявністю специфічних сценаріїв і гендерних установок, які утворюють два полюси:

1) полюс “наближення” (сценарії “вічної любові”, “ідеальної любові” та гендерні установки “опора”, “тяжіння”), що відображає незрілу, інфантильну позицію у стосунках, романтичність залежних жінок і схильність до ідеалізації стосунків;

2) полюс “дистанціювання” (сценарій “любові-розчарування” та гендерна установка “ізоляція”), який відбиває травматичний вектор стосунків із чоловіками, що зумовлює нездатність залежних жінок до емоційної близькості та побудови стабільних взаємин.

Почуття сорому має пряме відношення до розвитку адиктивної поведінки, зокрема, міжособистісної залежності. Якщо поведінка людини не відповідає суб'єктивній або соціальній нормі, у неї виникає почуття сорому. При адиктивних станах виникає невідповідність людини обом нормам. Вказана невідповідність призводить до виникнення почуття сорому. З почуттям сорому пов'язано переживання власної нікчемності,

незначущості, презирства до себе. Ці почуття закладаються в дитинстві і легко провокуються специфічною поведінкою людей. Почуття сорому формується під впливом зневажливого ставлення батьків через відсутність необхідної інтелектуальної та емоційної підтримки, постійного осуду. При цьому має значення фіксація уваги людини на тому, як її сприймають і оцінюють оточуючі. Якщо вона відчуває почуття сорому в зв'язку з невідповідністю, їй здається, що й інші помічають цю невідповідність і вважають її неповноцінною. Усвідомлення людиною зверненої на неї уваги може призводити до наростання підозрливості, типової для адиктивних осіб. Така підозрливість, пов'язана з почуттям сорому, є одним із механізмів соціальної ізоляції адиктів. Страх бути до кінця зрозумілим оточуючими активізує механізм розриву контактів із багатьма людьми. Із цим пов'язано уникнення адиктом близьких контактів, тому що чим глибше контакт, тим імовірніше факт впізнання їх адиктивної сутності і тим імовірніше посилення у адикта реакції сорому. Виникає страх можливих переживань з приводу розриву відносин. Так формується поведінковий стереотип, характерний для адикта уникнення.

Із психоаналітичної точки зору в основі формування адиктивної поведінки – дефіцит адекватної інтерналізації батьківських фігур і, як наслідок, порушення здатності до самозахисту. Це призводить до нездатності адиктів підтримувати близькі міжособистісні відносини і регулювати їх. Додаткові проблеми у взаєминах із людьми створюють нарцисична вразливість у міжособистісних відносинах, а також нездатність модулювати афекти, пов'язані з близькістю.

В основі міжособистісної залежності – бажання об'єднатися в пару і реалізувати глибокі несвідомі потреби в ідентифікації в любові з батьками і їх ролями в сексуальних відносинах. Несвідоме бажання виправити домінуючі патогенні відносини минулого і спокуса відтворити їх для втілення нереалізованих агресивних і мстивих потреб мають результатом програвання їх у відносинах із коханим об'єктом. За допомогою проєктивної ідентифікації кожен партнер прагне викликати в іншому особливості минулого едіпова і / або доедіпова об'єкта, з яким вони перебували в конфлікті. Проєктивна ідентифікація – примітивний і все ж найбільш поширений захисний механізм, що полягає в тенденції проєціювати власні імпульси на іншу людину, страх відносно неї, викликаний цими спроектованими імпульсами, несвідома тенденція викликати такі імпульси в іншому і необхідність контролювати іншу людину під впливом цього механізму. Рівновага несвідомо встановлюється за допомогою того, що партнери доповнюють домінуючі патогенні об'єктні відносини з минулого один одного, і це скріплює відносини новими непередбачуваними способами.

### 5.3. Любовні адикції

Міжособистісна залежність може бути описана симптомокомплексами залежної любові: невротична потреба в любові (К. Хорні), токсична любов (P. Mellody), любов-залежність (B. Satir), любов-манія (S. Peele, A. Brodsky), любов-прихильність (P. Shaver, C. Hazan, D. Bradshaw), залежні стосунки у шлюбі (Н. Г. Гаранян і А. Б. Холмогорова; О. Ф. Бондаренко і А. Є. Левенець) та ін.

Міжособистісна залежність пов'язана зі значними порушеннями в сфері інтимної комунікації. Одним із таких порушень є залежна любов, характерною ознакою якої є виражений страх інтимності (C. Descutner, P. Naus, J. Theis, M. Thelen) або синдром емоційного холоду (О. С. Кочарян та ін.). Як показують дослідження (S. Peele, A. Brodsky, R. Norwood, В. Д. Москаленко, О. С. Кочарян, А. В. Коцар та ін.), адикція у відносинах любові призводить до неможливості побудови стійких і «наповнених» інтимних емоційних відносин і як результат – до зниження якості життя.

Любовна адикція – це адикція відносин із фіксацією на іншій людині. Любовна адикція характеризується надцінним ставленням до значущого іншого, очікуванням безумовного позитивного ставлення з його боку, страхом покинутості, неусвідомленим страхом інтимності і близькості. Такі відносини, як правило, виникають між двома адиктами та мають назву соадиктивних, або співзалежних. Найбільш характерні соадиктивні відносини розвиваються між любовним адиктом і адиктом уникання. При таких відносинах на перший план виступає інтенсивність емоцій і їх екстремальність як в позитивному, так і в негативному сенсі.

Ідея про те, що любовні відносини можуть мати адиктивний характер, була висловлена чверть століття тому (Simon, 1982). Термін «любовна адикція» можна застосувати до осіб, які нав'язливо добиваються відновлення відносин із колишнім об'єктом любові. Це супроводжується дисфункціональними емоційними станами, такими, як недовіра, почуття відторгнення, втрата себе, гнів, відчуття невдачі, а також саморуйнівними моделями поведінки у любовного адикта. У таких стосунках відсутня справжня інтимність.

За даними зарубіжних дослідників, переживання «пристрасної», «фатальної» і «нерозділеної» любові тією чи іншою мірою знайомі 62...75% дорослих людей.

На думку І. Н. Хмарука, значущість проблематики любовних адикцій полягає в тому, що вони вражають переважно осіб молодого віку; призводять до швидкої десоціалізації цих людей, що закінчується значним прямим і непрямим економічним збитком для кожного з них, їх сімей та суспільства в цілому; підвищують рівень аутодеструктивної і аутоагресивної поведінки у адиктів; підвищують рівень суїцидального

ризик; підвищують криміналізацію та віктимізацію пацієнтів; сприяють великій кількості коморбідних розладів.

На даний момент відсутнє єдине розуміння природи, психопатології, клінічної динаміки, підходів до терапії та профілактики цього розладу.

Людські стосунки можуть бути психологічним еквівалентом наркотичної адикції. Любовна залежність, або адикція, відповідає переважній потребі деяких людей у емоційній прив'язаності. Різниця між любов'ю і невротичною потребою в любові є саме почуття прихильності, тоді як у невротичної особистості первинне почуття – потреба в набутті впевненості і спокою, а ілюзія любові – лише вторинне. Якщо людина потребує кохання заради позбавлення від тривожності, то вона відчайдушно прагне до будь-якого роду прихильності заради власного заспокоєння. Але те, що їй уявляється любов'ю, насправді – реакція подяки за виявлену до неї доброту.

Синдром токсичної любові, описаний Р. Mellody [47], розглядається як наслідок травми покинутості дитини. Основними ознаками токсичної любові є нав'язливе прагнення до зближення з партнером; наділення партнера статусом найвищого авторитету; очікування від партнера безумовного прийняття. У структурі таких відносин або один із партнерів може бути залежним, а другий – незалежним, або один із партнерів залежним, а другий – протизалежним. Стадія ейфорії на початку відносин неминуче переходить у розчарування і нав'язливі спроби відновити стосунки.

Синдром любові-залежності (В. Сатір) є результатом вибору шлюбного партнера за критерієм «сила-слабкість». Указаний синдром є відтворенням співвідношення «сила-слабкість» у батьківській родині.

Як справедливо зазначають Н. Г. Гаранян і А. Б. Холмогорова, відносини залежності перетворюються на «трагедію цілого життя», коли «нічого не побудовано, але багато зруйновано – душевне і фізичне здоров'я, можливості інших відносин».

В роботі А. В. Коцар [21] залежні подружні відносини описуються як синдроми залежної любові, суперництва, агресивності й інфантилізму. Ці синдроми не виступають ізольовано, а співіснують, утворивши складну мозаїку порушених відносин залежного типу. У чистому вигляді спостерігаються лише синдроми любові і суперництва, інші синдроми організовані в діади: любов-інфантилізм, любов-агресивність, суперництво-інфантилізм, агресивність-інфантилізм. Всі синдроми залежності мають спільні ознаки: амбівалентність відносин, їх дисфункціональність, повне поглинання відносинами з чоловіком, наявність почуття сильних ревнощів, низька самоповага, негативний вплив на особистість подружжя. Почуття любові у залежних жінок має виражено негативну конотацію. В емоційній структурі залежної любові спостерігається значно більше зв'язків із негативними конструктами (сором, страх, гнів), які роблять її внутрішньо суперечливою, біполярною.

Почуття любові у залежних жінок є значною мірою внутрішньо конфліктним і містить два взаємовиключних емоційних полюси. Один із цих полюсів спрямований до об'єкта любові, другий же – перешкоджає зближенню із цим об'єктом. Така структура значно ускладнює внутрішньо прийняття і реалізацію почуття любові.

У зарубіжній літературі описується варіант любовної адикції – сталкерство (stalking). Воно об'єднує елементи поведінки, що містять повторні й тривалі спроби нав'язати іншій людині небажане знайомство і / або контакт. Знайомство і спілкування можуть здійснюватися по телефону, в листах, за допомогою електронної пошти, графіті; контакт відбувається при наближенні до жертви, під час її супроводження та постійного стеження.

Сталкерство – значною мірою культуральний феномен, поширений переважно в західній цивілізації, який несе реальну загрозу жертвам цього явища.

М. Зона з колегами виділили три групи сталкерів: еротомани (сексуальні адикти), невротики-ананкасти і сталкери з нав'язливою любов'ю (любовні адикти). Мотивація сталкерства серед жінок відрізняється від мотивації сталкерів-чоловіків. Найбільш типовим для жінок-сталкерів є прагнення домогтися максимальної інтимності від жертви, яку вони раніше знали. При цьому така жінка відіграє роль професійного «рятівника». Нерідко об'єктом сталкерів стають лікарі (в першу чергу психіатри і психотерапевти).

Любовні (еротичні) адикції розглядають як нехімічну форму залежної поведінки. Вони відповідають розділу 6. *Психічні розлади, розлади поведінки або порушення розвитку нервової системи (Розлади, викликані вживанням психоактивних речовин або залежною поведінкою – Порушення через залежну поведінку)* Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду [31].

Для любовних адикцій, як і для інших форм залежної поведінки, характерні такі прояви:

- важкоконтрольована тяга до повторного скоєння поведінкових актів;
- знижена здатність контролювати ці дії;
- відсутність чіткої раціоналізації мотивів цих дій, що завдають психологічний, соціальний і правовий збиток як самій особі, так і її оточенню;
- захопленість реалізацією аномального потягу.

