

Зміст

Від автора (до українського видання)

Рецензія

Частина I. АЛКОГОЛЬ

1. Міфи і правда про алкоголь
2. Основні відомості про алкоголь
 - Історія алкоголю
 - Властивості та метаболізм алкоголю
 - Елімінація алкоголю з організму
3. Реакції організму на алкоголь
 - Фізіологічна реакція
 - Нетипові реакції
 - Алкоголь і ліки
4. Чому люди п'ють і попадають в залежність?
 - Вплив біологічних факторів
 - Вплив соціальних факторів
 - Вплив психологічних факторів
 - Вплив духовних факторів
5. Запобігання залежностям
6. Вживання алкоголю і здоровий глузд
 - П'янство
 - Зловживання алкоголем
 - Чи існує безпечне вживання алкоголю?
 - Застерігаючі симптоми
 - Перевір, чи п'єш розсудливо?
7. Проблеми зі здоров'ям
 - Соматичні ускладнення
 - Психіатричні ускладнення
8. Ідентифікація осіб з алкогольною проблемою
 - Клінічні ознаки
 - Тести, які допомагають у діагностиці
 - Лабораторні дослідження
9. Шлях до залежності
10. Залежність як хвороба
 - Історичний нарис

Дефініції і класифікації

МКХ-10

МКХ-11

Залежність від алкоголю за критеріями Американської психіатричної асоціації

Чому алкоголізм це хвороба?

Типи алкоголізму

11. Зміна і мотивація до зміни

12. Інтервенції

Коротка інтервенція

Інтервенції для uzалежнених осіб

13. Лікування

Фармакологічні засоби

Програми одужання

Модель Міннесота

Цілі, котрі реалізуються під час психотерапії залежності

Перебіг процесу одужання

Значення правильної дієти

Повернення до вживання алкоголю, або рецидив хвороби

Як приготувати список власних попереджувальних сигналів

14. Контрольоване вживання чи абстиненція?

15. Специфічні групи пацієнтів

Жінки

Діти і підлітки

Особи похилого віку

Особи з подвійним діагнозом

Особи з інвалідністю

Особи з нетрадиційною сексуальною орієнтацією

Бездомні особи

16. Ефективність лікування

17. Дилеми терапевтів залежностей

18. Узалеженні особи в ролі терапевтів

19. Історія лікування залежностей у Польщі

20. Рухи взаємодопомоги

Анонімні Алкоголіки (АА)

Ал-Анон

Алатін, Алатот та групи ДДА

Рухи за тверезість та абстинентські організації в Польщі

21. Співзалежність

Дисфункціональна сім'я

Симптоми співзалежності

Що робити, щоб не допомагати у пияцтві?

22. Діти алкоголіків

Ролі, які виконують діти

Дорослі діти алкоголіків

23. Алкоголь і насильство

Жертви і кривдники

Насильство у сім'ї з алкогольною проблемою

Що робити?

Примус і обов'язок лікування

24. Що ще потрібно знати?

Отруєння

Як виникає алкоголізм?

Що таке алкогольний «голод»?

Чому особі, узалежненій від алкоголю, мало одного дня випивки?

Вживання непродуктивного алкоголю, чи так званих «сурогатів»

«Алкогольна епілепсія» або абстинентні судомні напади

Уявний абстинентний синдром («сухе похмілля»)

Чи можнавилікуватися від алкоголізму?

Частина II. ІНШІ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Вступ

25. Ліки

Бензодіазепіни (БДЗ)

Похідні барбітурової кислоти

Ліки знеболюючої дії

Лікування залежності від ліків

26. Нікотин

Вступ

Чому люди палять?

- Симптоми залежності від нікотину
- Опитувальник залежності від нікотину за J. R. DiFranz
- Опитуваник толерантності до нікотину Фагерстрома
- Тест щодо мотивації припинення паління
- Користь від припинення паління
- Лікування
- Паління тютюну й алкоголь
- 27. Кофеїн і теїн
- 28. Похідні опійного маку (опіоїди)
 - Метадон і бупренорфін
- 29. Амфетамін
- 30. Кокаїн
- 31. Похідні конопель (марихуана і гашиш)
- 32. Леткі речовини (інгалянти)
- 33. Галюциногени
- 34. Нові наркотики
- 35. Гамма-оксімасляна кислота (ГОМК)
- 36. Стероїди
 - По чому можна визначити, що хтось приймає стероїди
- 37. Енергетичні напої
- 38. Протидія поширенню наркоманії
 - Виявлення наркотиків
 - Правове регулювання
 - Кілька слів на тему лікування наркоманії
 - Анонімні Наркомани

Частина III. БІХЕВІОРАЛЬНІ ЗАЛЕЖНОСТІ

Вступ

- 39. Гральний розлад (патологічний азарт, ігроманія)
 - Вступ
 - Підстави діагностики
 - Азартні ігри в інтернеті (азартні онлайн ігри)
 - Загальні принципи лікування
- 40. Проблемне користування інтернетом

- Вступ
- Діагностичні критерії
- Лікування
- Нові технології
- Facebook
- Комп'ютерні ігри
- Е-спорт
- Корисна для профілактики інформація
- 41. Трудоголізм
 - Діагностика
 - Каросі
 - Лікування
- 42. Патологічна гіперсексуальність
 - Вступ
 - Кіберсекс
 - Хімсекс
 - Лікування
- 43. Шопоголізм
 - Вступ
 - Діагностичні критерії
 - Лікування
- 44. Стільниковий телефон
 - Смартфон
 - Смарт годинник
 - Фаббінг
 - Номофобія
- 45. Залежність від фізичних вправ
- 46. Розлади харчової поведінки
 - Вступ
 - Анорексія (психічна відраза до їжі)
 - Булімія (психічна обжерливість)
 - Діабулімія
 - Синдром раптового нападоподібного об'їдання
 - Запобігання і лікування
- 47. Інші види компульсивної поведінки, пов'язаної з харчуванням

Пермарексія

Прегорексія

Алкорексія

Брідорексія

Бігорексія

Мегарексія

Фаторексія

Вігорексія

Залежність від солодощів

48. Інші види поведінки з ознаками залежності

Танорексія

Медіаголізм

Патологічне накопичення

Онїхофагія

Залежність від кохання

Емоційна залежність

Залежність від боргів

Від чого ще можна потрапити в залежність?

*Проте й в найкращому нема такого,
Чого б не прирівняв ти до лихого:
Корисне все - до діла або в строк,
Бо з блага, може теж постать порок.*

Вільям Шекспір «Ромео і Джульєтта»
(переклад Ірини Стешенко)

Від автора (до українського видання)

Моя співпраця з українськими спеціалістами розпочалася майже 30 років тому. Вперше я приїхав до Львова у березні 1991 року і під час зустрічі в Обласній психіатричній лікарні розповідав про те, як в Польщі лікуються uzалежнені від алкоголю особи. На той час я був керівником/ординатором Центру терапії залежностей в Інституті неврології і психіатрії у Варшаві. Це був перший в цьому регіоні заклад, котрий ще на початку 70-х років минулого століття розпочав застосовувати в лікуванні uzалежнених від алкоголю осіб програму психотерапії.

В подальшому я багато разів мав нагоду ділитися своїми знаннями і досвідом з колегами з України, читаючи лекції і проводячи семінари-практикуми, як на території України, так і в Польщі, для зацікавлених в лікуванні uzалежнених осіб. 1995 року Міжнародний фонд «Відродження» видав українською мовою мою книгу „Alkoholizm jako choroba” («Алкоголізм як хвороба»), а 2004 року російською мовою „Bez tajemnic o uzależnieniach” («Без тайн о зависимостях и их лечении»).

Я зі щирою радістю прийняв пропозицію видання українською мовою моєї наступної книги: «Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia». Я радий, що вона буде використана при навчанні українських спеціалістів. Це навчання реалізоване завдяки

ініціативі Кшиштофа Бжужки, директора Державного агентства вирішення алкогольних проблем (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), котрому я, при нагоді, хочу подякувати, за запрошення до співпраці. Проводиться навчання Національним університетом «Львівська політехніка» у співпраці з Академією спеціальної педагогіки у Варшаві, а також Державним агентством вирішення алкогольних проблем, котре понад 20 років контролює в Польщі якість навчання терапевтів узалежненостей.

Оскільки я писав цю книгу майже 10 років тому, вона вимагає дрібних поправок, пов'язаних з тим, що за цей час було впроваджено міжнародні класифікації DSM-5 і ICD-11, а також нові підходи в терапії, такі, наприклад, як мотивуючий діалог, чи програма обмеження вживання алкоголю. Ці питання я висвітлив в скороченій формі, розраховуючи на те, що читач самостійно пошукає додаткову інформацію на висвітлені теми.

Пишучи протягом багатьох років про так звані біхевіоральні залежності (від дій, певних видів поведінки), я усвідомлював, що незабаром про них будуть говорити дедалі більше, одночасно дошукуючись схожості з вже добре нам відомими залежностями від психоактивних речовин. Мої передбачення виявилися слушними, і пізніше з'явилися поважні наукові повідомлення на тему залежності від, ще тоді невідомого смартфона, соціальних мереж (напр., від Facebook), від фізичних вправ чи також від включених на даний час до DSM-5 і ICD-11 онлайн-ігор. Таким чином, представлені в мої книзі відомості на тему біхевіоральних залежностей/хворобливого потягу вимагають доповнення і оновлення.

Я переконаний, що книга виявиться дуже корисною для кращого розуміння специфіки залежностей і буде сприяти покращенню якості терапевтичної допомоги узалежненим особам. Бажаю приємного читання.

Богдан Т. Воронович

Рецензія¹

Поява на видавничому ринку книги д-ра Богдана Вороновича є значною подією в сфері польської літератури, яка стосується залежностей. Значною, тому що автором цієї дуже цікавої праці є видатний спеціаліст, котрий протягом кількох десятиліть займається наданням допомоги узалежненим особам, особливо з алкогольними проблемами, і таким чином є практиком з величезним клінічним досвідом, котрий має також великі досягнення

¹ „Psychiatria Polska”, 2010, nr 2

в сфері публікацій. Ця об'ємна книга (налічує 625 друкованих сторінок) охоплює цілісність проблематики, пов'язаної з залежностями, а саме: проблеми суто клінічні (діагностика, терапія), а також соціальні та юридичні, містить також систематизовані дані про найновіші досягнення стосовно патогенезу залежностей.

Книга Б. Вороновича цілком заслуговує називатися монографією, котра одночасно є цінним підручником для осіб, які займаються наданням допомоги особам, узалежненим від алкоголю й інших психоактивних речовин, а також їжі, азарту й інших імпульсивних дій. Інформація в книзі викладена в доступній і одночасно компетентній формі, читання її дає відчуття задоволення.

Старанно підібрана словесність, а також словничок термінів зі сфери психіатрії і споріднених дисциплін збагачує це цікаве видання. Я глибоко переконаний, що праця Вороновича знайде чисельних читачів не тільки серед професіоналів, її читання буде корисним для всіх, хто цікавиться проблемою залежностей.

Професор доктор габілітований Станіслав Пужинський, багаторічний національний консультант з питань психіатрії і директор Інституту психіатрії і неврології у Варшаві

Частина I

АЛКОГОЛЬ

В чарці потонуло більше людей, ніж у морі.

François de La Rochefoucauld²

Розділ 1

² François de La Rochefoucauld (1613-1680) - французький письменник і філософ.

Міфи і правда про алкоголь

Ніхто з тих, хто вживає алкоголь не робить це для того, щоб захворіти, проте п'є, тому що очікує від алкоголю чогось доброго і приємного, адже якби було інакше, намагався б уникати його. Коли ми запитаємо випадкового зустрічного, чому він вживає алкоголь, то почуємо у відповідь: щоб зменшити стрес, розслабитись, заспокоїтись, швидше заснути, для покращення самопочуття, щоб уберегти себе від депресії (пом'якшити її симптоми), для сміливості, для стимуляції, щоб втамувати спрагу (найчастіше це стосується пива), щоб краще розважатися, для покращення апетиту, або, щоб вгамувати біль (наприклад зубний). Список причин, які спонукають людей до вживання алкоголю, надзвичайно різноманітний і завше можна почути, що алкоголь в чомусь допомагає і сприймається, як ліки від тих чи інших проблем. Є також особи які п'ють з радощів, зі смутку, з нервів, для того щоб зігрітися, а також зі страху перед осміянням, чи нехтуванням, щоб здобути певні позиції в групі ровесників, або щоб виразити бунт (проти батьків, влади і т. ін.), щоб засвідчити дружбу (брудершафт) і т. д. і т. ін..

Представлений список, звичайно ж, неповний, проте різноманітність відповідей дозволяє спробувати виділити групи причин, через які люди звертаються до алкоголю, котрі зустрічаються найчастіше. Отже, ми маємо справу з різними мотиваціями, починаючи від фізіологічної (заспокоєння спраги, покращення апетиту чи утихомирення болю), через психологічну (з радощів, нервування, для заспокоєння і т. ін.), аж до соціологічної (ритуал, наслідування, підкорення натискові, страх перед осміянням чи нехтуванням і т. ін.). Можна також зустріти осіб, котрі п'ють з метою маніпуляції (оточення бачить, що я страждаю, отже буде більш терпиме і доброзичливе щодо мене, а агресивна поведінка, чи різні зроблені мною дурниці будуть сприйматися більш поблажливо, ніж коли б я так поводився тверезим і т. ін.).

В нашому суспільстві кружляє багато міфів на тему алкоголю, і багато осіб намагається оправдовувати своє пияцтво, доробляючи до них відповідну ідеологію. А якою є правда? Ось приклади найбільш розповсюджених міфів і їх конфронтація з правдою.

Чарка алкоголю ще нікому не зашкодить.

Чарка алкоголю, якщо випивається нерегулярно, не викликає значних змін в організмі, проте, якщо таких чарок стає дедалі більше, або якщо організм особливо вразливий на дію алкоголю, - мусить через якийсь час зашкодити.

Алкоголь покращує фізичну форму

Психометричні дослідження, проведені з застосуванням найчутливішої апаратури, показують, що вже після прийняття навіть невеликих доз алкоголю реакції водіїв запізнюються аж на 0,3 - 0,5 сек., в ситуації, коли в цілому час правильної реакції у тверезого і справного є в межах 0,5 сек.

Алкоголь додає сил.

Звичайно, можна мати таке враження, тому що завдяки своїй збудливій дії, алкоголь дозвляє на короткий час забути про втому. Проте систематичне вживання алкоголю спричиняє ушкодження як нервової системи, так і м'язової, і навіть призводить до атрофії м'язів.

Чоловіки більш стійкі до дії алкоголю

Вживання однакової дози алкоголю призводить до того, що концентрація його в крові у чоловіків є меншою порівняно з жінками, але це не означає, що чоловік може пити безкарно. Буває так, що при дуже подібному способі вживання, хворобливі зміни з'являються раніше у чоловіків ніж у жінок. Це пов'язано з тим, що спосіб реагування на алкоголь залежить від індивідуальних властивостей організму, стану здоров'я, способу харчування.

Алкоголь - ліки від серця

Найновіші дослідження виявили, що в осіб, які скаржаться на проблеми з роботою серця, суб'єктивне покращення самопочуття, яке виникає після чарки коньяку, є результатом заспокійливої і знеболюючої дії алкоголю, а не покращення кровопостачання серцевого м'яза. Коронарні судини, котрі живлять (забезпечують киснем) серцевий м'яз, не розширюються, тому приплив крові до м'яза не збільшується. Аноксемія зберігається. У той самий час алкоголь спричиняє небезпечні стрибки артеріального тиску крові, а при довшому споживанні - пошкодження стінок кровоносних судин, а також дегенеративні зміни в серцевому м'язі, які є наслідком безпосереднього впливу алкоголю і продуктів його обміну.

Алкоголь запобігає коронарним захворюванням та інфаркту міокарда.

Деякі дослідження показують, що вживання невеликих кількостей алкоголю виявляють протекторну дію на серце, проте до такого типу досліджень потрібно підходити дуже обережно. Профілактична дія алкоголю має полягати на його впливі на жировий обмін і затриманні процесу склеротизації. На жаль, не відомо, яким може бути кінцевий ефект систематичного споживання навіть невеликих доз алкоголю. Для деякого це означає підтримане науковими аргументами входження в залежність. Особи, у котрих організм з генетичних причин менш стійкий щодо дії алкоголю, можуть відносно швидко пошкодити собі нервову систему, печінку чи підшлункову залозу.

Отже, кожен з нас сам вибирає, чи «оберігати» за допомогою алкоголю своє серце, чи ні, і чи наражати себе на ризик виникнення інших поважних проблем зі здоров'ям, в тому числі і залежності. Варто також усвідомлювати собі, що алкоголь і продукти його обміну дуже шкідливо впливають на серцевий м'яз, викликаючи в ньому дегенеративні зміни і одночасно пошкоджуючи ендотелій кровоносних судин, наражаючи їх тим самим на розрив, котрий може спричинити крововилив в мозок (інсульт) чи інфаркт.

Алкоголь може бути ліками від нервування і клопотів

Тимчасове заспокоєння, яке відчують деякі особи після вживання алкоголю, відриває їх від життєвих проблем на дуже короткий час. Самі ж проблеми надалі залишаються не розв'язаними, накопичуються і нерідко стають ще більш складнішими. При витверезінні людина повертається до них зі ще більшим напруженням і неспокоєм. Чергове звернення до алкоголю з метою зменшення такого занепокоєння загрожує появою механізму замкненого кола, який досить часто призводить до залежності.

Алкоголь добрий снодійний засіб.

Засинання після споживання алкоголю є результатом його токсичного впливу на мозок (отруєння алкоголем). У даному випадку сон не є природним (фізіологічним), і людина під час такого сну не відпочиває природним способом.

Алкоголь покращує витривалість організму.

Алкоголь знижує імунітет у осіб з підвищеною температурою і запальними станами. Відбувається це через обмеження активності лейкоцитів крові, завданням котрих є боротьба з будь-якими інфекціями. Послаблення імунітету (під впливом алкоголю) підвищує податливість не тільки до будь-яких інфекцій, але і до злоякісних захворювань.

Алкоголь - засіб для зігрівання організму

Ефект зігрівання триває дуже короткий час. Вживання алкоголю призводить до короткотривалого почуття тепла, викликаного припливом до розширених судин шкіри теплої крові зсередини організму. Розширені кровоносні судини прискорюють обмін теплом з навколишнім середовищем і тим самим призводять до втрати цього тепла. Охолоджена кров повертається до внутрішніх органів, порушуючи їх функціонування. Звідси дуже часті випадки переохолодження і застуди (численні запалення бронхів чи легенів) у осіб, котрі після вживання алкоголю намагалися спішно охолодитися на свіжому повітрі. Відомо, що під час війни Швеції з Росією, яку вів король Карл XII³, відповідно до опису літописця, «померло у нього 4 тисячі солдатів, з тих, хто зігрівався горілкою». Подібне сталося з солдатами Наполеона під час маршу на Росію.

Алкоголь може замінити їжу

Алкоголь доставляє в організм певну кількість калорій (з 1 г близько 7 ккал), проте це, так звані, пусті калорії. Алкоголь не замінить харчових складників, необхідних для правильного функціонування організму, таких як білки, вуглеводи чи жири. Отож, він не може бути джерелом енергії, не тільки з позиції багатонаправленої токсичності, але також з позиції метаболізму, котрий робить неможливим накопичення запасів енергії.

Алкоголь - засіб для покращення травлення

Алкоголь подразнює і ушкоджує слизові оболонки, призводить до розладу роботи тонкого кишківника, перешкоджає поглинанню їжі, а також порушує роботу органів, необхідних для правильного перебігу процесу травлення, таких як печінка чи підшлункова залоза. Послаблення процесів травлення і порушення всмоктування викликає недоїдання. Наслідком недоїдання може бути нестача цукру, яка є особливо шкідливою для мозку і може призвести до його пошкодження.

Алкоголь лікує нирки.

Особам, які мають хворі нирки («пісок в нирках», «каміння в нирках») час від часу рекомендують пити пиво, враховуючи його сечогінні властивості. Чуючи таку пропозицію, навіть від лікаря, необхідно завжди пам'ятати про негативний вплив алкоголю (бо пиво теж алкоголь) на органи і системи.

Я не алкоголік, бо мене ніхто не бачив п'яним

³ Карл XII Шведський (1682 - 1718) - король від 1697 року, учасник III північної війни (1700-1721). Варто в цьому місці згадати, що коли одного разу напився вина і образив свою матір - наступного дня пообіцяв їй, що більше ніколи в житті не буде пити і дотримався свого слова.

Перебування в стані сп'яніння не є діагностичним критерієм залежності від алкоголю. Напиваються як узалежнені від алкоголю, так і не узалежнені від нього особи. Є багато осіб, узалежнених від алкоголю, котрі ніколи не були сильно п'яними, тому що споживають алкоголь невеликими дозами і тільки в такій кількості, щоб не допустити до появи дуже неприємних наслідків, пов'язаних з абстинентним синдромом.

Дехто народжується алкоголіком

Якби так насправді було, то тоді б це було підтвердженням того, що алкоголізм виникає виключно на шляху генетичного наслідування. Тоді як, згідно до сучасних поглядів, на розвиток алкоголізму, чи залежності від алкоголю, впливають біологічні, психологічні, духовні і соціальні фактори.

Алкоголік - це той, хто змушений пити щодня.

Щоденне вживання алкоголю не є симптомом алкоголізму, незважаючи на те, що буває так, що узалежнена від алкоголю особа п'є декілька днів підряд (так званий алкогольний запій). Можна легко зустріти узалежнених від алкоголю осіб, котрі п'ють раз, чи кілька разів на рік, кілька днів підряд, таким чином здатні тижнями, чи місяцями утримувати абстиненцію. Все частіше можна зустріти узалежнених від алкоголю осіб, котрі не п'ють 5, 10, 20 чи навіть більше років. (Під час Конференції АА в Торонто 2005 року я зустрів чоловіка, який не п'є вже 63 роки, і надалі вважається узалежненим від алкоголю).

Узалежнені від алкоголю – це покидьки і дегенерати. Алкоголіки – погані та ненормальні люди.

З такими поглядами важко дискутувати, бо їм перечать загальновідомі факти. Проблеми з алкоголем мали чудові письменники і поети (в тому числі і серед лауреатів Нобелівської премії). У перебуванні в центрах лікування залежностей зізнавалися зірки світового театру і кіно. Серед відомих польських акторів і актрис, а також інших публічно відомих і шанованих людей, теж є такі, котрі не приховують, що мали в минулому алкогольні проблеми, проте змогли з ними впоратися. (Див. теж стор. 119-121).

Розділ 2.

Основні відомості про алкоголь.

Історія алкоголю.

Слово алкоголь, імовірно за все, походить від одного з двох арабських слів: аль-кухль (сурма, ніжний, дрібний порошок), чи аль-гхоуль (злий дух). Назва “алкоголь” для визначення напою почала вживатися від XVI -го століття (*alcohol vini*). Трохи пізніше застосовувалось назва *aqua vitae* («вода життя»), *spiritus vivus i spiritus vini*. Хімічний склад алкоголю вперше описав в 1808 році de Saussure (1767-1845), а процес ферментації - Gay-Lussac (1778-1850).

Спираючись на результати антропологічних досліджень, можна стверджувати, що алкоголь супроводжував людину практично від початків історії, виконуючи різні функції: фізіологічну, психологічну, соціальну, а з часом також економічну і політичну. Щоправда існують культури, в яких алкоголь не був відомий аж до моменту зіткнення з європейцями (алкоголь не був відомий, наприклад, ескімосам, мешканцям Полінезії, Мікронезії, чи корінним жителям Америки), проте в кожній з цих культур використовувалися субстанції, які виконували роль алкоголю. Сьогодні важко в це повірити, але Манхеттен імовірно був куплений в 1662 р. голландцями у необізнаних з алкоголем місцевих індіанців за 3 бочки рому, а сама назва дослівно означає «місце, де ми напилися».

Перші алкогольні напої з'явилися не навмисно і випадково, в результаті ферментації (бродиння) винограду (вино) і ячмінного зерна (пиво). Згідно з індійською міфологією першовідкривачами алкогольних напоїв були Боги Варуна та Сур'я. Вони мали знайти в дуплі дерева мішанину дошової води і фруктів, які впали до нього. У Старому Заповіті можна зустріти багато старо-єврейських та арамейських слів, що означають продукти виноградної лози (*tirosh, shaker, yayain, asis, chemer*). Грецькі слова *oinos, sikera, gleukos*, котрі можна зустріти в Старому і Новому Заповіті означали виноградний сік, як незброжений, так і зброжений (вино з вмістом алкоголю). Вже в Старому Заповіті зверталася увага на негативні сторони дії алкоголю і там можна знайти такі слова: «Вино

старе і вино молоде відбирає у людини розум» (Книга Осія 4,11)¹, а Соломон робив зауваження: «... не будь одним з тих, що вино шанують» (Книга приказок Соломонових, по-іншому Книга приповістей 23,20). Дізнаємося також, що дочки Лота після спалення Содома і Гомори напоїли батька в цілях кровозмішання (Буття), а Авесалом син царя Давида, щоб помститися своєму найстаршому братові Амнону за зґвалтування сестри, напоїв його і наказав слугам його п'яного вбити (Друга Книга Самуїла).

Існує також багато легенд, які розповідають про відкриття незвичайних властивостей вина. Одна з них про перського принца Джамшіда, котрий так полюбив продукти з виноградної лози, що наказав наповнити ними глечики і зберігати їх аж до наступного врожаю. Через кілька тижнів було звернено увагу на те, що глечики містять темну рідину з гострим запахом. Тоді священники заявили, що вміст глечиків мабуть отруїли злі духи і запропонували позначити їх написом «отрута». Тим часом на глечики натрапила одна з жінок принца, яка переживала глибокий смуток і хотіла попроситися з життям. Вона вирішила здійснити самогубство за допомогою знайденої отрути. Коли ж випила чарку цієї рідини, то замість померти, почула себе краще, а по кількох наступних почала інакше дивитися на життя. Випивши ще одну, розповіла про своє відкриття принцу Джамшіді. Від того часу вино в Персії відоме як «найсмачніша отрута».

Сьогодні вже неможливо встановити що було першим - пиво чи вино. Про пиво і вино однаково згадується як і в знайдених в Месопотамії текстах клинописів, які походять з 5000-го р. до н.е. так і в єгипетських папірусах, які походять з 3500 р. до н.е. У знайдених в пісках Шумерської пустелі піктографічних табличках, які походять з 3-го тисячоліття до н.е. згадується про споживання хмільного соку, який нарівні з хлібом був основним харчовим продуктом на території Месопотамії. Це також підтвердили розкопки в селі Цуран і таблички знайдені поблизу міста Лагаш, котрі походять зі святилища богині. У месопотамському календарі детально описувалися способи варіння пива і пов'язані з тим традиції. У шумерському епосі про Гільгамеша (близько 3000 р. до н.е.) можна прочитати: «Напився пива, і одразу радість і щастя до серця прилинули, лице посвітлішало ... став людиною». Після підкорення шумерської держави вавилонянами, пиво стало національним напоєм, і кожний громадянин мав приділену щоденну порцію. Воно було двох гатунків: «чоловіче» з більшим вмістом алкоголю, і «жіноче», легше, з додатком приправ, чи соку. В інших джерелах говориться про те, що варіння пива було відоме вавилонянам вже 5000 - 6000 років до н.е.. Воно вживалося теж як форма винагороди за працю. У вавилонському Кодексі Хаммурапі (біля 1800 р. до н.е.) можна прочитати, що «... кожний, хто буде підробляти пиво і не буде дотримуватися правил його продажу, буде

засуджений до страти через утоплення [...] якщо жриця, котра не проживає в домі недоторканих жінок, відкриє винну лавку, або увійде в неї, то буде віддана вогню...». Приблизно в IV ст. до нашої ери в Китаї почали виробляти пиво з рису. З інших історичних джерел відомо, що в південній Греції і Італії виноградарством почали займатися в I ст. до н. е., а в Західній і Центральній Європі – близько IV ст. до н. е.. Стародавні греки вважали, що першим обробляти виноград почав бог Діоніс. Єгипетським богом вина був Осіріс, а римським – Бахус.

В Польщі виноградники появились приблизно в XII ст., але, з огляду на вартість вина, котре ще протягом багатьох років нерідко імпортували (приблизно до кінця XVI ст.), головним алкогольним напоєм було пиво. Слово пиво на самому початку означало «напій», «те, що п'ю». Пиво було відоме вже за часів династії Пястів, а перші пивоварні з'явилися при монастирях. Згідно з німецьким літописцем Тхемаром, Болеслава Хороброго німці називали «Tragbier», що означає – любитель пива. Пиво було також улюбленим напоєм Лешка Бялого, а пізніше і Владислава Ягелли. У XVI і XVII ст. ст. практично по всій території Польщі славилася пиво з Варки. Владислав Копалиньський в «Словнику міфів і культурних традицій» пише, що варецьке пиво прийшлося до смаку папі Клементу VIII, коли він був апостольським нунцієм в Польщі. На смертному ложі він, начебто, зітхав: «O santa piva di Polonia! O santa biera di Warka». Оточуючі його сановники вирішили, що він волає до когось зі святих і почали повторювати: «O santa Piva, ora pro eo» (лат. - «Свята Пива, молись за нього»). В іншій версії опису цієї події говориться про те, що, коли папа Клемент важко захворів на «нарив горла» і його стан був безнадійним, він в гарячці зітхав «O santa piva», на що ті, хто зібрався біля його ложа відповіли «O santa Piva, ora pro nobis», чим розсмішили його. Папа голосно розсміявся, «нарив» лопнув, і його життя було врятоване.

Про процес дистиляції, котрий дозволяє отримати більш міцні, ніж пиво і вино, алкогольні напої, дізналися пізніше. Важко встановити, хто і коли вперше отримав чистий алкоголь (дистилят). Сам процес дистиляції, найімовірніше, відкрив арабський лікар Фазес ще до нашої ери. Можливо, цей процес був відомий жрецям Стародавнього Єгипту, котрі під час релігійних обрядів поливали алкоголем покривало для голови, попередньо змочене водою, а потім підпалювали його. Палаючий спирт справляв враження вогняного ореолу, і люди були схильні обожнювати жреців і поклонятися їм. З письмових свідчень відомо також, що Аристотелю був відомий чистий алкоголь – він вмів готувати високопроцентне вино («палене вино»). В Європі чистий алкоголь появився в VIII ст. н. е..

В другій половині XIII ст. французький професор Арнольд де Вілланова вперше застосував алкоголь в медицині, як протигельмінтний і знеболюючий засіб, а також для профілактики нудоти і блювоти під час морської хитавиці.

Властивості та метаболізм алкоголю

Спиртами називається група органічних хімічних сполук, похідних вуглеводнів, до якої крім етилового спирту (етанолу) входять також метанол, пропанол і бутанол. У харчових цілях використовується тільки етиловий спирт, котрий вживається у вигляді горілок, коньяків, віскі (середній вміст спирту 40 – 50%), вина (10 – 20% спирту) і пива (3 – 7% спирту). Решта спиртів мають більш виражений токсичний вплив на організм людини. Через дуже схожий вигляд і смак етиловий спирт (етанол) часто плутають з метиловим (метанол). Останній використовується в основному як промисловий розчинник і тому легкодоступний. Помилкове вживання метанолу викликає, в кращому випадку, тривале погіршення і навіть втрату зору, а також значне послаблення слуху. Проте відомі випадки, коли вже після вживання від 30 до 100 мл метанолу наставала смерть в наслідок ураження дихального центру.

Етиловий спирт (етанол) – органічна сполука, легша від води, прозора, має характерний запах і пекучий смак. Є ще одна характерна риса алкоголю, про яку часто забувають. Окрім того, що він є натуральним, органічним розчинником, має ще іншу дію, тому що «алкоголь – сильнодіючий розчинник: розчиняє кохання, гроші, кар'єру, здоров'я»⁴.

В нормальних умовах в організмі людини міститься фізіологічний алкоголь, в концентрації, котра не перевищує 0,15‰. Всмоктування розпочинається одразу, як тільки алкоголь потрапляє в організм людини, тобто вже в ротовій порожнині. Швидкість всмоктування залежить, крім іншого, від швидкості просування харчового вмісту зі шлунку до дванадцятипалої кишки і тонкого кишківника, а також від вмісту жиру в їжі. Встановлено, наприклад, що у осіб, котрі вжили алкоголь після прийому їжі, що містила жири, білки і вуглеводи, алкоголь всмоктувався в три рази довше, ніж у осіб, котрі пили на голодний шлунок. У тонкому кишківнику до крові проникає найбільше алкоголю, натомість найвища його концентрація досягається в слині, сечі, крові, жовчі і спинно-мозковій рідині. Найвищий рівень концентрації алкоголю досягається через 30 – 45

⁴ Тверезі думки, 441

хвилин після його вживання. Процес метаболізму протікає повільніше, ніж процес всмоктування.