Ознаки любовних адикцій, наведені Ц. П. Короленко і М. В. Дмитрієвою [36], полягають у такому:

1. Непропорційно багато часу і уваги приділяють людині, на яку спрямована адикція. Думки про об'єкт адикції домінують у свідомості, стаючи надцінною ідеєю. Процес має риси нав'язливості, поєднуючись із насиллям, від чого надзвичайно важко звільнитися.

2. Адикт знаходиться у владі переживання нереальних очікувань відносно іншої людини, що знаходиться в системі цих відносин, без критики до власного стану.

3. Любовний адикт забуває себе, перестає піклуватися про себе і думати про свої потреби поза адиктивних відносин. Це поширюється і на ставлення до рідних і близьких.

Домінуючою емоцією адикта є страх бути покинутим. Власною нав'язливою поведінкою адикт прагне уникнути самотності, проте на несвідомому рівні існує страх інтимності. Через це адикт не в змозі перенести «здорову» близькість. Він боїться опинитися в ситуації, де доведеться бути самим собою. Це призводить до того, що адикт несвідомо вибирає собі партнера, який не може бути інтимним. Таке може бути пов'язано з тим, що в дитинстві адикт зазнав невдачі, пережив психічну травму при виявленні інтимності до батьків.

Ознаки адикції уникання такі:

1. Відхід від інтенсивності у відносинах зі значущою для себе людиною (любовним адиктом). Адикт уникання проводить час в іншій компанії, на роботі, в спілкуванні з іншими людьми та прагне надати відносинам із любовним адиктом «тліючий» характер. Існує амбівалентність відносин із любовним адиктом: вони важливі, але він їх уникає, не розкриває себе в цих відносинах.

2. Прагнення до уникання інтимного контакту з використанням технік психологічного дистанціювання. На рівні свідомості у адикта уникання знаходиться страх інтимності. Адикт уникання боїться, що при вступі в інтимні стосунки він втратить свободу, опиниться під контролем. На несвідомому рівні це, як й у випадку із любовним адиктом, страх самотності. Цей страх приводить до бажання відновити відносини, але тримати їх на дистантному рівні.

Процес адикції дозволяє виділити в ньому кілька етапів [36]:

1. Період, коли інтенсивні емоційні переживання мають позитивний характер. Етап знайомства адиктів: адикт уникання справляє враження на любовного адикта.

2. Розвиток фантазування. Відбувається зв'язок фантазій з реальним об'єктом, що приводить до відчуття радості і почуття звільнення від буденності життя. Любовний адикт на піку фантазування виявляє все більшу вимогливість до партнера, що сприяє дистанціюванню адикта уникання від цих відносин.

3. Розвиток усвідомлення того, що в стосунках не все в порядку. На якомусь етапі любовному адикту доводиться визнати, що його залишають. Виникають явища відторгнення з характерними для них депресією, дистимією і байдужістю. Починається аналіз того, що відбулося, з метою повернути все назад. Відносини руйнуються, але в майбутньому можуть бути відновлені або з колишнім, або з іншим партнером.

У відносинах адиктів відсутні здорові розмежування, без чого неможлива ні інтимність між партнерами, ні визнання права на власне життя. Це призводить до того, що вони звинувачують один одного в нечесності, використовують сарказм, перебільшення і образи. Разом із тим любовний адикт і адикт уникнення тягнуться один до одного внаслідок «знайомих» психологічних рис. Незважаючи на те, що приваблюючі риси іншого можуть бути неприємними, викликати емоційну біль, вони є звичними з дитинства і нагадують ситуацію переживань у ранньому віці. Виникає потяг до знайомого. Обидва види адиктів зазвичай не захоплюються неадиктами. Останні здаються їм нудними, непривабливими; вони не знають, як себе з ними вести.

Чинниками, що сприяють провокуванню любовних адикцій, є: втрата об'єкта еротичної прихильності (реальна чи уявна), втрата впевненості в позитивному ставленні з його боку, загроза розставання на тлі зростаючої конфліктної взаємодії або ситуація «любовного трикутника».

Особи, схильні до виникнення любовних адикцій, пережили в дитинстві серйозну емоційну депривацію, пов'язану з відсутністю достатніх позитивних почуттів з боку батьків. Вони виховувалися в холодній, дистантній атмосфері, були свідками адиктивної поведінки або надзайнятості батьків, які часто залишали їх, покладаючи батьківські функції на інших людей. Як реакція компенсації такого виховання у дітей розвивалася сфера уяви і фантазування. Щоб відволіктися від холодної навколишньої дійсності, діти використовували уяву з метою створення світу фантастичних уявлень, оснований на образах героїв казок, кінофільмів, легенд, міфів і віршів. Основним мотивом, що має для них особливе значення, був мотив порятунку, що полягає в очікуванні рятівника або покровителя, з приходом якого життя б відразу змінилося і казка стала реальністю. Таке виховання провокує виникнення у дітей комплексу неповноцінності. Дитина пояснювала погане ставлення з боку батьків тим, що вона не гідна іншого і оцінює його як єдине і заслужене. Компенсація шляхом фантазування і пошуку людини, яка може прийти на допомогу, стимулює появу почуття сильної закоханості, схожого на наркотичну залежність.

Любовним адиктам властиво бажання вирішити проблему болю і власної обмеженості, яку вони постійно відчують, шляхом встановлення симбіотичного зв'язку з любовним об'єктом або постійного пошуку такого об'єкта. У пошуку об'єкта любові полягає сенс їхнього життя, тому що цей процес дозволяє відволіктися від негативних переживань, які їх переповнюють. Зустріч із об'єктом адикції призводить до формування симбіотичних відносин між партнерами, що супроводжується взаємною «заглибленістю один в одного», злиттям меж власного Я і Я іншого. Виникає взаємопроникнення двох психічних реальностей, що функціонують як єдине Я.



Такий стан дуже нестійкий та не може довго тривати, тому що будується на високій інтенсивності почуттів. Встановлено, що при цьому в крові людини фіксується підвищений вміст фенілетиламіну. В експериментах на тваринах показано, що введення фенілетиламіну викликає стан швидкого збудження. Подальше скасування цього препарату після декількох днів введення супроводжується появою ознак відібрання. Аналогічні біохімічні процеси відбуваються і у любовних адиктів. Ендогенне вироблення фенілетиламіну знижується, виникають виснаження і відчуття відібрання. Існує прислів'я, що обгрунтовує необхідність задоволення потреби людини в свободі, сенс якої полягає в тому, що любов – це скляна посудина, яку не можна тримати надто невпевнено або, навпаки, занадто стискати її, тому що в тому і в іншому випадку вона розіб'ється. А оскільки один із любовних адиктів тримає посудину занадто слабо, а інший – занадто сильно, їх відносини тендітні, нестійкі і нетривалі.

Любовний адикт вибирає собі в партнери, як правило, людину з ознаками адикта уникнення. Цей факт пов'язаний із наявністю у любовного адикта психологічних особливостей, що полягають у свідомому і несвідомому страхах. Ці страхи мають різний зміст. На рівні свідомості це страх самотності. Батьки любовного адикта неодноразово залишали його в дитинстві, вважаючи за краще спілкування з дитиною інші види діяльності, роботу, друзів, алкоголь, поїздки тощо. Страх самотності змушує любовного адикта йти на що завгодно, лише б його не залишили. Він багато терпить, і ступінь його толерантності може бути дуже високим.

На несвідомому рівні любовний адикт переживає страх інтимності, який виявляється в страсі встановлення близьких, емоційно глибоких відносин. У минулому досвіді любовного адикта не було близьких, основаних на взаємній довірі і співпереживанні інтимних відносин, і тому він не знає, як функціонувати в їх рамках. Сім'я, в якій виховувався адикт, не створила модель таких відносин, можливості навчитися цьому в іншому місці у нього не було, фігури-замінники, які могли б допомогти в набутті подібних навичок, були відсутні, і в результаті така людина відчуває себе в глибинних відносинах неприродно, боїться того, що не впорається з ними, побоюється своєї незграбної і невпевненої поведінки, яка відштовхне від неї іншу людину.

Вибір партнера / партнерки любовним адиктом відбувається багато в чому інтуїтивно. Перевага надається людині, яка, з одного боку, виявляє інтерес до любовного адикта, а з іншого – об'єкт пристрасті не має нав'язувати систему небезпечних для любовного адикта близьких відносин. Такою людиною виявляється адикт уникнення.

У адикта уникнення є свої психологічні проблеми. Йому в такій же мірі властиве почуття крайньої невпевненості у відносинах з людьми, його також турбує страх, присутній як на свідомому, так і на несвідомому рівні. Однак локалізація змісту страху у адикта уникнення інша: на рівні

свідомості переважає страх інтимності, психологічної близькості, тоді як на рівні підсвідомості – страх бути покинутим.

Незважаючи на страх інтимності, адикт уникнення відчуває потребу у встановленні контактів з людиною, яку він вибирає. Уява малює яскраві картини таких контактів, переживання, пов'язані з ними, мають приємний, хвилюючий характер. Поряд із цим він розуміє, що такі контакти містять у собі реальну можливість обмеження його свободи. Він боїться потрапити в пастку залежності від вибраної ним людини. Тому, вступаючи в стосунки, він вдається до маскуванню своїх слабкостей і реальних психологічних проблем. Вступаючи у відносини з партнером, адикт уникнення приховує справжню систему своїх цінностей, особливості характеру, уподобання. Він постійно відіграє одну або кілька ролей, які замінюють справжню ідентичність. Тому партнеру «нема за що зачепитися» в таких відносинах.

Незважаючи на те, що адикту уникнення важко перебувати наодинці з самим собою, він нав'язує любовному адикту дистантні відносини, тому що близьких відносин він боїться. Це призводить до того, що у любовного адикта не стимулюється страх інтимності.

Адикт уникнення намагається легалізувати, пояснити і виправдати свою дистантність різними способами, до числа яких можуть відноситися заглибленість у роботу, в алкоголізацію, прихований сексуальний зв'язок з іншою людиною та ін. Ці види діяльності потребують від адикта уникнення максимальної витрати енергії на підтримку інших видів адиктивних відносин, що не допускають інтимності. Відносини між адиктом уникнення і любовним адиктом мають напружений, конфліктний, важкий для кожного з них характер.

Відносини між любовним адиктом і адиктом уникнення можна назвати соадиктивними.

Можливе виникнення трьох типів таких відносин у межах зазначених адикцій [36]:

1. Відносини між любовним адиктом і адиктом уникнення.
2. Відносини між двома любовними адиктами.
3. Відносини між двома адиктами уникнення.

Відносини між двома любовними адиктами відзначаються надзвичайною інтенсивністю. Кожен з учасників цих відносин «змішується» з іншим, вторгається в його психічний простір. Виникають «розчинення» кордонів власного Я і повна залежність одного партнера від іншого, яка має симбіотичний характер. Проте нерідко у одного з любовних адиктів можуть виникати риси адикта уникання через бажання піти від занадто інтенсивних відносин.

Фіксація партнерів один на одному має напружений характер у зв'язку з інтенсивністю, нав'язливістю і насильством відносин. Все, що не входить у сферу цих контактів, викреслюється, виключається і не помічається ними. Нерідко власні діти виключаються із цієї системи відносин і не отримують емоційної підтримки з боку батьків. Виховання

таких дітей здійснюється в обстановці емоційної депривації і постійної покинутості як батьком, так і матір'ю. Це призводить до проблеми формування їх ідентичності.

Любовні відносини між двома адиктами уникнення частіше зустрічаються в сучасних суспільствах (наприклад, у Швеції, Норвегії та ін.), в яких вони більш культурально прийнятні. Ці відносини мають дуже низьку інтенсивність. Дві людини укладають «контракт», договір про взаємне невтручання в справи один одного, про утримання інтенсивності відносин на низькому рівні, оскільки кожен із партнерів розцінює такий стиль відносин як дуже комфортний для себе. При цьому в сфері спілкування з іншими у таких людей можуть формуватися контакти, які характеризуються інтенсивністю, нав'язливістю і насильством. Адикти уникнення створюють інтенсивність відносин на стороні. Так, наприклад, один із членів сім'ї може бути трудоголіком, проводити весь час на виробництві, утримуючи домашні відносини на емоційно низькому рівні в зв'язку зі своєю зайнятістю, а другий (наприклад, дружина) може бути зайнятий благодійною, соціальною, громадською, релігійною роботою, повністю «вкладаючись» у них. У рамках відносин можливий і такий варіант, при якому обидва адикти уникання зайняті спільною реалізацією будь-якого проекту, загального бізнес-плану та ін. Але при цьому вони не вступають в глибокі відносини один з одним. Незважаючи на те, що різні захопленості, поглинання роботою, безумовно, корисні в рамках відносин між двома адиктами уникання, ці форми активності виступають як перешкода для інтимних відносин, оскільки кожен із партнерів несвідомо створює різні інтенсивні активності на стороні для того, щоб уникнути інтимності у відносинах один з одним.

Існують варіанти, при яких людина може виявляти риси як любовного адикта, так і адикта уникнення. Наприклад, одночасно бути адиктом уникнення у відносинах з основним партнером і в той же час виявляти себе як любовний адикт у відносинах з іншим партнером. При цьому створюються складні соадиктивні відносини з великою напруженістю.

Всі учасники соадиктивного процесу збіднюють себе емоційно. Постійне перебування в сфері інтенсивних емоційних переживань, їх сила і напруженість позбавляють адиктів якісної своєрідності та глибини емоцій.

У разі здорових відносин між людьми внутрішні межі власного Я людини захищають її від зазіхань на нього адиктивної частини Я оточуючих її адиктів. Людина здійснює опір такому «насильству», намагається дистанціюватися від нього і не вступати в співзалежні відносини.

Аналіз причин взаємного тяжіння любовного адикта і адикта уникання один до одного має особливий інтерес. Будь-яку людину приваблюють в іншій якійсь «знайомі» риси, які ця інша людина виявляє. Ці риси не обов'язково мають бути позитивними. Вони можуть мати навіть неприємний характер, але при цьому задовольняти основні умови – бути

знайомими з дитинства. При зустрічі любовного адикта або адикта уникнення з людиною, яка не є адиктом, порівняно швидко виникає реакція відторгнення. Враження про цю людину формулюється приблизно так: «Який нудний чоловік», «Я думаю, що у нас з ним немає нічого спільного, і ми не зможемо зрозуміти один одного». Негативні особистісні якості, що тягнуть одного з адиктів до іншого, базуються на ефекті схожості, сприяють створенню соадиктивних відносин, блокуючи утворення інших видів відносин. Для обох адиктів характерні занижена самооцінка; невміння встановлювати функціональні межі з іншими людьми, відмежовувати власне Я від Я іншої людини, що ускладнює захист self; нездатність відокремити свій якісний світ від якісного світу іншої людини, що ускладнює визначення власних потреб і бажань; недостатня турбота про себе; крайня полярність в оцінюванні подій і явищ, що відбуваються; невміння вести себе лабільно в різних ситуаціях і відповідати власному вікові.

У дисфункціональних сім'ях діти вже на ранніх стадіях свого розвитку звикають до певних способів поведінки. Вони навчаються поводитися так, щоб максимально зберігати почуття комфорту і впевненості. У міру дорослішання і пошуку партнера їх тягне до тих, хто чимось нагадує близьких їм у дитинстві людей. Оскільки в дитинстві любовний адикт вже пережив почуття покинутості, він уже навчився перебувати на самоті, не пред'являти особливих вимог до оточуючих, відчувати власну непотрібність, бути тихим і ненастирливим, щоб не турбувати батьків. Такі паттерни поведінки і мислення призводять до того, що в подальшому людину несвідомо тягне до людей, які не прагнуть до встановлення з нею близьких відносин. Любовний адикт сприймає адикта уникнення як людину, яка, з одного боку, схожа на його батьків, а з іншого, – здатна компенсувати недостатність уваги, ігнорування, притаманні ним.

Прагнення любовного адикта до зближення із адиктом уникнення полягає в тому, що, знаходячи його схожим на власних батьків, він може сподіватися, що на цей раз проблеми в стосунках будуть вирішені на новому рівні. І якщо він не міг впоратися з цими проблемами в дитинстві, то зараз, будучи дорослим, він здатний зробити це. Таким чином, у любовного адикта виникне можливість відновити зневажені почуття власної гідності і самоцінності. Крім того, як уже було зазначено раніше, любовний адикт шукає контакту з тим, хто відповідає його дитячим фантазіям про рятівника, який захистить і забезпечить комфортне існування. Адикт уникнення відчуває значущість для любовного адикта цих надій і починає відігравати роль людини, яка може їх реалізувати.

Адикт уникнення з дитинства також був привчений до певних стереотипів поведінки, які полягали в тому, що йому доводилося виконувати батьківські функції, наприклад, піклуватися про молодших сиблінгів. Турбота про інших людей допомагала адикту уникнення відчувати контроль і впевненість у власних силах. Ті, хто може думати

асертивно та самостійно вирішувати власні проблеми, не являють інтересу для адиктів уникання. Крім того, такі потенційні партнери можуть сприйматися адиктом уникання як загроза для власного self. Наприклад, чоловік, який є адиктом уникання, розглядає незалежних жінок як загрозу для себе, використовуючи як психологічний захист звинувачення їх у недостатній жіночності.

З точки зору сучасного психоаналізу едипів комплекс розглядається не тільки як потяг сина до матері, але й одночасно існуюче у нього бажання дистанціюватися від неї, оскільки мати на несвідомому рівні прагне утримувати його біля себе в стані залежності, перешкоджати його росту та самостійності для того, щоб якомога довше зберегти близькість відносин. Цей процес має важливе значення в формуванні поведінки уникнення.

Психічні травми в дитинстві адикта уникнення пов'язані з експлуатацією його батьками, які вели себе неправильно відносно нього, змушуючи його займатися виконанням батьківських функцій. З одного боку, така стратегія викликала у дитини приємні емоції, тому що дозволяла відчувати себе «дорослою», а з іншого – сприяла виникненню у неї почуття дискомфорту через те, що їх спочатку використовують, експлуатують, а потім він виявляється покинутим. Тому адикт уникнення переконаний в тому, що відносини з любовним адиктом дозволять йому звільнитися від травм дитячого періоду, оскільки він сподівається, що зможе контролювати ситуацію і на цей раз не виявиться в положенні покинутого.

Існує точка зору, що пояснює прагнення людини до формування відносин із партнером, здатним доповнити недостатність власного Я. У цьому прагненні може бути присутнім надія, що «ідеальний» партнер «пояснить», наприклад, хто винен, що робити і як правильно жити. Носії такої позиції не враховують необхідності і значущості звернення кожної людини всередину себе, до власних прихованих внутрішніх ресурсів. Тільки ці ресурси дозволяють відчути цілісність Я. Для успішної реалізації цього процесу необхідна віра в себе, адекватна самооцінка, здатність до самозахисту та рефлексії, любов до себе та ін. При адиктивному характері відносин кожна зі сторін намагається знайти можливість задоволення перерахованих вище потреб за рахунок іншої людини. При цьому блокується внутрішній розвиток. Єдине, що може дати один партнер іншому, – це розкрити власні життєві цінності, досвід і стиль життя. Все це не може «заповнити» недостатність власного Я. Людина має сама усвідомити значення власного життя і прожити його відповідно до своїх переконань, думок і почуттів. Спроба змусити себе слідувати чужим переконанням призводить до нереалізованості концепції власного життя і порушення особистої автономії.

Як справедливо зазначає Джеймс Холліс, «істинна сутність близьких стосунків полягає в тому, що вони ніколи не бувають краще ставлення до

самого себе. Тож, як ми відносимося до себе, визначає не тільки наш вибір Іншого, але і якість наших з ним стосунків».

#### 5.4. Співзалежність

Співзалежність дорослих людей виникає тоді, коли дві психологічно залежні людини встановлюють взаємовідносини одна з одною. У такі взаємини кожен вносить частину того, що необхідно йому для створення психологічно завершеної або незалежної особистості. Оскільки жодна із них не може відчувати і діяти абсолютно незалежно від іншої, у них виникає тенденція триматися одна за одну, як приклеєні. У результаті увага кожної виявляється зосередженою на особистості іншої, а не на самій собі. Взаємини не можуть бути міцними, тому що вони завжди зосереджені на іншій людині і на тому, що може трапитися. Це призводить до того, що такі люди намагаються встановити контроль один над одним, звинувачувати в своїх проблемах один одного, а також сподіватися, що інший буде вести себе саме так, як хотів би його партнер. У таких випадках люди не зосереджують увагу на своїх внутрішніх відчуттях і саморозвитку. Фокус завжди знаходиться зовні, а не всередині.

Співзалежні відносини можуть виникнути між батьком і дитиною, чоловіком і дружиною, друзями, професіоналом і клієнтом та ін. Найчастіше співзалежність формується у міжособистісних стосунках членів сім'ї людини з адиктивною поведінкою. Наприклад, два члени сім'ї чоловік-адикт і співзалежна дружина – взаємозалежні один від одного.

У концепції співзалежності Б. Уайнхолд і Дж. Уайнхолд [42] наведені її ключові характеристики, що розглядають як риси інфантильності в різних сферах життя. Співзалежність визначається авторами як психологічний розлад, причиною якого є незавершеність однієї з найбільш важливих стадій розвитку в ранньому дитинстві – стадії встановлення психологічної автономії. Співзалежна людина не відчуває власної автономності та сфокусована на іншому значущому об'єкті, з яким встановлюються залежні відносини. «Фіксація на іншому» – це головна риса співзалежності особистості. За словами Б. Уайнхолда: «Ви дізнаєтеся про те, що ви залежна людина, тоді, коли, вмираючи, побачите, що перед вами промайне не ваше власне, а чиєсь чуже життя» [42, с. 9].

Коли ми народжуємося, ми вже знаходимося на першій стадії – співзалежності. Природа передбачила симбіотичні взаємини між матір'ю і дитиною, при яких вони не відчувають поділу, тобто своєї відокремленості один від одного. Це дар природи, який гарантує немовляті догляд, в якому він має потребу, шляхом вирішення перших завдань – зв'язку і формування довіри. Дана стадія триває приблизно 6–9 місяців, до тих пір, поки дитина не починає повзати і ставати на ноги.