Приблизно через півтори години після вживання алкоголю його рівень в крові людини із середньою масою тіла 70 кг виглядає так:

Пиво (5%)	Вино (12%)	Горілка (40%)
300 мл – 0,3 ‰	200 мл – 0,4 ‰	100 мл – 0,5 ‰
900 мл – 0,7 ‰	600 мл – 1,2 ‰	250 мл – 1,4 ‰
1500 мл – 1,32 ‰		

Варто пам'ятати, що незважаючи на вживання однакової кількості алкоголю, його концентрація в крові у чоловіків і жінок буде різною. Ця різниця є наслідком неоднакового вмісту рідин в співвідношенні до маси всього тіла (у жінок він становить близько 60%, у чоловіків приблизно 70%).

Елімінація (виведення) алкоголю із організму

Максимальний рівень алкоголю в крові досягається через 1 - 1,5 години від моменту його вживання.

В метаболізмі¹¹ алкоголю приймають участь: система дегідрогеназ¹² (алкогольдегідрогеназа – АДГ, альдегіддегідрогеназа – АДД), система мікросомального окислення етанолу (МЕОС), котра активізується тоді, коли концентрація алкоголю перевищить 0,5‰, а також каталаза і недоокислені метаболічні шлаки. На метаболізм алкоголю впливає також цитохромоксидаза, рівень якої може зростати при хронічному вживанні алкогольних напоїв. Метаболізм протікає зі швидкістю близько 100 мг (у чоловіків) і 85 мг (у жінок) на кілограм маси тіла, в основному через алкогольдегідрогеназу. У незміненому вигляді виводиться приблизно 2 – 10 % алкоголю, головним чином через нирки і дихальну систему.

До прискорення метаболізму алкоголю, і тим самим збільшення продукції оцтового альдегіду і осіб, котрі п'ють багато, призводить активація МЕОС, а також явище ПМА – пришвидшеного метаболізму алкоголю (англ. SIAM - Swift Increase in Alcohol Metabolism). Далі метаболізм альдегіду відбувається за участю альдегіддегідрогенази (АДД). З чотирьох ізоферментів АДД істотними є два АДД1 (мітохондріальна) і АДД2 (цитоплазматична). Генетично зумовлений дефіцит активності АДД діє як «ендогенний еспераль». Хронічне вживання алкоголю призводить до дегенеративних змін в мітохондріях і спаду АДД, і таким чином утворюється хибне коло. Надлишковий

ацетальдегід з'єднується з біогенними амінами і утворюються тетрагідроізохінові похідні - сальсолінол і хармин (котрі мають морфіноподібну дію).

Кількість грамів 100% алкоголю, котрий спалюється протягом 1 години, в середньому становить:

для чоловіків = 0,1 x вагу (кг)

для жінок = 0,1 x вагу (кг) - 1

На підставі наведених вище даних можна визначити мінімальний час між вживанням алкоголю і моментом, коли його рівень в крові спаде нижче 0,2‰

Кількість і вид вжитого алкогольного напою	Орієнтовний час для того, хто випив, залежно від маси тіла		
	60 кг	70 кг	80 кг
0,5 л пива 50 г ч чистої горілки або 200 г (скянка) вина	2 г 50 хв	2 г 00 хв	1 г 30 хв
100 г чистої горілки	6 г 30 хв	5 г 30 хв	4 г 30 хв
1 пляшка вина	14 г 45 хв	12 г 30 хв	10 г 30 хв
0,25 л чистої горілки	18 г 45 хв	15 г 45 хв	13 г 30 хв
0,5 л чистої горілки	39 г 15 хв	33 г 30 хв	29 г 00 хв

Представлені вище дані мають виключно орієнтовний характер. У багатьох осіб, враховуючи індивідуальні властивості, ці періоди можуть подовжуватися. Навіть після закінчення визначеного в таблиці часу алкоголь і продукти його обміну (в основному оцтовий альдегід) далі залишаються в організмі і порушують його справність.

Дослідження показують, що порушення справності, котра має особливо важливе значення при виконанні дій, що вимагають швидких реакцій, точності, а також концентрації уваги зберігається певний час навіть після цілковитого виведення алкоголю з організму. Варто теж зазначити, що ризик дорожньо-транспортної пригоди залежно від рівня алкоголю в крові підвищується в декілька разів, а в порівнянні з водіями, котрі не пили алкоголю, ризик смертельної ДТП у питущих водіїв значно вищий.

Поглинання алкоголю і пов'язане з ним підвищення його рівня в крові викликає фізіологічну реакцію організму у вигляді стану сп'яніння.

Розділ 3

Реакції організму на алкоголь

Фізіологічна реакція

Представлене нижче співвідношення наочно показує розвиток отруєння (звичайного сп'яніння), залежно від рівня концентрації алкоголю в крові

КОНЦЕНТРАЦІЯ	ОЗНАКИ
0,3<0,5 ‰	Незначне порушення рівноваги, ейфорія, зниження критичного відношення до свого стану, ослаблення зорово-рухової координації, а також порушення зору: <ul style="list-style-type: none">• 0,3 ‰ – око гірше розрізняє вид і форму предметів, котрі знаходяться в глибині поля зору, знижується здатність помічати рухомі джерела світла;• 0,4 ‰ час адаптації зору до темноти після засліплення подовжується на 2/3;• 0,5 ‰ запізнюються реакції на нові зорові подразники; на 1/3 знижується здатність помічати рухомі джерела світла, з'являється також запізнення реакцій і послаблення здатності розрізняти предмети, що знаходяться на периферії поля зору.
0,5<0,7 ‰	Розлади рухової активності (непомітне ослаблення рефлексів), надмірна збудливість і балакучість, а також зниження самоконтролю і помилкова оцінка власних можливостей, що нерідко приводить до фальшивої оцінки ситуації, в яку може потрапити водій.
0,7<2,0 ‰	Порушення рівноваги, координації рухів, зниження больового порога, ослаблення інтелектуальних здібностей (помилки в логічному мисленні, порушення здібності робити правильні висновки), котрі посилюється по мірі зростання алкогольної інтоксикації; запізнення реакцій; підвищена дратівливість, зниження толерантності до поведінки інших людей, агресивні вчинки, сексуальне збудження, підвищення артеріального тиску, а також прискорення серцебиття.
2,0 <3,0 ‰	Розлад мови (невизначна, безладна), значне сповільнення і порушення рівноваги (хода з широко розставленими ногами, хиткість і падіння); посилена сонливість; значне ослаблення здатності до контролю власної поведінки (в більшості випадків взагалі важко говорити про будь-яку правильну самостійну діяльність і виконання скоординованих рухів).
3,0<4,0 ‰	Зниження артеріального тиску і температури тіла, ослаблення чи відсутність фізіологічних рефлексів, а також глибоке порушення свідомості, котре веде до коми.
>4 ‰	Глибока кома, порушення діяльності дихального і судинорухового центрів, можливість ураження цих центрів алкоголем.

	СТАН ЗАГРОЗИ ЖИТТЮ
--	---------------------------

Ще 1968 року в виданій видавництвом PZWL книзі з серії «Бібліотека лікаря практика» з назвою «Алкоголізм і наркоманія», Bolesław Ałapin писав: «... при концентрації 5% людина помирає від отруєння алкоголем». Проте виявляється, що до лікарень сьогодні все частіше потрапляють особи, у котрих концентрація алкоголю в крові значно перевищує рівні, які свого часу визнавалися як небезпечні для життя. У пресі можна було зустріти такі повідомлення: «Агенція Reuter 24 березня 1992 року, як новину дня, розповсюдила по всьому світі інформацію, що збитий автомобілем чоловік, котрий йшов серединою дороги в напрямку Новограду Бобжанського, мав в крові 7,2% алкоголю». «Jolanta M., 40 років, 1995 року встановила світовий рекорд серед жінок. Аналіз крові, проведений в об'єднаному воєводському шпиталі в Щеціні, показав, що вона має 8,2% алкоголю». «14,8% алкоголю в крові мав Tadeusz S., котрий 1995 року, керуючи автомобілем, спричинив дорожньо-транспортну пригоду під Вроцлавом. Результат аналізу виглядав настільки неймовірним, що дослідження було повторене п'ять разів, і за кожним разом з таким самим результатом. Чоловік помер через кілька днів внаслідок ушкоджень, отриманих в ДТП». «В листопаді 1994 року Jan M., 33-річний мешканець Ельблонга, напився до смерті – 15,9% алкоголю в крові. Рекорд Польщі». У 70-і роки на етикетці датської горілки з'явився, здається, наступний напис: «Смертельна доза - 4,5% алкоголю в крові! Не стосується поляків і росіян». Отже, схоже, що наші організми дедалі більше загартовуються проти дії алкоголю і толерують щораз більші його кількості.

Описані вище реакції організму на алкоголь – це типові, чи фізіологічні реакції. Вони залежать від індивідуальних особливостей організму, а рівень алкоголю в крові залежить від фізичного стану, а також психічного здоров'я особи, яка п'є, типу алкогольного напою, швидкості та обставин вживання. Відомі випадки осіб з надзвичайно високою толерантністю до алкоголю, у котрих було стверджено концентрацію алкоголю в крові, котра значно перевищувала наведені вище граничні значення, але їх, все ж таки, вдалося врятувати від смерті. Оскільки реакції на алкоголь можуть бути різними, і кожен реагує індивідуально, однакові дози алкоголю можуть викликати різні наслідки у різних людей, а у однієї і тої ж особи в різний час і за різних обставин можуть виникати різні реакції. Безперечним є тільки те, що випиваючи першу чарку алкоголю, не завжди можна передбачити, що станеться після того, як буде випита остання. Досить яскраво описав це Jan Nimilsbach в «Прийом на десять осіб плюс три» (Przyjęcie na dziesięć osób plus trzy): «Зазвичай буває так, що коли за одним столом, заставленим горілкою збереться купа незнайомих людей, то на початку панує штивний настрій. І тільки після того, як кожен

вип'є кілька чарок, люди розкручуються і починають бути собою. Так було і цього разу.
[...]

Ми голосно чекали на останній трамвай, але перш, ніж він над'їхав, з'явилася міліцейська «сука». Міліціонери переконали нас, що набагато швидше буде добратися до міста їх автомобілем. Ми їм повірили. Всіх нас завезли до витверезника».

Відповідно до нині діючої Міжнародної Класифікації Хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (Розлади психіки та поведінки МКХ-10), стан звичайного алкогольного сп'яніння (*ebrietas simplex*) визначається, як стан гострої інтоксикації внаслідок вживання алкоголю, чи «тимчасовий стан, викликаний вживанням алкоголю, котрий проявляється порушенням свідомості, пізнавальних процесів, сприйняття, афекту чи поведінки, або інших функцій, чи психологічних реакцій. Для розпізнання гострої інтоксикації алкоголем в МКХ – 10 запропоновано дві категорії детальних критеріїв, котрі стосуються: фізичних (соматичних) симптомів і дисфункціональної поведінки. Фізичні симптоми сп'яніння досить прості, натомість про дисфункціональну поведінку можна говорити тоді, коли присутні щонайменше два симптоми з наступних: 1. розгальмування, 2. конфліктність, 3. агресивність, 4. афективна лабільність, 5. порушення концентрації уваги, 6. звуження розумових можливостей, 7. зниження розумової та виробничої продуктивності. Неприятливі зовнішні фактори, а також розгальмовуюча дія алкоголю можуть посилювати суспільно неприйнятну поведінку, вивільнюючи злість, гнів, лютість і неконтрольовані агресивні вчинки, котрі часто призводять до здійснення протиправних діянь.

Нетипові реакції

Одночасно варто підкреслити, що навіть невелика доза алкоголю може спричинити несподівану і нетипову реакцію організму, особливо в осіб з органічними ушкодженнями центральної нервової системи. Тому крім сп'яніння фізіологічного зустрічаються й інші форми, описані як сп'яніння патологічне, ускладнене, незвичайне, виняткове чи ненормальна реакція на алкоголь.

Непередбачувані реакції після вживання алкоголю часто являються наслідком змішаних отруєнь в результаті реакції між алкоголем і ліками, або іншими хімічними речовинами.

Часом реакцією організму на невелику дозу алкоголю може бути так зване патологічне сп'яніння, котре представляє собою короткотривалу і скороминучу психічну хворобу. Виступає вона в двох формах. Одна із них нагадує епілепсію, тоді як в другій домінують так звані продуктивні психопатологічні симптоми, тобто маячення, галюцинації та ілюзії.

Такий стан може утримуватися кілька годин. Людина в цей час не справляє на оточуючих враження сп'янілої, проте вся її поведінка є наслідком хворобливих переживань, які супроводжуються сильним страхом. Поведінка в цілому має риси оскаженіння чи агресивності і часто призводить до вчинення правопорушень. Патологічне сп'яніння закінчується раптово так званім термінальним сном і характеризується втратою пам'яті на переживання і події, які відбулися.

Непропорційні кількості випитого спиртного викликають зміни поведінки, які супроводжуються руховим збудженням, і можуть спостерігатися при так званому стані ускладненого сп'яніння. Проте в даному випадку немає такого значного розриву з оточуючою дійсністю, як при патологічному сп'янінні. Демонстровані дії часто є маніфестацією прихованих і не до кінця усвідомлюваних рис особистості, таких як схильність до агресії.

Іншою формою атипової реакції на алкоголь є так звана ускладнена форма звичайного сп'яніння. Для неї характерний двохфазовий перебіг. Виникає тоді, коли на людину, котра знаходиться в стані звичайного сп'яніння, діє потужний подразник в формі психічної (наприклад, неприємне повідомлення) чи механічної травми (наприклад, спричиняючий сильний біль удар). У цей момент стан сп'яніння раптово поглиблюється, а на передній план виступає рухове збудження, поєднане з агресією.

У деяких осіб після вживання алкоголю інколи виникає стан сильного депресивного збудження з неочікуваними і нерідко завершеними спробами самогубства.

На закінчення цієї частини я хотів би приділити трохи уваги агресивним діям, котрі навіюють жах, і котрі демонструють люди в нетверезому стані, направляючи їх проти самих себе (наприклад, самоушкодження). Проте вони не мають нічого спільного з істинними спробами самогубства. Такі агресивні вчинки властиві людям з розладами особистості і часто представляють собою «спосіб виживання», оскільки використовуються для того, щоб шантажувати найближче оточення і до чогось змусити. Але інколи буває так, що така демонстраційна поведінка може ненавмисне закінчитися трагічно.

Алкоголь і ліки

Французький письменник, драматург і історик, автор романів, п'єс і комедій Вольтер (1694-1778) так жартував на тему лікування: «Лікарі приписують ліки, про які мало що знають, від хвороб, про які знають ще менше, людям, про яких не знають нічого». Якщо в цьому твердженні навіть незначна доля правди, то без жодних сумнівів вживання

алкоголю під час прийому ліків викликає ще більшу непевність відносно напрямку і ефективності їх дії.

У мене складається враження, що не всі усвідомлюють, що однаково, як прийом ліків нетверезими особами, так і вживання алкоголю особами, котрі приймають будь-які ліки, пов'язані з високою ймовірністю виникнення реакцій організму, які важко передбачити. Дія двох різних хімічних речовин, якщо вони застосовуються разом (в даному випадку ліки і алкоголь) якісно різна, ніж у тому випадку, коли вони вживаються окремо. Взаємний вплив цих речовин (інтерація) може викликати, як відсутність ефекту лікарського засобу і погіршення перебігу хвороби, так і появу різного типу серйозних ускладнень, таких наприклад, як порушення ритму серця, маячення, судоми чи навіть смерть.

Взаємодія алкоголю і ліків може привести до ефекту взаємопідсилення, а нерідко навіть перевищувати суму ефектів від обох засобів. Особливо це стосується поєднання алкоголю зі згадуваними вже раніше заспокійливими, снодійними і знеболюючими лікарськими засобами. Алкоголь прискорює поглинання деяких ліків (м.ін. протисудомних, похідних бензодіазепінів чи сульфонамідів), а також може послаблювати і навіть скасовувати дію інших. Деякі лікарські препарати, напр., хлорамфенікол (детромедин), хлорпропамід, діабетол, фентоламін (регитин), фуразолін, метронідазол, нітрогліцерин, сорбоніт чи гризеофлавін підвищують чутливість організму до алкоголю, діючи подібно до дисульфіраму, котрий через блокування діяльності альдегіддегідрогенази викликає небезпечні для здоров'я судинно-дихальні симптоми.

Винятково небезпечним є вживання алкоголю під час прийому дуже популярного знеболюючого засобу – парацетамолу (впроваджений як лікарський засіб 1893 року). Таке поєднання загрожує серйозним пошкодженням печінки. Парацетамол міститься в таких препаратах, як АПАП, гріпекс, колдрекс, панадол, аценол, тайленол і т.д.. Варто теж згадати, що саме по собі довготривале застосування високих доз парацетамолу може призвести до некрозу печінки. Токсичність парацетамолу може посилюватись при одночасному прийомі карбамазепіну, лікарського засобу, який застосовується у осіб із залежністю від алкоголю при дисфоричних станах, або тоді, коли в перебігу абстинентного синдрому виникають судомні напади. Так само дуже небезпечним є вживання алкоголю при лікуванні антидепресантами з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, сертралін), оскільки підвищується загроза кровотечі з вен стравоходу.

У осіб, котрі споживають великі кількості алкоголю можна зустріти явище перехресної толерантності. Трапляються випадки, коли особи, котрим рекомендується тимчасовий прийом заспокійливих, снодійних чи знеболюючих лікарських засобів, не отримують очікуваного ефекту, незважаючи на застосування рекомендованої лікарем дози. Це найчастіше стосується тих, хто не сторониться алкоголю. Такий стан речей є наслідком підвищеної толерантності до алкоголю, яка супроводжується високою толерантністю до деяких ліків (особливо снодійних, заспокійливих і знеболюючих).

З цим явищем найчастіше стикаються лікарі-анестезіологи, у котрих пацієнт не засинає, незважаючи на введення йому дози препарату, яка відповідає його вазі тіла і стану здоров'я, а також стоматологи і так звані «процедурні», котрі для анестезії змушені застосовувати більш високі дози. Зважаючи на це, потрібно завжди інформувати лікаря про можливість виникнення такої реакції, якщо будь-коли в житті мали місце періоди надмірного споживання алкоголю. Інформування лікаря прямо: «я узалежнений від алкоголю» може бути ризикованим, натомість повідомлення: «в моєму житті був період, коли я пив багато алкоголю» повинно підказати йому, що він може сподіватися у цього пацієнта підвищеної толерантності до деяких ліків.

Розділ 4

Чому люди п'ють і попадають в залежність?

Шукаючи відповіді на це запитання, вистачить взяти в руки книгу Єжи Пільха “Під міцним ангелом” (Jerzy Pilch “Pod mocnym aniołem”), де можемо прочитати:

- Чому ти п'єш? – знову запитала вона.
- Не знаю – відповів я.- Не знаю, а швидше знаю тисячу відповідей. Жодна з них не є до кінця правдивою, і в кожній з них є своє зерно правди. Але теж неможливо до кінця сказати, що всі вони утворюють якусь єдину, велику, цілу правду. П'ю, бо п'ю. П'ю, бо люблю. П'ю, бо боюся. П'ю, бо обтяжений генетично. [...] П'ю, бо в мене слабкий характер. П'ю, бо в моїй голові щось не на своєму місці. П'ю, бо я занадто спокійний і хочу трохи оживитися. П'ю, бо я нервовий і хочу заспокоїти нерви. П'ю бо мені сумно, і я хочу розвеселити душу. П'ю, коли я щасливо закоханий. П'ю, бо даремно шукаю кохання. П'ю, бо я занадто нормальний і потребую крихти божевілля. П'ю, коли в мене щось болить і хочу угамувати біль. П'ю, бо відчуваю по комусь тугу. П'ю також з надміру реалізації, коли хтось є біля мене. П'ю, коли слухаю Моцарта і коли читаю Лейбніца. П'ю з приводу тілесного піднесення і коли відчуваю сексуальний голод. П'ю, коли випиваю першу чарку, і п'ю, коли випиваю останню, тоді п'ю ще більше, адже останньої чарки я ще ніколи не випив.

Дотепер не знайдено однозначної відповіді на питання, чому одні люди п'ють більше, а інші менше, чому одні стають узалежненими від алкоголю, а інші ні, незважаючи на те, що п'ють майже так само. Проте було багато спроб знайти відповідь на ці запитання. Питаючи, своєю чергою, про привід вживання алкоголю, ми пізнаємо багато причин, що спонукають людей до вживання алкоголю. Вже Демосфен (384 – 322 р.р. до н.е.), найвідоміший грецький оратор писав: «Нехай вино зросить мій дух, щоб натрапити на якийсь геніальний задум». А Джек Лондон (1876 – 1916) писав в одній зі своїх книжок: «Залишається мені тільки в алкоголі шукати заспокоєння, котре клята сулія завжди обіцяє, але ніколи не дає».

Бенедикт Дибовський (1833-1930) – лікар, мандрівник і природознавець, вважав, що люди п'ють тому, що:

- існує успадкована схильність до п'янства і, разом з тим, відсутність волі до подолання цієї схильності;
- функціонують укорінені упередження про нешкідливість алкогольних напоїв, особливо вина, пива, питного меду і сидру;
- побутує віра в те, що талановиті люди і генії під впливом алкоголю отримують більше зиску;
- в стані сп'яніння відчувається приємність;
- настає легкість перенесення від повсякденності до світу мрій;
- дуже великий вплив має алкогольне лобі, змушуючи людей до вживання алкоголю.

На думку Яна Щепаньського (Jan Szczepański (1913-2004)), соціолога, професора Лодзького університету, люди п'ють, бажаючи втекти від дійсності, щоб додати собі відваги, а також в силу закоренілої звички.

Антоній Кемпінський⁵ (Antoni Kępiński) виділяв «неврастенічний» стиль вживання алкоголю (для зменшення перевтоми і дратівливості), «контактний» (для досягнення кращого контакту з іншими людьми), «діонісійський» (для досягнення приголомшення і втечі від дійсності), «героїчний» (для досягнення почуття могутності і сили), а також «самовбивчий». Інші дослідники виділяють три найбільш поширені групи причин вживання алкоголю, зазначаючи, що деякі з них можуть виступати як:

1. «спроба втечі», наприклад, з метою забути про турботи, зменшити напруження, покращити настрій і заспокоїтися;
2. «соціальне» вживання, напр., за компанію, для задоволення, при нагоді;
3. вживання «в пошуках приємності», напр., через смак алкоголю, чи з віри в його цілющу дію (див. розділ «Міфи і правда про алкоголь»).

Отже, спрощуючи, можна стверджувати, що люди звертаються до алкоголю переважно з двох причин: з соціальних міркувань (напр., під час урочистостей, або піддаючись намовлянням), а також з індивідуальних мотивів, тобто в цілях відчуття ефектів його дії. Своєю чергою, якщо запитати особу uzалежнену від алкоголю, для чого вона п'є, то вона зуміє подати тисячі причин, які виправдовують вживання спиртного, і навіть спроможна написати на цю тему докторську дисертацію. Проте найпростіше кажучи, особа,

⁵ Antoni Kępiński (1918-1972) – професор психіатрії Ягелонського університету, гуманіст і філософ, автор багатьох книжок, в т.ч. «Пізнання хворого», «Ритм життя», «Боязнь», «Меланхолія», «Шизофренія», «Психопатія»

узалежнена від алкоголю, могла б відповісти на це питання так : «я пив тільки з двох причин: щоб бути тим, ким не був, і не бути тим, ким був...», або «...для того, щоб почувати себе погано, почуватися добре, і для того, щоб почувати себе добре, почуватися краще».

Набагато важче дати однозначну відповідь на питання, що стосуються причин залежності, тому що механізми її виникнення ще не достатньо добре пізнані. Сьогодні прийнято вважати, що ми маємо справу з соціальними, психологічними, а також духовними факторами, які накладаються на біологічну основу. Вплив окремих факторів важко окреслити, оскільки у одних осіб ключову роль відіграють чинники біологічні, у інших психологічні, духовні чи також соціальні. Не викликає жодних сумнівів те, що на поширеність пошкоджень органів і систем, а також на швидкість виникнення залежності істотний вплив має ступінь зрілості організму, а у випадку залежності насамперед - зрілість центральної нервової системи (здебільшого головного мозку). Результати досліджень вказують на те, що значну роль тут відіграє вік, в якому розпочалося інтенсивне вживання алкоголю. До того, як справа дійде до залежності, можна зауважити кілька послідовних етапів вживання, починаючи від першого контакту з алкоголем (чи іншою психоактивною речовиною) ще в дитячому, чи підлітковому віці, через вживання експериментальне (пробування різних алкогольних напоїв, чи різних речовин), соціальне (в межах певних груп ровесників, в родині, в праці), звичне (з наявністю рис психічної залежності), аж до повної залежності (з присутністю психологічних і фізичних симптомів).

Молоді особи, молодші 20 років, котрі інтенсивно споживають алкоголь, можуть потрапити в залежність вже через п'ять – шість місяців. Поміж 20 і 25 роком життя на це потрібно в середньому близько трьох, чотирьох років, а в більш старшому віці період формування залежності може тривати кілька і навіть кільканадцять років, проте варто пам'ятати про індивідуальну обумовленість, котра може скорочувати, або подовжувати ці періоди.

Проведені в 90-х роках в США дослідження показали, що ризик виникнення залежності від алкоголю і зловживання алкоголем впродовж життя був вищим у чоловіків (18,6% і 7%), ніж у жінок (8,4% і 2,3%).

Існують різні підходи в розумінні причин вживання алкоголю і виникнення залежності від нього. Наприклад, в підході, в котрому підкреслюється цінність поміркованості в стосунках з алкоголем, наголос ставиться на абстиненції і обмеженні доступу до спиртних напоїв. Це має оберігти від багатьох негативних наслідків і запобігти залежності. Своєю чергою з моральної точки зору надмірне споживання алкоголю виникає внаслідок

нехтування суспільними нормами, і є поведінкою непорядною і безвідповідальною. Інші вважають, що алкогольна залежність є наслідком відсутності знань на тему алкоголю, бо якби люди більше про нього знали, то пили б менше і уникнули б багатьох проблем. Панує теж точка зору, що деякі люди не здатні пити в міру, тому що мають вроджену фізичну, або «характерологічну» неспроможність до такої поміркованості, чи несприятливу комбінацію генів. Ще інші вважають, що виникнення алкогольних проблем викликане культурними чинниками, або неправильною державною політикою в цьому питанні.

Можна також ідентифікувати фактори, які сприяють стримуванню від споживання алкоголю. То можуть бути, наприклад, фізіологічні реакції на алкоголь, фінансові обмеження, захоплення іншою діяльністю, реалізація інших зацікавлень, несхвальність з боку найближчого оточення (сім'я, знайомі, співробітники), відхилення гедоністичного стилю життя, участь в релігійних чи культурних групах, де заборонено чи погано сприймається вживання алкоголю, а також багато інших. При нагоді варто згадати, що на переломі ХХ і ХХІ сторічч відсоток абстинентів в польському суспільстві становив майже 20% (абстиненцію декларували 23% дорослих жінок і 8% дорослих чоловіків). Для порівняння, 40 років тому Świącicki (1968) опублікував дані, згідно з якими в Польщі були абстинентами близько 10% осіб старших 18 років (14-18% жінок і 3-4% чоловіків).

Вплив біологічних факторів

(ця частина тексту призначена, в основному, для професіоналів)

Біологічна податливість до негативних наслідків вживання алкоголю, в тому числі і до залежності, пов'язана з генетичною схильністю, статтю, віком, загальним станом здоров'я, дієтою, а також наявністю деяких захворювань.

Генетична обумовленість

Сімейні дослідження (близнюків, природних братів і сестер, а також адаптованих дітей) дозволяють припускати, що біологічні генетичні чинники відіграють певну роль в виникненні залежності від алкоголю (див. теж розділ «Діти алкоголіків»). Вже в 40-х роках минулого століття були спроби виділити окремо так званий сімейний алкоголізм, котрий розпізнавали у осіб, котрі мають родичів, що зловживають алкоголем. Проведені в Швеції в 1950 - 1981 р.р. дослідження показали, що в загальній популяції ризик захворюваності на алкогольну залежність становить 7%, у внуків осіб, uzалежнених від алкоголю – 12%, а в другому поколінні – 25%. Існують також дослідження, які стверджують, що 2/3 дітей осіб, uzалежнених від алкоголю, не мають проблем з алкоголем.

Проведені в останні роки дослідження підтвердили, що однойцеві близнюки, котрі мають однаковий набір генів, приблизно в два рази частіше схожі між собою з точки зору виникнення у них залежності від алкоголю, ніж двояйцеві близнюки. Дослідження також показують, що як у чоловіків, так і у жінок 50 – 60% ризику генетично обумовлено. Зокрема, результати досліджень вказують на те, що гени, котрі впливають на активність нейротрансмітерів серотоніну і ГАМК (гамма-аміномасляна кислота) частково відповідають за ризик виникнення залежності від алкоголю. Самі по собі гени не вирішують заздалегідь, чи попаде хтось в залежність, чи ні. Вплив на розвиток залежності мають також згадувані раніше психологічні, духовні і соціальні (середовищні) чинники.

Не підлягає сумніву той факт, що успадковується біологічна (біохімічна) основа, на котрій може розвинутиися залежність, тобто, що можливе успадкування певної схильності до залежності. Встановлено, наприклад, що у синів батьків – осіб, uzалежнених від алкоголю, – останній спричиняє менші порушення, ніж у синів батьків, не uzалежнених від алкоголю, що може свідчити про успадкування толерантності до алкоголю. Ефект такого явища полягає в тому, що сини батьків, uzалежнених від алкоголю, на початку його вживання мають досить приємні враження від дії алкоголю, а в подальшій фазі значно слабкіші негативні наслідки його впливу, оскільки мають більш високу толерантність до алкоголю (тзв. міцну голову). Такий спосіб реагування може спричинити збільшення споживання спиртних напоїв і тим самим сприяти більш високій загрозі залежності у синів батьків, uzалежнених від алкоголю.

Одночасно можна зустріти дослідження, котрі вказують на те, що у близько 60% осіб, uzалежнених від психоактивних речовин, серед найближчих родичів не знайдено випадків залежності.

В останні роки з'явилися наукові повідомлення на підставі двох досліджень ідентифікації генів, котрі могли б бути відповідальними за наявність схильності до залежності. Ці дослідження, між іншим, поєднують виникнення залежності від алкоголю з генами, локалізованими в різних хромосомах (4,6, 7, 11, 13, 16 а також в Y-хромосомі), а також з геном, що кодує один з рецепторів нейромедіатора дофаміна. Уразливість до залежності може пов'язуватися зі змінами в генах, котрі відповідають за кодування ферментів, що беруть участь в метаболізмі алкоголю. Результати інших досліджень вказують на те, що висока толерантність до алкогольних напоїв на ранніх етапах життя може вказувати на можливість більш швидшого розвитку залежності від алкоголю. Було також звернено увагу на записи ЕЕГ, тому що констатовано певні закономірності хвилі P300 (P3). З точки зору деяких дослідників низьку амплітуду P300 можна трактувати як нейрофізіологічний

маркер ризику розвитку алкоголізму. На основі цього вдалося передбачити вживання алкоголю через 4 роки у 36 хлопчиків, досліджених у віці 12 років. Останнім часом в межах виконаних NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) досліджень COGA (Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism) вдалося ідентифікувати ділянки хромосом, котрі здатні впливати на амплітуду цієї хвилі. Проте, на цей час, це тільки гіпотези, котрі вимагають подальших досліджень.

Робляться спроби використання таких даних з метою профілактики (обстеження дітей і попередження про біологічну схильність до залежності).

Активність дегідрогеназ

Відомо, що люди по-різному реагують на алкоголь. Дехто після його вживання відчуває задоволення і розслабленість, інші ж почувають себе погано (погіршується настрій, з'являється сонливість, головний біль і т.ін.. Дослідження показали, що у багатьох мешканців азійських країн (20 – 40% японців, близько 30% популяції Китаю, 15-30% жителів Південної Кореї), а також у ашкеназійських євреїв, корінних американських індіанців і корінних народів Південної Америки після вживання алкоголю з'являється почервоніння обличчя, нудота і запаморочення. Це результат дисфункції ферменту альдегіддегідрогенази (АЛДГ). Отже зрозуміло, що одні будуть прагнути до повторення, за допомогою алкоголю приємних для себе станів, а інші будуть намагатися його уникати. Дисфункцію АЛДГ можна трактувати як елемент механізму, котрий оберігає від надмірного споживання алкоголю.

Різні реакції на алкоголь виникають з біохімічної відмінності організмів і пов'язані з диференціацією раніше згадуваних і таких, що беруть участь в метаболізмі алкоголю ферментів алкогольдегідрогенази (АЛД). Індивідуальна різниця реакцій на алкоголь, а також самопочуття після його вживання, залежно від активності дегідрогеназ, представлена в Таблиці на стор. 66. Як видно з цієї таблиці, генетично обумовлена активність дегідрогеназ може істотно впливати на те, чи буде дана особа часто звертатися до алкоголю⁵. Викликане вживанням алкоголю покращення самопочуття, при мінімальних симптомах так званого похмілля (якщо має місце висока активність дегідрогеназ), може буди фактором, заохочуючим до вживання алкоголю. Своєю чергою активна алкогольдегідрогеназа «провокує» до вживання великих кількостей алкоголю (через його швидке перетворення на оцтовий альдегід ейфоризуюча дія алкоголю триває короткий час), але сповільнений розклад, викликаний низькою активністю альдегіддегідрогенази, спричиняє тяжке похмілля і може знеохочувати до вживання алкоголю.