Друга стадія цього процесу – протизалежність. Протягом цього періоду, пік якого припадає на вік приблизно 18–36 місяців, першим

завданням розвитку є відокремлення. До цього часу і у батьків, і у дитини дуже сильна потреба стати незалежними людьми. У дитини виражений стимул до дослідження світу і відокремлення ("Я хочу це зробити сам"), тоді як батьки прагнуть витратити більше часу на свої довгострокові інтереси, такі, як кар'єра і власні взаємини. Якщо друга стадія завершується без будь-яких ускладнень, то у віці приблизно трьох років дитина готова перейти до третьої стадії – незалежності. Протягом цієї стадії, що, як правило, триває до шести років, більшу частину часу дитина здатна діяти автономно, але вона все ще відчуває і здійснює дії в стані зв'язку зі своїми батьками і сім'єю.

Після завершення третьої стадії дитина підготовлена до переходу до четвертої стадії взаємин – взаємозалежності. На цій останній стадії, яка зазвичай відповідає 6–12 рокам, ступінь близькості взаємин між дитиною та іншими людьми коливається. Дитина або шукає більшої близькості, або раптом намагається віддалитися. Головне завдання даної стадії – придбання здатності рухатися вперед і назад між з'єднанням і відокремленням, не відчуваючи при цьому будь-якого дискомфорту.

У процесах з'єднання і відділення існує кілька критичних моментів, коли весь процес може порушитися. В процесі з'єднання дуже важливо, щоб відразу ж після народження дитини батько й мати максимально контактували з ним. Важливу роль відіграє зв'язок батька з дитиною, яка буде необхідна пізніше, щоб підтримати процес відокремлення. Іншим критичним моментом є ступінь завершення матер'ю і батьком своїх власних завдань з'єднання і відділення. Батьки, які так і не завершили свій власний процес відокремлення, бояться як близькості, так і психологічної відокремленості. Вони бояться, що більш тісна близькість, ніж вони хотіли б, може призвести до того, що дитина поглине їх повністю і вони втратять своє не дуже міцне почуття відокремленості. З іншого боку, у них може виникнути страх відокремлення, коли дитина відривається від них, щоб стати окремою, автономною особистістю. І те, і інше дуже часто трапляється в стосунках між батьками і дитиною. Ці два конфліктуючих між собою протиріччя є причиною того, що батьки транслюють своїм дітям суперечливі послання, які часто заважають нормальному процесу їх розвитку. Після встановлення зв'язку батьків із дитиною важливу роль для дитини під час відділення відіграє фізична та емоційна присутність обох батьків. Їх присутність і підтримка в перші кілька років життя дитини є абсолютно необхідною умовою для завершення процесу відокремлення, щоб у дитини не сформувалася співзалежність.

Взаємовідносини, в яких один партнер співзалежний, а інший – протизалежний, є досить поширеними. Людина, вихована емоційно холодними батьками, часто створює стосунки з більш залежним партнером, у той час як людина, вихована залежними і прив'язаними батьками, буде шукати більш незалежного партнера. Подібна тяга до протилежностей є спробою вирішити невирішені в ранньому дитинстві

проблеми зв'язку та відокремлення. Цей конфлікт, як правило, є повторенням-прогриванням того конфлікту, який відбувався у подружжя в дитинстві з їх батьками або одним із них.

До основних симптомів співзалежності відносяться [42]:

- ✓ відчуття власної залежності від людей;
- ✓ відчуття перебування в пастці контролюючих взаємовідносин;
- ✓ низька самооцінка;
- ✓ потреба в постійному схваленні та підтримці з боку інших, щоб відчувати, що у вас все йде добре;
- ✓ відчуття власного безсилля що-небудь змінити в деструктивних відносинах;
- ✓ потреба в алкоголі, їжі, роботі, сексі або в будь-яких інших зовнішніх стимуляторах для відволікання від власних переживань;
- ✓ невизначеність психологічних меж;
- ✓ відчуття себе в ролі мученика;
- ✓ відчуття себе в ролі блазня;
- ✓ нездатність відчувати почуття істинної близькості й любові.

Розглянемо більш детально умови виховання, що сприяють розвитку схильності до співзалежності у дитини:

- жорсткі і примусові правила;
- караючі батьки, які прагнуть досконалості;
- жорсткі і примусові ролі в сім'ї, які пропонуються відповідно до потреб батьків;
- велика кількість сімейних секретів;
- наявність у членів родини тієї чи іншої адикції;
- висміювання дітей або сторонніх як поширена практика спілкування в родині;
- відсутність особистого усамітнення або особистих кордонів у дітей та інших членів родини;
- наявність хронічних психічних або фізичних захворювань у батьків;
- співзалежні взаємовідносини батьків;
- фізичне, сексуальне або емоційне зловживання дитиною з боку дорослого або дорослих;
- заборонна виявлення сильних почуттів для дітей;
- конфлікти між членами сім'ї, що ігноруються або заперечуються;
- відсутність єдності в родині.

Можна виокремити такі етапи розвитку співзалежності дитини в сім'ї:

- неадекватний зв'язок і дуже слабкі виховання і турбота;
- анулювання і придушення всіх внутрішніх настроїв;
- винагороди за задоволення, доставлені іншим, відсутність заохочення незалежних дій;
- відсутність підтримки у захисті особистих меж;
- невдалі спроби стати автономним, що призводить до зростання залежності від інших людей, до страху бути покинутим;



- зростаюча толерантність відносно внутрішнього емоційного болю;
- розвиток примусової і залежної поведінки, щоб уникнути емоційного болю;
- розвиток сорому і провини, що призводить до подальшого зниження самооцінки;
- відчуття себе поза контролем, що призводить до формування маніпулятивної та керованої поведінки;
- формування таких захисних механізмів власного "Я", як проекція, заперечення, раціоналізація;
- розвиток захворювань, пов'язаних зі стресом;
- часте використання примусових і залежних дій для управління собою та іншими;
- труднощі в інтимних відносинах;
- часта зміна настрою;
- схильність до брехні, шахрайства та інших асоціальних дій;
- життя в умовах кризи і занепаду сил, відчуття близької смерті.

Протизалежність (контрзалежність) за зовнішніми ознаками відображає протилежний полюс таких порушень міжособистісної взаємодії [43]. Люди з контрзалежною поведінкою зовні виявляють себе як сильні та впевнені в собі особистості. При цьому вони відчувають внутрішню слабкість, страх і потребу в участі. Особистості такого типу будуть досить успішними у професійній сфері (швидке кар'єрне зростання, зайнятість на роботі аж до трудового лізму), але при цьому вони часто відчувають невдачі у взаємовідносинах з іншими і чинять опір встановленню близьких довірчих зв'язків, не маючи сформованих навичок формування та підтримки щирих відносин і відчуваючи стійкий страх зближення з іншими. Порівняльний аналіз рис, характерних для співзалежних і контрзалежних осіб, наведений в таблиці 3.

Таблиця 3

Порівняльний аналіз рис, характерних для співзалежних і контрзалежних осіб

<b>Співзалежність</b>	<b>Контрзалежність</b>
Злиття з іншими	Відштовхування інших
Уразливість і вразливість	Сила і твердість
Пригніченість власними почуттями	Відрізаність від власних почуттів
Спрямованість на інших	Спрямованість на себе
Залежність від значущих людей	Залежність від будь-якої активності або речовини
Конформність	Автономність, самостійність
Низьке почуття самоповаги	Неадекватно роздута самоповага
Некомпетентність	Нормативність, перфекціонізм
Знижений тонус, пригніченість	Високий тонус, активність, «маніакальність»

<b>Співзалежність</b>	<b>Контрзалежність</b>
Схильність до сумнівів і невпевненості	Відчуття захищеності й впевненості
Слабкість	Сила
Почуття провини, спрямоване на себе	Прагнення до звинувачення інших
Потреба в близькості	Уникнення близькості
Пасивність	Демонстративність
Роль «жертви»	Прагнення робити жертвами інших
Фіксованість на інших, готовність «служити»	Контроль потреб і поведінки інших
Стиль соціалізації – «зневага»	Стиль соціалізації – «жорстоке поводження»

Слід зазначити, що запропоновані вище характеристики спів- і контрзалежності мають описовий характер.

Співзалежна особистість більшість свого часу і енергії витрачає на вирішення проблем адикта, на його опіку, надання допомоги у важких ситуаціях, створення перешкоди адиктивним реалізаціям. Блокування можливостей власного життя і розвитку в різних напрямках може внутрішньо подібатися тому, що в цих станах співзалежна особистість настільки задіяна в системі, що вона відчуває себе потрібною людиною, від якої багато чого залежить. Відчуття контролю і турботи – важливий механізм, закладений в співзалежних людині ще в процесі її ранніх контактів із батьками.

Співзалежні особистості використовують відносини з іншою людиною так само, як хімічні або нехімічні адикти використовують адиктивний агент. Процес виникає на тлі відсутності у співзалежних осіб по-справжньому розвинутої концепції self, яка виражається у відсутності почуття внутрішнього власного значення. Тому їм необхідна зовнішня референція, як психологічний контакт з іншими, що дозволяє уникнути почуття внутрішнього хаосу. Оскільки співзалежні особистості не відчувають себе, у них виникають труднощі з самовираженням в інтимних відносинах. Відсутність концепції власного self не дає можливості виявити свої глибинні справжні почуття, що призводить до труднощів у встановленні інтимних, незалежних відносин з іншими людьми. Обмеженість їх вибору призводить до того, що вони виявляються в обмеженому полі контактів в основному з адиктивних особистостей.

Для співзалежних особистостей характерні відносини «прилипання», примикання до іншого, без якого вони не можуть вижити. Цей зв'язок забезпечує почуття безпеки, за яку адикт готовий платити будь-яку ціну. Відносини прилипання дуже своєрідні, вони не мають розвитку, статичні, оскільки виключають можливість взаємного збагачення. У цих відносинах

співадиктивна людина себе не виражає і не реалізує. Існування такої схеми відносин потребує великих витрат енергії і часу.

Зовнішня референтність виявляється у відсутності меж. Співзалежні особистості не знають, де закінчується їх особистість і де починається особистість іншої людини. Не маючи можливості по-справжньому переживати власні емоції, вони опиняються під дуже сильним впливом тих емоцій, які виникають у інших людей. Це відноситься до таких емоцій, як депресія, злість, занепокоєння, роздратування, щастя, запозичених ними від інших, що знаходяться в безпосередній близькості. Власний стан не дозволяє співзалежним особистостям диференціювати «отримані» від інших емоції. Так, якщо член сім'ї приходить додому в стані пригнічення, співадиктивна людина відчуває аналогічний стан, не розуміючи того, що пригнічення «належить іншому». Він не навчений користуватися власним емоційним станом.

Такому розчиненню меж сприяють не тільки дисфункціональна адиктивна сім'я, але і багато явищ, що відбуваються в суспільстві, в школі, на роботі і в інших інституціях, які навчають людину думати і відчувати так, як їй говорять, фактично забезпечуючи культуральний тренінг співзалежності. Різні культури залучені в цей процес більшою чи меншою мірою. Людина при цьому навчається тому, що точка відліку, референтності для мислення, почуттів, сприйняття, знання є завжди зовнішньою відносно «селф». Такий культуральний тренінг виховує людей без достатнього почуття меж, тому що для того, щоб мати переживання меж власного «селф», людина має почати з внутрішньої точки відліку, з себе.