Реакції на алкоголь залежно від активності дегідрогеназ (приклади)

	АДГ (алкоголь- дегідрогеназа)		АЛДГ (альдегід- дегідрогеназа)		
етиловий алкоголь	→	оцтовий альдегід	→	оцтова кислота	→ CO ₂ + H ₂ O
	активна		активна		
	коротка дія алкоголю		швидке видалення альдегіду	→	незначне отруєння
	мало активна		активна		
	тривала дія алкоголю		швидке видалення альдегіду	→	незначне отруєння
	активна		мало активна		
	коротка дія алкоголю		повільне видалення альдегіду	→	сильне отруєння
	мало активна		мало активна		
	тривала дія алкоголю		повільне видалення альдегіду	→	сильне отруєння

Опіїдна система

Існуюча всередині людського організму так звана ендогенна опіїдна система, складається з пептидів (найважливіші з них це ендорфіни, динорфіни)⁶, які діють на специфічні клітинні рецептори (мю, дельта, каппа). Ця система бере участь в модуляції болю і зменшенні його відчуття, а також активується в стресових ситуаціях. Вона також відіграє важливу роль в механізмах дії алкоголю. Останній активує цю систему (напр., посилює виділення бета-ендорфінів в гіпофізі і гіпоталамусі), котра внаслідок взаємодії з іншими нейронами стає частиною нейро-біологічного механізму, який може призвести до високого рівня споживання алкоголю.

Дослідження, проведені на тваринах, визначили три можливі шляхи дії алкоголю на активність опіюїдних рецепторів. По-перше, оцтовий альдегід може зв'язуватися з нейромедіаторами (катехоламінами), створюючи субстанції, котрі можуть впливати на опіюїдні рецептори. При цьому утворюються алкалоїди, що здійснюють потужний вплив на функціонування центральної нервової системи (похідні тетрагідроізохіноліну - TIQ та тетра- β -карболіну THBC, такі як сальсолінол – SAL), котрі, ймовірно, вивільнюють сильне бажання вжити алкоголь. Механізм цього явища може бути пов'язаний з впливом на структури мозку, відомим як «система винагород» чи «система позитивного підкріплення» (до яких відносяться латеральні області гіпоталамуса, лімбічна система і стовбур мозку). Ця система охоплює, в основному, групи дофамінергічних і норадренергічних нейронів. Електричне подразнення багатих на ці нейрони областей мозку викликає у тварин суб'єктивне почуття «задоволення» і прагнення до повторення подразнення з метою знову відчувати задоволення (тзв. реакція «самоподразнення» мозку). Підтвердженням цих спостережень є той факт, що люди, котрим в діагностичних, чи лікувальних цілях вживлювали електроди, під час подразнення деяких областей мозку відчували насолоду, розслабленість і покращення настрою. В одному з досліджень, проведених в США, мавпам вводили в мозок TIQ. Виявилось, що мавпи, маючи можливість вибирати поміж водою і алкоголем, надавали перевагу останньому, пили його з охотою, і до того ж в великих кількостях.

По-друге, алкоголь може збільшувати вивільнення бета-ендорфінів і енкефалінів, і тим самим збуджувати опіюїдні рецептори (після одноразової порції алкоголю підвищується концентрація бета-ендорфінів в крові, що свідчить про стимуляцію ендогенної опіюїдної системи). Своєю чергою опіюїдна система може впливати на активність дофамінергічних нейронів, пов'язаних з вище згаданою системою винагород.

По-третє, алкоголь може безпосередньо підвищувати чутливість опіюїдних рецепторів до ендогенних опіюїдів.

Роль нейромедіаторів

Проведені дослідження дозволили встановити, що нейромедіатори відіграють суттєву роль в виникненні залежностей. Наприклад, доведено, що рівень одного з нейромедіаторів серотоніну в мозку корелює з рівнем алкоголю, тобто одноразове вживання алкоголю призводить до збільшення рівня серотоніну в мозку, тоді як хронічне споживання викликає зменшення його рівня. Відомо також, що з низьким рівнем серотоніну в структурах мозку пов'язана депресія. Оскільки у багатьох осіб, uzалежнених від

алкоголю, спостерігаються симптоми депресії, можна припустити, що з однієї сторони особи з симптомами депресії намагаються «лікувати» її за допомогою алкоголю, а з другої, що хронічне вживання алкоголю, викликаючи зниження рівня серотоніну в мозку, може призводити до депресії.

Експериментальні дослідження на лабораторних щурах показали, наприклад, що у тварин з нижчим вмістом серотоніну в мозку і меншою кількістю серотонінергічних нейронів (нейронів, чутливих до впливу серотоніну) залежність від алкоголю розвивалась швидко, в той час як тварини з більшою кількістю цих нейронів не проявляли до нього зацікавленості. Виявилось, що деякі генетичні лінії щурів, які охоче п'ють алкоголь, мають значний дефіцит функції серотонінергічних нейронів.

Споживання алкоголю може сприяти збільшенню вивільнення іншого нейромедіатора – дофаміну, і тим самим посиленню дофамінергічної передачі. Інші психоактивні речовини також впливають на збільшення вмісту дофаміну в синаптичному просторі, а дофамінергічна система відповідальна за почуття задоволення («позитивне підкріплення», «система винагород»), пам'ять і навчання, а також регулювання активності. Деякі дослідники вважають, що посилення дофамінергічної передачі може бути важливим підкріплюючим механізмом, котрий призводить до виникнення залежності. Внаслідок хронічного споживання алкоголю підвищується чутливість дофамінергічних рецепторів і механізми, що «винагороджують» починають домінувати над аверсивними («відхиляючими»).

Недавно було висунуто теорію, згідно з якою алкоголь особливо сильно впливає на іонотропні рецептори, котрі також беруть участь в передачі імпульсів поміж клітинами нервової системи, а саме ГАМК-рецептори (гамма-аміномасляної кислоти), а також рецептори стимулюючих амінокислот (наприклад, глутамінової). Лабораторні дослідження на тваринах показали, своєю чергою, що існує зв'язок між схильністю до вживання психоактивних речовин (в тому числі і алкоголю) з гормональною функцією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи. Опираючись на сучасний рівень знань, не можна виключити, що реактивність цієї системи відіграє роль як в процесі формування залежності, так і в самому її перебігу.

Знаючи про взаємозв'язок поміж алкоголем і нейромедіаторами, ми зможемо краще зрозуміти, чому деякі люди намагаються покращити своє самопочуття за допомогою алкоголю, чи інших речовин з подібною дією.

Нейрональні механізми

Існують три концепції, котрі пояснюють роль цих механізмів в виникненні залежності від психоактивних речовин. Перша з них припускає, що залежність виникає внаслідок спроб позбутися негативних наслідків вживання цих субстанцій. Відповідно до другої концепції суттєву роль відіграє вже згадувана раніше потреба повторення позитивних приємних відчуттів, пов'язаних з вживанням даної субстанції («позитивне підкріплення», «система винагород»). Третя концепція, яку називають нейро-адаптаційною моделлю, припускає, що існує нейрональний механізм, котрий підсилює потребу в прийманні речовини відповідно до кількості її вживання.

Інші біологічні фактори

Алкоголь по-різному метаболізується в чоловічому і жіночому організмі. В організмі жінок міститься значно менше алкогольдегідрогенази (АДГ), котра відповідає за розклад етилового алкоголю, і тому алкоголь довше залишається в незміненому вигляді. З віком слабшає дія АДГ, тим самим підвищується вразливість до впливу алкоголю. Істотне значення для появи змін, викликаних алкоголем, має спосіб харчування. Особливо схильні до такого впливу виснажені особи з дефіцитом вітаміну В1 (тіаміну). З метою обмеження шкоди для стану здоров'я і зменшення наслідків шкідливого вживання алкоголю в Австралії, наприклад, впроваджено муку, збагачену тіаміном. Оскільки алкоголь підвищує кров'яний тиск, особи, котрі страждають від гіпертензії, можуть почувати себе погано після його вживання і тому обмежувати споживання алкоголю. Також будуть старатися уникати алкоголю особи, котрі приймають протидіабетичні лікарські засоби, через симптоми взаємодії цих ліків з алкоголем.

Вплив соціальних факторів

Розповсюдженість проблем, пов'язаних з алкоголем, залежить від традицій і відношення суспільства до вживання спиртного, тобто від культурологічних факторів. Можна зустріти культури, де тверезість є домінуючим еталоном поведінки (напр., деякі види протестантства в Європі і США, а також іслам), культури, в яких нетерпимість до п'янства в цілому поєднується з терпимістю до індивідуального п'янства (наприклад в польському, чи голландському суспільстві), культури, в яких допускається вживання спиртних напоїв, але одночасно воно контролюється (наприклад, єврейська культура), а також «пияцькі культури», в котрих вживання алкоголю є на порядку денному. У нашому суспільстві, на жаль, діє правило, котре характеризує фраза Тадеуша Гіцгера (Tadeusz Gicgier): «Про одного земляка: не цокається чаркою, мабуть ненормальний».

В багатьох суспільствах відношення до алкоголю було амбівалентним. Прикладом можуть бути записи в Торі, де, з одного боку, можна прочитати, що алкоголь є даром Божим, а з другого, що він може призводити до багатьох неприйнятних в суспільстві вчинків, а саме п'янство є ганебним. Щоправда негативні наслідки дії алкоголю були помічені досить рано, проте від часу появи перших алкогольних напоїв вони використовувались для лікування деяких хвороб (наприклад, як антидот при укусі змії, в лікуванні венеричних захворювань, подагри чи іспанського грипу).

Не без причин в розділі, котрий стосується профілактики алкогольних проблем, більш широко обговорюється доступність алкогольних напоїв (ціна, легкість здобуття, обмеження продажу).

Особливе значення має сімейне середовище, котре, створюючи сприятливі умови для правильного розвитку її членів, може підвищувати, або знижувати ризик виникнення залежності. Саме тому суттєва роль приписується соціальному успадкуванню, котре полягає в передачі наступному поколінню норм і звичаїв, які мають силу в батьківському домі. Одночасно доведено, що особи, які страждають на алкоголізм, частіше всього походять з сімей, в яких один чи обидва батьки були узалежненими від алкоголю, або із абсолютно непитущих сімей. Цей факт можна пояснити тим, що жодна з цих родин не мала правильної моделі вживання алкоголю.

Вплив психологічних факторів

*В пляшці сповнені жалю шукають розради,
боязливі – відваги, несмілі впевненості.*

Samuel Johnson

Механізми, котрі обумовлюють вчинки людини, тісно пов'язані з рисами її характеру. Це стосується кожного, отже і осіб, узалежнених від алкоголю. Проте не всі знають, що в основі більшості здійснюваних ними вчинків лежить емоційна незрілість. Численні дослідження показали також, що розлади поведінки (в тому числі і асоціальна поведінка), а також підвищена агресивність в дитинстві корелює з алкоголізмом в дорослому віці. Дехто вважає такі варіанти поведінки факторами підвищеного ризику залежності від алкоголю.

На процес дозрівання особистості в однаково впливають як внутрішні, так і зовнішні фактори (які абсолютно не залежать від самої особи). З цієї причини неправильне протікання цього процесу не можна розглядати як прояв злої волі і, тим більше, звинувачувати в цьому незрілу особу. Незрілі особистості мають значно більше проблем з подоланням різноманітних життєвих труднощів, ніж інші люди. Дуже часто їм для цього потрібні «підпірки». Для одних такою підпорою будуть ліки, а для інших – легкодоступний алкоголь. На початковому етапі вживання алкоголю він полегшує функціонування, але одночасно порушує, і навіть унеможливорює дозрівання, тобто процес правильного формування особистості і закріплення корисних для людини рис. Звідси серед осіб, uzалежнених від алкоголю (але не тільки), неважко зустріти сорока- чи п'ятдесятирічну людину, реакції котрої не сильно відрізняються від того, що ми спостерігаємо у її неповнолітнього сина чи дочки.

Як відомо, схильність до агресивних дій, надмірної відвертості в соціальних контактах чи до азартних ігор проявляється частіше після вживання алкоголю. Це є наслідком того, що алкоголь розблоковує існуючі загальмування, полегшує експресію емоцій, сприяє покращенню самооцінки, вивільнює почуття сили і т.ін.

В залежність від алкоголю попадають дуже різні люди, але, в решті-решт, всі ці особи стають подібними один до одного. Майже всі жертви залежності від алкоголю демонструють час від часу вчинки, котрі визначаються як деструктивні й асоціальні. Натомість, коли алкоголь перестає діяти, дехто з них зразково справляється з ролями батька, чоловіка чи дружини, працівника.

Janet G. Woititz в книзі «Сімейна пара в човні» наводить перелік особливостей характеру, котрі часто зустрічаються в uzалежнених осіб. Поряд з емоційною незрілістю автор називає також надмірну залежність, низьку опірність до фрустрації, труднощі з висловленням почуттів, високий рівень неспокою в міжперсональній (міжлюдській) взаємодії, почуття ізоляції, низької самооцінки чи відчуття неповноцінності, перфекціонізм, мінливий стосунок до авторитетів чи почуття провини. Одночасно можна зустріти дослідження, котрі не знаходять жодної суттєвої різниці в популяціях осіб, uzалежнених від алкоголю і не uzалежнених від нього.

Протягом багатьох років найбільш популярною концепцією, яка пояснює причини вживання алкоголю, була гіпотеза редукції почуття внутрішньої напруги (Conger 1956). Відповідно до цієї гіпотези дія алкоголю сприймається як позитивна, оскільки він знімає емоційну напругу. Доведено, що алкоголь здатний послаблювати реакцію на стрес і

завдяки цьому зменшувати відчуття внутрішньої напруги, яке є наслідком такої реакції. У той же час відомо, що причиною напруги можуть бути й інші фактори, наприклад, матеріальні, сімейні чи професійні проблеми, а також і те, що не всі відчувають полегшення після вживання спиртного, а редукція напруги є всього лиш одним з багатьох наслідків впливу алкоголю. Цікаву гіпотезу висунув Шер (1987) і назвав її *stress response dampening*, що можна перекласти як «приглушення стресової реакції». Відповідно до цієї гіпотези вживання алкогольних напоїв під час дії стресогенного чинника має підкріплюючий споживання алкоголю характер, оскільки останній оберігає від поганого самопочуття, гальмуючи (приглушуючи, погашаючи) фізіологічну реакцію організму на певний стресогенний подразник. У зв'язку з цим, особи, котрі так реагують на стрес, будуть мати більш виражену схильність до вживання алкоголю частіше і, ймовірно, в більших кількостях, зазнаючи неприємних відчуттів, пов'язаних зі стресом, якщо переконаються, що алкоголь дає їм відчуття полегшення. Одночасно варто пам'ятати, що спроба справитись зі стресом за допомогою алкоголю є всього лише одним з мотивів вживання алкоголю.

З точки зору інших дослідників, особи, схильні до залежності від алкоголю, трактують спиртне як засіб, котрий полегшує їм функціонування, а також пом'якшує екзистенціальний «біль існування». У цих осіб з часом може сформуватися *механізм хибного кола*. Відповідно до подальшого розвитку залежності алкоголь, будучи джерелом позитивних емоційних станів, починає поступово витісняти колишні джерела цих станів. З кожним разом все частіше і частіше стається так, що добре самопочуття з'являється безпосередньо після угамування (за допомогою алкоголю) станів поганого самопочуття. Останнє щоразу частіше має зв'язок із вживанням алкоголю і наростаючими неприємними наслідками. Послаблення здатності протидіяти негативним емоційним станам починає систематично «підтримуватися» алкоголем, відповідно до вислову, автором якого є Горацій: „*Vino pellite cura*” («Вином розсіюйте турботи»). Алкоголь стає з часом найповажнішим, а інколи навіть єдиним джерелом позитивних емоційних станів.

Іншою причиною звернення до алкоголю може бути, генетично обумовлена, підвищена потреба в збудженні (стимуляції). Для доброго функціонування потрібна відповідна кількість і певна інтенсивність подразників. Затяжний спокій, викликаний відсутністю відповідно сильних подразників, викликає дискомфорт. Споживання алкоголю, завдяки його збуджуючій дії, призводить до покращення самопочуття – і тоді шлях до залежності стає відкритим. Подібний механізм спостерігається у випадку патологічного азарту, чи

захопленні екстремальними видами спорту, пов'язаними з переживанням ситуацій підвищеного ризику.

Різні психологічні теорії також намагаються пояснити походження залежності від алкоголю. Zygmunt Freud (1856-1939) вважав, що люди вживають речовини, які викликають залежність, тому що ті мають заспокійливу дію і завдяки цьому люди перестають відчувати тривогу. З точки зору деяких психоаналітиків залежність може бути наслідком підсвідомої тенденції до самознищення (аутодеструкції). Інші аналітики бачать вплив так званого внутрішнього конфлікту між імпульсами залежності і стимулами агресії. Згідно з теорією соціального наuczіння алкоголізм – це засвоєна реакція на деякі подразники, а також засвоєний спосіб справлятися з неприємними емоційними станами. На думку засновника теорії соціального наuczіння, канадського психолога Alberta Bandury, заспокійлива і знеболююча дія алкоголю допомагає справитися з середовищними стресами, проте з часом призводить до метаболічних змін. Теорія поведінки зараховує зловживання алкоголем до явищ з категорії девіацій. У пізнавальній моделі здійснюються пошуки зв'язку між позитивними очікуваннями відносно ефекту вживання алкоголю і його інтенсивністю, а також між негативними очікуваннями і утримуванням від споживання спиртного. У своїй теорії сили Девід Макклеланд (David McClelland (1917-1998) виходить з положення, що людина вживає наркотичні засоби, тому що прагне влади над собою чи власним оточенням. Відповідно до екзистенціального підходу, залежність є одним зі способів заповнення життєвої пустки. У психодинамічному підході залежність розглядається, як патологічний спосіб заспокоєння власних психічних потреб. Інші трактують алкоголізм, як прояв хронічної емоційної хвороби (Kelle), або вважають, що він не що інше, як «вектор проявів проблем особистості» (Т. Armstrong). Відповідно до Р. Найта «алкоголізація – це симптоматична спроба розв'язання емоційного конфлікту». З точки зору С.Куперсмита «ключ до розуміння алкоголіка – це погляд, що алкоголіки не здатні зносити стани емоційної напруги». Ролло Мей(1909-1994), ведучий представник екзистенціальної психології, пов'язує виникнення алкоголізму з почуттям соціального відчуження. У гуманістичній психології розлади (поміж них і залежність від алкоголю) трактуються як дефіцити розвитку особистості, котрі виникають внаслідок незадоволення психологічних потреб. Карл Роджерс (1902-1987), засновник психотерапії орієнтованої на клієнта, припускає, що для людини характерне вроджене прагнення до досконалості. В осіб, узалежнених від алкоголю, блокується властива кожній особі тенденція до саморозвитку і самореалізації.

Особливу роль в процесі формування залежності від алкоголю відіграє система заперечення, котра мобілізує механізми психологічного захисту, які допомагають підтримувати позитивне бачення власної особи, а також далі вживати алкоголь без надмірного почуття провини і сорому. З цього приводу алкоголізм (подібно до інших залежностей) зараховується до так званих хвороб заперечення (лицемірства). Щоб правильно зрозуміти, що криється в цьому випадку за словом «лицемірство», потрібно собі усвідомити, що узалежнена особа, пояснюючи власну поведінку, взагалі не обманює, а лише переказує власну правду, в котру вірить, правду, котра найчастіше суперечить спостереженням оточення.

Емоційна зрілість

Оскільки досить часто говорять про те, що залежність від алкоголю є «хворобою емоцій», наслідком емоційної незрілості, варто було б замислитись над тим, на чому полягає емоційна зрілість і чим характеризується поведінка людей, котрі її мають?

Зріла особистість з точки зору американського психолога і професора Гарвардського університету Гордона Аллпорта (Gordon Allport (1897-1967)) характеризується розвиненим і розбудованим образом самого себе, умінням близького до об'єктивного сприйняття самого себе, а також володінням скристалізованого світогляду. Згідно з точкою зору психоаналітиків, найважливішими рисами зрілої особистості є сильне его і зріле супер его. Для сильного его характерні реалістичне почуття дійсності, довіра до себе і віра у власні можливості, а також уміння знаходити компроміс поміж натисками ід і суперего та натисками зовнішнього світу. Так, наприклад, Фрейд стверджував, що суттю зрілості є здатність до кохання і до ефективної праці, що є наслідком гармонії поміж ід, его і суперего. Згідно з Альфредом Адлером (1870-1937) зрілі люди здатні до братерських почуттів в стосунку до близьких, сприймають їх як цінних істот, не вдаються до ірраціонального суперництва з іншими і не прагнуть домінації. Карл Густав Юнг (1875--1961) вважав, що зріла особа це та, що знайшла сенс і мету власного існування, і одночасно відповідальна за свої дії. Відповідно до Еріха Фрома (1900-1980) зріла особа здатна до власної любові і до керування любов'ю в стосунках з іншими людьми. Вміє користуватися інтелектом в пізнаванні і розумінні світу, здатна до ефективної праці, а також до творення нових цінностей. Лафлін (Laughlin) вважає, що зріла особа спокійна, життєрадісна, емоційно врівноважена і задоволена життям. Здатна між іншим конструктивно виражати свої емоції, реагує з почуттям міри, успішно діє і реалістично оцінює свої можливості і здібності, а в контактах з іншими здатна до любові, еластично пристосовується до ситуації, відповідальна і вміє приймати критику. Згідно з концепцією

Combs і Snygg, зріла особистість сприймає себе як особу позитивну, цінну, котра вірить у свої можливості, акцептує себе і бере відповідальність за свої дії. Одночасно акцептує інших, не зважаючи на їх стиль життя чи вартості, і не має потреби над ними домінувати. Відповідно до екзистенціалістів, зріла людина вміє вирішувати, незважаючи на суспільний тиск, і бути відповідальною за свої рішення і вчинки. Авраам Маслоу (1908-1970) вважав, що зріла особа – це особа, яка самореалізується, адекватно сприймає реальність, має високий рівень згоди з самим собою і з іншими, спонтанність в мисленні, в емоційному житті і в поведінці, завдяки високому рівню автономії, не піддається пропаганді доктрин, а також має сильно розвинені етичні почуття.

Отже, підсумовуючи наведені вище погляди, можна сказати, що емоційно зріла особа:

1. Здатна прийняти повну відповідальність за власні вчинки і рішення, не звинувачуючи інших тоді, коли їх результати для неї несприятливі.
2. Намагається зберігати спокій в неочікуваних ситуаціях і одночасно здатна розсудливо розв'язувати проблеми, що виникають.
3. Не реагує ворожістю на критику, оскільки розуміє, що критика може містити в собі корисні для неї вказівки.
4. Здатна терпеливо вислухати думки і погляди інших осіб, а у випадку, коли вони не співпадають з її власними, не вдається до ворожих аргументів чи агресії.
5. Не втрачає панування над собою і не вибухає гнівом з приводу незначних подій.
6. Усвідомлює, що жаль і жалість до самого себе не мають сенсу, тому що пов'язані з перекиданням провини за власні недоліки і невдачі на інших.
7. Розуміє, що необхідна терпеливість, коли вирішення проблем вимагає тривалого часу, усвідомлює, що мусить пристосовуватися до можливостей інших людей.
8. Здатна програвати, а з втратою вміє погодитись без нарікань.
9. Не журиться без необхідності з приводу того, на що не має впливу і чого не в змозі змінити.
10. Не вихваляється і не ставить себе за приклад, натомість, коли заслуговує на похвалу, приймає її з вдячністю, без фальшивого сорому.
11. Оскільки вже виросла з дрібної заздрості, радіє досягненням інших людей і хвалить їх від щирого серця.
12. Не є дріб'язковою і не критикує людей, котрі поведуться всупереч її власним переконанням.
13. Намагається мати розсудливий план дій і старається реалізувати його як найкраще, натомість не діє під впливом миті, без необхідного вивчення ситуації.

14. Усвідомлює, що є часткою всього людства, що інші люди мають що їй запропонувати, і що сама зобов'язана ділитися добром, яким володіє.
15. Користується золотим правилом, котре говорить: стався до інших так, як би ти хотів, щоб ставились до тебе.

Вплив духовних факторів

Згода щодо багатфакторної обумовленості залежностей (взаємний вплив біологічних, соціальних, а також духовних та психологічних факторів) сприяє тому, що на сьогодні значно більша увага, ніж в попередні роки, приділяється ролі духовності в процесі формування однаково, як залежності від алкоголю, так і інших залежностей, а також впливові духовних факторів на процес одужання. У зв'язку з вищезгаданим ця проблематика все частіше стає предметом зацікавленості як терапевтів, так і самих пацієнтів.

На жаль, ще досить часто духовність у нас плутають чи ототожнюють з релігійністю, обов'язковістю віри у Бога, або з участю в релігійних практиках. Чим же вона є насправді? Безсумнівно, вона є поняттям багатовимірним і, як пропонує Stifoss—Hanssen, повинна трактуватися як поняття значно ширше від релігії.

Wilhelm Reich (1897-1957), австрійський психолог, учень Фрейда трактує поняття духовності як значно ширше від того, що криється під поняттям релігії, і вважає, що вона проявляє себе в глибоких зв'язках людини з іншими людьми, з природою і «Вищою Сутністю». Він також розділяє саму релігію і духовність природну та релігійну.

Духовність можна також визначити, як здатність людини до розуміння самого себе, як спроможність запитати себе про те, звідки походить, ким є і куди, чи до кого прямує. Вона є центральною системою керування нашим життям, і доки особа не розвине духовної сфери, тобто не відкриє сенсу власного існування, доти не може зайняти зрілої позиції щодо себе, до власного життя і щодо оточуючого її світу. Вихідною точкою в духовному розвитку є той момент, коли особі вистачає сміливості задати самому собі основні питання: про сенс життя, ієрархію цінностей, про норми моралі, про ідеали і устремління (M. Dziwiecki).

На думку священника професора J. Tischnera (1931-2000) ключем до духовності є воля, а сама духовність проявляється в культурі, в певній незалежності суджень, у відношенні до світу, а також у стосунку до самого себе.

Особисто мені відповідає сприйняття духовності, як сфери життя, яка пов'язана з якістю захоплення справами, речами і людьми, котрі займають найважливіше місце в нашому житті. Духовність це також вразливість на світ, в якому ми живемо, і прийняття недосконалості цього світу, це здатність знаходити красоту, спокій і щастя, здатність переживати різного типу різновиди любові і дружби. Отже духовність віддзеркалює напрямок емоційного захоплення і характер зв'язку з кимось чи чимось найважливішим, стосується системи цінностей, цілі і сенсу життя, має вирішальне значення для бажання жити.

Функцією духовності, між іншим, є вибір того, що становить для людини цінність, і відмова від того, що нею не є. Особа, котрій вживання алкоголю приносить полегшення, поступово починає трактувати алкоголь як засіб для здобуття чогось цінного (у цьому випадку цінністю стає краще самопочуття). На користь того, що алкоголізм є хворобою духовною, промовляє той факт, що з розвитком залежності сам алкоголь стає цінністю, найважливішою річчю в житті, центром особливої уваги і об'єктом відносин. Від певного моменту все починає обертатися навколо цієї цінності, а забезпечення собі постійного контакту з алкоголем стає найважливішою справою, тому що за допомогою нього робляться спроби опанування екзистенціального страху, заспокоєння потреби відчуття дружби і довіри, потреби відчуття значення, цілі, сенсу і цінності життя.

Деяким особам здається, що алкоголь допомагає їм заповнити життєву пустку. Вони не зауважують, що це ілюзія, що він поступово витісняє щоразу більше цінних речей, що робить неможливим реалізацію, а також розвиток талантів і здібностей, і тим самим дедалі більше поглиблює вже існуючу пустку. Почуття сили, єдності чи спільноти зникає майже відразу від моменту, коли алкоголь перестає діяти. Натомість з'являється щораз сильніша самотність, удаваним спасінням від якої є чергова порція алкоголю. Так, хибне коло котиться далі.

Власне через це в лікуванні uzалежненої особи надзвичайно важливим є повернення їй втраченого зв'язку з духовністю, що своєю чергою допоможе в усуненні алкоголю як цінності і центру особливої уваги. Отож, дуже важливу роль в процесі терапії повинні відігравати духовні радники. Тому що їх завданням є надання допомоги uzалежненій особі в навчанні зрілого підходу до життя, до власних емоцій, до власного мислення, в зрілому розрахунку з власним минулим, а також в усвідомленні, що її хвороба також є наслідком «помилкового ставлення до життя: визнання в ієрархії власних цінностей найважливішою цінністю – прагнення миттєвого задоволення ціною кохання, свободи і відповідальності» (М. Dziewiecki).

Допомогти відновити зв'язок з духовністю може також програма 12 Кроків Анонімних Алкоголіків, котра припускає допомогу «Вищої Сили» («як кожний її розуміє») як в припиненні вживання алкоголю, так і в перебудові системи цінностей, а також в здійсненні змін в мисленні, відчутті, реагуванні, сприйнятті світу і т.д.. Серед учасників спільноти Анонімних Алкоголіків ходить таке прислів'я: «В релігії люди бояться пекла, а в духовності люди з пекла вийшли».

Розділ 5

Запобігання залежностям

Як добре відомо, споживання алкоголю тягне за собою появу різноманітних проблем зі здоров'ям, соціальних, юридичних, економічних проблем і т. ін.. Звідси і багаторічні зусилля, скеровані не те, щоб обмежити ці шкідливі наслідки. При цій нагоді варто згадати, що значна частина соціальних проблем і деяких, пов'язаних зі здоров'ям (наприклад, травми, отримані в дорожньо-транспортних пригодах) є наслідком «помірного» вживання алкоголю, а не інтенсивного, характерного для uzалежнених осіб. Тому профілактичні дії повинні охоплювати, крім дітей і молоді, і групу осіб, котрі вживають алкогольні напої.

Перші згадки про спроби запобігання алкогольним проблемам можна знайти в Старому Заповіті, де вживається слово *jajin /yayin /shekar* (перекладається на грецьку мову як *oinos* — вино) для опису як неперебродженого, так і перебродженого виноградного соку. Старий Заповіт застерігає: «Сікера⁶ - вино глузливе і сварливе – кожний, хто тут блудить, немудрий» (Пр. 20,1). «Горе тим, що встають рано вранці і женуть за напоєм п'янким, і тривають при нім аж до вечора, щоб вином розпалитись! (Іс. 5,11). «Горе тобі, Самарії, короні пишноти Єфремлян п'яних, квітці зів'ялій краси його гордості, що лежить на верхів'ї долини врожайної, від вина поп'янілих!» (Іс. 28,1). Не без причини під час походу до Землі Обітованої Мойсей заборонив вживання алкоголю.

Соціальні норми і релігійні звичаї, котрі були обов'язковими за біблійних часів, не дозволяли подавати нерозбавлене вино чи виноградний сік. Деякі равини вважали, що якщо переброджений виноградний сік не був змішаний з трьома частинами води, то його не можна було благословляти, а той, хто пив, ставав нечистим. Інші равини визнавали тільки розведення в пропорції 1:10.

Інші згадки на тему уникнення проблем, які може спричинити алкоголь, походять з Єгипту, з третього тисячоліття до нашої ери. У той час, щоб запобігти нетверезості, крадіжкам і гвалту, обмежувалося вживання алкоголю в святинях. Близько 2000 р. до н. е.,

⁶ Сікера – міцний напій, переброджений, виготовлений з фруктів, зокрема з фініків, з деяких зернових чи меду, вживався в біблійські часи; наближений, ймовірно, до високопроцентного вина, чи пива.

після декількох важких сутичок, спричинених п'яними солдатами, в армії фараонів впроваджено заборону вживання алкоголю. Вавилонський кодекс Хамураппі (опрацьований на зламі XVIII/XVII ст. до н. е.) також передбачав серйозні кари, котрі мали обмежити непомірне споживання алкоголю мешканцями Месопотамії. У деяких суспільствах жінки мали обмежений доступ до алкоголю і завдяки цьому виконували функції суспільного контролю. У південноамериканських індіанців у п'яних чоловіків забирали гострі предмети і зброю, або зв'язували їх, щоб запобігти неконтрольованим діям.