Відсутність відчуття меж власного Я унеможлиблює здорове функціонування, повноцінний контакт з іншою людиною, оскільки це призводить до сплутаності, змішання і «поглинання». Співзалежні особистості з розмитими межами прагнуть персоналізувати все, що відбувається навколо, вбачаючи в цьому явища, що мають до них безпосереднє відношення. Вони беруть на себе відповідальність за все, що відбувається, наприклад, відчуття провини за погані настрої у іншого члена сім'ї.

Для співзалежних людей характерним є прагнення до створення враження. У зв'язку з відсутністю внутрішньої точки відліку для них абсолютно необхідно, щоб інші сприймали їх так, як би вони цього самі хотіли. Їм властиве бажання «бути хорошими» в зв'язку з наявністю внутрішньої переконаності в здатності контролювати інших людей, якщо ці люди будуть сприймати їх як поступливих, незамінних та ін. Життя співзалежних структурується навколо думки, пов'язаної з тим, що інші подумують про них. Головною метою є спроба вгадати бажання оточуючих і задовольнити його.

Для співзалежних характерним є виявлення турботи про оточуючих. Для реалізації цієї мети вони роблять себе незамінними, відіграючи роль

мученика. Навколишні сприймають поведінку співзалежних людей як поведінку альтруїстів. Найбільш частою формою егоцентричності співзалежних осіб є внутрішня впевненість у тому, що все, що відбувається зі значущим іншим, залежить від дій співзалежної людини, яка вважає себе центром «всесвіту». Беручи на себе відповідальність за те, що відбувається, вони ставлять себе в центр подій, з постійним і непомірним розширенням кола цієї відповідальності. Вони беруть на себе відповідальність за почуття інших, за утримання їх думок, за їх життя. Співзалежні особистості таким чином створюють сприятливе середовище для прогресування адикцій у їх партнерів.

Розглядаючи основні особливості адиктивного процесу, слід зазначити факт збіжності низки характеристик у адиктів і співзалежних осіб. Як тим, так і іншим властиві нечесність і відсутність моралі, відсутність «здорових відносин» із власними емоціями, що виявляється в «заморожуванні» емоцій, відсутності контакту з власними почуттями. Характерна сплутаність, яка полягає в нерозумінні адиктами наслідків своєї поведінки. У адиктів на якійсь стадії адикції формується нова адиктивна особистість, що має власну систему цінностей, яка всередині адиктивної особистості набуває логічно завершеної структури, існуючої на тлі збереженої колишньої особистості. Для адиктів та співзалежних характерні прагнення до контролю, егоцентризм, дуалізм мислення, зовнішня референтність, прагнення зробити помилкове враження відсутності проблем і наявності благополуччя, ригідність, пригнічені емоції, страх і затримка духовного розвитку.

На ранніх етапах розвитку дитини формуються її «селф-об'єктні» відносини у вигляді первинних контактів із найбільш близькими людьми. Інтерналізація дитиною цих відносин впливає на атрибутування (бачення причин явищ, що відбуваються). Процес атрибутування може мати як зовнішній, так внутрішній характер. Внутрішня атрибуція пов'язана з концентрацією людини на самооцінці своїх вчинків із позиції власного «селф». Якщо людину позбавити можливості зовнішнього атрибутування, вона залишається з внутрішнім почуттям нікчемності і неадекватності.

Так, наприклад, жінки в традиційних суспільствах виховуються батьками і навколишнім середовищем так, що вони привчаються до взяття на себе відповідальності за те, що вони не справляються з якимось завданням. Певна дискримінація за статтю, характерна для традиційних суспільств, призводить до того, що жінки порівняно з чоловіками менше нагороджуються за успіхи і більше караються за невдачі.

У разі позбавлення батьками любові своїх дочок вони концептуалізують свою позицію словами: «Я не люблю тебе тому, що ти погана». Self такої дитини відчуває почуття відповідальності за те, що її не люблять. Це провокує формування у дитини почуття сорому. Надалі така жінка буде оцінювати власні міжособистісні відносини з іншими як неадекватні, вважаючи себе нездатною на продуктивні стосунки. Таким

чином, феномен позбавлення любові дівчаток призводить до труднощів у конструюванні ними подальших міжособистісних відносин. Такі жінки вважають, що, по-перше, вони не можуть вибудувувати ці відносини, тому що вони гірше інших, а по-друге, вони відчувають страх перед тим, що інші можуть це зрозуміти. Так формуються як адитивні форми поведінки, так і схильність до співзалежності.

Наприклад, пояснення людей, які присвячують своє життя турботі про інших із метою компенсації почуття нестачі любові, виглядають приблизно так: «Якщо я буду піклуватися про інших і допомагати їм і це буде моїм життєвим кредо, значить, мене прийматимуть оточуючі. Якщо ж я буду вести себе по-іншому, я виявлю свої негативні якості. Отже, я маю допомагати іншим і сенс мого життя має полягати саме в цьому». У разі невдачі виникає екзистенційна криза. Отже, людина, невпевнена в якості своїх відносин із людьми, легко переходить до спілкування з подіями, активностями, неживими предметами, йдучи в адитивні реалізації, або вступає у співзалежні стосунки з іншою людиною, яка найчастіше страждає на ту чи іншу адикцію.

## 5.5. Сексуальні адикції

Особливістю сексуальних адикцій є фіксація на сексуальних переживаннях і активностях, надцінне ставлення до сексу. Сексуальний адикт знаходиться в системі патологічних відносин із сексом. Секс змінює настрій, витісняє інші інтереси, перешкоджає розвитку здорових інтимних відносин, займає центральне місце в житті.

Згідно з А. Goodman, сексуальна адикція визначається як сексуальна поведінка, спрямована на отримання задоволення і на усунення внутрішнього дискомфорту. Р. Carnes виділив ключові аспекти поведінки сексуального адикта: заклопотаність, коли думки адикта фокусуються на поведінці; ритуалізація, коли адикт використовує однотипний метод підготовки до сексуальної активності; сексуальна компульсивність, коли сексуальна поведінка стає непідвладною контролю адикта; сором і відчай, що виникають у результаті сексуальної поведінки.

А. Goodman сформулював перелік діагностичних критеріїв для сексуальної адикції [36]:

**А.** Періодична нездатність протистояти імпульсам до специфічної сексуальної поведінки.

**В.** Наростання відчуття напруги, яке безпосередньо передуює початку сексуальної поведінки.

**С.** Задоволення або полегшення під час здійснення сексуальної поведінки.

**Д.** Наявність щонайменше п'яти із наведених нижче пунктів:

1) часта заклопотаність сексуальною поведінкою або підготовчою до неї активністю;

2) часте здійснення сексуальної поведінки в більш значній мірі або більш тривалий період, ніж передбачалося;

3) повторювані зусилля щодо зменшення, контролю або усунення сексуальної поведінки;

4) багато часу, витраченого на діяльність, пов'язану із сексуальною поведінкою, реалізацією сексуальної поведінки, або на те, щоб оговтатися від його ефектів;

5) часте здійснення сексуальної поведінки, коли очікується виконання професійних, навчальних, сімейних або соціальних обов'язків;

6) важлива соціальна, професійна чи рекреаційна активність, яка відкладається або припиняється через сексуальну поведінку;

7) продовження сексуальної поведінки, незважаючи на знання про наявні постійні або періодичні соціальні, фінансові, психологічні або фізичні проблеми, які пов'язані або виникають внаслідок сексуальної поведінки;

8) толерантність: потреба збільшити інтенсивність або частоту сексуальної поведінки для досягнення бажаного ефекту або обмежений ефект при триваючій сексуальній поведінці подібної інтенсивності;

9) нетерплячість або дратівливість у разі неможливості реалізувати сексуальну поведінку.

**Е.** Деякі симптоми розладу виявляються щонайменше один раз на місяць або повторюються періодично протягом більш тривалого періоду часу.

У особистості може сформуватися адикція до будь-якого виду сексуальної поведінки.

**Р. Carries** виокремив три рівня адиктивної сексуальної поведінки.

Перший рівень містить мастурбацію, гетеросексуальність, гомосексуальність і проституцію. Види поведінки цього рівня розглядають як нормальні, прийнятні або толерантні, коли здійснюються «помірно».

Другий рівень складається з форм поведінки, які вважають протиправними, наприклад ексгібіціонізм і вуайеризм.

Третій рівень містить інцест, зловживання дітьми і зґвалтування. Ці види поведінки мають серйозні наслідки як для сексуального адикта, так і для жертви.

Найбільш поширеними формами сексуальних адикцій є парафілії. Для осіб із парафіліями характерний високий відсоток повторних правопорушень.

Стереотипність сексуальної поведінки характерна для багатьох осіб з парафіліями і виявляється в прагненні здійснити строго певну активність, що визначає рецидив правопорушень. Зокрема, при ексгібіціонізмі спостерігається більш висока повторність, ніж при інших сексуальних правопорушеннях.

У DSM-IV загальними для всіх парафілій є два критерії:

1) існування протягом не менше шести місяців періодично повторюваних, інтенсивних, сексуально збудливих фантазій, сексуальних мотивів або поведінки;

2) фантазії, сексуальні спонукання чи поведінка, що викликають клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

В МКХ-10 вказані такі загальні діагностичні критерії парафілій:

1. Індивідууму властиві періодично виникаючі інтенсивні сексуальні потяг і фантазії, що містять незвичайні предмети або вчинки.

2. Індивідуум або діє відповідно до цих потягів, або відчуває значний дистрес через них.

3. Ця перевага спостерігається мінімум шість місяців.

До основних варіантів парафілій в МКХ-10 відносять:

F65.0 – Фетишизм (використання як стимулу для сексуального збудження і сексуального задоволення неживого предмета)

F65.1 – Фетишистський трансвестизм (одягання одягу протилежної статі головним чином для досягнення сексуального збудження).

F65.2 – Ексігібіціонізм (періодична або постійна схильність до несподіваної демонстрації власних статевих органів незнайомим людям (зазвичай особам протилежної статі) в громадських місцях без пропозиції або намірів більш близького контакту).

F65.3 – Вуайеризм (періодична або постійна схильність спостерігати за людьми, що займаються сексом або «інтимними справами», наприклад, роздяганням).

F65.4 – Педофілія (постійна або переважаюча сексуальна перевага, яка спрямована на дітей, як правило, препубертатного або раннього пубертатного віку).

F65.5 – Садомазохізм (перевага сексуальної активності, що містить заподіяння болю, приниження або встановлення залежності).

F65.6 – Множинні розлади сексуальної переваги (у людини спостерігається більше одного порушення сексуальної переваги без чіткого переважання будь-якого з них).

F65.8 – Інші розлади сексуальної переваги (інші види порушення сексуальної переваги і сексуальної активності, що зустрічаються відносно рідко; наприклад, непристойні телефонні дзвінки (телефонна скатофілія), дотик до людей і тертя об них у багатолюдних громадських місцях для сексуальної стимуляції (фроттеризм), сексуальні дії з тваринами (зоофілія), здавлення кровоносних судин або удушення для посилення статевого збудження (аутоасфіксіфілія), перевага віддається партнерам з якими-небудь особливими анатомічними дефектами, наприклад з ампутованою кінцівкою (апотемнофілія), некрофілія, тощо.

Порушення індивідуального психічного і сексуального онтогенезу можуть розглядатися як етап формування сексуальних адикцій. Відсутність або порушення ранніх етапів психосексуального розвитку

призводять до грубих деформацій, які зачіпають ядро особистості. Порушення етапу статевої самосвідомості в низці випадків зумовлює подальші спотворення статевого розвитку з подальшим формуванням розладів статевої ідентичності і парафілій, що спостерігаються при аутизмі.

Формування сексуальних адикцій починається дуже рано на тлі загального адиктивного процесу, супроводжуються конструюванням особливої системи «вірувань і переконань». На наступному етапі відбувається ритуалізація самої адиктивної сексуальної поведінки з подальшою втратою контролю над власною поведінкою (фаза компульсивної адиктивної поведінки). Остання стадія передбачає відхід від реальності, появу аутодеструктивних тенденцій.

Крім того, формування сексуальних адикцій можливо за механізмом фіксації. Наприклад, в анамнезі деяких хворих на ексгібіціонізм вдається виявити епізод, коли вони бачили акт оголення іншої особи з боку. Це чітко зафіксувалося в спогадах з подвійним емоційним забарвленням – страху і інтересу.

Характер поведінки сексуальних адиктів є різним, що залежить від стадії адикції і її конкретного змісту. У процесі прогресування адикція стає другим таємним життям, новою, ретельно приховуваною від оточуючих, ідентичністю. Одним із варіантів сексуальної адикції є поведінка, що виражається в частій і постійній зміні сексуальних партнерів, у тому числі одноразових сексуальних контактах із повіями і малознайомими особами.

Для інших сексуальних адиктів більш характерним є прагнення до різних сексуальних перверзій, залежність від незвичайних сексуальних стимулів для досягнення сексуального збудження і оргазму. Сексуальні адикти зазвичай страждають комплексом неповноцінності, вважають себе нецікавими, нездатними до формування відносин, основаних на взаємності, взаєморозумінні, співпереживанні. Вони виходять із переконання, що їм слід ретельно приховувати своє «справжнє обличчя», залишатися анонімними в стосунках з іншими людьми. У той же час сексуальні адикти відносяться до сексу як до найбільш важливої потреби, єдиного джерела отримання задоволення, можливості хоча б на короткий час позбутися від почуття ізольованості та самотності. Сексуальні адикти переконані, що вони можуть бути цікавими виключно на біологічному рівні як «сексуальна машина», а не на особистісному, психологічному. Досягнення любові й інтимності сексуальний адикт вважає для себе неможливим, оскільки ці емоційні стани не співвідносяться з негативними якостями їх особистості.

Вибрана сексуальним адиктом стратегія поведінки в більш-менш тривалій перспективі посилює властивий їм комплекс неповноцінності у зв'язку з почуттями розчарування, провини, сорому і докорами сумління. Відхід у сферу сексуальних переживань, фантазій і реалізацій в такій



ситуації виявляється для сексуального адикта найбільш звичним і дієвим засобом тимчасового позбавлення від негативних емоцій.

У розвитку сексуальних адикцій виділяють цикл, що складається з декількох стадій [36]:

(1) Надзайнятість. У цій стадії адикт періодично перебуває в особливому стані «трансу», при якому вмістом його психічної діяльності є думки і почуття, пов'язані з сексом. Стан характеризується нав'язливим пошуком сексуальної стимуляції. Адикт присвячує цим думкам все більшу кількість часу, часто розмірковуючи про секс. Згодом думки набувають нав'язливого характеру і виникають практично постійно (на роботі, в транспорті, під час прийому їжі, розмови та ін.).

(2) Ритуалізація. Містить поведінку, заповнену певними стереотипно повторюваними ритуалами, пов'язаними із сексуальними реалізаціями. Всякий ритуал передбачає наявність фіксованої послідовності переживань, уявлень і дій сексуального змісту. Кожна ланка пов'язується фрагментом ланцюжка, розірвати який дуже важко. Ритуал створює нову структуру часу, інтенсифікує надзайнятість, «впорядковує» активність, стимулює подальший розвиток адикцій.

Перші дві стадії адиктивного циклу «надзайнятість» і «ритуалізація» не завжди розпізнавані, оскільки на цих етапах адикт досить успішно намагається в очах оточуючих зберегти імідж нормальної людини.

(3) Комппульсивна (насильницька) сексуальна поведінка. У цій стадії адикти не здатні контролювати або блокувати власну сексуальну поведінку, навіть якщо їх адиктивна активність пов'язана з реальною загрозою для життя, здоров'я і кар'єри. Йдеться про нестримний потяг до реалізації сексуальної поведінки. В стадії комппульсивних дій адикт завжди залишає за собою якийсь слід. І хоча на цій стадії психологічної та соціальної катастрофи може і не бути, наявність наслідків сексуальної реалізації поступово руйнує захисний соціальний імідж адикта.

Під час перших двох стадій адикти сподіваються на те, що вони завжди зможуть контролювати власну поведінку. У третій стадії ступінь такої переконаності різко слабшає, що призводить до подальшого посилення почуттів сорому, приниження, неповноцінності.

(4) Стадія відчаю. Пов'язана з соціальною катастрофою, розкриттям дій адикта членами сім'ї, колегами або співробітниками правоохоронних органів. Адикт важко переживає те, що трапилось. У нього посилюються почуття безнадії, приниження, безвиходдя, нездатність справлятися зі своїм потягом. Деякі адикти здійснюють у цій стадії суїцидальні спроби.

Сукупність перерахованих вище стадій об'єднана в адиктивний цикл, який має тенденцію до повторення.

Існують групи сексуальних адиктів, сексуальні реалізації яких є злочинними. Виходячи з критерію тяжкості правопорушень, можна виокремити три рівні сексуальних адикцій.

Перший рівень характеризується частим використанням порнографії, постійним відвідуванням сексшопів, ексцесивною мастурбацією, частими контактами з повіями. Санкції проти цих дій, як правило, відсутні. Життя людини все більше центрується навколо сексуальної тематики. Значення сексуальної поведінки зростає. Правопорушення поки не відбуваються.

Другий рівень. Для досягнення бажаного емоційного стану потрібні все сильніші подразники. На цьому рівні поведінка адикта може містити ексгібіціонізм, вуайєризм, провокаційні і ображаючі телефонні дзвінки анонімного характеру, «випадкові» дотики до людей в транспорті. Така поведінка пов'язана з ризиком покарання, оскільки вона викликає обурення оточуючих і в низці випадків є порушенням закону.

Третій рівень характеризується вчиненням адиктом актів прямого сексуального насильства відносно слабших людей, які не можуть чинити опір. Прикладом є інцестні відносини з дітьми.

Сексуальний адикт функціонує всередині створеної ним самим адиктивної системи. Сексуальні переживання є для адикта джерелом «харчування», збудження і генератором енергії, свого рода «ліками», за допомогою яких сексуальний адикт тимчасово усуває тривожність і емоційний біль. Він сприймає сексуальну реалізацію як єдину нагороду за свої професійні досягнення та успіхи; як єдиний засіб, який забезпечує можливість збереження емоційного балансу.

У процесі прогресування сексуальної адикції напруга між нормальним і адиктивним селфом поступово зростає. Думки адикта центруються навколо бажання вирватися із замкнутого кола адиктивної циклу. Однак вихід з адиктивної системи надзвичайно складний. Він можливий тільки в момент серйозної кризи, пов'язаної з проблемами соціальної катастрофи в стадії розпачу.

У формуванні схильності до розвитку сексуальних адикцій разом із загальними ознаками, що мають відношення до всіх форм адикцій, мають значення і специфічні: сексуальне насильство і виховання комплексу неповноцінності в дитячому віці. Сексуальне насильство часто поєднується з різними формами жорстокого поводження з дитиною, діями, що загрожують її гідності.

Адиктивний етап динаміки парафілій та інших соціально небезпечних форм сексуальних адикцій характеризується відходом особи від реальності, ізоляцією від суспільства з поступовим спрощенням ставлення до самого себе, виробленням певного адиктивного ритму, фіксацією на заздалегідь передбачувані емоції, вироблені на стереотипний образ, що супроводжується ілюзією контролю власних адиктивних реалізацій. Імпульсивна сексуальна поведінка нерідко модифікується відповідно до характеру зовнішнього стимулу, варіюючи від педофільної до садистичної активності. Розглянуті феномени не вичерпують всієї клінічної картини, що спостерігається у особи із парафіліями.

Усі зазначені ознаки, перебуваючи в нерозривному зв'язку, ілюструють лише поведінкові і психопатологічні виявлення власне парафільного акту. Цей акт, проте, буває складним і багатокомпонентним клінічним утворенням як за змістом, так і за формою виявлення.

## **5.6. Методики психологічної діагностики нехімічних адикцій**

### ***Тест профілю стосунків Р. Борнштейна***

Тест профілю стосунків (Relationship Profile Test) розроблений Робертом Борнштейном та його колегами в 2001 році. Російськомовна адаптація зроблена О. П. Макушиною в 2005 році. Методика націлена на діагностику таких міжособистісних феноменів, як надмірна міжособистісна залежність, нормативна здорова залежність і деструктивне відділення.

Явище міжособистісної залежності є складним і багатоплановим, у зв'язку з чим дослідники розмежовують залежність як нормативне явище і надмірну залежність, що викликає деструктивні особистісні зміни.

Надмірна залежність являє собою специфічний стан, в основі якого лежить сильна потреба в емоційній близькості, любові і прийнятті з боку значущих інших, ригідне прагнення до отримання допомоги і підтримки на фоні постійного відчуття себе як безпорадного і слабкого незалежно від конкретної ситуації.

Невід'ємними рисами залежної особистості виступають невпевненість у собі, несамодостатність, почуття безпорадності, тривога з приводу можливого відокремлення і самотності та ін.

На відміну від надмірно залежних індивідів люди з нормативною залежністю демонструють значну гнучкість у спілкуванні, здатність звертатися за допомогою в міру виникнення об'єктивної необхідності, вміння встановлювати довготривалі емоційні стосунки.

Здорова залежність пов'язана з широким спектром поведінкових реакцій, відрізняється адаптивністю і варіативністю. Коріння здорової залежності – в авторитетному, послідовному і надійному стилі батьківського виховання, який формує у дитини почуття впевненості, безпеки, а також переконання в тому, що далеко не завжди звернення до інших за допомогою є ознакою слабкості або власної неуспішності.

Сучасні дослідники деструктивного відокремлення в описі даного феномена акцентують увагу на нездатності людини розвивати соціальні зв'язки, встановлювати тісні відносини прихильності.

В основі деструктивного відділення знаходиться несвідомий страх перед близькими стосунками, які асоціюються з поглинанням, втратою себе, розчиненням в іншій людині, а також ранній дитячий досвід, який сформував у дитини переконання в перевазі незалежності і самодостатності порівняно з близькістю і прихильністю.

Тест складається з 30 тверджень, ступінь згоди з якими респондент оцінює за 5-бальною шкалою. Твердження розподіляють за трьома шкалами:

1) деструктивна надзалежність – сильна потреба в емоційній близькості, любові і прийнятті з боку значущих інших, ригідне прагнення до отримання допомоги і підтримки на тлі постійного відчуття себе як безпорадного і слабого незалежно від конкретної ситуації;

2) дисфункціональне відокремлення – зворотна сторона деструктивної надзалежності, нездатність людини розвивати соціальні зв'язки, встановлювати тісні відносини прихильності, категоричне переконання в перевазі незалежності і самодостатності порівняно з близькістю і прихильністю;

3) здорова залежність – здатність звертатися за допомогою в міру виникнення об'єктивної необхідності, гнучкість у спілкуванні, вміння встановлювати довготривалі емоційні стосунки.