У стародавній Спарті, щоб вселити в підлітках огиду до алкоголю, їм показували п'яних невільників. Спартанці пили дуже мало «... щоб інші з нами радилися, а не ми з іншими», а молодим подружжям, котрі недавно одружилися, заборонялося пити вино через піклування про майбутнє потомство. У стародавній Греції пили розведене вино (сім порцій води і одна вина), натомість Платон в Мудреці радив притримуватися абстиненції до 18-го року життя, а поміркованості до 30-го. Напис в Дельфах, котрий походить з V ст. до н. е., забороняв під загрозою покарання п'ятьма драхмами продавати вино поблизу стадіону. У стародавньому Римі заборона вживання алкоголю стосувалася чоловіків у віці до 30 років, і повна заборона - жінок і невільників. Солдати отримували тільки обмежену пайку алкоголю. Жінки могли пити тільки розбавлений виноградний напій, непереброджений, а право вживання алкоголю здобули тільки в II ст. до н. е.. Натомість кожний громадянин мав право вбити свою дружину, якби застав її п'яною. Один з наказів Будди проголошує: «Ти не повинен пити жодної одурманюючої отрути» - в стародавній Індії вживання алкогольних напоїв зараховувалося до п'яти головних гріхів, а п'яниць позначали тавром у формі пляшки. Тому немає нічого дивного в тому, що на берегах Інду і Гангу з'явилися перші рухи стриманості. У VIII ст. н. е. китайський імператор Тай-Цунг видав брошуру, котра навчала культурному споживанню вина, а в VIII ст. інший імператор Ци-Цунг видав декрет, в котрому окреслювалася кількість пунктів продажу алкоголю, а також риси, які повинні характеризувати особу, яка старається отримати дозвіл на його продаж.

Оригінальним задумом запобігання станам нетверезості була застосовувана в XI ст. під час панування короля Олафа в Норвегії кара у вигляді штрафу для бенкетуючого, котрий розлив стільки алкоголю, що не міг прикрити його долонею. Від надмірного вживання вина остерігав Вільям Шекспір, коли промовляв вустами Касія (Отелло 2 дія) «О ти, невидима міць вина! Якщо ще не знайдено гідної тобі назви, називайся сатаною! [...] що

теж люди можуть до вуст приймати ворога, що обкрадає їх з розуму. Потіхи, розваги, гулянки існують тільки для того, щоб нас перетворювати в худобу».

В пізніші роки робилися спроби не тільки наукового і системного підходу до проблем профілактики, але розбудовувались також системи контролю над алкоголем. Прикладом такого контролю може бути Норвегія, де вже в 1894 році шляхом референдуму комунам було надано право видавати дозволи на відкриття магазинів з горілкою.

В середньовічній Англії п'яниць змушували до важкої праці, а також до носіння таблички з написом «п'яниця», а в ХІХ ст. в Ліверпулі в газетах друкували прізвища і домашні адреси осіб, узалежнених від алкоголю. Цікава форма профілактичних дій описана в щомісячнику «Тверезість» 1934 року: «...В Радянському Союзі [...] людину, одурманену алкоголем, поліція доставляє до лікарні [...] після сплати вартості «програмного лікування», поліція доставляє [...] до помешкання, перед котрим вивішується табличка, яка повідомляє, що в цьому будинку мешкає п'яниця. Це призводить до того, що члени родини, а також інші мешканці цього будинку беруть опіку над свавільним суб'єктом, який завдає сорому цілому будинку [...]». В гітлерівській Німеччині з міркувань турботи про чистоту раси 1933 року було прийнято закон, котрий дозволяв стерилізувати осіб, узалежнених від алкоголю, оскільки панувала точка зору, що алкоголізм є спадковим.

В Польщі істотну роль в профілактиці алкоголізму, а саме в ХІХ ст., а також в міжвоєнний період, зіграли братства тверезості і абстинентські об'єднання. У цілях обмеження п'янства в Галіції в 1877 році було видано «Національний закон протидії п'янству».

Залежність між вживанням алкоголю і негативними явищами в суспільстві помічено давно, а 1909 року Ludwik Bregman (1865-1941) в книзі «Проти алкоголізму» писав: «У штаті Мен (в Північній Америці), де заборонено продаж алкогольних напоїв, кількість вбивств 1906 року становила 3; якби в інших штатах співвідношення до загальної кількості населення була таким самим, то кількість вбивств у цілому в Сполучених Штатах становила б 144, замість 9350, як було в дійсності». Він також вважав, що «законодавче обмеження виробництва і продажу алкогольних напоїв є необхідним».

Однією з форм впливу на розвиток проблем, пов'язаних з алкоголем була і є політика доступності алкогольних напоїв (ціна, легкість придбання, обмеження продажу). Норми, котрі обмежують доступ до алкоголю, зустрічаються в кожному суспільстві, етнічних чи релігійних групах. Вони можуть стосуватися всіх членів даної спільноти, чи тільки певної її частини (напр., дітей чи жінок). Поза цими нормами існують також законодавчі нормативні акти, котрі можуть стосуватися цілковитої чи часткової заборони

вживання алкогольних напоїв у певних ситуаціях, або обмежень щодо часу і місць продажу алкоголю. Існує багато досліджень, котрі підкреслюють істотний вплив доступності алкоголю на об'єми його споживання, а це, своєю чергою, впливає на розповсюдження пов'язаних з ним проблем. Більша доступність означає більше споживання і більше проблем. Автори Звіту до Конгресу Сполучених Штатів за 1987 рік ствердили, що навіть відносно мале підвищення цін на алкогольні напої обмежує їх споживання і призводить до зменшення кількості дорожньо-транспортних пригод, а також смертей з приводу цирозу печінки. Класичним прикладом впливу дуже великої зміни ціни на споживання є Данія періоду першої світової війни. Десятикратне зростання ціни на горілку і двократне на пиво спричинило протягом двох років зменшення споживання алкоголю на одну особу з 6,7 до 1, 6 літра. У той період кількість випадків алкогольного делірію впала до 1/13, а смертей з приводу «хронічного алкоголізму» до 1/6 попереднього рівня. Своєю чергою підвищення ціни на алкоголь в Швеції на 30% викликала в 1956/1957 роках падіння споживання на ¼. Дослідження показали, що узалежнені особи і ті, котрі п'ють надмірно, так само «вразливі» до ціни, як і більшість осіб, котрі п'ють стримано. Державний центр досліджень і розвитку соціальних справ і здоров'я (STAKES) в Фінляндії в грудні 2005 року оголосив, що зниження акцизу на алкоголь в 2004 році спричинило зростання на 10 відсотків рівня споживання алкоголю, а також на 20 відсотків зростання кількості смертей і хвороб, котрі були наслідками надмірного його споживання. У Польщі протягом трьох років (2002 – 2005) середнє споживання стовідсоткового алкоголю також зросло майже на 1/3 (30%). За той самий період (2002 – 2005) середнє споживання горілки збільшилось на понад 40%, а споживання пива на 10%. На думку фахівців, це може мати зв'язок зі зниженням акцизу на алкоголь і тим самим зниженням ціни на алкогольні напої.

Обмеження доступності алкоголю, напр., під час страйку в Фінляндії, коли на п'ять тижнів були закриті магазини зі спиртними напоями, викликала падіння цілковитого споживання алкоголю на 1/3, а обмеження доступності алкоголю під час гданського страйку 1980 року – на 24%. Наслідком закриття протягом 8 місяців в суботи десяти магазинів Алко у Фінляндії, було зниження споживання на 3%. У період сухого закону в США (1920 – 1933 роки) майже на половину знизилась кількість смертей з приводу цирозу печінки, що, без сумнівів, можна пов'язати зі зниженням рівня споживання алкоголю. Негативним наслідком повної заборони виявився розвиток організованої злочинності. В Росії також через поширення п'янства, безпосередньо після вибуху першої світової війни впроваджено заборону на продаж алкоголю і декретом Леніна «Проти алкоголізму і контрреволюції» з 1917 року вона утримувалася аж до 1922 –го.

Збільшення доступності алкогольних напоїв через збільшення густоти пунктів продажу на 10% може викликати зростання споживання більше ніж на 3%. Своєю чергою доповідь Британської Королівської колегії психіатрів показала, що зменшення кількості пунктів продажу на 1% тягне за собою обмеження споживання алкоголю на 2,5%. Найсвіжішими прикладами простої залежності поміж доступністю алкоголю і алкогольними проблемами є Фінляндія і Великобританія. 2004 року уряд Фінляндії на 33% знизив оподаткування національних алкогольних напоїв. Це потягнуло за собою раптове зростання споживання алкоголю, наслідком чого було зростання кількості пов'язаних з ним смертей. У країні, котра налічує 5,2 млн мешканців 2005 року зафіксовано понад 2000 смертей, в той час, коли 2004-го їх було всього 150. 2005 року в Великобританії дозволено цілодобовий продаж алкоголю. Внаслідок цього кількість візитів до відділень невідкладної допомоги, пов'язаних зі зловживанням алкоголем, зросла більше ніж в два рази (з 3 до 8%).

В світлі наведених вище фактів може турбувати, як факт постійно зростаючої в Польщі кількості пунктів продажу алкоголю (1983 року – майже 65 тис., 1993 року – майже 150 тис., 1996 року – понад 160 тис., 2001 – понад 180 тис., а 2003 року понад 195 тис.), так і зниження акцизу на спиртне. Зниження акцизного податку на спиртні напої в другій половині 2002 року на 1/3 спричинило зниження цін на горілчані вироби на понад 30% і рішуче зростання попиту на ці напої. Популяційні дослідження показали зростання споживання всіх алкогольних напоїв в період від 2002 до 2005 років майже на 1/3 (30%), натомість зростання споживання міцних алкогольних напоїв більше ніж на 40%.

Іншим способом обмеження доступності алкоголю є його раціонування. Впроваджена 1979 року в Гренландії система раціонування принесла падіння загального рівня споживання, натомість відмова від цієї системи 1986 року спричинила зростання споживання на 60%.

Одним з елементів політики держави в сфері обмеження доступності алкогольних напоїв є також визначення вікової межі продажу алкоголю і її дотримання. На жаль, зусилля в напрямку повної заборони продажу алкоголю неповнолітнім не дають очікуваного ефекту. За результатами досліджень у Швеції близько 30% продавців порушують закон, продаючи спиртне неповнолітнім, в Сполучених Штатах біля 50%, а в Польщі навіть 80%. Запровадження громадської відповідальності продавців за наслідки продажу алкоголю неповнолітнім і нетверезим особам, викликало зменшення кількості ДТП зі смертельними наслідками і вбивств.

Вплив на розмір споживання має також доступність напоїв з різним вмістом спирту. Дослідження, проведені в Швеції показали, що впровадження продажу пива середньої міцності в звичайних продуктових магазинах (тобто поза мережею магазинів з алкогольними напоями) в 1965-1977 р. р. викликало зростання рівня споживання алкоголю на 15%. Поважною проблемою в більшості країн є згадувані вже раніше алкопопси, тобто алкогольні напої з низьким вмістом алкоголю, приготовлені з думкою про неповнолітніх споживачів. Їх упакування використовують мотиви з дитячих мультфільмів, а смак нагадує фруктові соки, котрі діти дуже люблять.

Дослідження свідчать також про те, що вплив на рівень споживання алкоголю має теж реклама спиртних напоїв. Виявилось, що чим більше реклами алкоголю знаходиться там, де проживає дитина, тим більше вона зацікавлена в тому, щоб його споживати. Інші дослідження вказують на те, що країни, в яких обов'язковою є часткова заборона реклами, мають на 16% нижчий показник споживання алкоголю, ніж інші, а в країнах, в котрих реклама алкоголю повністю заборонена, його споживання на 11% нижче ніж в країнах з частковою заборonoю. Проте висновки досліджень достовірні не для всіх. Цікавий підхід до вживання алкоголю і його реклами демонструє нинішній президент Білорусії Олександр Лукашенко. Обґрунтовуючи відсутність потреби в обмеженні реклами алкогольних напоїв, він заявив, що **споживання алкоголю є національною традицією росіян, українців і білорусів, у зв'язку з чим його обмеження не має сенсу.** «Не вірю, що колись настане такий час, що ми перестанемо пити – росіяни, білоруси, українці. Це наша традиція, наш культурний (національний) здобуток».

В Сполучених Штатах Америки, на підставі результатів попередніх досліджень, визначено найбільш успішні на сьогодні методи редукції алкогольних проблем, а саме:

- підвищення цін на алкогольні напої через підвищення податкових ставок;
- зменшення обсягу рекламних дій, реалізованих алкогольною промисловістю і націлених на неповнолітніх осіб;
- впровадження системи покриття коштів лікування залежностей системою страхування;
- сприяння розвитку сучасних методів лікування залежностей;
- впровадження методів ідентифікації алкогольних проблем до рутинних обстежень, котрі проводять лікарі першого контакту;

- фінансування терапевтичних центрів залежно від ефективності та результатів їх діяльності;
- підтримка місцевої громадськості в діяльності, скерованій на зменшення шкідливих наслідків надмірного споживання алкоголю.

Запобіжні дії повинні бути багатосторонніми і охоплювати:

- раннє запобігання, котре полягає в навчанні і закріпленні правильних моделей здорового стилю життя;
- первинне запобігання, котре полягає в недопущенні появи алкогольних проблем, серед інших, шляхом впливу на пропозицію і доступність алкоголю, підвищення рівня знань про нього, формування позицій надавання переваги тверезості і абстиненції;
- вторинне запобігання, а саме раннє викриття й інтервенції в стосунку до осіб з загрозою виникнення алкогольних проблем, а також осіб, у котрих підозрюється наявність таких проблем;
- третинне запобігання, тобто всілякі дії, націлені на мінімізацію наслідків надмірного споживання алкоголю (головним чином – лікування і реабілітація).

Описані вище діяння повинні охоплювати три групи осіб. Перша група – це особи, котрі ще не п'ють, і не вживають і тільки починають експериментувати з психоактивними речовинами (з алкоголем і наркотиками) і стероїдами; друга – це особи, у котрих через вживання алкоголю, чи інших психоактивних речовин, а також застосування стероїдів починають з'являтися різноманітні проблеми; і третя група – це особи, котрим потрібно допомагати в усуненні шкідливих наслідків, викликаних як прийомом цих речовин, так і перебуванням в оточенні осіб, котрі п'ють чи вживають наркотики. Сучасні профілактичні дії повинні охоплювати, головним чином, дітей і підлітків, і реалізовуватися в сім'ї, школі та локальному середовищі. Праця з сім'єю може бути найважчою, проте істотну роль в цьому могли б відігравати лікарі, оскільки під час перед- і післядипломного навчання оволоділи знаннями на тему залежностей. Отже, головними цілями цієї профілактики є:

- популяризація здоров'я і розвиток вмінь і навиків, необхідних для того, щоб підтримувати здоровий стиль життя і справлятися зі стресом;
- запобігання передбачуваним шкідливим наслідкам, серед інших і залежності, шляхом усунення факторів ризику і сприяння захисним факторам, будування альтернатив проведення вільного часу, чи через пропозицію зміни стилю життя;
- запобігання і зменшення шкідливих наслідків, викликаних вживанням алкоголю, або інших психоактивних речовин, серед іншого за допомогою ранніх інтервенцій;

- зменшення шкідливих наслідків, викликаних перебуванням в патологічному середовищі і/або перейманням з оточення несприятливих моделей поведінки.

Серед теоретичних моделей ранньої профілактики залежностей, а також профілактики, призначеної для так званих груп ризику (первинне і вторинне запобігання) можна виділити:

- Модель оздоровчого навчання (традиційна), котра базується на доведенні інформації про речовини, котрі можуть викликати залежність, а також про наслідки їх вживання, і отже опирається в основному на активне використання пізнавальних процесів. Знання передаються в трьох варіантах: освіта на тему ефектів дії; переказ інформації для залякування(демонстрування, а часто і перебільшення наслідків вживання цих речовин), а також наведення конкретних прикладів uzалежнених осіб. Найчастіші форми переказу – це публічні лекції, бесіди, фільми, листівки, плакати.
- Модель гуманістичного навчання, метою якої є допомога в правильному формуванні особистості, для того, щоб не було потреби шукати опори в речовинах, котрі викликають залежність. Тут використовуються такі форми навчання, як праця в малих групах націлена на інтеграцію і розвиток особистості, психологічні ігри і забави, а також дискусії.
- Модель соціального навчання (соціальних впливів), котра базується на положенні, що середовище для індивіда є джерелом прикладів для наслідування, кар і нагород, а також здійснює на нього тиск. У зв'язку з цим дії повинні концентруватися на навчанні індивіда розпізнанню загроз, а також вмінню справлятися з несприятливим впливом. Відповідно до цієї моделі навчають вмінню говорити «ні» в ситуаціях, коли індивід не хоче піддатися натиску оточення і обирає молодіжних лідерів, котрі корисно впливають на групи ровесників.
- Модель навчання в сфері життєвих навичок є спробою інтеграції трьох описаних вище моделей, в котрих головними причинами звернення до речовин, що викликають залежність, визнано відсутність знань, дефіцити у сфері розвитку особистості, а також невміння справлятися із соціальним тиском. Відповідно до положення цієї моделі, профілактичні дії полягають у переказі відомостей на тему речовин, що викликають залежність, а також впливів, котрі схиляють до їх вживання, і навчанні вмінню заспокоїти свої потреби без допомоги психоактивних речовин.

- Модель альтернативних форм пропагує навчання як привабливу форму проведення вільного часу, так щоб воно стало альтернативою для вживання речовин, що викликають залежність (напр., розвиток творчих зацікавлень, туристичні походи, здобуття нових умінь).
- Модель популяризації здоров'я випливає з визначання здоров'я Всесвітньою організацією охорони здоров'я, котра трактує здоров'я як єдине ціле в його фізичному, психічному, духовному і соціальному вимірі. Відповідно до цієї моделі, популяризація здоров'я повинна полягати у врахуванні інтересів публічного здоров'я при прийнятті політичних, економічних і соціальних рішень і т. ін..

В класичному підході до профілактики хвороб, серед іншого і залежностей, особливу роль відігравала ідентифікація проблем і елімінація факторів ризику їх виникнення. Це була «негативна» профілактика, тому що опиралася на заборони («не роби...», «перестань...», «уникай...» і т. ін.). Зауважено, що у випадку молодих людей перспектива появи, напр., проблем зі здоров'ям є настільки віддаленою, що не дає мотивації до зміни поведінки. Звідси думка – головний шлях донесення профілактики переформувати з негативного на позитивний. У зв'язку з цим профілактичні дії були націлені на розвиток сильних сторін та індивідуальних засобів.

Профілактичні дії особливо важливі стосовно дітей у віці, котрий безпосередньо випереджає період, коли починають пити алкоголь. Так як діти в дошкільному і ранньому шкільному віці найчастіше негативно ставляться до алкоголю і проти його вживання, так вже в віці близько дев'яти років спостерігається дуже чітке зростання позитивних очікувань стосовно алкоголю. Таким чином, вже в цей період варто проводити профілактичні дії, котрі, серед іншого, модифікували б ці очікування. До профілактичних дій необхідно залучати також батьків.

Зміни в підході до профілактики залежностей, головним чином, полягають у тому, що пропаговані в класичній (традиційній) моделі дії, націлені на подолання патології, були витіснені діями на користь популяризації здоров'я. Виявилось, що демонстрації самих тільки негативних наслідків вживання речовин, котрі викликають залежність, не достатньо, і виникла необхідність в пошуку (а також усвідомленні) причин вживання цих речовин. Виявилось також, що в профілактичних діях важлива не «боротьба з алкоголем», а «виховання в тверезості», в котрому окрім переказу знань на тему залежностей істотну роль відіграє формування правильних життєвих позицій, розвиток життєвих і соціальних навичок, допомога в побудові почуття власної вартості, переказ відповідної системи норм і т. ін.. Профілактичні дії повинні розпочинатися дуже рано,

тобто в період, коли діти ще не почали пробувати смаку алкоголю і ще не мають щодо нього позитивних очікувань. Все це повинно спричинити сильнішу витривалість молодій людині до дії факторів ризику, тобто краще підготувати її до того, щоб успішно радити собі з різного типу загрозами, котрі зустрічаються в навколишньому світі. Такий підхід збігається з точкою зору осіб, котрі під профілактичними діями розуміють такі дії, котрі дають молодій людині можливість активно накопичувати досвід, який сприяє посиленню її здатності радити собі в потенційно важких життєвих ситуаціях. Засвоєння молодію людиною правильної системи норм, а також здобуття умінь справлятися з життєвими труднощами і зі стресом не тільки зменшує ймовірність залежності, але також обмежує можливість виникнення в майбутньому деструкційної для індивіда і його оточення поведінки. Одночасно полегшує вирішення чи мінімізацію різноманітних життєвих проблем.

Стосовно дітей шкільного віку, то виникає також необхідність в побудові співпраці з батьками (серед іншого, шляхом піднесення рівня їх виховательських навичок, спільного діагностування проблем дитини, погодження з батьками напрямків профілактичних дій, залучення їх до розв'язування конфліктів у класі, праці з дисфункційною родиною).

Сучасна, чи позитивна профілактика залежностей повинна, отже, полягати у зміцненні власної компетенції молодій людині, покращенні її взаємовідносин з батьками й іншими авторитетними для неї особами, а також у здійсненні впливу на створення позитивного клімату в школі чи іншому навчальному закладі. Це може вберегти молоду особу від пошуків різних небезпечних «засобів від життєвих труднощів».

Європейська хартія в справі алкоголю

1995 року під час конференції Всесвітньої організації охорони здоров'я було затверджено п'ять етичних принципів, котрі стосуються алкоголю:

1. Кожна людина має право на життя в сім'ї, суспільстві і на професійне життя без нещасних випадків, насильства й інших негативних наслідків споживання алкоголю.
2. Кожна людина має право на отримання правдивої, важливої, неупередженої інформації і освіти, котра розпочинається на ранньому етапі життя, на тему наслідків споживання алкоголю, його впливу на здоров'я, сім'ю і суспільство.

3. Кожна дитина і підліток має право рости в середовищі вільному від негативних наслідків споживання алкогольних напоїв, настільки, наскільки це можливо, а також вільному від популяризації алкогольних напоїв.
4. Кожний, хто споживає алкоголь в небезпечний чи шкідливий спосіб, а також члени його родини, мають право на доступну для всіх терапію.
5. Кожен, хто не хоче або не може вживати алкоголь з причин, пов'язаних зі здоров'ям й інших причин, має право на захист від натиску і примусу до вживання, а також до підтримки своєї абстинентської поведінки.

Роль лікаря в запобіганні залежностям

Непокоїть той факт, що в Польщі профілактикою залежностей займаються майже виключно психологи, педагоги чи соціологи, і занадто мало залучені лікарі. Це є наслідком того, що рівень знань лікарів на тему залежностей досить незначний, а часом навіть нульовий. Як під час навчання в університеті (тільки 3-4 години на тему залежностей від алкоголю в рамках занять з психіатрії), так і післядипломного навчання проблема залежностей є другорядною. Сьогодні керівництво медичних університетів і медичні авторитети, котрі затверджують програми післядипломного навчання, за рідким винятком, сліпі і глухі до того факту, що понад 80% uzалежнених від алкоголю, а також значна більшість осіб, uzалежнених від інших психоактивних речовин, шукає допомоги поза спеціалізованими консультаційними установами терапії залежностей, тобто у інших лікарів. Небагато осіб усвідомлює, що серед пацієнтів сімейних лікарів серйозний відсоток становлять особи з проблемою залежності, п'ють алкоголь зі шкідливими наслідками чи вже uzалежнені від алкоголю, або ліків (особливо від бензодіазепінів). За результатами досліджень близько 20% пацієнтів, які лікуються в неспеціалізованих закладах охорони здоров'я п'ють на рівні, котрий визначається, як ризикований чи шкідливий, розлади, пов'язані зі зловживанням алкоголем мають 10 – 30% пацієнтів первинної ланки медичної допомоги, близько 40% пацієнтів, котрі звертаються по допомогу до поліклінік загальної медичної практики і до сімейних лікарів мали, або мають проблеми зі здоров'ям, пов'язані з алкоголем, в стаціонарних умовах алкогольні проблеми спостерігаються приблизно у 42% чоловіків і 35% жінок, а в деяких відділеннях особи, у котрих проблеми зі здоров'ям мають зв'язок з вживанням алкоголю, становлять інколи навіть більше, ніж 50% госпіталізованих. На жаль, лікарі не здатні виявляти таких осіб і відповідно покерувати ними. Вони не в стані навіть розмовляти з такими особами, бо ніхто їх не навчив, як і про що запитувати таких пацієнтів. Лікарі часто бояться, що якщо пацієнта запитати про вживання алкоголю, то він може образитися, вчинити сварку і піти до іншого лікаря.

Коли б рівень знань у лікарів на тему залежностей був більш високим, то вони могли б відігравати істотну роль в профілактичних діях. Якби лікар був в стані ототожнити особу, котра вживає спиртне ризиковано чи зі шкідливими наслідками, і переконати її в необхідності відмови від алкоголю, чи обмеження його вживання, то у цієї особи покращився б стан здоров'я, і вона б одночасно своєю позицією давала б позитивний приклад як своїм дітям, так і оточенню. Завдяки такій позиції діти отримали б шанс на набуття відповідної дистанції до алкоголю і своєю позицією, своєю чергою, впливали б на ровесників, і одночасно коло осіб, які трактують алкоголь правильно, розширювалося б. Отож профілактика, котра сьогодні, в основному, проводиться в школах, могла б непомітно проникнути в приватні домівки і в цілі родини. Не даремно Jakub Szymkiewicz говорив: «Немає більш корисного уроку і науки для молоді, ніж добрий приклад батьків, вчителів, священників і старшини» (*Твір про пияцтво, с. 297*).

Розділ 6

Вживання алкоголю і здоровий глузд

Шкідливі звички – це єдині звички,
від яких люди не в змозі відмовитися безболісно.

Джон Голсуорсі

Вживання алкоголю, особливо з нагоди свят, урочистостей чи також інших подій – є загальноприйнятним і схвалюється в більшості культур. Своєю чергою неконтрольоване вживання алкоголю (напр., щодо кількості, чи невідповідних обставин), котре проявляється нерідко теж поведінкою, яка в суспільстві вважається неприйнятною, завжди наражалось і наражається на негативну оцінку. Частіше за все воно трактується як прояв поганого виховання, характеру чи слабкої волі. У таких ситуаціях говорять, що хтось зловживає алкоголем, або є п'яницею. Варто знати про те, що в грецькій мові слово «п'яний» в дослівному перекладі означає «особу, котра погано поводить себе при вживанні алкоголю». Тож, коли ми можемо говорити про зловживання алкоголем, а коли, що вживання алкоголю може бути і чи може бути безпечним?

П'янство

Як говорили стародавні римляни: «*Ebrietas est voluntaria insania*», що означає «П'янство – це добровільне безумство». Сьогодні ми і далі вважаємо, що воно є поганою звичкою, котру можна, однак, змінити. П'яниця, на відміну від особи, узалежненої від алкоголю, може контролювати свої контакти з алкоголем, може перервати вживання в будь-який момент, або без будь-яких проблем відмовитися. Проте досить часто не робить цього, напивається, провокує скандали. Покарання п'яниці за поведінку, яка не відповідає нормам, може стати фактором, стримуючим від повторення такого типу вчинків. Натомість самого лише покарання не достатньо для того, щоб добитися змін у поведінці узалежненої особи. Такі особи, звичайно ж, повинні нести повну відповідальність за свої вчинки, проте зміна такої поведінки вимагає терапевтичної допомоги.

Різницю між п'янством і алкоголізмом досить оригінально описує старе французьке прислів'я: «п'яниця міг би перестати пити, коли б хотів – алкоголік хотів би перестати пити, коли б міг».

Відомий польський поет Владислав Броневський (1897-1962), котрий багато знав про вживання алкоголю, у вірші «Причини пияцтва» писав наступне: «Я прокинувся біля четвертої рано і дійшов висновку, що життя нічого не варте і треба просто жити. Однак для святого спокою, бо маю, буцімто, «на серці рану», я випив чарку коньяку, і ходжу від самого ранку заллятий».

Дивлячись на таку поведінку очима спеціаліста, варто, однак, запідозрити в цьому випадку залежність від алкоголю, а не тільки пияцтво, в чому пробує переконати нас автор.

Зловживання алкоголем.

Американська психіатрична асоціація (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, DSM-IV, 1994 р.) визначила зловживання алкоголем, як шкідливу модель вживання психоактивної речовини (зокрема також алкоголю), котра призводить до істотного клінічного пошкодження організму, що проявляється появою протягом останніх 12 місяців щонайменше одного з перерахованих нижче симптомів:

1. Повторне вживання субстанції, котре викликає неспроможність виконання належним чином головних обов'язків в праці, школі чи вдома (наприклад відсутність на роботі, зниження працездатності, пов'язане з вживанням субстанції, занедбання дітей чи домашнього господарства, відсутність в школі, виключення зі школи в зв'язку з вживанням речовини).
2. Повторне вживання субстанції в ситуаціях, коли це створює фізичну загрозу (напр., їзда автомобілем чи керування машинами).
3. Повторні проблеми з законом (наприклад, затримання в зв'язку з недоречною поведінкою під впливом алкоголю чи іншої психоактивної речовини).
4. Завзяте вживання субстанції, незважаючи на постійні чи рецидивуючі соціальні проблеми, чи проблеми у взаємовідносинах з іншими людьми, котрі є наслідком, або посилюються через дію речовини (напр., сварки з дружиною, чи чоловіком у зв'язку з наслідками вживання алкоголю, або фізичним насильством).

Одночасно особливий наголос робиться на тому, що для того, щоб розпізнати зловживання, необхідно мати певність у тому, що перераховані вище симптоми не

супроводжували в минулому інших симптомів, котрі відповідають критеріям залежності від субстанції згаданого типу.

Трохи інакше до проблеми зловживання алкоголем (тобто однієї з психоактивних речовин) підходить Всесвітня організація охорони здоров'я. Експерти ВООЗ пропонують відмовитися від використання цього терміну, тому що вважають, що він не описує точно ані способу вживання, ані кількості вживаного алкоголю. Зважаючи на це, вони запропонували заміну цього терміну, такими визначеннями, як «неспроможності, пов'язані з алкоголем», або «проблеми, пов'язані з алкоголем». Цей остатній термін почали вживати дуже широко і охоплювати ним сукупність наслідків вживання алкоголю (напр., соціальних, економічних, юридичних), а не тільки випадки обмеження фізичної, чи психічної спроможності.

Чи існує безпечне вживання алкоголю?

1895 року на V Антиалкогольному конгресі в Базелі, відомий німецький психіатр професор Emil Kraepelin (1856-1926), доповідаючи про результати власного дослідження 1890 і 1891 років щодо порогу отруєння алкоголем, котре порушує нормальне функціонування організму, визначив його на рівні 20 г чистого етилового спирту. 1908 року Веккер після завершення дослідження чоловіків, котрі прожили більше ніж 90 років, заявив, що безпечна для здоров'я границя становить 15 г чистого алкоголю на день. Інші дослідники вважали, що «помірне вживання» - це споживання, котре не перевищує 2,5 унції (1 унція = близько 30 г) етанолу на день, а дослідження групи алкоголіків показали, що вони пили більше ніж 120 г алкоголю на день.

Підчас XXV Антиалкогольного конгресу, котрий відбувся у Стамбулі 1956 року, французький дослідник S. Ledermann пропонував визнавати алкоголіком таку особу, котра вживає 20 – 30 сл чистого алкоголю в день (тобто близько 0.5 л горілки). Така оцінка базується на спостереженнях французів, котрі п'ють вино при кожному прийомі їжі, а величина споживання на одного жителя становить у Франції 30 л чистого алкоголю на рік. На підставі цих спостережень можна допустити, що споживання трохи меншої кількості повинно трактуватися як надмірне вживання.

В 70-ті роки Королівська колегія психіатрів Британії описала так звану безпечну межу денного споживання алкоголю для чоловіків на рівні 60 – 80 г, а для жінок 30 – 40 г. Такі ж величини були опубліковані в італійській Медичній енциклопедії. Проте дослідження, проведені в 80-ті роки, показали що ці цифри були значно завищеними.

Для полегшення оцінки споживання алкоголю впроваджено поняття стандартної порції, як одиниці виміру споживання алкоголю. Відповідно до прийнятої нині в Європі норми, стандартна порція містить в собі 10 г чистого алкоголю, і приблизно дорівнює:

250 мл пива міцністю 5% (9,81 г)

100 мл вина міцністю 12% (9,42 г)

75 мл міцного (18%) вина (10,59 г)

30 мл горілки (спиртів) міцністю 40% (9,42 г).

Одночасно необхідно знати, що Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує в якості стандартної порції – 13 г чистого алкоголю. Варто пам'ятати про це, порівнюючи дані з європейських країн з даними з країн поза межами Європи.

Проведені у Франції дослідження (Requignot і співавт. 1978) свідчать про те, що у чоловіків, котрі споживають від 28 до 42 порцій протягом тижня, ризик виникнення цирозу печінки в шість разів вищий, ніж у чоловіків, котрі вживають менше ніж 14 порцій за тиждень, а також, що цей ризик зростає, своєю чергою, аж в 14 разів серед чоловіків, які вживають від 42 до 56 порцій протягом тижня. Порогові величини чистого алкоголю, котрі викликають пошкодження печінки, оцінено у Франції на рівні 60 г на день для чоловіків і 20 г для жінок. Дослідження групи британських чиновників виявили підвищену смертність серед чоловіків, котрі споживають понад 30 порцій алкоголю протягом тижня.

В останні роки, відповідно до рекомендацій експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (X версія Міжнародної класифікації хвороб і проблем зі здоров'ям МКХ – 10), увійшли в життя два терміни «шкідливе вживання алкоголю» і «ризиковане вживання».