Усі твердження опитувальника є прямими.

*Інструкція та твердження тесту наведені російською мовою:*

«При чтении каждого высказывания подумайте, в какой мере оно может быть обнесено к вам. Для ответов используйте следующую шкалу:

1 балл – совсем не характерно для меня;

2 балла – скорее не характерно для меня;

3 балла – не знаю;

4 балла – скорее характерно для меня;

5 баллов – очень сильно характерно для меня».

*Утверждения теста*

1. Другие люди мне кажутся более уверенными, чем я.

2. Меня легко обидеть критикой.

3. Необходимость отвечать за что-то заставляет меня волноваться.

4. Я чувствую себя гораздо комфортнее, когда кто-то другой берет на себя ответственность.

5. Другие не понимают, насколько их слова могут меня обидеть.

6. Для меня важно, чтобы другие люди любили меня.

7. Я бы предпочел уступить и сохранить мирные отношения с партнером, чем отстаивать свое мнение и выиграть в споре.

8. Я счастлив, когда руководит кто-то другой.

9. Когда я спорю с кем-либо, меня волнует, что наши отношения могут надолго испортиться.

10. Я иногда соглашаюсь с тем, во что я в действительности не верю, ради того, чтобы понравиться другим.

11. Другие люди хотят слишком многого от меня.

12. Когда кто-то приближается ко мне слишком близко, я стремлюсь отдалиться.

13. Время от времени мне необходимо отдаляться от всего окружающего.

14. Я бы хотел иметь больше времени для самого себя.

15. Я предпочитаю принимать решения самостоятельно, не опираясь на мнение других людей.

16. Я не люблю открывать о себе слишком много частной информации.

17. Я иногда опасаясь мотивов других людей.

18. Я счастлив, когда я работаю самостоятельно.

19. Для меня очень важно быть независимым и самодостаточным.

20. Когда дела идут не очень хорошо, я стараюсь спрятать свои чувства и быть сильным.

21. Я верю, что большинство людей в глубине души хорошие и имеют добрые намерения.

22. Я способен поделиться своими сокровенными мыслями и чувствами с людьми, которых я хорошо знаю.

23. Я спокойно себя чувствую, когда прошу у других помощь.

24. Я не волнуюсь о том, как меня воспринимают другие люди.

25. Я часто иду на компромиссы с людьми, которые ориентированы на сотрудничество.

26. Мои отношения с другими именно такие, какими я и хотел бы их видеть, – даже если бы я мог, я не стал бы ничего менять.

27. Я воспринимаю себя как человека, способного хорошо справляться с разочарованиями и препятствиями.

28. В отношениях с другими мне удобно и предлагать помощь людям, которые в ней нуждаются, и просить у других поддержку, когда я в ней нуждаюсь.

29. Когда я ссорюсь с кем-либо, я уверен, что наши отношения восстановятся.

30. Мне легко доверять людям.

### *Оброблення і інтерпретація результатів*

Результати тесту обробляють шляхом підсумовування балів за пунктами, що належать до певної шкали.

Шкала деструктивної надзалежності: твердження № 1-10; шкала дисфункціонального відокремлення: твердження № 11-20; шкала здорової залежності: твердження № 21-30.

Отриманий сумарний бал є підсумковим показником за шкалою, який оцінюється відповідно до тестових норм.

Тестові норми за шкалою деструктивної надзалежності розрізняють для чоловіків і для жінок, а за шкалами дисфункціонального відокремлення і здорової залежності норми єдині (див. таблицю 4).

Таблиця 4

Тестові норми оцінювання вираженості деструктивної надзалежності, дисфункціонального відокремлення і здорової залежності

Шкали	Рівні вираженості		
	Низький	Середній	Високий
Деструктивна надзалежність (чоловіки)	10-17	18-30	31-50
Деструктивна надзалежність (жінки)	10-22	23-34	35-50
Дисфункціональне відокремлення	10-27	28-37	38-50
Здорова залежність	10-29	30-39	40-50

### **Тест-опитувальник на міжособистісну залежність Г. Гіршфільда**

Тест-опитувальник на міжособистісну залежність (Interpersonal Dependency Inventory) був створений Р. Гіршфільдом у 1977 році і адаптований О. П. Макушиною. Дану адаптовану методику широко використовують для діагностики залежності від іншої людини – інакше любовної залежності від партнера, в широкому розумінні цього слова, в дитячо-батьківських відносинах.

Опитувальник складається з 48 тверджень, які розподіляють за трьома шкалами:

- 1) емоційна опора на інших (ЕО) (18 питань);
- 2) невпевненість у собі (Н) (16 питань);
- 3) прагнення до автономії (А) (14 питань).

Підсумкове значення залежності (З) підраховують шляхом підсумовування отриманих балів за першими двома шкалами і вирахуванням з цієї суми балів, отриманих за третьою шкалою:

$$З = ЕО + Н - А.$$

Опитувальник міжособистісної залежності може бути використаний як в індивідуальній, так і в груповій формі психодіагностики. Заповнення опитувальника не потребує обмеження в часі і займає, як правило, 15–20 хвилин.

*Інструкція та твердження тесту наведені російською мовою:*

При чтении каждого высказывания подумайте, в какой мере оно может быть отнесено к вам. Для ответов используйте следующую шкалу:

- 1 балл – не характерно для меня;
- 2 балла – немного характерно для меня;
- 3 балла – вполне характерно для меня;
- 4 балла – очень сильно характерно для меня.

### *Вопросы-утверждения опросника*

1. Я предпочитаю находиться в одиночестве.
2. Когда я должен принять решение, я всегда спрашиваю совета.
3. Я выполняю свою работу на высшем уровне, когда я знаю, что она будет высоко оценена.
4. Я не могу выносить суеты вокруг меня, когда я болен (огорчен).
5. Я бы скорее был ведомым, чем лидером.
6. Я верю, что люди могли бы сделать гораздо больше для меня, если бы они хотели.
7. Ребенком для меня было очень важно доставлять удовольствие родителям.
8. Я не нуждаюсь в том, чтобы другие улучшали мое самочувствие.
9. Неодобрение со стороны того, о ком я забочусь, очень болезненно для меня.
10. Я чувствую себя уверенным в своей способности иметь дело с большинством из тех личностных проблем, с которыми я, вероятно, встречу в жизни.
11. Единственный человек, которому я хочу доставить удовольствие, – это я.
12. Мысль о потере близкого друга ужасает меня.
13. Я быстро соглашаюсь с мнением, которое ожидается другими.
14. Я полагаюсь только на себя.
15. Я был бы полностью потерян, если бы я не имел кого-то особенного.
16. Я расстраиваюсь, когда кто-то обнаруживает ошибку, которую я совершил.
17. Мне тяжело просить кого-нибудь о помощи.
18. Я ненавижу, когда люди проявляют ко мне симпатию.
19. Я легко обескураживаюсь, когда не получаю того, в чем я нуждаюсь, от окружающих.
20. В споре я легко уступаю.
21. Мне не надо многого от других.
22. У меня должен быть один человек, который жил бы специально для меня.
23. Когда я иду на вечеринку, я ожидаю, что понравлюсь другим людям.
24. Я чувствую себя лучше, когда я знаю кого-либо еще в команде.
25. Когда я болею, я предпочитаю, чтобы мои друзья оставили меня одного.
26. Я никогда не бываю более счастлив, чем когда люди говорят, что я хорошо выполнил свою работу.
27. Мне тяжело составить мнение о телевизионном шоу или кинофильме до тех пор, пока я не узнаю мнение об этом других людей.

28. Я склонен игнорировать чувства других людей, чтобы совершить что-нибудь важное для меня.
29. Мне нужен один человек, который ставит меня выше других.
30. В социальных ситуациях я склонен быть очень самоуверенным.
31. Я ни в ком не нуждаюсь.
32. Мне очень тяжело принимать решения самостоятельно.
33. Я склонен воображать худшее, если любимый человек не прибыл, как ожидалось.
34. Даже когда что-то неладно, я могу добиться успеха без помощи друзей.
35. Я склонен ожидать слишком многого от других.
36. Я не люблю покупать одежду самостоятельно.
37. Я склонен к одиночеству.
38. Я чувствую, что я действительно никогда не получу всего, чего я хотел бы получить от других.
39. Когда я встречаю новых людей, я боюсь, что я сделаю что-то неправильно.
40. Даже если большинство людей отвернутся от меня, я бы выдержал, если кто-то, кого я люблю, оставался со мной.
41. Я бы скорее остался свободным от других, чем рисковал разочароваться.
42. На меня не влияет, что люди думают обо мне.
43. Я думаю, что большинство людей не понимают, как легко они могут обидеть меня.
44. Я очень уверен в своих суждениях.
45. У меня возникает ужасный страх, что я потеряю любовь и поддержку людей, в которых я очень нуждаюсь.
46. У меня нет качеств, необходимых хорошему лидеру.
47. Я бы чувствовал себя несчастным, если бы меня покинул кто-то, кого я люблю.
48. Меня не волнует, что другие думают обо мне.

### *Оброблення результатів*

Оброблення результатів тесту здійснюється шляхом підсумовування балів за пунктами, що належать до кожної шкали, з урахуванням наявності прямих і зворотних тверджень.

Питання № 10, 23, 44 є зворотними, тому при обробленні відповідні їм значення змінюються на протилежні («1» – 4, «2» – 3, «3» – 2, «4» – 1).

### *Ключ до тесту*

Емоційна опора на інших: твердження 3, 6, 7, 9, 12, 15, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47.

Невпевненість в собі: твердження 2, 5, 10, 13, 17, 20, 23, 24, 27, 30, 32, 36, 39, 41, 44, 46.



Прагнення до автономії: твердження 1, 4, 8, 11, 14, 18, 21, 25, 28, 31, 34, 37, 42, 48.

*Інтерпретація (розшифрування, тестові норми для чоловіків і жінок)*

Отриманий сумарний бал є підсумковим показником за шкалою, який оцінюється відповідно до наведених нижче норм (див. табл. 5 і 6). При цьому тестові норми за шкалами емоційної опори на інших і прагнення до автономії розрізняються для чоловіків і для жінок, а за шкалою невпевненості в собі норми єдині.

Таблиця 5

Тестові норми оцінювання вираженості емоційної опори на інших, невпевненості в собі, прагнення до автономії, залежності (чоловіки)

Шкали	Рівні вираженості		
	Низький	Середній	Високий
Емоційна опора на інших	18-31	32-48	49-72
Невпевненість у собі	16-24	25-37	38-64
Прагнення до автономії	14-26	27-37	38-56
Залежність	20-24	25-52	53-80

Таблиця 6

Тестові норми оцінки вираженості емоційної опори на інших, невпевненості в собі, прагнення до автономії, залежності (жінки)

Шкали	Рівні вираженості		
	Низький	Середній	Високий
Емоційна опора на інших	18-37	38-54	55-72
Невпевненість у собі	16-24	25-37	38-64
Прагнення до автономії	14-22	23-33	34-56
Залежність	20-35	36-62	63-80

**Опитувальник співзалежності Б. Уайнхолд і Дж. Уайнхолд**

*Шкала співзалежності (The Codependency Self-Inventory Scale)* розроблена в 1989 р. психологами Беррі і Дженей.

*Інструкція та твердження тесту наведені російською мовою:*

Перед Вами лист утверждений. Прочитайте внимательно приведенные ниже утверждения и оцените каждое в соответствии со следующими вариантами:

- 1) никогда;
- 2) иногда;
- 3) часто;
- 4) почти всегда.

Возле каждого утверждения поставьте номер варианта ответа. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

№ п/п	Утверждение	Вариант ответа
1	Я склонен (склонна) брать на себя ответственность за чувства и/или поведение других людей	
2	Я затрудняюсь идентифицировать свои чувства, такие, как счастье, злость, смущение, уныние или возбуждение	
3	Мне тяжело выражать свои чувства.	
4	Я испытываю страх или беспокойство при мысли о том, как другие отреагируют на мои чувства или поведение	
5	Я свожу к минимуму проблемы и отрицаю или изменяю правду о чувствах или поведении людей, с которыми общаюсь	
6	Мне трудно устанавливать или поддерживать тесные взаимоотношения	
7	Я боюсь быть отвергнутым (отвергнутой)	
8	Я стараюсь добиваться во всем совершенства и сужу себя строго	
9	Мне трудно принимать решения	
10	Я склонен (склонна) полагаться на мнения других, а не действовать по своему усмотрению	
11	Я склонен (склонна) ставить желания и потребности других людей на первый план	
12	Я склонен (склонна) ценить мнение других людей выше своего собственного	
13	Мое ощущение собственного достоинства идет извне, в зависимости от мнения или действий других людей, которые, как мне кажется, больше в этом разбираются	
14	Я нахожу, что тяжело быть уязвимым (уязвимой) и просить о помощи	
15	Я всегда подвергаюсь контролю или стремлюсь контролировать и, наоборот, всегда слежу за тем, чтобы никогда не оказаться ответственным (ответственной)	
16	Я слишком лоялен (лояльна) к другим даже в том случае, когда эта лояльность не оправдывается	
17	У меня привычка рассматривать ситуации по принципу «все или ничего»	

№ п/п	Утверждение	Вариант ответа
18	Я очень толерантен (терпим, способен переносить) к непоследовательности и смешанным поручениям	
19	В моей жизни происходят эмоциональные кризисы и хаос	
20	Я стараюсь искать взаимоотношения там, где чувствую себя «нужным (нужной)», и пытаюсь затем сохранить их	

*Ключ до тесту:*

Підсумовують бали з усіх питань:

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1) ніколи – 1 бал; | 2) іноді – 2 бали;        |
| 3) часто – 3 бали; | 4) майже завжди – 4 бали. |

*Інтерпретація результатів:*

- 60–80 балів – дуже високий ступінь співзалежних моделей;
- 40–59 балів – високий ступінь співзалежних моделей;
- 30–39 балів – середній ступінь співзалежних моделей;
- 20–29 балів – дуже низький ступінь співзалежних моделей / високий ступінь контрзалежних моделей.

### **Питання для самоперевірки**

1. Сутність міжособистісної залежності як первинної форми залежності.
2. Чинники розвитку стосунків міжособистісної залежності.
3. Різновиди та сутність любовних адикцій.
4. Поняття співзалежності.
5. Варіанти сексуальних адикцій.
6. Методики психологічної діагностики нехімічних адикцій.

## Бібліографічний список

1. Адиктологія : навч. посіб. для лікарів наркологів, психіатрів, заг. практики та лікарів-інтернів. – Вид. друге, переробл. і доп. / за ред. проф. Л. М. Юр'євої. – Дніпро : [б. и.], 2018. – 185 с.
2. Берн, Э. Игры, в которые играют люди (Психология человеческих взаимоотношений) / Э. Берн. – М.: Эксмо, 2016. – 352 с.
3. Бутриновська, У. П. Групи самопомоги як ефективна форма соціальної роботи / У. П. Бутриновська // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 11 : Соціальна робота. Соціальна педагогіка : зб. наук. праць. – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. – Вип. 23. – С. 8–13.
4. Бухановский, А. О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей / А. О. Бухановский. – Ростов-на-Дону: Изд-во ЛИНЦ Феникс, 2002. – 60 с.
5. Гаранян, Н. Г. Замысловатый танец современной пары / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Семейная психология и семейная терапия. – М., 2000. – №1. – С. 3–11.
6. Диагностические классификации хронического алкоголизма [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/32/chapter/12>
7. Егоров, А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А. Ю. Егоров // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65-77.
8. Жидко, М. Є. Особистісні чинники формування відносин подружньої співзалежності у чоловіків: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. – Харків, 2006. – 19 с.
9. Зайцев, В. В. Как избавиться от пристрастия к азартным играм / В. В. Зайцев, А. Ф. Шайдулина. – СПб.: ИД Нева, 2003. – С. 70.
10. Иванов, В. О. Принципы работы амбулаторной социально-психол. реабилитации осіб, залежних від алкоголю : науково-метод. посіб. / В. О. Иванов, Ю. М. Безсмертний, Д. Ю. Старков. – Київ: ПАТ «Віпол», 2013. – 128 с.
11. Катков, А. Л. Профилактика, лечение и реабилитация игровой зависимости: метод. рекомендации / А. Л. Катков. – Павлодар, 2012. – 87 с.
12. Кернберг, О. Ф. Отношения любви: норма и патология / О. Ф. Кернберг ; пер. с англ. М. Н. Георгиевой. – М.: Независимая фирма "Класс", 2000. – 256 с.
13. Ковалев, А. А. Клинические особенности патологического влечения к алкоголю у больных пивным алкоголизмом [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-osobennosti-patologicheskogo-vlecheniya-k-alkogolyu-u-bolnyh-pivnym-alkogolizmom>

14. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ. – М.: УНП ООН, 2007. – 60 с.
15. Когнітивно-поведінкова терапія хворих на алкоголізм та наркоманію [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/30989>
16. Козлов, В. В. Психология игровой зависимости / В. В. Козлов, А. А. Карпов. – М.: Психотерапия, 2011. – 336 с.
17. Коркина, М. В. Нервная анорексия: учеб. пособие для мед.ин-тов / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Мариллов. – М.: Медицина, 1986. – 176 с.
18. Короленко, Ц. П. Аддиктивное поведение: общая характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1991. – № 1. – С. 8–15.
19. Короленко, Ц. П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения / Ц. П. Короленко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1993. – № 1. – С. 17-29.
20. Кочарян, А. С. Синдромы невротической любви / А. С. Кочарян, А. В. Коцарь // Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія». – 2000. – № 498. – С. 68–72.
21. Коцар, А. В. Особливості психосексуального розвитку хворих на невроз жінок, що знаходяться у відносинах подружньої залежності: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Київ, 2002. – 19 с.
22. Крайніков, Е. В. Алкоголізм [Електронний ресурс] // Велика українська енциклопедія. – Режим доступу: <http://vue.gov.ua/Алкоголізм>
23. Кристалл, Г. Нарушения эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. – С. 80-119.
24. Крупицкий, Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины // На пути к профессиональной наркологии: сб. аналитических очерков и статей. – М., 2008. – С. 31-34.
25. Леко, Б. А. Психологічні особливості формування алкогольної установки в залежності від індивідуально-типологічних властивостей особистості : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Леко Богдан Аркадійович. – Київ, 1997. – 225 с.
26. Лекции по наркологии / под. ред Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – 344 с.
27. Личко, А. Е. Подростковая наркология / А. Е. Личко, В. С. Битенский. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
28. Максимова, Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – Київ: Видавничо-поліграфічний центр “Київський університет”, 2002. – 308 с.

29. Макушина, О. П. Методы психологического изучения девиантного поведения: учеб. пособие по специальности 020400 (030301) Психология / О. П. Макушина. – Воронеж: Изд-во ВГУ, 2006. – 80 с.
30. Макушина, О. П. Психология зависимости: учеб. пособие для вузов / О. П. Макушина. – Воронеж, Воронежский гос. ун-т, 2007. – 79 с.
31. МКБ-11 (Международная классификация болезней 11-го пересмотра) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://icd11.ru>
32. Плоткин, Ф. Б. Компьютерное биоуправление – новый метод стабилизации ремиссий у аддиктивных пациентов / Ф. Б. Плоткин // Психотерапия и клинич. психология. – 2008. – № 4. – С. 42-44.
33. Попов, Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – М.: "Экспертное бюро-М", 1997. – 496 с.
34. Постанова про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/770-2000-%D0%BF>
35. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга; пер. с англ. Р. Р. Муртазина. – М.: Класс, 2000. – 240 с.
36. Руководство по аддиктологии / под. ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
37. Савчук, О. В. Соціально-психологічні детермінанти адиктивної поведінки: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / О. В. Савчук. – Київ, 2006. – 20 с.
38. Симонова, Е. М. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/mpj/2001/n3/Simonova.shtml>
39. Синдром зависимости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/ru](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/ru)
40. Синдром «эмоционального холода» в межличностных отношениях: аддиктивный контекст / А. С. Кочарян, Н. Н. Терещенко, Т. С. Асланян, И. В. Гуртовая // Вісник Харківського національного університету. Сер. Психологія. – 2007. – № 771. – С. 115-119.
41. Фролова, Є. В. Психологічні чинники і динаміка формування стосунків міжособистісної залежності у жінок: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. – Харків, 2008. – 19 с.
42. Уайнхолд, Б. Освобождение от созависимости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд ; пер. с англ. А. Г. Чеславской. – М.: Независимая фирма "Класс", 2002. – 224 с.
43. Уайнхолд, Б. Противозависимость: бегство от близости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд ; пер. с англ. Е. Бабенко, Г. Смолин. – Каменец-Подольский: Аксиома, 2009. – 328 с.
44. Шайдукова, Л. К. Психодинамические концепции "аддиктивных" личностей // Психическое здоровье. – 2009. – № 10. – С. 71-75.

45. Alexandre B. Laudet The Impact of Alcoholics Anonymous on other substance abuse related Twelve Step programs [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613294/>
46. Alcoholics Anonymous [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.aa.org>
47. Mellody, P. Toksyczna miłosc i jak sie z niej wyzwolic. – Warszawa: Jacek Santorski & Co, 1993. – 204 s.
48. Young, K. S. Internet addiction: Personality traits associated with its development / K. S. Young, R. C. Rodgers // Paper presented at the 69th annual meeting of the Eastern Psychological Association, 1998.

Навчальне видання

**Макаренко Амалія Олексіївна**

**Калайтан Наталя Леонтіївна**

**Старовойт Тетяна Павлівна**

## **ПСИХОЛОГІЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Редактор Т. Г. Кардаш

Зв. план, 2020

Підписано до видання 30.09.2020

Ум. друк. арк. 7,1. Обл.-вид. арк. 7,94. Електронний ресурс

---

Видавець і виготовлювач

Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського

«Харківський авіаційний інститут»

61070, Харків-70, вул. Чкалова, 17

[http:// www.khai.edu](http://www.khai.edu)

Видавничий центр «ХАІ»

61070, Харків-70, вул. Чкалова, 17

[izdat@khai.edu](mailto:izdat@khai.edu)

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів  
видавничої продукції сер. ДК № 391 від 30.03.2001