Шкідливе вживання алкоголю означає таке споживання, котре викликає шкідливі наслідки для фізичного і психічного функціонування людини. Робоча дефініція ВООЗ окреслює шкідливе вживання, як регулярне середнє денне вживання алкоголю понад 40 г жінкою і понад 60 г чоловіком. Ризиковане вживання полягає у споживанні алкоголю в таких кількостях і у такий спосіб, що це пов'язується з дуже високою ймовірністю виникнення шкідливих наслідків для здоров'я, якщо не буде істотно змінено спосіб вживання.

Вважається, що про ризиковане вживання можна говорити тоді, коли чоловік вживає щодня 4 – 5, а жінка 1 – 2 стандартні порції алкоголю (10 г) щонайменше протягом 5 днів на тиждень. ВООЗ, своєю чергою, визначає як ризиковане вживання 20 – 40 г алкоголю в день жінками і 40 – 60 г чоловіками.

На думку інших дослідників, так звана безпечна, тобто не пов'язана з надто високим ризиком появи шкідливих наслідків для здоров'я, межа для чоловіків становить 3 – 4 порції, а для жінок – 2 порції алкоголю в день, якщо вони випиваються протягом 5 днів на тиждень (рекомендовано в тиждні робити два дні перерви). Одночасно підкреслюється, що вживання тижневої «норми» за один раз (тобто 10 – 15 порцій) підвищує ризик несприятливих змін в організмі. Більшість дослідників вважають, що не варто вживати більше ніж дві порції алкоголю в день, щоб максимально зменшити ризик виникнення небажаних наслідків. Інші вважають, що ці дози алкоголю також занадто високі, і чим менше вживається алкоголь, тим краще для здоров'я. Прикладом може бути точка зору професора Ульфа Ридберга зі Швеції, котрий в проголошеному 1992 року під час Конгресу міжнародної ради з проблем алкоголю і залежностей рефераті відмітив, що ризик виникнення викликаних алкоголем шкідливих наслідків для здоров'я можна звести до мінімуму при вживанні дози в межах 7 грамів чистого алкоголю в день.

Дослідження, проведені 2016 року в Британії встановили, що ризики для здоров'я, пов'язані з вживанням алкоголю не відрізняються у чоловіків і жінок. З огляду на це, допускається вживання менше ніж 14 порцій алкоголю в тиждень, однаково, як чоловіками, так і жінками (6 пляшок пива або 7 келихів вина). Збереження споживання алкоголю на такому рівні означає зменшення ризику таких хвороб, як цироз печінки, чи злоякісні новоутворення. Проте вживання алкоголю навіть в рекомендованих межах може підвищувати довготривалий ризик передчасної смерті, якщо весь «тижневий розподіл» алкоголю використовується за 1-2 дні. Отже, допустима кількість алкоголю повинна «розподілятися» на цілий тиждень, найкраще з кількаденною перервою. Рекомендується також повільне вживання алкоголю, з одночасним споживанням їжі і води⁷.

Не підлягає сумніву той факт, що будь-яка кількість алкоголю шкідлива для здоров'я, однаково, як з точки зору токсикології, так і психології, хоча після одноразового споживання невеликої дози ці шкідливі наслідки можуть бути малопомітними. Невеликі дози алкоголю, котрі споживаються за один раз в певних ситуаціях (наприклад, дуже молодими особами, вагітними жінками, особами, котрі страждають на деякі захворюваннями чи приймають призначені ліки) можуть спричиняти шкідливі наслідки для здоров'я непропорційно великі стосовно кількості вжитого алкоголю. Необхідно також враховувати те, що алкоголь змінює стан нашої свідомості, і будь-яка, навіть

⁷ GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. . The Lancet, 2018

невелика його кількість порушує психо-рухову справність. Виходить, вона може вплинути на прийняття неправильних і несприятливих для нас рішень, або спричинити виникнення різноманітних реакцій і вчинків, котрі важко передбачити. Особливо це стосується осіб з певними схильностями (наприклад, з органічним пошкодженням головного мозку, або перенесеними в минулому черепно-мозковими травмами), а також осіб, котрі перебувають в певних обставинах (напр., недоїдання, недосипання чи спека).

Відрізняються також реакції на тривале вживання алкоголю. Доведено, наприклад, що алкоголь викликає в організмі молодих людей значно важчі шкідливі наслідки, ніж в організмі дорослих людей. Негативні наслідки вживання алкоголю виникають зазвичай значно раніше у жінок, ніж у чоловіків, а соматичні і психічні хвороби, а також прийом цілого ряду ліків змінюють реакцію на алкоголь.

Пропозиція кількісного визначення безпечного рівня вживання алкоголю не знайшла широкої підтримки. З міркувань індивідуальних рис споживачів, не можна говорити про так звані «безпечні» дози алкоголю. Те, що «безпечно» для одних, може виявитися дуже небезпечним для інших. До групи, котрої взагалі не стосується так званий «безпечний» рівень споживання, відносяться: діти і підлітки, вагітні жінки і жінки, що годують дітей грудьми, особи uzалежнені від алкоголю й інших психоактивних речовин, діти і близькі родичі uzалежнених осіб (особливо чоловічої статі), більшість осіб з психічними розладами і хворобами, особи, котрі приймають психотропні ліки, особи, котрі приймають ліки, які взаємодіють з алкоголем, особи з соматичними хворобами, перебіг котрих може погіршуватися через алкоголь, представники деяких професій (водії транспортних засобів, особи, котрі управляють машинами, працюють на висоті, або ті, що виконують відповідальну роботу, котра вимагає повної психо-рухової справності і т.п.). Очевидним є також той факт, що до цієї групи можна додати також більшість осіб, котрі вже вживають алкоголь ризиковано чи зі шкідливими наслідками.

Нещодавно встановлено, що 2016 року майже 3 мільйони смертей в світовому масштабі були приписані вживанню алкоголю, при цьому 12% цих смертей – це особи чоловічої статі у віці 15 – 49 років. Зазначено, що алкоголь був причиною кожної 20-ї смерті на світі. Загрози здоров'ю, пов'язані з алкоголем, величезні, а останні дослідження показали чітку і переконливу кореляцію між вживанням алкоголю і передчасною смертю, злякисними хворобами і серцево-судинними проблемами. Дослідники одностайні, щодо

того, що тільки відмова від вживання алкоголю повністю мінімізує ризик втрати здоров'я (Lancet 2018; 392: 1015–35)⁸.

Проблеми, пов'язані з алкоголем, розглядаються як на рівні особистості, так і в площині її функціонування в суспільстві. Вони можуть безпосередньо стосуватися людини, а також впливати на її долю посереднім шляхом. У частині класифікацій проблеми діляться на ті, що пов'язані зі здоров'ям (соматичним і психічним), соціальні проблеми (сімейні, професійні, юридичні), а також пов'язані з ними економічні проблеми. В інших спробах систематизації виділяють проблеми, котрі стосуються того, хто вживає алкоголь, його близьких, середовища в місці праці, а також ті, котрі мають зв'язок з дотриманням закону і порядку (а саме злочини і правопорушення, здійснені особами, котрі перебували в нетверезому стані, нелегальний імпорт, продукування і торгівля алкоголем і т. ін.), а також протизаконна чи завуальована реклама алкогольних напоїв.

Відомості на тему розповсюдження проблем, пов'язаних з алкоголем, отримуються на підставі аналізу даних системи охорони здоров'я і соціальних статистичних даних, а саме розповсюдження проблем тісно пов'язане з рівнем середнього споживання алкогольних напоїв. За даними Lederman кількість осіб з надмірним вживанням алкоголю зростає пропорційно до квадрату середнього споживання.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в світовому масштабі кожного року в залежність від алкоголю попадає близько 23 млн осіб. За результатами оцінок близько 55 млн дорослих європейців (15% дорослої популяції) вживають алкоголь щонайменше ризиковано, і близько 20 млн (6% дорослої популяції) вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. Близько 118 млн європейців напивається принаймні 1 раз на місяць, натомість залежність від алкоголю стосується близько 5% дорослих чоловіків і 1% дорослих жінок.

Застерігаючі симптоми

Про те, що розвивається залежність від алкоголю можуть свідчити наступні симптоми:

- Звернення до алкоголю перш за все тому, що його дія розслабляє і дає почуття полегшення, зменшує напругу і неспокій, послаблює почуття провини, підбадьорює, полегшує засинання і т. ін..
- Пошуки, ініціація і організація можливості вживання, а також вживання з жадібністю, випередження черги, випадки сп'яніння, котрі повторюються.

⁸ GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. . The Lancet, 2018

- Споживання алкоголю, незважаючи на рекомендації лікаря про необхідність утримання від вживання.
- Можливість вживання більшої, ніж попередньо, кількості алкоголю, так звана міцна голова, що свідчить про зростання толерантності до алкоголю.
- Труднощі з відтворенням подій, котрі мали місце під час вживання, так звані алкогольні палімпсести (провали пам'яті), «обірвана кіноплівка».
- Вживання алкоголю в самотності особами, котрі раніше пили виключно в товариських ситуаціях, а тепер свідомо приховують своє вживання.
- Повторні випадки водіння автомобіля після вживання навіть невеликої кількості алкоголю.
- Уникання розмов на тему власного вживання, а пізніше реагування злістю чи агресією на сигнали про необхідність обмеження вживання.
- Реагування дратівливістю в ситуаціях перешкодження в доступі до алкоголю.
- «Тихі» спроби обмеження вживання з метою довести собі, що ще збережено контроль над вживанням алкоголю.

Перевір, чи п'єш розважливо?

Будь-ласка, сядь зручно, візьми чистий аркуш паперу і олівець. Перед тим, як відповісти собі на питання (про себе і тільки для себе) «Чи моє вживання починає ставати проблемою?», а також до того, як прийняти рішення, що робити далі – будь-ласка, пригадай собі:

- Чи коли-небудь особи з твого близького оточення говорили тобі, що ти п'єш занадто багато, або занадто часто?
Якщо так говорила хоча б одна особа, котру ти не вважаєш своїм ворогом – постав на аркуші відмітку.
- Чи були в твоєму житті такі періоди, коли ти задумувався над необхідністю обмеження вживання алкоголю?
Якщо так – пригадай собі, що передувало таким роздумам і постав на аркуші відмітку.
- Чи бувало коли-небудь так, що ти відчував докори сумління, почуття вини чи сором з приводу свого вживання алкоголю, його наслідків чи власної поведінки після вживання?
Якщо так, пригадай собі події, які передували таким почуттям і постав на аркуші відмітку.

- Чи бувало коли-небудь так, що вранці одразу після пробудження однією з перших твоїх дій було вживання алкоголю (в тому числі і пива) для «заспокоєння нервів», або, щоб позбавитися похмілля?

Якщо так – постав на аркуші відмітку.

- Чи доводилося тобі коли-небудь ховати алкоголь від інших людей, або пити потаємно?

Якщо так – постав на аркуші відмітку.

А тепер порахуй, будь-ласка, всі поставлені на аркуші відмітки. Якщо відмітка тільки одна, то нічого поганого в цьому немає, але ... варто замислитися, що може бути далі. Якщо відміток дві і більше, то це означає, що вживання алкоголю починає створювати проблеми. Тепер треба відповісти собі на питання – чи хочу я мати цих проблем ще більше? А може, варто порозмовляти на тему вживання алкоголю зі спеціалістом? Я вважаю, що можна спробувати.

Якщо і далі не знаєш, що робити і яке прийняти рішення – пропоную тобі відповісти на наступні питання, і після кожного «так» також поставити на аркуші відмітку.

- Чи відчував ти коли-небудь потребу випити, а інколи навіть і почуття примусу вживання, або так званий потяг чи алкогольний голод (появляється, як в період утримування абстиненції, так і під час вживання)?
- Чи з'являлася у тебе коли-небудь думка, що останнім часом тобі важко контролювати свою випивку (напр., інколи ти випиваєш більше алкоголю, ніж планував, п'єш частіше, ніж планував, тобі було важко перервати розпочате вживання, а інколи тобі важко відмовити собі у вживанні алкоголю)?
- Чи будь-коли тобі приходилося вживати алкоголь з метою покращення поганого самопочуття після перепою (випивати так званий «клин»)?
- Чи спостерігав ти будь-коли у себе дуже неприємні фізичні симптоми і/або дуже погане психічне самопочуття, при спробах переривання вживання, або наступного дня після перепою (напр., деякі з таких симптомів, як: сильна слабкість, нудота, блювота, пронос, надмірна пітливість, тремтіння рук і/або всього тіла, дратівливість, неспокій, тривога, неможливість заснути, уривчастий сон з жахливими сновидіннями і т. ін.)?
- Чи тепер ти інакше, ніж колись, реагуєш на алкоголь (маєш, наприклад, «міцнішу» чи «слабкішу» голову)?
- Чи в останній період твого життя твої контакти з алкоголем не обмежуються найчастіше до двох можливостей (або цілковита, багатомісячна, або навіть

багаторічна абстиненція, або вживання алкоголю декілька днів підряд, чи так звані запої, котрі в цілому не мусять пов'язуватися з перепоями, чи невиходами на роботу)?

- Чи не відмовився ти, часом, від деяких задовольень і зацікавлень на користь вживання алкоголю (напр., маєш менше часу для сім'ї, для свого хобі, натомість дедалі більше часу займає у тебе «повернення до норми» після випивки, чи надолуження занедбаних справ внаслідок випивки, здобуття грошей на випивку, пошуки можливості випивки чи теж саме вживання) а може змінив місце праці, чи професію через вживання алкоголю?
- Чи траплялося тобі вживати алкоголь всупереч рекомендаціям лікаря, незважаючи на фінансові, сімейні, професійні, юридичні проблеми, про котрі відомо, що вони могли мати зв'язок з вживанням алкоголю?

Тепер також порахуй всі відмітки, поставлені на аркуші. Якщо їх три і більше, то не підлягає сумніву, що проблема виглядає набагато серйознішою, ніж тобі здається. У такій ситуації **я радив би тобі дуже уважно прочитати наступні розділи**, а особлива ті, в котрих більш широко розповідається про симптоми залежності від алкоголю.

Розділ 7

Проблеми зі здоров'ям

*Лікарі вважають, що єдиний спосіб зберегти здоров'я –
їсти те, чого не хочеться,
пити те, чого не любиш,
і робити те, чого бажав би не робити.*

Марк Твен

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здоров'я як «стан фізичного, психічного і соціального благополуччя, який дає людині можливість виконувати роботу чи навчатися, а також приносить оптимальне соціальне і культурне задоволення». Отже, це не тільки відсутність хвороб, але також добре самопочуття і відповідний рівень біологічного, психічного і соціального пристосування.

Загально відомо, що на стан нашого здоров'я впливають внутрішні і зовнішні чинники. Щоправда англійський філософ і математик Бертран Рассел говорив: «Дослідження в галузі медицини здійснили такий гігантський прогрес, що сьогодні практично вже немає здорових людей», проте не підлягає сумніву те, що серед зовнішніх факторів, які негативно впливають на стан нашого здоров'я істотну роль відіграють так звані хімічні регулятори настрою, в тому числі й алкоголь, дія якого може викликати серйозні проблеми зі здоров'ям і не тільки соматичним (фізичним), але також і психічним. Ці проблеми є результатом дії не тільки самого етилового спирту, а також і продуктів його обміну й інших субстанцій, що містяться в алкогольних напоях. Про це відомо давно, і звертаючись до описів негативних наслідків, викликаних алкоголем з часів початку минулого століття, можемо прочитати наступне: «при осмисленні шкідливого впливу п'янства і алкоголізму на здоров'я неможливо оминати мовчанням, що в алкогольних напоях, особливо в тих, що продаються в шинках, крім спирту знаходяться також інші отруйні речовини. Майже завжди ж в них так званий недогін, чи фузель, котрий виробляється разом зі спиртом, і усувається при тривалому і ретельному очищенні. Цей недогін зазвичай є причиною головного болю, добре відомого п'яницям».

За даними доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я від 2002 року, алкоголь спричинив 20-30% випадків хвороб і травм, а ризик виникнення проблем зі здоров'ям

значно зростає при перевищенні рівня споживання в 10 л чистого спирту на рік для чоловіків і 7,5 л у випадку жінок. Відповідно до даних, наведених PARPA в Польщі кількість осіб з ризикованим чи шкідливим споживанням алкоголю становить 2,5 – 3 млн. Одночасно вважається, що понад 30 тисяч випадків смерті серед чоловіків, викликані у нас зловживанням алкоголем. За результатами досліджень особи, котрі розпочинають вживання спиртного до 15-го року життя, наражають себе на в п'ять разів вищий ризик виникнення проблем зі здоров'ям, ніж ті, у кого алкогольна ініціація мала місце після 21 року життя.

Соматичні ускладнення.

Токсична дія етилового спирту і його метаболітів на органи і системи, неправильне харчування, так само як і недобір та порушення всмоктування вітамінів викликають різного типу соматичні ускладнення. З точки зору деяких дослідників недостатнє харчування часто буває більш небезпечно для організму ніж сама дія етанолу. В осіб, котрі п'ють інтенсивно, спостерігається більш висока схильність до інфекції і заразних захворювань, частіші черепно-мозкові травми, а також нещасні випадки і самогубства. Всі ці фактори, як вже згадувалося раніше, впливають на скорочення середньої тривалості життя, як у осіб узалежнених від алкоголю, так і у тих, що зловживають ним, в порівнянні з загальною популяцією. Відомо також, що індивідуальні реакції на алкоголь можуть бути різними і залежать від багатьох факторів, як фізичних, так і психічних.

За результатами оцінок 6% випадків смертей серед людей у віці до 75 років життя, а також 20% серйозних травм, які вимагають стаціонарного лікування, мають зв'язок з алкоголем. За оцінками Королівського лікарського співтовариства алкоголь відіграє роль в 15-40% випадків смерті в Великій Британії. Зі звіту для Конгресу США випливає, що причиною принаймні 3% всіх смертей в країні є алкоголь.

Нервова система

Нервова система винятково вразлива до дії етилового спирту, а особливо його метаболітів. Власне в нервовій системі найчастіше виявляються наслідки нейротоксичної дії етанолу. На виникнення патологічних змін в цій системі додатково впливає дефіцит вітамінів (головним чином вітамінів групи В – тіаміну, біотину, пантотенової кислоти і піридоксину).

Периферична нервова система

В периферичній нервовій системі на передній план висувається поліневрит (полінейропатія). Це захворювання виникає в результаті змін функції і структури периферичних нервів; ці зміни викликані не інфекційними факторами, а в цьому випадку широко відомим впливом алкоголю і його метаболітів. Перш за все поліневрит характеризується порушенням чутливості в дистальних (розміщених далі від поздовжньої осі тіла) відрізках кінцівок, невралгіями, а також компресійна болючість нервів, послабленням чи відсутністю сухожильних рефлексів, і болями м'язів. Переважають скарги з боку нижніх кінцівок – болі і судоми литок, компресійна болючість литок і нервових стовбурів, болюча гіперчутливість і печіння стоп, а також порушення глибокої чутливості. У важких випадках можуть виникнути парези і паралічі. Частіше за все зустрічається ушкодження малогомілкового нерва (послаблення тильного згинання стопи, нездатність до пронації стопи, а також послаблення згинання і розгинання пальців), а також променевого нерва (так звана «звисаюча кисть» - послаблення випрямляючого руху в зап'ясті і п'ястно-фалангових суглобах). Зміни в периферичній нервовій системі майже завжди супроводжуються м'язовими змінами (алкогольна міопатія), котрі проявляються послабленням сили і атрофією м'язів (пацієнти часто скаржаться, що мають «ватні ноги»). Приблизно в 50% випадків доходить до підшкірних набряків, відзначається міоглобінурія, олігурія чи анурія. Може також дійти до послаблення скорочень гладенької мускулатури, в тому числі матки і кишківника.

В постановці діагнозу, крім підтвердження факту надмірного й інтенсивного споживання алкоголю, а також клінічної картини, істотне значення має проведення електроміографічного дослідження одночасно з дослідженням швидкості провідності нервових волокон.

Хронічне споживання етанолу може також викликати серйозні проблеми з зором, котрі є наслідком токсичного пошкодження ретробульбарної частини зорового нерва (так звана токсична нейропатія зорового нерва, котра проявляється різним ступенем порушення зору, аж до повної сліпоты, а також різного типу обмеженнями поля зору і інколи приводить до атрофії зорового нерва), а також хоріоретиніту.

Центральна нервова система.

Центральна нервова система складається з мозку, мозочку, довгастого і спинного мозку. Людський мозок – це витончена мережа близько 100 млрд нервових клітин, з яких 20 млрд здатні одночасно посилати і приймати імпульси з частотою 1-100 Гц. Швидкість праці такої мережі оцінюється в 10¹⁸ операцій в секунду. На додаток, мозок містить приблизно

800 млрд гліальних клітин, котрі обслуговують нейрони. Об'єм мозку становить 1400 см³, поверхня 2000 см², а вага 1,5кг. Це найбільш складна структура з усіх відомих на світі. Починаючи від 35 року життя людина кожного дня втрачає близько 100 тис. нейронів. Незважаючи на ці втрати, мережа решти нейронів без перебоїв виконує свої завдання. Ця ситуація суттєво змінюється під впливом зовнішніх факторів, таких, наприклад, як травми, порушення мозкового кровотоку, дегенеративні зміни, інфекції чи отруєння (в т.ч. і алкоголем). В осіб, котрі споживають великі кількості алкоголю, комп'ютерна томографія виявляє в центральній нервовій системі (у 50 – 90% випадків) розширення шлуночків головного мозку, а також атрофію кори, головним чином в скроневій і лобовій долях. Огляд кількох десятків дослідницьких програм, в котрих в цілому виконано комп'ютерне обстеження 2270 осіб, виявив корково-підкоркові зміни у 67,9% обстежених. Багато досліджень показали також, що ці зміни найвиразніші при синдромі (психозі) Корсакова. Одночасно зазначено часткову редукцію цих змін при обмеженні споживання алкоголю. Оскільки, відповідно до діючої термінології, слово «атрофія» означає щось незворотне, було запропоновано, у випадку зворотних змін, вживати означення «усихання мозку» (*brain shrinkage*). Існує висока ймовірність, що покращення розумових здібностей у непитущих осіб, uzалежнених від алкоголю, не є результатом відновлення функцій пошкоджених клітин мозку, а компенсації і «реорганізації» мозку, завдяки яким менш пошкоджені регіони беруть на себе виконання задач більш пошкоджених ділянок.

Зміни, які виявляються в дослідженнях, це результат не тільки руйнуючої дії алкоголю і його метаболітів на мозок, але також багатьох інших чинників, які супроводжують залежність від алкоголю (таких напр., як травми, коливання артеріального тиску, порушення протікання крові через мозок в станах сп'яніння, періоди зупинки дихання в станах глибокого отруєння, різного роду хвороби, недостача харчування).

Наслідками органічного алкогольного пошкодження мозку є енцефалопатія Верніке (синдром Верніке-Корсакова), недоумство, а також неамнестичне порушення пізнавальних функцій і пам'яті.

Енцефалопатія Верніке – це наслідок токсичної дії алкоголю при одночасному недоборі вітамінів. 1881 року Верніке першим описав три випадки синдрому, котрий пізніше був названий його ім'ям. Встановлено, що це захворювання тісно пов'язане з харчовими недоборами, а конкретніше з дефіцитом тіаміну (вітаміну В₁). Внаслідок виникнення геморагічних і дегенеративно-запальних змін в головному мозку ушкоджуються зорухові м'язи, з'являється астигматизм і навіть порушення свідомості. Зокрема, досить розповсюджені симптоми поліневриту, а в деяких випадках додатково появляються

мимовільні рухи, чи спастичні парези кінцівок. Енцефалопатія Верніке спостерігається у 5 – 10% uzалежнених осіб, а її симптоми – це зоро-рухові розлади, ністагм, тремор, астигматизм, спастичні парези кінцівок, полінейропатія, судомні напади, порушення свідомості. Подібні симптоми разом з порушеннями пам'яті зауважив у осіб, uzалежнених від алкоголю, Корсаков 1887 року.

На фоні енцефалопатії Верніке, при одночасній присутності численних змін в лімбічній системі може розвинути корсаковський психоз, більш детально описаний в розділі, присвяченому психічним розладам внаслідок вживання алкоголю. Значно рідше зустрічаються енцефалопатії: Morela (пластинчата атрофія кори), Marchiafava-Bignami (первинна дегенерація мозолистого тіла), Adamsa, Victora і Mancalla (центральний мієліноз моста), Joliff'e (алкогольна пелагра), чи так званий синдром Fau-Chateau – спастичний парез кінцівок в поєднанні з атрофією мозку (т.зв. *encephalopatia amyotrophica potatatorum*).

Алкогольна епілепсія

Зі змінами в центральній нервовій системі пов'язане теж виникнення абстинентних судомних нападів, котрі часто називають алкогольною епілепсією. Вони супроводжують інші симптоми алкогольного абстинентного синдрому (синдрому відміни).

Спостерігаються у 5 – 10 % осіб, uzалежнених від алкоголю, найчастіше в період між 6 і 48 годинами після припинення вживання алкоголю. Проте вважається, що такізміни можуть виникнути в період до тижня після останнього вживання і найчастіше мають характер загальних тоніко-клонічних судом типу *grand mal*. Між нападами не відмічається змін на ЕЕГ. Важливу роль в їх виникненні ймовірно відіграють метаболічні порушення внаслідок пошкодження печінки, а також хронічне отруєння етиловим спиртом і його більш токсичним метаболітом – оцтовим альдегідом. Найімовірніше вплив на виникнення абстинентних судомних нападів має раптовий спад рівня алкоголю в крові, порушення балансу електролітів (м.ін. зниження рівня магнію), розлади в системі нейромедіаторів (м.інш. зниження концентрації ГАМК, котра найсильніше гальмує нервову систему), порушення функції кальцієвих каналів, надмірний набряк мозку, а також дефіцит сну. Одночасно відомо, що у осіб, які вживають алкоголь понад міру, розвиваються органічні ушкодження головного мозку, викликані токсичним впливом алкоголю і його метаболітів, а також частими черепно-мозковими травмами.

Абстинентні судомні напади не виникають у випадку підтримування довшої абстиненції. Одночасно варто пам'ятати, що особи з органічними ушкодженнями мозку схильні до вживання алкоголю, і близько 25% осіб з епілепсією попадають в залежність від нього.

Автономна нервова система

В автономній нервовій системі наслідком дії алкоголю може бути нейропатія блукаючого нерву, пошкодження котрого супроводжується порушенням функції м'якого піднебіння, горла і гортані.

Травна система

Слизові оболонки

Серед змін в травній системі найчастіше зустрічаються хронічні запалення слизової оболонки ротової порожнини, стравоходу, шлунку і дванадцятипалої кишки, порушення перистальтики стравоходу і тонкого кишечника, а також дефект всмоктування, котрий призводить до харчових дефіцитів. Нерідко, при запальних станах, зустрічаються крововиливи і ерозії з кровотечами, викликані тріщинами слизової оболонки.

Алкоголь викликає послаблення сфінктера стравоходу і виникнення шлунково-стравохідного рефлюксу, т. зв. стравохід Барретта (передракові зміни), травматичних тріщин стравоходу, а також синдрому Меллорі — Вейсса (тріщини слизової оболонки стравоходу, локалізовані в районі сфінктера шлунку).

Печінка

Печінка, котра є найбільшим органом в організмі людини (важить близько 1,5 кг) відіграє головну роль в процесі метаболізму алкоголю. На надмірну пропозицію алкоголю реагує по черзі: ожирінням - алкогольна жирова дистрофія печінки (у 90% осіб, котрі п'ють інтенсивно), запаленням – алкогольний гепатит (у 40%, за даними інших авторів у 10 – 15%), фіброзом і на кінець цирозом (15 – 30%, а за іншими даними у 8 – 10%). Досить чутливим показником працездатності печінки є дослідження рівня ГГТ (гамаглутамінтрансфераза). Приблизно у 20 – 30% осіб, котрі споживають щодня більше ніж три стандартні порції алкоголю, стверджено підвищення її рівня. При працездатній печінці цей рівень, після припинення вживання, повинен повернутися до норми протягом трьох місяців (норма становить 8-54 Од/л).

Ожиріння печінки – це надмірне відкладення жирової тканини в клітинах печінки, і значною мірою є зворотним процесом, тобто відступає при абсолютному припиненні вживання алкоголю. Симптоми ожиріння маніфестують відчуттями важкості в правому

підребер'ї і значним збільшенням печінки. Алкогольний гепатит – це наступний етап ушкодження печінки, а симптоми і скарги більш інтенсивні, ніж при ожирінні. Якщо особа з запаленням печінки продовжує пити, то в 80% випадків розвивається фіброз, який переходить в цироз.

При цирозі паренхіма печінки заміщується волокнистою сполучною тканиною, безкорисною для функції цього органу, і одночасно ускладнюючою потік крові через печінку. Симптомами цирозу є загальна слабкість, втомлюваність, зниження апетиту, зменшення маси тіла, асцит, набряки, жовтяниця, а також варикозне розширення вен стравоходу, котре може викликати профузні кровотечі. З точки зору деяких дослідників ризик виникнення змін в печінці з'являється вже при денному споживанні 60 – 80 г алкоголю у чоловіків і більше 20 г у жінок. Доведено теж, що на основі цирозу печінки може розвинути первинний рак печінки. У гіпотезах, котрі пояснюють розвиток цирозу печінки, підкреслюється значення впливу алкоголю на функцію оболонки клітин печінки і метаболізм ліпідів, високої концентрації оцтового альдегіду, а також харчові дефіцити.

Незважаючи на те, що алкоголь (а особливо приблизно в 30 разів більш токсичний продукт його обміну - оцтовий альдегід, котрий утворюється в печінці за участю ферменту алкоголь-дегідрогеназа) вважається особливо токсичним для печінки, дуже важливу роль в патогенезі алкогольного ушкодження печінки відіграють харчові дефіцити і гіповітаміноз.

У осіб, узалежнених від алкоголю, котрим з приводу цирозу печінки було виконано трансплантацію цього органу, відмічена низька частота рецидивів (зривів).

Підшлункова залоза.

Більшість (65%) випадків гострого і хронічного запалення підшлункової залози виникають на ґрунті надмірного споживання алкоголю, оскільки останній викликає зменшення виділення соку підшлункової залози, змінює його фізико-хімічні властивості, що призводить до підвищеного розпаду білків (утворення «білкових пробок») в каналцях цієї залози. Запальні процеси, викликані закорковуванням каналців, нерідко супроводжуються «самопереварюванням» (автопсією) підшлункової залози. Інший механізм цього стану полягає в тому, що алкоголь, провокуючи надмірну секрецію, викликає запальний процес і спазм дванадцятипалої кишки, а також протоку підшлункової залози, що ускладнює відтік до дванадцятипалої кишки випродукованих травних ферментів. Панкреатит може також виникнути як наслідок передуючого гастриту і дуоденіту, або внаслідок «отруєння», тобто зворотного надходження вмісту

дванадцятипалої кишки до протоки підшлункової залози. Шкідливий вплив на підшлункову залозу посилює бідна на вміст білка дієта. У подальшому це може призвести до появи цукрового діабету, тому що руйнуються острівці Лангенгарса, які виробляють інсулін, котрий регулює нормальний перебіг обміну вуглеводів. Післязапальні анатомічні зміни в підшлунковій залозі невідомі.

Хронічні, рецидивуючі панкреатити пов'язані з алкоголізмом частіше, ніж гострі.

Проведені в США дослідження показали, що понад 75% пацієнтів, що страждають на хронічне запалення підшлункової залози, в минулому інтенсивно вживали спиртне, а захворювання виникає приблизно протягом 5 -10 років після такого досвіду. За результатами підрахунків, споживання чоловіками 50 – 80 г алкоголю в день, а жінками 30 г в день протягом п'яти років, призведе до появи хронічного панкреатиту у половини з тих осіб. Найбільш характерні симптоми цього захворювання – це болі в животі, які іррадіюють у спину (викликані наростанням тиску в каналах підшлункової залози) і діарея. Своєю чергою, причиною гострого запалення підшлункової залози є в 10 – 20% випадків інтенсивне вживання алкоголю uzалежненими особами, і пов'язане воно з майже п'ятипроцентним ризиком смерті.

Система кровообігу

Дійсно існують дослідження, в котрих говориться про те, що помірне споживання алкоголю зменшує ризик виникнення коронарної хвороби, проте значно більша кількість досліджень вказують не те, що хронічне інтенсивне вживання алкогольних напоїв викликає інші хвороби серцево-судинної системи. Не виключено, що в дослідженнях, в котрих говориться про менший ризик виникнення коронарної хвороби у осіб, котрі вживають спиртне помірковано, не були враховані чотири істотні чинники, а саме: 1. серед непитущих, могли бути особи, котрі перестали пити через проблеми зі здоров'ям, 2. люди, які взагалі не вживають алкоголь, можуть бути більш обтяженими різними хворобами, порівняно з тими хто п'є помірковано, 3. у суспільстві, в якому вживання алкоголю сприймається як норма, непитущі особи є незвичайною групою, 4. не встановлено однозначно обопільної залежності між вживанням алкоголю і палінням, а деякі дослідження свідчать про те, що найвищий рівень смертності відзначається саме серед непитущих курців. Своєю чергою відомо, що ризик коронарної хвороби серця зростає у осіб, котрі споживають більше, ніж 20 г алкоголю щодня, а вживання більших кількостей алкоголю одноразово підвищує ризик виникнення аритмій і смерті, пов'язаної з коронарною недостатністю серця.

Гіпертонія

Розповсюдженість артеріальної гіпертонії серед чоловіків, що зловживають алкоголем, коливається в межах 10 – 30%. За результатами наукових досліджень поява гіпертонії може з одного боку бути пов'язана з абстинентним синдромом і зниженням рівня алкоголю в крові, а з іншого – за такий стан речей може бути відповідальним ще не встановлений біохімічний механізм.

Гіпертонія є головним фактором ризику виникнення внутрішньомозкової кровотечі чи інсульту, а також інфаркту міокарда. Численні дослідження вказують на те, що часте споживання алкоголю має тісний зв'язок з більш високою схильністю до гіпертонії. Доведено, що кількість різноманітних ускладнень підвищеного артеріального тиску, в тому числі і пов'язані з ними смертельні випадки, значно зростає разом зі збільшенням споживання алкоголю. Одночасно дослідження показують, що підвищення артеріального тиску може бути частково оборотним разом з припиненням вживання алкоголю.

Кардіоміопатія

У осіб з тривалим зловживанням алкоголю розвивається, викликана ослабленням скорочувальної функції міокарда, алкогольна кардіоміопатія (дегенеративні зміни волокон серцевого м'яза, ожиріння і збільшення серця, значне послаблення сили скорочень серцевого м'яза), котра призводить до розладів в роботі серця і недостатності кровообігу. Механізм виникнення тих змін ще недостатньо добре вивчений. Припускається, що певну роль в ньому можуть відігравати недостатність захоплення кальцію, окислення ліпідів з утворенням вільних радикалів, а також утворення оцтового альдегіду. Як кардіоміопатія, так і описані нижче порушення ритму викликаються, головним чином, безпосереднім впливом алкоголю і продуктів його обміну на міокард і на провідну систему серця.

За результатами оцінок, 20 – 30% випадків кардіоміопатії можуть бути пов'язані з вживанням алкоголю. Проведені в Сполучених Штатах дослідження показали, що майже половина осіб з кардіоміопатією, причину якої важко було встановити, демонстрували симптоми залежності від алкоголю. Одночасно виявилось, що приблизно у 30% пацієнтів симптоми відступили після припинення вживання алкоголю. Решта 70% можуть вимагати трансплантації серця.

Порушення ритму

Однаково, як гостре отруєння алкоголем, так і хронічне його споживання може викликати аритмію, чи порушення ритму роботи серця. До передсердних порушень ритму,

пов'язаних з хронічним вживанням алкоголю, відносяться: миготіння (близько 15-20% миготінь ідіопатичних) і тріпотіння передсердь. Випадки раптової смерті в популяції uzалежнених від алкоголю осіб частково пояснюються порушеннями ритму, тому що алкоголь порушує автоматизм синусового вузла і може подовжувати передачу імпульсів, а також провокувати тахікардію.

Коронарна хвороба

На сьогодні популярна з минулого століття точка зору, що алкоголь покращує кровообіг в коронарних судинах і тим самим послаблює коронарні болі (симптоми стенокардії), не знаходить підтвердження. Суб'єктивне покращення самопочуття після прийому спиртного не є результатом розширення коронарних судин, а всього лише наслідком заспокійливої і знеболюючої дії алкоголю. Гіпоксія міокарду далі зберігається.

Щоправда, як я вже згадував раніше, деякі дослідники стверджують, що споживання помірних доз алкоголю знижує ризик розвитку коронарної хвороби, але разом з тим вони звертають увагу на підвищену частоту виникнення у цих осіб цирозу печінки, злоякісних новоутворень і випадків артеріальної гіпертонії. З іншого боку, результати багатьох досліджень доводять, що ризик виникнення коронарної хвороби і смертності від неї зростає при інтенсивному вживанні спиртного.

Гематологічні розлади

У uzалежнених від алкоголю осіб часто зустрічаються морфологічні зміни в кістковому мозку, котрі роблять неможливим нормальне функціонування кровотворної системи. Алкоголь безпосередньо впливає на всі морфологічні елементи крові та на їх розвиток. Вплив на еритроцити полягає в зниженні рівня фолієвої кислоти, а також в сповільненні синтезу ДНК. Виявлено також токсичний вплив алкоголю на мегакаріоцити і руйнування тромбоцитів в селезінці. Кількість тромбоцитів може повернутися до норми тільки після декількох днів тверезості. Разом з тим відомо, що алкоголь спричиняє сильнішу агрегацію тромбоцитів, що може викликати утворення тромбів.

Хвороби судин головного мозку

Результатом захворювань судин головного мозку можуть бути інсульти («крововиливи» в мозок). Вони виникають внаслідок знекровлення тканини мозку, як наслідку звуження судин, або внаслідок виходу крові за межі судинної стінки. Підвищений ризик інсульту і крововиливу пов'язаний з гальмуванням алкоголем активності тромбоцитів,

відповідальних за правильне згортання крові, з підвищеною тенденцією до спазму судин, а також з підвищенням артеріального тиску.

Система органів дихання

Хронічне запалення слизової оболонки трахеї і бронхів, котре часто зустрічається у осіб, які зловживають алкоголем, призводить до знищення війок і слизових залоз. Як наслідок, спостерігається часткова втрата здатності усувати пилинки і бактерії з дихальних шляхів, і як наслідок, підвищена схильність до захворювань органів дихання. Додатковим фактором, котрий посилює ці стани, є тютюновий дим. Виявилось, що приблизно у 30% пацієнтів симптоми мали зворотній розвиток після припинення вживання алкоголю. В осіб, які палять і зловживають алкоголем, в 10 разів частіше, ніж в контрольній групі, виникає рак ротової порожнини, гортані і трахеї. Багато дослідників підтвердили зв'язок між залежністю від алкоголю і туберкульозом легень. Результати досліджень також свідчать про те, що інтенсивне споживання алкоголю чи залежність від цієї речовини підвищує ризик виникнення синдрому гострої дихальної недостатності у осіб з важкими пошкодженнями чи сепсисом.

Сечовидільна система

Відомі випадки гострої ниркової недостатності, викликані токсичним ураженням нирок алкоголем. Зловживання алкоголем може супроводжуватися підвищенням концентрації сечової кислоти в крові і пов'язаними з цим проявами сечокиислої діатезу (запалення суглобів, викликане накопиченням і відкладенням сечокислих з'єднань), а також відкладенням магнієвих конкрементів в сечовивідних шляхах.

Ендокринна система (органи внутрішньої секреції)

Інтенсивне споживання алкоголю може викликати різноманітні гормональні порушення. Спостерігається, наприклад аномальне виділення гормонів – тестостерону і лютеотропіну, а також зменшення рухливості сперматозоїдів і пошкодження їх структури. Під час досліджень, проведених на здорових чоловіках (протягом чотирьох тижнів їм щоденно давали 220 г алкоголю), було встановлено, що вже на п'ятий день у них знизилась концентрація тестостерону. Якщо низька концентрація тестостерону зберігається тривалий час, то це призводить у чоловіків до гіпогонадізму і фемінізації (в тому числі збільшення грудних залоз, гіпотрофії сім'яних залоз, зміни типу оволосіння, зменшення чи зникнення волосяного покриву на лиці). Гормональні зміни у жінок призводять до атрофії яєчників і маскулінізації (поява рослинності над верхньою губою і

грубий голос). Наслідками цих змін зазвичай є порушення потенції і менструального циклу (безовуляційні цикли), безплідність, а також ранній клімакс.

Алкоголь здійснює також шкідливий вплив на виділення гормонів щитоподібної залози (зниження концентрації трийодтироніну) і кори наднирників (підвищена концентрація кортизолу) і викликає порушення системи гіпоталамус-гіпофіз-наднирники.

Імунна система

Імунна система складається з органів, завданням котрих є захист організму від чужорідних субстанцій (вилочкова залоза, селезінка, лімфатичні вузли, кістковий мозок), а також з таких спеціалізованих клітин, як лімфоцити і макрофаги. Хронічне споживання алкоголю пригнічує функціонування імунної системи, що, своєю чергою, проявляється підвищеною чутливістю до інфекційних захворювань, запалень легенів, туберкульозу і навіть раку. Алкоголь знижує здатність лімфоцитів виконувати свої функції (наприклад, вироблення антитіл до чужорідних антигенів), послаблює їх активність, а також активність клітин NK (Natural Killer), які відіграють важливу роль в знищенні заражених вірусом і злоякісних клітин і представляють собою суттєвий бар'єр утворенню злоякісних метастазів. Можна стверджувати, що інтенсивне вживання алкоголю впливає негативно майже на всі функції імунної системи.

Шкірні зміни і хвороби, які передаються статевим шляхом

Шкірні зміни з'являються опосередковано в результаті впливу алкоголю на шлунково-кишковий тракт і печінку. Найбільш помітні гіперпігментація і павукоподібні судинні стигми (особливо на шкірі лица), а також гіперемія лица з запаленням кон'юнктиви і набряками. Нерідко, разом з вищеперерахованими змінами, відмічається загальний свербіж, котрий може передувати появі проявів цирозу печінки.

Дослідження показали, що у осіб, котрі вживають алкоголь в п'ять разів частіше, порівняно з непитущими, діагностуються венеричні захворювання (в групі жінок в 29 разів частіше). Зі зловживанням алкоголем пов'язаний більш високий ризик зараження венеричними захворюваннями, а також ВІЛ (СНІД). Водночас відомо, що алкоголь пригнічує імунну систему і тим самим знижує опірність зараженню ВІЛ, він також може прискорювати появу клінічних симптомів у ВІЛ-інфікованих.

Першою відомою жертвою СНІД була сорокасемирічна датська лікарка, котра від 1972 року працювала в шпиталях в Заїрі і наражалася на контакт з кров'ю і виділеннями африканських пацієнтів. Симптоми, котрі пізніше були описані як СНІД, появилися у неї

на початку 1976 року. Назва СНІД була прийнята на зустрічі представників епідеміологічних центрів в Атланті літом 1983 року. У Франції вживається акронім SIDA, в Росії СПИД. Перший в Польщі випадок зараження ВІЛ зафіксовано 1985 року.

З опублікованого в грудні звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я і відділення Організації Об'єднаних Націй проти СНІДу (UNAIDS) на тему епідемії СНІД випливає, що кількість ВІЛ-інфікованих становить близько 39,5 млн, в тому числі близько 2,3 млн дітей у віці до 15 років. Тільки 2006 року прибуло близько 4,3 млн носіїв вірусу (в тому числі близько 530 тис. дітей у віці до 15 років), а 2,9 млн померло від СНІД (в тому числі близько 380 тис. дітей у віці до 15 років). Епідемія найшвидше поширюється в країнах Східної Європи та Середньої Азії, а нових заражень найбільше в країнах Африки, що розташовані на південь від Сахари.

Новоутворення

Насправді не існує чітких і однозначних доказів канцерогенної дії алкоголю, проте він, ймовірно, посилює дію різноманітних канцерогенних факторів. Водночас висловлюються припущення, що у осіб, котрі інтенсивно вживають алкоголь, може зменшуватися здатність до всмоктування з їжею факторів, котрі знижують ризик виникнення злоякісних новоутворень (вітамінів А, Е, каротину, фібрину). Алкоголь послаблює також активність згадуваних раніше клітин НК.

Проведені в Польщі дослідження показали, що приблизно в 12% всіх випадків новоутворень у чоловіків і 3% пухлинних захворювань у жінок алкоголь є одним з важливих (а можливо і головних) сприяючих факторів. Ці дослідження доводять, що існує чіткий зв'язок між частим вживанням алкоголю і високим ризиком виникнення певних форм раку, особливо раку печінки, шлунку, стравоходу, носоглотки, гортані і трахеї, а також передміхурової залози. Зауважено також, що у питущих жінок значно частіше виникає рак молочної залози, що може бути пов'язано, серед іншого, і з послабленням імунної системи організму. Дослідження Longecker і колег (1988) виявили, наприклад, що при вживанні 36 г алкоголю щодня (близько пів пляшки вина) в два рази підвищується ризик раку грудей. Паління тютюну посилює канцерогенну дію алкоголю. Requignot та Tuyns (1980) встановили, що зловживання алкоголем в сполученні з палінням в 44 рази підвищує ризик раку стравоходу, тоді як саме паління – тільки в п'ять разів, а сама випивка – в 18 разів. Vlat і колеги в своєму дослідженні встановили, що вживання алкоголю в 5,8 разів підвищує ризик новоутворень ротової порожнини і горла, паління тютюну – в 7,4 рази, а при поєднанні цих двох факторів цей ризик зростає в 38 разів.

Дослідники з Національного інституту громадського здоров'я в Копенгагені після 15-літнього спостереження групи з 29 тис. чоловіків і жінок у віці від 23 до 95 років прийшли до висновку, що підвищене споживання алкоголю піднімає ризик раку прямої кишки. Особи, котрі протягом тижня випивали алкоголю більше ніж містить в собі літр 40% горілки, наражали себе на ризик виникнення раку прямої кишки в два рази вищий, ніж особи непитущі. Зокрема, виявилось, що цей ризик залежав не тільки від кількості, але також і типу алкоголю, який споживався. В осіб, котрі пили, головним чином, горілку і пиво, ризик раку прямої кишки був більший в 3,5 рази, а у осіб, у котрих принаймні одну третю вживаного алкоголю становило вино, ризик був меншим у два рази.

Японські дослідження проведені на групі 58 тис. чоловіків і жінок між 40 і 79 роками життя доводять, що чоловіки, котрі регулярно вживають алкоголь, в два рази частіше хворіють на рак ободової кишки ніж непитущі чоловіки. У групі жінок не спостерігалось подібної залежності. Своєю чергою, американські дослідження показали, що особи, котрі вживають спиртні напої, такі як горілка чи віскі, в три рази більше піддані ризику виникнення злоякісного новоутворення прямої кишки, ніж абстиненти.

В звіті, котрий раз на два роки публікує Національний інститут екології здоров'я (National Institute of Environmental Health Sciences) серед 218 позицій, що, як підозрюється, сприяють виникненню новоутворень, відмічені: вплив тютюнового диму, паління цигарок і використання інших тютюнових виробів (наприклад, жувального тютюну). У виданні звіту за 2000 рік підтверджено також, що надмірне вживання алкоголю сприяє розвитку новоутворень ротової порожнини, горла і стравоходу і асоціюється з захворюваністю злоякісними пухлинами печінки і молочної залози. У «Британському журналі раку» (British Journal of Cancer) опубліковані висновки аналізу даних зібраних від 150 тис. жінок з цілого світу, котрі свідчать про те, що ризик раку грудей зростає на 6% з кожним додатковим напоєм, що містить в собі алкоголь, і випивається, зазвичай, щоденно. Виявилось також, що у старших жінок ризик розвитку раку грудей значно більший.

Вагітність і плід

Встановлено, що через 40-60 хвилин після вживання алкоголю матір'ю, його концентрація в крові плоду буде відповідати рівню концентрації в крові матері. Оскільки алкоголь особливо токсичний для молодого організму, у жінок, котрі вживають спиртне в період вагітності, значно частіше бувають передчасні пологи і викидні. Дослідження свідчать про те, що самовільні аборти спостерігаються значно частіше у жінок, котрі під час вагітності вживали навіть невелику кількість спиртного (наприклад, один-два рази на тиждень одну-

дві дози, тобто 300-600 мл пива, 100 – 200 мл вина, чи 30-40 мл. 40% алкоголю). У новонароджених, матері котрих пили в період вагітності, відразу після пологів відмічені прояви абстинентного синдрому (тремор кінцівок, підвищений тонус м'язів, порушення сну, плаксивість, проблеми зі ссанням і т.ін.). До пізніх наслідків вживання алкоголю під час вагітності відносяться затримка росту, а також послаблення концентрації уваги і сповільненість реакцій у дітей.

Найбільш серйозним ускладненням вживання алкоголю під час вагітності є так званий алкогольний синдром плоду (Fetal Alcohol Syndrome - FAS), вперше описаний 1968 року. Він характеризується недостатньою масою тіла і поганим загальним станом новонародженого (в тому числі часті вади серця, деформації суглобів), затримкою психомоторного розвитку і наявністю різноманітних дефектів формування (найчастіше лица і кістково-суглобової системи). Ці симптоми поєднуються з різноманітними неврологічними порушеннями, а також зі зниженням інтелекту і розладами поведінки. Для діагностики FAS достатньо виявлення низького зросту, недостатньої маси тіла і зменшення окружності голови, порушення формування лица (мікроцефалія, мікрофтальм, укорочення очної щілини, згладжена верхня губа з вузькою червоною облямівкою губ, мало виражений або відсутній жолобок верхньої губи, велике підборіддя) а також розумова недорозвиненість. Ці зміни є результатом безпосередньої тератогенної дії алкоголю на плід. Алкоголь викликає гіпоксію плоду (спазм судин пуповини), гормональну недостатність, а також пригнічує розмноження і диференціацію клітин. Найсильніший тератогенний вплив відмічається в перші шість тижнів вагітності. Оскільки у багатьох жінок, котрі зловживають алкоголем, відмічається нерегулярність місячних циклів, плід пошкоджується ще до того, як жінка зорієнтується, що вагітна. Буває так, що майбутні матері вживають алкоголь, ще не знаючи що завагітніли. Це може призвести до фатальних наслідків, тому що саме на ранніх фазах вагітності плід найбільше вразливий. У перші три місяці, а особливо між четвертим і восьмим тижнями вагітності починають формуватися зачатки органів дитини. Алкоголь шкідливо впливає на процес поділу клітин і тому ризик появи ушкоджень дуже високий. На найбільшу небезпеку наражується перед усім мозок дитини, котрий тільки починає формуватися. Від четвертого до шостого місяця вагітності алкоголь гальмує розвиток плоду.

На думку американських дослідників, частота виникнення алкогольного синдрому плоду в Північній Америці і Європі складає 1 на 1000 новонароджених, що народилися живими і зростає в тих регіонах, де вживання алкоголю вагітними жінками більш розповсюджене. Частота виникнення FAS серед жінок з алкогольною залежністю коливається в межах 7 –

10%. Результати інших досліджень свідчать про те, що в цілому в світі відмічається 1,9 випадків FAS на 1000, що народились живими. Існують також дослідження, з котрих випливає, що ризик виникнення алкогольного синдрому плоду у вагітних жінок, котрі п'ють багато і систематично, може досягати навіть 50% народжень. Ймовірність розвитку цього синдрому зростає, якщо крім вживання алкоголю вагітна жінка палить, п'є багато кави і приймає ліки. У деяких новонароджених можуть спостерігатися окремі з вищеперерахованих симптомів чи симптомокомплекси. У такому випадку говорять про шкідливі наслідки впливу алкоголю на плід (так звані FAE – fetal alcohol effects).

Згідно з результатами досліджень, проведеними в Сполучених Штатах, п'ять і більше порцій спиртного, котрі жінка випиває за один раз під час першого триместру вагітності збільшує ймовірність раптової смерті у немовляти. Своєю чергою, діти, матері котрих пили алкоголь під час перших трьох місяців вагітності, у вісім разів більше наражаються на раптову смерть, ніж діти матерів, котрі не вживали алкоголю під час вагітності.

Результати досліджень, опублікованих 2006 року показали, що в Німеччині щороку народжується близько 800 дітей з алкогольним синдромом плоду (FAS) і приблизно від 4000 до 5000 дітей з більш помірними симптомами хвороби (FAE). Ризик народження дитини з повноцінним FAS корелює з тривалістю й інтенсивністю зловживання алкоголем. Відповідно до найсвіжіших статистичних даних 40% новонароджених матерів, uzалежнених від алкоголю, появляються на світ з чітким недорозвитком. Оскільки немає і неможливо визначити межі, до якої вживання алкоголю не діє шкідливо на розвиток плоду, під час вагітності рекомендована абсолютна абстиненція, незалежно від того, в якій формі вживається спиртне (отож, це стосується також різноманітних зміцнювальних засобів чи ліків, що містять в собі спирт). Ступінь пошкодження залежить від кількості алкоголю, який споживає мати.

В останні роки появилися дослідження, котрі намагаються в'яснити, яким чином впливає на потомство вживання алкоголю батьками. Вже в 20 роки минулого століття з'явилися перші експериментальні (на тваринах) дослідження, в котрих повідомлялося про вроджені дефекти і підвищену смертність потомства у самців, котрим давали алкоголь. В інших експериментальних дослідженнях (на тваринах) було підтверджено, що вживання алкоголю самцями в період, що передує зачаттю, може згубно впливати на їх потомство, тому що алкоголь може здійснювати безпосередній токсичний вплив на сперматозоїди. Залишається відкритим питання, чи виявлені у потомства питущих батьків порушення тотожні FAS, чи, можливо, ми маємо справу з абсолютно іншим синдромом.

Розлади сексуальних функцій

Незважаючи на досить розповсюджену думку про те, що алкоголь та інші психоактивні речовини позитивно впливають на сексуальну активність, часто спостерігається зворотній ефект. Більшість з цих речовин, включаючи і алкоголь, мають «розгальмовуючу» дію (наприклад, редукують сором і загальмованість у несміливих особистостей) і завдяки цьому механізму можуть, звичайно, сприяти посиленню сексуального потягу. Проте тривале вживання спиртного призводить дуже часто до зниження сексуальної активності. Не даремно Вільям Шекспір стверджував: «Пиття пробуджує бажання, але відбирає виконання».

Систематичне, а інколи навіть і епізодичне вживання алкоголю, у деяких чоловіків може призводити до імпотенції. Встановлено, що підвищення концентрації алкоголю в крові викликає порушення ерекції, затримку еякуляції і послаблення оргазму. Згідно досліджень, імпотенція може виникати навіть у 50% осіб, що зловживають алкоголем тривалий час. Крім того, у багатьох відбувається згадувана вище атрофія статевих залоз і знижується плодовитість. Механізм цього явища складний і, ймовірно, є результатом безпосереднього впливу алкоголю на клітини Лейдига, а також наслідком порушення функції гіпоталамусу. Може бути зниженою концентрація тестостерону, проте останні дослідження довели, що у багатьох чоловіків з алкогольною залежністю концентрація статевих гормонів відповідає нормі.

Про вплив алкоголю на сексуальну активність жінок відомо менше. Багато жінок з синдромом алкогольної залежності скаржаться на зниження сексуального потягу, сухість піхви чи відсутність зволоження, порушення менструального циклу. Часто спостерігаються атрофічні зміни в яєчниках і пригнічення овуляції. Як показали дослідження, жінки мають пониженою плодовитість в результаті низької частоти овуляції і високої частоти самовільних абортів. Вживання алкоголю до настання статевої зрілості може затримувати дозрівання, зменшуючи концентрацію гормону росту і лютеїнізуючого гормону (ЛГ). У жінок з алкогольною залежністю частіше настає передчасна менопауза. Приблизно у 10-20% жінок, що страждають на алкоголізм, виникають порушення харчової поведінки. Супутня нервова анорексія (психічна боязнь їжі) чи булімія (психічна обжерливість) може додатково погіршувати сексуальну спроможність.

Інші розлади

Результатом токсичного впливу алкоголю на організм людини є також дефіцит вітамінів і мікроелементів (зокрема магнію, ванадію, кремнію, цинку), без яких організм не може

нормально функціонувати. Крім того, алкоголь порушує взаємні пропорції поміж окремими мікроелементами, що може потенціювати його токсичний вплив на тканини.

Головна причина цього явища: недостатнє харчування і порушення всмоктування й обміну як вітамінів, так і мікроелементів. Тут ми обмежимося лише коротким нагадуванням про декілька найбільш розповсюджених розладів.

Оскільки алкоголь пригнічує всмоктування ліпідів, він одночасно сприяє дефіциту розчинних в ліпідах вітамінів – А, Е і D. З дефіцитом вітаміну А пов'язані порушення зору (так звана куряча сліпота) і шкірні зміни. Дефіцит вітамінів групи В (В₁, В₂, В₆, РР) сприяє появі поліневриту, змін в слизових оболонках і в кістковому мозку, а дефіцит вітаміну D – розм'якшує кістки. Низький вміст вітаміну С викликає схильність до кровотеч і зміни в яснах (цинга). Вітамін К відповідальний за нормальне згортання крові, а дефіцит вітаміну Е порушує перебіг процесів ембріогенезу. Гіповітаміноз може також призводити до зниження активності ферментів, які приймають участь в обміні нейромедіаторів (наприклад, норадреналіну, дофаміну), і, отже, сприяти виникненню депресивних розладів.

Занадто низька концентрація магнію, обумовлена активністю деяких ферментів, особливо несприятливо впливає на роботу серця, нервової системи і психіку. У хворих на алкоголізм дефіцит магнію пов'язаний з його низьким споживанням з їжею, підвищеним виділенням з сечею, а також блювотою і діареєю. Ванадій відіграє суттєву роль в нормальному обміні ліпідів, а кремній необхідний для правильної регенерації кісткової тканини, збереження еластичності кровоносних судин і шкіри. Дефіцит міді порушує, між іншим, процес утворення еритроцитів, вуглеводний обмін і несприятливо впливає на перебіг деяких функцій центральної нервової системи. Викликане інтенсивним вживанням алкоголю порушення кальцієвого і фосфатного обміну є причиною частіших переломів костей у хворих на алкоголізм, порівняно з популяцією вживаючих помірковано.

Психіатричні ускладнення

Психічні зміни у осіб, які вживають алкоголь, можна умовно поділити на ті, що тісно пов'язані зі станом сп'яніння (гостре отруєння алкоголем різної глибини), і ті, котрі виникають виключно у осіб з алкогольною залежністю і є наслідком багаторічного і інтенсивного пиття.

До ускладнень алкогольної залежності, котрі найчастіше зустрічаються, відносяться гострі абстинентні стани, які часто переходять в гострі алкогольні психози (алкогольний делірій,

гострий галюциноз) і хронічні алкогольні психози, наприклад, хронічний галюциноз, алкогольна параноя і корсаковський психоз.

Абстинентний синдром

Симптоми абстинентного синдрому (синдрому відміни) з'являються протягом перших 24 – 36 годин після останнього вживання алкоголю, тобто тоді, коли при запої чи спробах його переривання знижується концентрація алкоголю в крові. Виглядає це так, ніби організм uzалежненої людини за допомогою продукування симптомів абстиненції домагається чергової порції алкоголю.

На зниження концентрації алкоголю в крові організм найчастіше реагує симптомами з боку:

- шлунково-кишкового тракту (відсутність апетиту, нудота, блювання, пронос);
- серцево-судинної системи (прискорення серцебиття, порушення ритму, підвищення артеріального тиску);
- вегетативної нервової системи (підвищена пітливість, розширення зіниць, сухість слизової оболонки ротової порожнини).

Крім того організм реагує симптомами, які нагадують застуду чи грип (погане загальне самопочуття, слабкість, підвищення температури тіла, головні болі і болі в м'язах), сильним тремором рук, а досить часто і всього тіла і наявністю так званого алкогольного голоду.

Характерні також скарги на дратівливість, тривогу, страх, понижений настрій чи порушення сну (безсоння, жахливі сновидіння), котрі дозволяють припустити наявність неврозу.

Необхідно усвідомлювати, що ознаки абстинентного синдрому характерні не тільки для нього самого. Вони можуть імітувати багато різних захворювань. У деяких хворих (менше 5% госпіталізованих пацієнтів) з'являються ускладнення у вигляді гострих алкогольних психозів, таких як алкогольний делірій (*delirium tremens*), чи гострий алкогольний галюциноз. У 5 – 15% хворих на алкоголізм в період поміж шести і 48 годинами після останнього вживання алкоголю можуть виникнути судомні випадки по типу *grand mal* (судомні випадки на фоні абстиненції).

А л к о г о л ь н и й д е л і р і й (*delirium tremens*, алкогольна «біла гарячка») – найбільш розповсюджений алкогольний психоз – спостерігається приблизно у 5% осіб з алкогольною залежністю. Вперше був описаний 1813 року Саттоном. Симптоми, котрі

появляються приблизно через 72 години після останнього прийому спиртного, коли концентрація алкоголю в крові різко падає, завжди поєднуються з іншими симптомами абстинентного синдрому. Спочатку проявляється занепокоєння, страх і безсоння, до яких долучаються порушення свідомості (порушення орієнтації в часі і місці перебування), маячення, ілюзії і галюцинації. Хворий бачить рухливих маленьких і великих тварин, різні дивні створіння, незвичайні лиця і фігури. Ці картини зазвичай бувають яскравими, живописними і рухливими. Часто така особа бачить і відчуває комах, черв'яків чи мурашок, котрі рухаються по ньому, інколи розповідає про дивні запахи чи смакові відчуття. У пацієнтів, котрі знаходяться в психотичному стані, інколи можна викликати симптоми, які підтверджують діагноз. До них, наприклад, відносяться: симптом Ліпмана – поява зорових галюцинацій при надавлюванні на очні яблука; симптом Рейнхардта («чистого аркушу») – хворий читає з чистого аркушу те, що йому навіює лікар, або описує неіснуючу картинку; симптом Ашафенбурга – під впливом сугестії хворий розмовляє по вимкненому телефону; симптом «просовування нитки» - відповідно до навіювання хворий просовує в неіснуючу голку неіснуючу нитку.

Досить часто галюцинації мають сценічний характер (оніричні, як в сновидіннях), хворий одночасно виступає в ролі глядача і актора. Він переконаний, що бере участь у подіях, котрі відбуваються у нього вдома, на роботі, в ресторані чи в іншому, добре йому відомому і часто відвідуваному місці. Він приймає живу і активну участь у цих подіях (професійний делірій). Іноді він відчуває, що його переслідує «банда», ховається, втікає або сам атакує людей, що трапляються йому на шляху, приймаючи їх за переслідувачів (синдром облогового положення). Для делірію характерне безсоння, а також посилення симптомів під вечір і вночі (коли темно і переважає погана видимість). Описані симптоми поєднуються, як правило, з важким соматичним станом з високою температурою, порушенням водно-електролітного балансу і вегетативними розладами. Важкий соматичний стан в поєднанні з сильним збудженням може призвести до серцево-судинної недостатності і смерті. У минулому смертність від алкогольного делірію досягала 5 – 20%, а сьогодні, завдяки значному прогресові в лікуванні, складає 1%. Захворювання триває декілька днів і вимагає стаціонарного лікування.

Гострий алкогольний галюциноз вперше описав Крепелін 1883 року. Він є другим по частоті виникнення алкогольним психозом і поєднується з іншими симптомами абстинентного синдрому. Дехто вважає його різновидом делірію.

Початок, як правило, раптовий. Найчастіше хворий починає чути голоси, котрі йому погрожують, сварять його, часами звинувачують, а інколи жваво дискутують на тему його

поведінки, або наказують, що йому потрібно робити. Буває, що наказують йому здійснити самогубство (хворий чує: «повісся ... повісся»), або нанести собі які-небудь пошкодження, наприклад, відрізати руку («або відріжеш собі руку, або ми відріжемо тобі голову»). По мірі прогресування хвороби можуть приєднуватися систематизовані маячні ідеї, часто переслідування, тісно пов'язані зі змістом галюцинацій. Хворий, наприклад, переконаний, що вороги замислили замах на його життя, використовуючи при цьому апаратуру для підслуховування, і навіть впливають на нього через стіни, стелю чи підлогу. Маячення супроводжується занепокоєнням, страхом, напруженістю, зниженням настрою. Буває агресивна, чи аутоагресивна поведінка.

Нерідко спостерігаються тактильні галюцинації, наприклад, черв'яки, які повзають по тілу, мурашки або каша чи волосся в роті. Хвороба зазвичай триває від декількох днів до місяця, вимагає інтенсивного фармакологічного лікування, і нерідко в стаціонарних умовах.

Х р о н і ч н и й а л к о г о л ь н и й г а л ь о ц и н о з (галюциноз Верніке) – це психотичний стан, котрий зберігається після зникнення симптомів гострого психозу. Він може тривати місяцями і навіть роками. Загострення хвороби можуть відбуватися однаково, як внаслідок переривання абстиненції, так і при погіршенні психічного і фізичного самопочуття.

А л к о г о л ь н а п а р а н о я (алкогольне маячення ревнощів, запійне маячення, «синдром Отелло») виникає у чоловіків, зазвичай у віці старше 40 років. Появі безперечних симптомів хвороби передують загальна надмірна підозрілість щодо партнерші. Сумніви у вірності партнерші проявляються практично у всіх хворих на алкоголізм і поступово набувають рис маячення. Виникає дедалі більше непорозумінь через дратівливі питання, які стосуються сексуальної невірності, вимоги пояснень, переслідування, перевірки особистої і постільної білизни, пошуки слідів на тілі. Часто мають місце погрози, агресія щодо партнерки і її уявних коханців, а також змушування до визнання провини. Аргументом на користь зради є практично будь-яка поведінка партнерші, її добрий чи поганий настрій, наявність чоловіків в трудовому колективі, а кожний її вихід з дому може бути доказом того, що вона зустрічається з коханцями. У розвинутій хворобі доходить до звуження кола інтересів, занедбання праці і концентрації на пошуках доказів невірності партнерші. Нерідко партнерша або уявний коханець стає жертвою агресивних дій і навіть убивства. Це захворювання має хронічний перебіг і, як правило, важко піддається фармакологічному лікуванню.

Енцефалопатія Верніке більш детально описана в розділі соматичних ускладнень, відмічається приблизно у 5 – 10% пацієнтів з алкогольною залежністю. Майже у 80% пацієнтів, котрі перенесли гостру стадію енцефалопатії Верніке розвиваються симптоми амнестичного синдрому Корсакова.

Корсаковський психоз (алкогольний амнестичний синдром, синдром Верніке-Корсакова) виникає після декількох років інтенсивного зловживання алкоголем і представляє собою прояви важких метаболічних розладів. Істотну роль в його виникненні відіграє гіповітаміноз вітамінів групи В. Перші спостереження, в яких описувався зв'язок різних психічних порушень з полінейропатією (поліневритом) опублікував Корсаков в 1887 – 1991 роках. Тісний взаємозв'язок між енцефалопатією Верніке і Корсаковським синдромом був помічений на початку ХХ століття, тоді як близьку клінічну спорідненість цих двох захворювань встановив Бонгофер 1904 року.

На думку багатьох дослідників хвороба Корсакова представляє собою психічні прояви хвороби Верніке. Головними ознаками корсаковського психозу є:

- порушення пам'яті, котрі викликані пошкодженням сосочкових тіл головного мозку і полягають, головним чином, в серйозних утрудненнях чи абсолютній нездатності до засвоєння нового матеріалу (порушення короткочасної пам'яті);
- конфабуляції (вигадані події, які заповнюють пробіли в пам'яті);
- дезорієнтація в місці та часі;
- хибне впізнавання людей.

Ці симптоми супроводжуються явищами поліневриту (полінейропатії). Майже в 20% випадків корсаковський психоз переходить в глибоке недоумство. Відзначене також значне покращення пам'яті у осіб, котрі утримували тверезість від декількох місяців до декількох років.

Інші розлади. Численні дослідження вказують на те, що приблизно у 50 – 70% осіб, узалежнених від алкоголю спостерігаються розлади пам'яті і пізнавальних процесів, а також зниження інтелектуальних функцій. Існує чітка залежність між цими розладами і змінами в головному мозку. Деякі дослідники звертають одночасно увагу на покращення пізнавальних процесів, пам'яті й інтелектуальних функцій у осіб, які підтримують абстиненцію більш тривалий час.

Органічні зміни в головному мозку, які виникають внаслідок токсичної дії алкоголю і продуктів його обміну, можуть спричинити появу змін у сфері деяких р и с

особистості (зокрема спад емоційного життя, зубожіння інтересів, ослаблення суспільної мотивації діяльності, погіршення здатності до планування).

Дуже часто говориться про те, що алкоголізм призводить до невідворотних характерологічних (особистісних) змін і так званої алкогольної деградації. Термін деградація використовується стосовно осіб, котрі в процесі вживання алкоголю, або під час коротких перерв між черговими періодами активного вживання, демонструють суспільно неприйнятну поведінку (наприклад, здійснюють неправомірні дії, знущаються над родиною, часто конфліктують з оточенням). Сучасний рівень терапії, а також зростаючі ряди непитущих uzалежнених від алкоголю осіб, пов'язаних зі спільнотою Анонімних Алкоголіків і клубами абстинента, змушують з більшою обережністю підходити до цієї проблеми.

Дійсно, спосіб функціонування uzалежненої від алкоголю особи, яка п'є, найчастіше є обтяжливим для суспільства, тим більше, що така особа обмежує до мінімуму свої потреби і свою позитивну активність. Коли такий стан речей зберігається багато років, а перерви між черговими «запоями» не надто довгі, можна стверджувати, що у нього сформувався «синдром набутих розладів особистості, викликаних хронічною алкогольною інтоксикацією», описуваний терміном – алкогольна деградація особистості. Цей процес, як правило, трактується як незворотний.

Впродовж років своєї праці я мав можливість зустріти багато осіб, у котрих в історії хвороби було записано – «алкогольна деградація особистості». Частина з них, всупереч прогнозам тих, хто діагностував ці зміни, перестала вживати спиртне і почала дуже добре функціонувати, неодноразово навіть краще за тих, хто поставив їм процитований вище діагноз.

Такі ситуації схиляють до постановки питання, чи діагноз «алкогольна деградація особистості» завжди базувався на необхідних фактах, чи може, ненароком, постановка діагнозу була пов'язана з відсутністю знань і навиків розуміння uzалежненої від алкоголю особи і надання йому допомоги? Тисячі прикладів схиляють до того, щоб уважніше придивитися до uzалежненої від алкоголю особи, усвідомлюючи, що в періоди активного вживання вплив на її функціонування має не стільки вона сама, скільки алкоголь. І тільки, коли після припинення вживання пройде трохи часу, можна побачити, що людина насправді собою представляє. Дуже часто вона виявляється незвичайно цінною особою. При цій нагоді варто пригадати, що кілька письменників, лауреатів Нобелівської премії, були особами, uzалежненими від алкоголю. Проблеми з алкоголем мали такі відомі

письменники і поети як Едгар Алан По (1809 – 1849), Джек Лондон (1876-1916), Сінклер Льюїс (1885-1951), Юджин О'Ніл (1888-1953), Вільям Фолкнер (1897-1962), Скотт Фіцджеральд (1896-1940), Ернест Хемінгуей (1899-1961), Джон Стейнбек (1902-1968), Труман Капоте (1924-1984), а також Пол Верлен (1844-1896), Артюр Рембо (1854-1891), Олександр Блок (1880-1921), Сергій Єсенін (1895-1925) чи Володимир Висоцький (1938-1980). Про Володимира Висоцького Агнешка Осецька писала так: «Якщо можна взагалі уявити собі чуже життя, то напевно не таке: Володимир Висоцький, найвеличніший бард сучасної Росії [...] не дочекався в своїй країні ані офіційних публікацій, ані порядного житла, ані навіть грошей. Принижував його будь-хто ... Коли після вживання горілки вперше потрапив у стан клінічної смерті, його було врятовано ін'єкцією прямо в серце. Після котрогось разу не витримав, поринув у країну льоду, до якої сам себе покликав» (*Rozmowy w tańcu, 1992*).

Не без причини Вітольд Гомбрович (1904-1969) говорив: «В Польщі легше можна уявити собі літератора без пера, ніж без чарки». Підтвердженням цього могли б бути долі Станіслава Пшибишевського (1868-1927), Станіслава Віткевича (1885-1939), Константего Ідельфонса Гальчинського (1905-1953), чи Владислава Броневського. Якби не алкоголь, то надалі з'являлись би чергові томи поезії Рафала Воячка (1945-1971) чи Станіслава Гроховяка (1934-1976). Напевно інакше б склалася доля відомого поета і прозаїка Іренеуша Ірединського (1939-1989), про якого Стефан Кіселевський писав в своїй книзі «Abecadle Kisiela» (*укр. Азбука Кисіля*) наступне: «Кумедний. Трохи бандит, трохи вар'ят, великий алкоголік». Тоді як сам Ірединський писав в книзі «Dzień oszusta» (*укр. День шахрая*) «Це була звичайна розвага, я пив – пив тільки чисту горілку. Я відчував легке піднесення, котре завжди передавалося мені на початку вечора, який я мав провести в барі. Я вірив, що станеться щось надзвичайне, що горілка буде мати особливо добрий смак і що зустріну приємних знайомих».

Відомо також, що проблеми з алкоголем мав відомий американський актор кіно Гамфрі Богарт (1899-1957), а пацієнтками центрів по лікуванню залежностей були не менш відомі акторки – Ліз Тейлор (нар. 1932), Лайза Мінеллі (нар. 1946), а також Ліндсі Лохан (нар. 1986), Брітні Спірс (нар. 1981), і славні актори – Мел Гібсон (нар. 1956), Робі Вільямс (нар. 1951) чи Овен Вілсон (нар. 1968). Залежність торкнулася також відомої зірки соулу Емі Вайнгауз (1983-2011), співачки і акторки Уїтні Хьюстон (1963-2012), знаменитого рок-музиканта – Піта Догерті (нар. 1979) чи популярного співака Джорджа Майкла (1963-2016). Серйозні проблеми з алкоголем мали також багато чудових спортсменів. Англієць Джордж Бест (1946 – 2005) визнаваний найкращим футболістом всіх часів, помер від

ускладнень, викликаних алкоголем. Узалежненим від алкоголю є багаторазовий чемпіон світу зі спідвею – Тоні Рікардсон (нар. 1970), американська тенісистка і золота медалістка олімпіади в Барселоні (1992) Дженіфер Капріаті (нар. 1976), а також визнаний, разом з Адамом Малишем, найкращим спортсменом в історії стрибків з трампліну, двократний олімпійський чемпіон (1984 і 1988) і чотирикратний завойовник Кубка Світу, фінський лижник Матті Ніканен (нар. 1963). Ще досить свіжі в пам'яті судові проблеми нашого золотого олімпійського медаліста зі стрибків з трампліну в Саппоро в 1972 році – Войцеха Фортуні (нар. 1952). Незважаючи на те, що виглядали вони, як пов'язані з алкоголем, сам Фортуна заперечував, що є алкоголіком. Проте через декілька років визнав: «Після ігор я міг би здобути ще багато медалей. Однак, з моїм підходом до справи це було неможливе, не вдалося одночасно ходити на дискотеки і стрибати. На жаль, я так робив. Власне я описую це в книзі і раджу молодим стрибунам не поєднувати заботи зі спортом». Алкоголь вплинув також на перебіг спортивної кар'єри першого польського рекордсмена світу з плавання в класичному стилі Марка Петрусевича (1934-1992). Голосно також говорилося про те, що не цуралися алкоголю такі відомі і прекрасні поляки, як Марек Гласко, Збігнев Цибульські, Ян Хімільсбах чи Здіслав Маклакевич. На жаль, їх вже немає. Залишається питання, чи, часом, не алкоголь став причиною їх передчасного відходу?

Можна було б примножувати приклади відомих в країні і за кордоном осіб, котрі були узалежненими від алкоголю, чи інших психоактивних субстанцій. За роки своєї праці я мав нагоду надавати допомогу багатьом відомим польським акторам і актрисам, відомим політикам, науковцям, спортсменам і багатьом, багатьом іншим. Частина з них до сьогодні утримує абстиненцію і добре служить нашій країні. Не одна з тих осіб в період активного вживання алкоголю поводитися, як згадувана раніше «деградована особа», натомість в період зберігання абстиненції показувала своє справжнє лице, свій талант, а також здібності вищі посередніх.

Звичайно трапляються випадки алкоголізму, ускладненого важкими органічними пошкодженнями головного мозку, з супутньою патологічною поведінкою. Така поведінка не змінюється навіть після припинення вживання. Проте такі випадки зустрічаються рідко і стосуються невеликого відсотку осіб, узалежнених від алкоголю чи інших психоактивних речовин.

Розділ 8

Ідентифікація осіб з алкогольною проблемою

Клінічні ознаки

Зовнішній вигляд – вже з першого погляду можна зауважити набряк обличчя з наявними, інколи павукоподібними, розширеннями судин шкіри, а також гіперемію кон'юнктиви і нерідко також тремтіння рук (а інколи також і всього тіла).

Під час розмови особа з проблемним вживанням алкоголю (ризикованим чи шкідливим) часто виглядає дратівливою і нервовою, а коли розмова доходить до теми вживання алкоголю, займає оборонну позицію і вкрай неохоче ділиться інформацією про себе, намагаючись деякі факти применшити, а інші затаїти.

Особа, котрі розуміють, що п'ють занадто багато, можуть почувати себе ураженими при задаванні більш детальних питань, або подумати, що їх точка зору піддається сумніву. Таку позицію потрібно розцінювати, як один з проявів хвороби, а не як вияв злої волі особи, котрій задаємо питання.

Ми можемо отримати додаткову інформацію при уважному спостереженні за поведінкою обстежуваної особи, під час задавання питань на тему вживання алкоголю, зверненні уваги на опущений погляд, появу рум'янцю на лиці, нервові рухи чи зміну ритму дихання.

В анамнезі осіб з алкогольною проблемою зазвичай може міститися інформація про:

- загальну слабкість і надмірну втомлюваність,
- хронічний головний біль (часто пов'язаний з гіпертонією),
- часті інфекції верхніх дихальних шляхів,
- схильність до травм, а також часті нещасні випадки,
- повторні візити до лікарів з важкими для діагностики скаргами, такими як болі в черевній порожнині і грудній клітці, чи також шлунково-кишкові розлади (втрата апетиту, нудота, блювота, пронос),
- відсутність видимого ефекту в лікуванні таких хвороб, як гіпертонія чи панкреатит,
- порушення менструального циклу, болі в області тазу (у жінок),
- лікування з приводу венеричних захворювань,

- часті намагання отримати лікарняний листок,
- повторні випадки невиходу на роботу і часті зміни місця праці,
- конфлікти з законом.

Нерідко пацієнт проголошує інші нетипові скарги, такі як розлади сну (часті скарги на безсоння, або труднощі з засинанням), порушення пам'яті, «депресію», пригніченість, зменшення активності, а також неврологічні розлади, котрі найчастіше стосуються чутливості і м'язової сили.

Піл час лікарського обстеження у пацієнта відзначається наявність запаху свіжого чи перетравленого алкоголю, поганий стан ротової порожнини, припухлість ясен, тепла і волога шкіра, шрами і синці, інколи вугрі, збільшена і болюча печінка, тахікардія, порушення ритму серця, підвищений артеріальний тиск, більше чи менше виражені симптоми поліневриту, а також недостатність харчування (викликана однаково, як неправильною дієтою, так і розладами всмоктування).

Більш детальному обстеженню, з точки зору вживання алкоголю, повинні піддаватися особи, котрі в минулому споживали інші психоактивні речовини, мають слабкий контроль над імпульсами (їжа, азартні ігри, секс і т.ін.), розлади особистості, сильні і хронічні невротичні симптоми (на момент огляду, чи в анамнезі), інші хронічні хвороби (соматичні і психічні), а також особи, у яких під час лікування не спостерігалось помітних змін, або різке не надто зрозуміле і неочікуване покращення чи погіршення стану.

Оскільки багато хто з осіб зі шкідливим вживанням алкоголю приймає також різного типу ліки, потрібно звертати увагу на додаткові факти. Лікар повинен усвідомлювати, що на можливість існування проблеми з ліками можуть вказувати ситуації, коли:

- невідомі йому особи просять виписати рецепт на заспокійливі чи снодійні ліки, або пробують здобути такий рецепт через знайомих,
- невідомі йому особи просять рецепт на знеболюючі ліки, мотивуючи прохання, наприклад, скаргами, пов'язаними з хронічною сечокам'яною хворобою і разом з тим не мають відповідної документації (рентген чи УЗД),
- повторюються телефонні прохання пацієнта залишити рецепт на якісь із вищезгаданих ліків,
- повторюються випадки, коли особа губить рецепт, або вже викуплені ліки,
- пацієнт відмовляється від лікування, якщо лікар не хоче дати йому рецепт на заспокійливий, снодійний чи знеболюючий лікарський препарат, в необхідності прийому якого, він намагається переконати лікаря.

Тести, які допомагають у діагностиці

Використання тестів започатковано в 40-х роках минулого століття, і проводиться з метою виявлення популяції осіб, котрі вживають алкоголь проблемно, у котрих з'явилися ранні ознаки ризикованого чи шкідливого вживання, а також полегшення постановки діагнозу залежності від алкоголю. До скринінгових тестів, що найчастіше вживаються в клінічних умовах, відносяться: CAGE, а також його модифіковані версії TWEAK, призначені для вагітних жінок – TWEAK і T-AGE, а також MAST (Michigan Alcoholism Screening Test на 25 питань) разом з його скороченими модифікаціями (BMAST – 10 питань, SMAST – 13 питань), SAAST (Self-Administered Alcoholism Screening Test – тест для самооцінки на 35 питань), AUDIT, чи дотепер ще мало відомий тест RAPS4. 1990 року для скринінгових досліджень серед молоді було розроблено тест POSIT (Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers), котрий містить в собі 14 питань, які стосуються вживання алкоголю, а також інших психоактивних речовин.

CAGE⁹

Назва тесту походить від перших літер найважливіших слів (акронім), що містяться в окремих питаннях оригінальної версії англійською мовою¹⁰.

CAGE дуже зручний тест, тому що його заповнення займає близько однієї хвилини. Проте для того, щоб поставити діагноз залежності його не достатньо. З точки зору Мейфілда (1974) відповідь «так» на щонайменше два запитання корелює в найвищому ступені з комплексним діагнозом залежності від алкоголю. Буш і колеги вважають, що показник достовірності тесту CAGE становить 62%, проте його потрібно доповнити питаннями, які стосуються кількості алкоголю, що вживається, проблем з контролем кількості і частоти вживання, явищ толерантності, а також можливого виникнення симптомів абстиненції після припинення вживання алкоголю.

Тест CAGE:

-
1. Чи бували в твоєму житті такі періоди, коли ти відчував, що необхідно обмежити своє вживання алкоголю?

⁹ В дослівному перекладі слово *cage* означає «клітка»

¹⁰ 1. *Have you ever felt you should Cut down on your drinking?* 2. *Have people Annoyed you by criticizing your drinking?* 3. *Have you ever felt bad or Guilty about your drinking?* 4. *Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover (Eye opener)?*

2. Чи бувало так, що різні особи з твого найближчого оточення дратували тебе своєю критикою з приводу вживання тобою спиртного?
3. Чи будь-коли траплялося тобі відчувати докори сумління чи сором з приводу власного пияцтва?
4. Чи бувало так, що вранці після пробудження тобі передусім потрібно було випити, щоб заспокоїти нерви, або для того, щоб «встати на ноги»?

Стверджувальна відповідь щонайменше на два наведені вище питання є клінічно значимою і вказує на значну імовірність наявності залежності від алкоголю.

Тест RAPS 4

В тесті RAPS 4 (Rapid Alcohol Problem Screening), про імовірність існування залежності від алкоголю свідчить стверджувальна відповідь щонайменшу на одне з питань.

1. Чи доводилося тобі протягом останніх 12 місяців мати почуття провини після вживання алкоголю?
2. Чи протягом останніх 12 місяців знайомі, або хтось з родини розповідав тобі коли-небудь про речі, котрі ти говорив/ла, робив/ла під час вживання алкоголю, і котрих ти сам/а не пам'ятав/ла?
3. Чи доводилося тобі протягом останніх 12 місяців через вживання спиртного не зробити те, що в нормальних умовах від тебе очікується?
4. Чи доводилося тобі протягом останніх 12 місяців випити спиртне вранці, відразу ж після пробудження?

Тест AUDIT-C

Серед коротких скринінгових тестів заслуговує на увагу ще один дуже практичний тест AUDIT—C (The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption), котрого не потрібно плутати з представленим трохи нижче популярним тестом AUDIT. AUDIT-C складається тільки з трьох питань:

1. Як часто ти вживаєш напої, що містять в собі алкоголь?

Ніколи (0 балів)

1 раз на місяць, або рідше (1 бал)

2 – 4 рази на місяць (2 бали)

2 – 3 рази на тиждень (3 бали)

- 4 чи більше разів на тиждень (4 бали)
2. Скільки ти в середньому випиваєш порцій³ алкоголю в той час, коли п'єш спиртне?
- 1 – 2 (0 балів)
 - 3 – 4 (1 бал)
 - 5 – 6 (2 бали)
 - 7 – 9 (3 бали)
 - 10 або більше (4 бали)
3. Як часто ти випиваєш шість чи більше порцій при одній нагоді?
- Ніколи (0 балів)
 - Рідше ніж раз на місяць (1 бал)
 - Раз на місяць (2 бали)
 - Раз на тиждень (3 бали)
 - Щодня чи майже щодня (4 бали)

Норма для жінок становить 2 – 3 бали, а для чоловіків 4 бали і нижче. Перевищення цих показників може свідчити про існування алкогольної проблеми (шкідливе вживання, або залежність).

Порівняльні дослідження показали, що результати, отримані при застосуванні повного тесту AUDIT і тесту AUDIT-C, різнилися в досліджуваній групі тільки на 1%.

Тест AUDIT

Під кінець 80-х років Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала використання тесту AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), котрий:

- дозволяє виявити популяцію осіб, котрі вживають алкоголь з ризиком шкідливих наслідків і випадками завдання шкоди здоров'ю;
- стосується актуального стилю і рівня вживання;
- відповідає діагностичним критеріям Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, яка рекомендована цією організацією (десятий перегляд, МКХ-10);
- стандартизована в шести країнах;
- крім анамнезу, враховує дані соматичного обстеження, а також рівень концентрації гама-глутамінтрансферази (ГГТ) в крові.

Частина А: алкогольний анамнез

1. Як часто Ви вживаєте напої, які містять в собі алкоголь?
 - (0) ніколи;
 - (1) один раз на місяць або рідше;
 - (2) два – чотири рази на місяць;
 - (3) два – три рази на тиждень;
 - (4) чотири і більше разів на тиждень.
2. Скільки Ви випиваєте порцій алкоголю протягом всього дня?
 - (0) одну – дві;
 - (1) три – чотири;
 - (2) п'ять – шість;
 - (3) сім – дев'ять;
 - (4) десять і більше.
3. Як часто Ви випиваєте шість і більше порцій протягом одного дня?
 - (0) ніколи;
 - (1) рідше одного разу на місяць;
 - (2) приблизно один раз на місяць;
 - (3) приблизно один раз на тиждень;
 - (4) щоденно, чи майже щоденно.
4. Як часто протягом останнього року ставалося так, що вам важко було зупинитися, після того, як Ви розпочинали пити?
 - (0) ніколи;
 - (1) рідше одного разу на місяць;
 - (2) приблизно один раз на місяць;
 - (3) приблизно один раз на тиждень;
 - (4) щоденно, чи майже щоденно.
5. Як часто протягом останнього року через з випивку Ви здійснювали неправильні вчинки, котрі порушували прийняті в Вашому середовищі норми поведінки?
 - (0) ніколи;
 - (1) рідше одного разу на місяць;
 - (2) приблизно один раз на місяць;
 - (3) приблизно один раз на тиждень;
 - (4) щоденно, чи майже щоденно.
6. Як часто протягом останнього року Ви випивали вранці, щоб «повернутися до норми» після вчорашньої випивки?

- (0) ніколи;
 - (1) рідше одного разу на місяць;
 - (2) приблизно один раз на місяць;
 - (3) приблизно один раз на тиждень;
 - (4) щоденно, чи майже щоденно.
7. Як часто протягом останнього року Ви відчували докори сумління чи почуття провини внаслідок вживання алкоголю?
- (0) ніколи;
 - (1) рідше одного разу на місяць;
 - (2) приблизно один раз на місяць;
 - (3) приблизно один раз на тиждень;
 - (4) щоденно, чи майже щоденно.
8. Як часто протягом останнього року Ви мали проблеми з відтворенням подій, котрі мали місце під час випивки?
- (0) ніколи;
 - (1) рідше одного разу на місяць;
 - (2) приблизно один раз на місяць;
 - (3) приблизно один раз на тиждень;
 - (4) щоденно, чи майже щоденно.
9. Чи коли-небудь було так, що Ви отримували фізичну травму, або травмували інших людей, і це було пов'язано із вживанням Вами алкоголю?
- (0) ні;
 - (1) так, але не протягом останнього року;
 - (2) так, протягом останнього року.
10. Чи хто-небудь з Ваших близьких, або знайомих, можливо лікар, чи інший працівник охорони здоров'я цікавився коли-небудь, як Ви п'єте спиртне, або радив Вам обмежити вживання алкоголю?
- (0) ні;
 - (1) так, але не протягом останнього року;
 - (2) так, протягом останнього року.

Частина В: клінічні дослідження

Фізичні травми

1. Чи були у Вас травми голови після 18 років?
- (3) так;

(0) ні.

2. Чи були у Вас переломи кісток після 18 років?

(3) так;

(0) ні.

Соматичне обстеження

3. Почервоніння склери

(0) не відмічається;

(1) незначне;

(2) помірне;

(3) значне.

4. Вища за норму васкуляризація шкіри

(0) не відмічається

(1) незначна;

(2) помірна;

(3) значна.

5. Тремтіння рук

(0) не відмічається;

(1) незначне;

(2) помірне;

(3) значне.

6. Тремтіння язика

(0) не відмічається;

(1) незначне;

(2) помірне;

(3) значне.

7. Збільшення печінки

(0) не відмічається;

(1) незначне;

(2) помірне;

(3) значне.

8. Концентрація гамаглутамінтрансферази:

(0) нижча середнього показника норми (< 30 од./л);

(1) вища середнього показника норми (30 – 50 од./л);

(3) вища за норму (> 50 од./л);

Інтерпретація результатів:

- особам, котрі набрали вісім і більше балів, необхідно провести додаткове діагностичне обстеження;
- особи з високими показниками за першими трьома шкалами і невисокими за іншими оцінюються як ті, що вживають з ризиком шкідливих наслідків;
- підвищення показників за шкалами 4 – 6 дозволяють підозрювати залежність;
- підвищені показники за рештою шкал свідчать про вживання зі шкідливими наслідками для здоров'я.

Необхідно пам'ятати, що AUDIT це лише скринінговий, а не діагностичний тест (інструмент). Він дає тільки загальну орієнтацію в проблемі і тому повинен доповнюватися клінічним спостереженням.

Тести MAST

Щонайменше п'ять стверджувальних відповідей на питання, що містяться в скороченій версії тесту MAST (The Brief Michigan Alcoholism Screening Test – bMAST), є, з точки зору деяких дослідників, достатнім критерієм для діагностики залежності від алкоголю. Це наступні питання:

1. Ти вважаєш, що п'єш так само, як більшість людей?
2. Хтось з твоїх приятелів, або родичів вважає, що твоє вживання не вкладається в норму?
3. Тобі коли-небудь доводилося брати участь у зустрічі Анонімних Алкоголіків?
4. Чи довелося тобі будь-коли втратити приятеля чи дівчину через вживання алкоголю?
5. Чи мав ти будь-коли проблеми на роботі через алкоголь?
6. Чи коли-небудь через вживання алкоголю ти нехтував своїми обов'язками, сімейними справами, або не виходив на роботу кілька днів підряд?
7. Чи мав ти будь-коли delirium tremens (алкогольний делірій), сильне тремтіння, чи доводилося тобі після надмірного вживання алкоголю чути голоси, або бачити неіснуючі речі?
8. Чи звертався ти коли-небудь до кого-небудь за порадою з приводу вживання алкоголю?

9. Чи доводилося тобі будь-коли перебувати в лікарні через вживання алкоголю?
10. Чи коли-небудь тебе затримували за керуванням транспортом в нетверезому стані, або чи керував ти будь-коли транспортним засобом після вживання алкоголю?

Дослідження, в котрих тест bMAST порівнювався з тестами MAST і AUDIT, показали високу збіжність отриманих результатів.

Опрацьовано також скорочену геріатричну версію тесту MAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version, скорочено S-MAST-G). Вона характеризується високою точністю і оригінальністю у виявленні проблем з алкоголем у людей старшого віку.

1. Чи говориш ти, що п'єш менше, ніж в дійсності, коли розмовляєш з іншими людьми?
2. Чи перестаєш ти інколи їсти після кількох порцій алкоголю, тому що не відчуваєш голоду?
3. Чи кілька порцій алкоголю дозволяють тобі запанувати над тремтінням?
4. Чи буває так, що алкоголь ускладнює тобі запам'ятовування подій, котрі мали місце протягом дня чи ночі?
5. Чи ти п'єш інколи з метою зняти напруження, або заспокоїти нерви?
6. Чи ти коли-небудь пив/ла, щоб відірватися від проблем?
7. Чи доводилося тобі коли-небудь пити більше, ніж звичайно перед лицем життєвої втрати, наприклад, смерті когось з близьких?
8. Чи коли-небудь лікар, або медсестра висловлювали занепокоєння з приводу кількості алкоголю, яку ти споживаєш?
9. Чи встановлював ти коли-небудь власні правила, для того, щоб справитись з вживанням алкоголю?
10. Чи допомагає тобі алкоголь тоді, коли відчуваєшся самотнім/ою?

Балтиморський тест

Деяке загальне уявлення про інтенсивність проблемного вживання алкоголю дає також достатньо популярний в Польщі тест, котрий був розроблений в американській лікарні при університеті Джона Хопкінса (Балтімор, Меріленд). Відповідно до інструкції, при умові чесних відповідей одна стверджувальна повинна бути застереженням, що можна стати uzалежним від алкоголю. Дві стверджувальні відповіді свідчать про високу ймовірність залежності, тоді як три, на думку авторів, говорять про сформовану алкогольну залежність. Питання звучать наступним чином:

1. Чи п'єш ти на роботі?

2. Чи впливає твоє п'янство негативно на домашнє життя?
3. Чи п'єш ти, тому що відчуваєш себе несміливим перед іншими людьми?
4. Чи сприяло п'янство погіршенню твоєї репутації?
5. Чи доводилося тобі коли-небудь відчувати докори сумління через випивку?
6. Чи маєш ти будь-які фінансові проблеми в результаті п'янства?
7. Чи є твоє п'янство приводом смутку в сім'ї?
8. Чи став ти менш амбітним, випиваючи?
9. Чи відчуваєш ти потребу випити щоденно в один і той же час?
10. Чи байдуже тобі з ким ти п'єш?
11. Чи відчуваєш ти потребу випити на другий день після випивки?
12. Чи помічав ти, що внаслідок випивки знизилась твоя фізична чи психічна працездатність?
13. Чи впливає випивка на твою професійну діяльність, або іншу активність поза роботою?
14. Чи бувають у тебе порушення сну, пов'язані з п'янством?
15. Чи хотів ти втекти від проблем, випиваючи?
16. Чи доводилося тобі пити в самотності?
17. Чи втрачаєш ти пам'ять і не можеш пригадати де був і що робив, випиваючи?
18. Чи пив ти, щоб стати більш впевненим в собі?
19. Чи доводилося тобі коли-небудь бути в лікарні, у витверезнику, поліклініці і т.ін. через п'янство?

При оцінці результатів потрібно, звичайно, враховувати польську специфіку, певну довільність інтерпретації при перекладі окремих питань, а також той факт, що тест не був стандартизований в Польщі. Ці зауваження не дозволяють використовувати тест в дослідницьких чи діагностичних цілях, проте питання, що в ньому містяться можуть послужити багатьом матеріалом для роздумів.

Особливо характерною є стверджувальна відповідь на питання, котре стосується спроб обмеження вживання, яке повторюється в багатьох скринінгових тестах. Це питання дуже безпечне і одночасно має велику діагностичну вартість, тому що ніхто, з тих, хто не пережив негативних наслідків вживання алкоголю, не думає про його обмеження, а негативні наслідки стають очевидними тоді, коли частота і кількість алкоголю, що споживається, виривається з-під контролю.

Лабораторні дослідження

Дотепер не знайдено такого лабораторного тесту, котрий з одного боку дав би можливість викривати залежність від алкоголю, а з іншого міг би бути придатним для оцінки зв'язку виявлених змін у внутрішніх органах зі споживанням алкоголю. Проте лабораторні дослідження крові, котрі виконуються з різних причин, можуть виявитися придатними в ідентифікації осіб, котрі старанно приховують споживання великих кількостей алкоголю. Загальнодоступні аналізи виявляють у таких осіб підвищену концентрацію діастази і трансаміназ (співвідношення АСТ/АЛТ більше двох свідчить про пошкодження печінки, яке характерне для осіб, які постійно вживають алкоголь)⁴, відхилення показників печінкових проб, симптоми цукрового діабету легкого ступеня з глюкозурією, електролітні порушення (наприклад, низька концентрація калію).

Більш спеціалізовані і специфічні дослідження (серед котрих так звані біологічні маркери надмірного вживання алкоголю) дозволяють виявити: підвищену активність гамаглутамінтрансферази (ГГТ)⁵, високий вміст в крові холестерин-ліпопротеїдів високої щільності (ХЛВЩ), трансферину С, підвищення концентрації альфа-аміномасляної кислоти/лейцину в сироватці крові, підвищення активності бета-гексозамінази після вживання алкоголю, макроцитарну анемію (зменшення кількості червоних кров'яних клітин при одночасному збільшенні їх середнього об'єму), підвищену концентрацію імуноглобуліну А в плазмі крові, знижену активність тромбоцитарної моноаміноксидази (МАО) у осіб з алкогольною залежністю, або низьку концентрацію розгалужених амінокислот. Крім того в якості маркерів використовуються 5-гідрокситриптофол і КДТ (карбогідрат-дефіцитний трансферин). КДТ –присутній в крові білок, концентрація котрого зростає разом зі збільшенням споживання алкоголю значно раніше, в порівнянні з ГГТ. В останні роки КДТ вважається одним з найбільш чутливих показників надмірного вживання алкоголю. Більшість дослідників вважає, що діагностична чутливість КДТ значно нижча у жінок, а також у підлітків, порівняно з чоловіками. Недоліком є висока вартість проведення лабораторного дослідження. Нещодавно звернено увагу на концентрацію сіалової кислоти в сироватці і в слині, тому що виявилось, що вона вища у осіб узалежнених від алкоголю, також у цих осіб низьким є співвідношення сіалова кислота/аполіпопротеїни J.

⁴АСТ – аспарагінова трансаміназа, АЛТ – аланінова трансаміназа

⁵Рівень ГГТ зберігається в межах норми у випадку епізодичного зловживання алкоголем протягом двох тижнів; у незалежних від алкоголю – доза, яка викликає інтоксикацію, взагалі не призводить до підвищення рівня ГГТ в крові; зустрічаються особи, у яких вживання алкоголю не викликає підвищення рівня ГГТ. Рівень знижується майже у всіх, узалежнених від алкоголю, вже після першого тижня тверезості, але може

утримуватися навіть місяць; у людей з хворою печінкою рівень ГГТ може підвищуватися навіть після одноразового вживання алкоголю.

Більшість з цих досліджень має все-таки низьку діагностичну цінність, тому що їх результати залежать, зокрема, від таких чинників, як стать, вік, маса тіла, а також наявність викликаних різними причинами патологічних змін в системі травлення (зміни в печінці, підшлунковій залозі, кишечнику), чи пошкоджень системи кровотворення. Проте вони допомагають пов'язати стверджені соматичні зміни з інтенсивним споживанням алкоголю у осіб, котрі приховують цей факт.

Відповідно до рекомендацій Національної ради з питань алкоголізму і наркотичної залежності (National Council on Alcoholism and Drug Dependence) в США прийнято вважати, що виявлення алкоголю в сироватці крові в концентрації на рівні одного проміле (при стандартному дослідженні), вище 1,5 проміле (без явних ознак сп'яніння) і вище трьох проміле (незалежно від обставин) свідчить про підвищену толерантність до алкоголю і можливу наявність алкогольної залежності. Своєю чергою, факт вживання навіть невеликої кількості алкоголю можна підтвердити, досліджуючи в тканинах, органічних рідинах і волоссі наявність одного з метаболітів етилового спирту – етилового глюкороніду. Його присутність можна констатувати протягом 80 годин від моменту повного виведення алкоголю з організму.

Останнім часом звертається також увага на маркери схильності до залежності від алкоголю (показники генетичної схильності), котрі характеризуються тим, що підлягають наслідуванню, мають безпосередній зв'язок зі зловживанням алкоголем в окремо досліджуваній популяції, а також не підлягають впливові інших ендо- чи екзогенних чинників. До них зараховуються деякі різновиди алкогольдегідрогенази і альдегіддегідрогенази, мембранної аденілатциклази, а також деякі нейромедіатори (напр., гама-аміномасляна кислота чи нейропептид Y).

Розділ 9

Шлях до залежності

Перед тим, як приступити до обговорення проблем, пов'язаних з діагностикою і лікуванням залежності від алкоголю варто прослідкувати мінливості долі особи, котра попала в залежність і хоче видужати. Шлях від першої чарки до останньої можна дуже скорочено описати наступним чином:

1. Випадкове і епізодичне споживання алкоголю.
2. Прикросці (дискомфорт) і невдалі спроби самостійно впоратись з ними. Можна стверджувати, надзвичайно спрощуючи, що ці стани, виникають у одних осіб через невміння жити в злагоді з самим собою чи з оточуючими, а в інших через надмірну потребу в збудженні (стимуляції); все більші більш охоче використовуються нагоди для вживання алкоголю, але ще без свідомості приводу.
3. Відкриття (осаяння) – зауваження і усвідомлення, що алкоголь корисно впливає на самопочуття і може допомогти впоратися з власним психічним дискомфортом. Часто це пов'язано з наслідуванням інших осіб, котрі вже раніше зауважили, що вживання алкоголю корисно впливає на їх стан.
4. Уникнення дискомфорту полягає в здійсненні спроб впоратись з неприємними і неприйнятними станами за допомогою алкоголю, чи також у частому збудженні за його посередництвом, тобто за кожним разом більш систематичне використання алкоголю, як чинника, котрий регулює самопочуття. За допомогою алкоголю стає можливим досягнення полегшення страждання, тобто редукції чи теж угамування (заглушення) напруженості, неспокою, тривоги, почуття неповноцінності, почуття провини, смутку чи так званого болю існування, а також досягнення завдяки ньому короткочасної приємності і задоволення чи очікуваного збудження – «додаткової енергії» (це тягне за собою появу за кожним разом більш явних проявів «зловживання»).
5. Загубленість («зловживання» перейшло в залежність), це етап систематичного регулювання власного самопочуття за допомогою алкоголю, коли власне алкоголь стає все частіше і частіше джерелом «додаткової енергії» чи короткотривалого доброго самопочуття і починає поступово витісняти дотеперішні джерела задоволення. Узалежнена від алкоголю особа починає пристосовуватися до своєї хвороби (вчиться маніпулювати людьми, щоб інші робили за неї те, що не може

робити сама через випивку; реорганізує своє життя так, щоб можна було продовжувати пити і мати якнайменше наслідків вживання; змінює стиль життя і поведінку, систему цінностей і переконань, відмовляється від видів діяльності, котрі суперечать вживанню, змінює товариство і т.ін.). Відповідно до ступеню розвитку залежності в житті такої особи поступово наростає дезорганізація, проте їй вдається не зауважувати цього. Правильну оцінку ситуації ускладнює, а часто робить навіть неможливою, система заперечень (фальсифікації), котра використовує психологічні захисні механізми. Врешті-решт, вживання алкоголю стає найважливішою річчю в житті, а uzалежнена від алкоголю особа втрачає здатність раціонального планування, діяльності і вирішення проблем.

6. Вагання і пошуки допомоги. Наростаюча дезорганізація життя призводить до того, що uzалежнена від алкоголю особа починає припускати, що її спосіб вживання спиртного відрізняється від способу вживання інших людей. Додатковим приводом є також факт, що випивка вже не приносить полегшення страждань. У зв'язку з цим uzалежнена особа здійснює самостійні проби обмеження пиття, з'являються думки про необхідність пошуку допомоги. Перед тим, як скористатися з допомоги, uzалежнена особа пробує самостійно опанувати свою хворобу і здійснює чергові кроки, з метою виправлення ситуації. Найчастіше вона починає від зміни темпів вживання (кількість алкоголю, що споживається, залишається незмінною, натомість намагається пити повільніше), пізніше старається обмежити кількість алкоголю (напр., встановлює собі ліміти і часом їй вдається дотримуватися їх), намагається обмежувати частоту випивок (напр., планує довші перерви, інколи їй це вдається, і тоді вона пишається цим), змінює види спиртного (напр., п'є пиво замість горілки). Одночасно uzалежнена особа постійно шукає способи, за допомогою яких можна було б швидко позбутися абстинентних симптомів (починає, наприклад, «допомагати» собі ліками). З часом їй вдається утримувати довші перерви в випивці, але повернення до вживання настає неминуче, тому вона, все ж, не впроваджує жодних істотних змін в своєму житті. Цей етап закінчується або рішенням про звернення за допомогою і початком лікування (або/і приєднанням до програми одужання на засадах самопомоги, напр., до програми 12 кроків Анонімних Алкоголіків), або подальшим нашаруванням проблем і ускладнень, котрі призводять до «випадіння» з нормального життя, і неодноразово до смерті.
7. Повернення до здоров'я – прийняття і реалізація рішення про впровадження змін, котрі зроблять можливим функціонування без алкоголю. Ці зміни повинні

стосуватися позицій, переконань, поведінки, звичок, взаємовідносин з іншими, а також способів переживання, відчуття, реагування, мислення і т.ін.. До того, як узалежнена від алкоголю особа прийме рішення про впровадження цих змін, вона мусить повірити в те, що є хворою і акцептувати цей факт, далі повірити в те, що можна не пити, знайти довіру до себе і довіритись іншим, і врешті ризикнути і почати діяти.

8. Закріплення результатів лікування, тобто закріплення, за допомогою професіоналів, набутих змін, з особливим натиском на здобутті навиків попередження рецидиву хвороби або/і поглибленні знайомства з програмою 12 кроків.
9. Піклування про здоров'я (фізичне, психічне, духовне). Піклування про стан здоров'я – це загальна річ, адже майже кожен з нас намагається дбати про свої зуби, вдягає теплий одяг, щоб не застудитися. Багато хто з осіб, узалежнених від алкоголю, котрі досягнули цього етапу, відмовляються від вживання алкоголю не тому, що хворіють на алкоголізм, а тому що піклуються про своє здоров'я і хочуть утримувати добрий стан – надалі почуватися здоровими і функціонувати так, як функціонують інші здорові люди.

Розділ 10

Залежність як хвороба

Історичний нарис

Перед тим, як перейдемо до обговорення проблем, пов'язаних з лікуванням, пригадаймо, що етиловий спирт належить до групи хімічних речовин, систематичне і тривале вживання котрих призводить до виникнення деяких несприятливих змін в організмі. Цей факт добре відомий від стародавніх часів і знайшов своє відображення в численних письмових переказах (зокрема в Біблії, Талмуді чи в листах Сенеки).

За Нового часу на шкідливий вплив вживання алкоголю на здоров'я першим звернув увагу батько американської психіатрії Бенджамін Раш (1745-1813), котрий 1785 року писав: «Непомірковане вживання спиртів [...] нагадує деякі спадкові, сімейні і заразні хвороби», причинами яких можуть бути, зокрема, «розчарування світовими стремліннями і почуття провини».

Першим лікарем, котрий науково пов'язав вживання алкоголю з виникненням хворобливих змін, був англійський терапевт Томас Троттер (1760-1832). В якості судового лікаря він мав можливість під час тривалих рейсів спостерігати перебіг залежності у моряків. Він описав навіть випадки сп'яніння від вдихання випарів рому з бочок, які транспортувалися судами. У виданій 1804 року праці *An Essay Medical, Philosophical and Chemical on Drunkenness and its Effects on the Human Body* (Медичний, філософський і хімічний трактат про п'янство і його вплив на тіло людини) Троттер стверджує, що п'янство – це хвороба «викликана віддаленою причиною, котра призводить до таких змін і дій в живому організмі, які порушують здорові процеси». Першим науковим журналом, який був присвячений проблемам залежностей (від алкоголю, опіуму, морфіну) був „The Journal of Inebriety” (*inebriety* - пияцтво, сп'яніння (англ.)), котрий видавався в Сполучених Штатах Америки в період від грудня 1876 до березня 1914 року. На початку XIX ст. з'явилися також польські опрацювання на цю тему. Батьком польської алкології був вільнюський лікар Якуб Шимкевич, його видане 1818 року *Dzieło o pijaństwie* (Праця про пияцтво) було першим такого типу трактатом на території Центрально-Східної Європи.

Протягом багатьох років для визначення надмірного споживання алкоголю, крім п'янства, використовувалися такі означення як *alkoholomania* (термін появився у Франції 1902

року), *oinomania* (термін запропонований 1817 року лікарем Антоніо Сальваторі, походить від грецького *oinos* – вино) чи *dypsomania* (гр. *dipsa* – спрага). І тільки після того, як 1849 року Магнус Гусс (1807-1890), на той час придворний лікар шведського короля Карла XIV, опублікував працю під назвою *Alcoholismus chronicus eller chronisk alko-holssjukdom* [Хронічний алкоголізм, або хронічна алкогольна хвороба], почали вживати терміни алкоголізм і *алкогольна хвороба*. Гусс звернув увагу на «специфічні симптоми неправильного функціонування організму, які є наслідком змін спричинених алкоголем».

В пізніші роки були здійснені численні спроби дати визначення явищу алкоголізму. Наприклад, французький лікар психіатр (котрий першим описав анорексію) Луї Віктор-Марсель (1828-1864) вважав, що «хронічний дипсоман, п'яниця – це той, хто після споживання алкоголю демонструє початкові прояви інтелектуального послаблення, а це унеможлиблює будь-які вольові зусилля». Шулле 1888 року стверджував, що «найважливішим проявом хронічного алкоголізму є хвороба волі», а німецький психіатр Ріхард фон Крафт-Ебінг (1840-1902) вважав, що хронічний алкоголізм – це «сукупність розладів психічних і фізичних функцій, викликана постійним споживанням алкоголю».

1901 року Курц і Крепелін першими вжили термін алкогольна звичка щодо осіб, котрі «не були достатньо сильними, щоб перестати пити тоді, коли це наражало їх на серйозні матеріальні, суспільні і тілесні шкоди». Крім того Крепелін звертав увагу на той факт, що при хронічному алкоголізмі істотним є «прийняття нової дози алкоголю в той час, коли ще діє попередня доза».

Відомий польський психіатр Олександр Піотровський (1878-1933) на 3'їзді польських психіатрів 1924 року говорив: «Суспільна точка зору розцінює пияцтво з моральних позицій, засуджує його як зло, котре виникло з вини п'яниці, і таврує це зло як ганебну пристрасть. Такий погляд є надмірно одностороннім, бо не бере до уваги дійсної причини явища, котре знаходиться глибоко в організмі узалежненої від алкоголю особи і котре знавцям відоме як хвороблива схильність, і навіть як хворобливий, стан обтяжений фатальними наслідками для ураженої особи і її родини».

1933 року Ернст запропонував відділити хронічний алкоголізм від алкогольної звички і ствердив, що «пияками є ті, хто не може перестати пити, а алкоголіками ті, хто страждає внаслідок ушкодження через хронічне споживання алкоголю».

До 1940 року існувало близько 40 різних способів діагностування проблем, спричинених вживанням алкоголю. Лише дослідник, фізіолог і біолог угорського походження – Елвін

Мортон Джелінек (1890-1963), на підставі проведених ним досліджень в Йельському університеті (Yale's Center of Alcohol Studies), написав 1942 року в книзі Alcohol Addiction and Chronic Alcoholism [Алкогольна залежність і хронічний алкоголізм], що «хронічний алкоголізм – це кожне вживання алкогольних напоїв, котре вчиняє шкоду для самої особи, котра п'є, суспільства, чи для обох». Джелінек звернув також увагу на факт, що алкоголізм виникає при взаємному накладанні трьох чинників, а саме біологічної податливості, а також суспільних і психологічних умов. Він виділив в алкоголізмі чотири фази хвороби, а сам алкоголізм поділив на п'ять типів, позначених послідовними літерами грецького алфавіту.

Дефініції і класифікації

Фази алкоголізму за Джелінеком

Вступна («доалкогольна», симптоматична)

вживання алкоголю з метою відчутти полегшення
зростання толерантності до алкоголю

Остерігаюча (попереджуюча)

поява палімпсестів
за кожним разом все більша концентрація на алкоголі
потяємне вживання алкоголю
вживання алкоголю з ненаситністю (жадібне)
організація приводу для випивки
почуття провини, пов'язане з вживанням алкоголю
ухилення від розмов на тему вживання алкоголю

Критична (гостра, кризова)

втрата контролю над вживанням алкоголю
симптоми алкогольного потягу, (патологічної) пристрасті до алкоголю
пошуки виправдань (система алібі) вживання
звинувачення оточення і реагування агресією на зауваження
нав'язування самому собі періодів абстиненції
спроби змінити модель вживання (часу, місця, виду алкогольного напою)
повторні стани докорів сумління
значне занедбаня праці, взаємовідносин з родичами і друзями
помітне звуження інтересів

створення раціональних обґрунтувань для вживання (самообман)
концентрація життя навколо вживання
нагромадження запасів алкоголю
занедбання харчування (недоїдання)
послаблення сексуального потягу
епізоди ревнощів (злуди подружньої невірності)
стале поповнення концентрації алкоголю (зокрема, вранішнє вживання)

Хронічна

періоди багатоденного вживання («запої»)
послаблення моральних норм
ушкодження мислення і здатності до оцінки
вживання сурогатів
зниження толерантності
помітне тремтіння (тремор)
боязнь
судомні напади («алкогольна епілепсія»)
алкогольні психози – гострі і хронічні
тяжкі соматичні хвороби → СМЕРТЬ

Типи алкоголізму за Джелінеком

- **Альфа** – це психологічна (психічна) залежність від алкоголю, виникає у осіб, котрі не справляються зі стресом та іншими важкими життєвими ситуаціями. Присутні не надто інтенсивні симптоми втрати контролю над вживанням алкоголю. Цей тип алкоголізму може трансформуватися в тип Гамма, але може також десятиліттями не зазнавати значних змін.
- **Бета** – відсутність психологічних і фізичних симптомів залежності від алкоголю. Проблеми стосуються, головним чином, соматичних наслідків надмірного вживання, а симптоми втрати контролю над вживанням не дуже помітні.
- **Гамма** – присутні психічні і фізичні симптоми залежності з порушенням (втратою) контролю над вживанням алкоголю, абстинентними симптомами на чолі зі зміною толерантності.

- **Дельта** – характеризується здатністю до контролювання кількості вживаного алкоголю зі супутньою неможливістю втримуватися від вживання. Цей тип алкоголізму характерний для осіб, котрі тижнями, місяцями чи роками систематично п'ють низькопроцентний алкоголь з метою підтримання постійної його концентрації в крові і не демонструють помітних ознак інтоксикації.

- **Епсилон** – характеризується періодичною появою «запоїв», які чергуються з періодами повної абстиненції. Цей тип алкоголізму називається також дипсоманія.

Джелінек вважав, що алкоголіками є особи з алкоголізмом типу Гамма, Дельта і Епсилон. Деякі дослідники додають до цієї класифікації алкоголізм типу Зета, котрий діагностується у осіб, які під впливом алкоголю демонструють антисоціальну поведінку, зокрема і насильство.

Між іншим, саме завдяки дослідженням Джелінека Американське медичне товариство 1956 року прийняло рішення про кваліфікування алкоголізму як хвороби, а не як прояву морального розпаду. Розглядалась також пропозиція назвати алкоголізм «хворобою Джелінека». Остаточні висновки своїх досліджень Джелінек описав в праці «The Disease Concept of Alcoholism» [Концепція алкоголізму як хвороби], котру опублікував 1962 року.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) ще 1951 року визнала, що алкоголізм є проблемою медичною. Підкомітет в справах алкоголізму при Комітеті експертів психічного здоров'я ВООЗ на той час запропонував поділ алкоголізму на чотири стадії: 1. недавно набутий алкоголізм без чіткої невротичної етіології; 2. алкоголізм середнього ступеню, а також алкоголізм з первинними невротичними симптомами; 3. хронічний алкоголізм, а також алкоголізм з психотичними симптомами; 4. алкоголізм з удавано невідвратною деградацією. Припускалося, що дві перші стадії можна лікувати в амбулаторних умовах, а чергові дві – краще в стаціонарних. Одночасно була здійснена спроба класифікації алкоголізму: 1. ті, що п'ють надмірно, симптоматично, нерегулярно; 2. ті, що п'ють надмірно, симптоматично, регулярно; 3. ті, що п'ють регулярно, (алкоголіки) токсикомани.

Перша класифікація Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, котра охопила проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, з'явилася 1967 року. У 8 версії Міжнародної класифікації хвороб, травм і причин смерті (МКХ-8), подібно до американських DSM-I і DSM-II, розлад, котрий на той час називався алкоголізмом, був віднесений до розладів особистості і неврозів. У МКХ-8 алкоголізм виділений як окрема категорія, котра охоплює епізодичне надмірне вживання, звичне надмірне вживання, а

також хворобливу алкогольну звичку, для якої характерний примус вживання і абстинентні симптоми при припиненні вживання. У цій версії алкоголізм (хвороблива алкогольна звичка) визначено як «стан психічної і фізичної залежності, а в ньому зростання толерантності, абстинентний синдром, втрата контролю над вживанням, тобто неможливість утриматися від вживання, а при прогресуванні звички – зменшення толерантності».

Відповідно до Skali (1966) можна виділити чотири фази розвитку алкоголізму

1. **Початкова.** Вживання алкоголю має характер прийняттого в суспільстві звичаю. Проте майбутній алкоголік помічає, що алкоголь може приносити полегшення і забуття. Тому за кожним разом все частіше звертається до алкоголю і п'є регулярніше.
2. **Попереджувальна.** Спиртне вже перестає бути різного типу алкогольними напоями, а стає потрібною речовиною (чи вірніше ліками). Вживання алкоголю перестає бути чинником, котрий єднає особу, котра п'є, з певним товариством. Значно частіше ніж у осіб, котрі п'ють помірковано, після стану сп'яніння появляються провали в пам'яті, так звані алкогольні палімпсести. У кінцевій стадії цієї фази дедалі більше втрачається контроль над вживанням.
3. **Критична.** Настає втрата контролю над вживанням, котра проявляється тим, що навіть найменша доза алкоголю вивільнює потребу подальшого вживання, яка відчувається як фізична необхідність. Поступово настає втрата критичного відношення до того, що відбувається і починає формуватися система фальшивих переконань відносно причин і обставин, котрі, нібито, схиляють вживання. Вся увага зосереджується навколо проблеми здобування алкоголю. З'являється необхідність випити вранці, щоб протягом дня бути спроможним виконувати роботу.
4. **Кінцева.** Появляється потреба в алкоголі, котра постійно посилюється, і поступово зростає з ранку до пізнього вечора. Інколи вживання алкоголю триває кілька днів підряд, доки не настане повне фізичне виснаження. Толерантність алкоголю знижена. З'являється психічна деградація. Доки алкоголь не буде випитий, існує нездатність до виконання навіть найпростіших функцій, людина, наприклад, не здатна запалити цигарку, чи з'їсти супу. У 10% алкоголіків на цьому етапі з'являються алкогольні психози.

З точки зору Портнова і П'ятницької (1973) хронічний алкоголізм це захворювання, яке характеризується синдромом наркотичної алкогольної залежності, в перебігу якого мають місце специфічні соматичні і нейропсихічні розлади, а також виникають соціальні конфлікти. До симптомів наркотичної алкогольної залежності автори зарахували

симптоми залежності (потяг до наркотику, втрата контролю і абстинентний синдром), а також симптоми зміненої реактивності (зміна толерантності, зміна форми споживання, зміна картини сп'яніння і втрата блювотного рефлексу).

Ще 1951 року Підкомітет експертів у справі дослідження алкоголізму при Всесвітній організації охорони здоров'я розцінював абстинентний синдром (синдром відміни) при алкоголізмі, як спірний. Проте вже 1954 року надано його детальний клінічний опис і зараховано до діагностичних симптомів.

1976 року Американська національна рада в справах алкоголізму визначила алкоголізм як «хронічний, прогресуючий розлад з потенціальною загрозою життю, який характеризується зростанням толерантності, фізичною залежністю і/або патологічними змінами у внутрішніх органах, які безпосередньо чи опосередковано є наслідком вживання алкоголю».

Незважаючи на те, що зростала кількість осіб, котрі трактували алкоголізм як хворобу, він для багатьох надалі залишався явищем, яке підлягає моральній оцінці, і сприймався як прояв соціальної патології (алкоголік був жертвою цієї патології), як вивчена поведінка, як гріх і т.ін.. Підходи до алкоголізму, а також запропоновані дефініції не базувалися на однорідних критеріях, неодноразово брали до уваги тільки частину симптомів, або ґрунтувалися на фрагментарній картині хвороби.

Подальші дії експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я були скеровані на уніфікацію діагностичних критеріїв алкоголізму і чітке відділення його від групи явищ, пов'язаних з вживанням алкоголю в цілому. Незабаром було запропоновано відмовитися від використання терміну «алкоголізм», котрий не є однозначним і може охоплювати однаково як алкогольну хворобу, так і вживання алкоголю, яке виходить за межі культурної норми. Цей термін може також означати соціальну патологію, пов'язану з вживанням алкоголю. Було прийнято також рішення відмовитись від вживання терміну «зловживання» алкоголем, оскільки він не відображав ані кількості, ані частоти вживання спиртного.

Наслідком розбіжності поглядів на етіологію і лікування осіб з проблемами, викликаними вживанням алкоголю був відхід від медичної концепції хвороби (англ. disease) на користь концепції розладу, обумовленого багатьма факторами (англ. disorder). 1976 року Едвардс і Гросс запропонували 7 критеріїв «синдрому залежності від алкоголю», а 1978 року і цей термін було впроваджено до Міжнародної Класифікації Хвороб, Травм і причин смерті (МКХ-9), замість раніше застосовуваних визначень, таких як звичайний алкоголізм, чи

хронічний алкоголізм. Едвардс і Гросс вважали, що найважливішими елементами залежності є: звуження репертуару дій, пов'язаних з вживанням алкоголю, дії, спрямовані на здобуття алкоголю, зміна толерантності до алкоголю, абстинентний синдром, вживання з метою позбавлення симптомів абстинентного синдрому, свідомість примусу вживання і повернення до вживання після періодів абстиненції. 1983 року професор Гарвардського університету Джордж Вайлант опублікував книгу під назвою *The Natural History of Alcoholism* [Натуральна історія алкоголізму], котру можна розцінювати, як продовження і актуалізацію справи, котру розпочав Єллінек. Книга була результатом досліджень, котрі тривали понад сорок років, і були проведені над двома групами чоловіків, від їх віку дозрівання до досягнення ними п'ятдесяти років. Опираючись на ці дослідження, автор дійшов висновку, що алкоголізм має прогресуючий характер, а його симптоми з'являються в іншій послідовності, ніж вважав Єллінек. Вайлант дійшов висновку, що є дві можливості перебігу алкогольної хвороби: або особи, котрих вона торкнулася, утримують абстиненцію, або на них чекає смерть. Дослідження показали також, що дуже нечисельна група змогла тимчасово повернутися до непатологічного вживання, чи також затримати процес залежності. При продовженні досліджень ця група систематично зменшувалась.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я під кінець 70-х років запропонували розглядати залежність від алкоголю в тих самих категоріях, що й інші залежності, а також широке поняття «алкоголізм» замінити термінами «алкогольні проблеми», або «стани обмеженої здатності, викликані алкоголем».

Приблизно в той самий час в США однаково, як дослідники, так і клініцисти, котрі зазвичай користувалися діагностичними критеріями DSM, приєднали розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, до розладів поведінки. Визначною подією стала публікація 1980 року DSM-III. У цій версії відмовилися від використання терміну «алкоголізм» і створили дві окремі категорії, описані як «зловживання» і «залежність від алкоголю». Одночасно «зловживання» і «залежність від алкоголю» включено до категорії розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин, а не як в попередніх виданнях – розладів особистості.

Найновіша, тобто 10 версія Міжнародної Статистичної Класифікації Хвороб і причин смерті вже не містить в собі термінів «алкогольні проблеми» чи «стани обмеженої здатності, викликані алкоголем». У випадку виявлення шкідливих наслідків для здоров'я (соматичних чи психічних) без наявності симптомів залежності говорять про вживання алкоголю зі шкідливими наслідками. Цей спосіб вживання алкоголю досить часто недооцінюється і оминається в лікарській практиці. Осіб, котрі так вживають алкоголь,

ймовірно в два – три рази більше, ніж узалежнених від алкоголю, а дослідження показують, що у 10 – 20% цих осіб розвивається залежність. За результатами оцінок, проблема залежності від алкоголю може стосуватися 5 – 10% популяції чоловіків і 3 – 5% популяції жінок. З точки зору Андерсона і Баумберга близько 5% чоловіків і близько 1% жінок в Європі – це особи, узалеженні від алкоголю. У Польщі близько 16% дорослих вживають алкоголь в спосіб, який класифікується до так званої групи ризику (вживання протягом року більше 10 л чистого спирту чоловіками і більше 7,5 літрів жінками).

Розрізнення вживання зі шкідливими наслідками чи ризикованого і залежності, як такої, впливає на обрання методів допомоги. У перших двох випадках часто достатньо коротких інтервенцій, тоді як залежність вимагає довготривалої, спеціалізованої терапевтичної допомоги.

Відповідно до висновку Всесвітньої організації охорони здоров'я (пропозиція з 1969 року) залежність від алкоголю – це психічний і фізичний стан, котрий є наслідком взаємодії живого організму і алкоголю. Цей стан характеризується змінами в поведінці й іншими наслідками, серед іншого завжди примусом (бажання, якому важко опиратися) безперервного чи періодичного вживання алкоголю для того, щоб відчуті психічні ефекти його дії, або щоб уникнути симптомів, що є наслідком його відсутності, таких як погане самопочуття (дискомфорт). Зміна толерантності може, але не мусить супроводжувати це явище. Людина може потрапити в залежність однаково від алкоголю й інших речовин (котрі вживаються, вдихаються чи приймаються у вигляді ін'єкцій).

Психічна залежність - це потреба частого чи постійного прийому алкоголю з метою повторення попередніх переживань, пов'язаних з випивкою.

Фізична залежність є станом біологічної адаптації організму до алкоголю, без якого організм не може правильно функціонувати. Перерва чи обмеження надходження алкоголю тягне за собою розлад функціонування організму, котрий називається абстиненцією (синдром відміни).

Толерантність - це стан, при якому повторне вживання тієї самої дози алкоголю дає за кожним разом більш слабку реакцію, а для досягнення того самого ефекту необхідне збільшення дози.

Отже, діагноз алкогольної залежності повинен опиратися на аналізі пов'язаних між собою симптомів, які повторюються. Ці симптоми визначають наявність змін поведінки, пов'язаних із вживанням; змін, які відчуються суб'єктивно; а також зміною психо-біологічного стану. Одночасно необхідно враховувати вплив внутрішніх і зовнішніх

факторів, інтенсивність симптомів, а також частоту, з якою вони виступають. Отож, правильно поставлений діагноз синдрому залежності від алкоголю повинен бути із врахуванням соматичних, психічних і соціальних симптомів, котрі спостерігаються в межах певного культурного кола.

У 80-ті роки вдалося зауважити значний прогрес в сфері впорядкування стандартів діагностики і класифікацій психічних розладів, серед них тих, що стосуються проблематики залежностей. Результатом такої діяльності була, крім іншого, поява вже згадуваних раніше двох класифікацій психічних розладів на міжнародному рівні, тобто DSM-IV і МКХ-10. Ці класифікації характеризувалися новими методологічними принципами і практичними рішеннями.

DSM-IV - класифікація Американської асоціації психіатрів опублікована 1994 року і представляє собою продовження і подальший розвиток попередніх версій (DSM-III і DSM-III-R). МКХ-10, чи 10 версія Міжнародної статистичної класифікації хвороб, проблем зі здоров'ям і причин смерті, опублікована Всесвітньою організацією охорони здоров'я 1992 року, а в Польщі діє з 1997 року. У п'ятому розділі, де описуються розлади психіки і поведінки, вона частково посилається на пропозиції, викладені в DSM, і так як DSM головний акцент ставить на індивідуальному вимірі цих розладів.

МКХ-10 є офіційною міжнародною класифікацією і намагається погодити різні діагностичні і практичні традиції, котрі реалізуються закладами охорони здоров'я в різних частинах світу і в межах різних організаційних структур.

Критерії залежності від алкоголю за Всесвітньою організацією охорони здоров'я

МКХ-9

В дійсності в Польщі від 1997 року обов'язковою є 10 версія Міжнародної статистичної класифікації хвороб і причин смерті (МКХ-10), проте перед тим, як її представити, варто затриматися на попередній, тобто 9-й версії Класифікації, котра діяла від 1978 року. Згідно рекомендацій, які в ній містяться, діагностика алкогольної залежності повинна опиратися на аналізі пов'язаних між собою симптомів, котрі повторюються. Ці симптоми визначають наявністю змін поведінки, пов'язаних з вживанням; змін, які відчуються суб'єктивно; а також зміною психобіологічного стану. Одночасно необхідно враховувати

вплив внутрішніх і зовнішніх факторів, інтенсивність симптомів, а також частоту, з якою вони виступають. Таким чином правильно поставлений діагноз синдрому залежності від алкоголю повинен бути із врахуванням соматичних, психічних і соціальних ознак, котрі спостерігаються в межах певного культурного кола.

Зміни поведінки стверджуємо тоді, коли:

- спосіб вживання не відповідає прийнятому в цьому культурному колі норм щодо доз, часу і обставин вживання (серед іншого, вживання алкоголю незалежно від пори дня, вживання на самоті, вживання сурогатів),
- вживаються високі добові дози алкоголю - під час оцінки потрібно брати до уваги масу тіла, спосіб вживання, загальний стан здоров'я, спосіб поділу чергових доз, а також труднощі особи, що п'є, із запам'ятовуванням точної кількості вжитого алкоголю,
- звужується діапазон різноманітності поведінки, пов'язаної з вживанням (наприклад абсолютна абстиненція є альтернативою важкого «запою»),
- слабшає здатність реагування на так зване негативне підкріплення, тобто вживання алкоголю, незважаючи на тиск з боку сім'ї, друзів, знайомих чи появи також проблем зі здоров'ям, фінансових, юридичних і т.ін., появу яких можна однозначно пов'язати з вживанням алкоголю.

Зміни в поведінці насправді найбільш очевидні, і, отже, їх найлегше зауважити, проте оцінювати їх потрібно дуже обережно, враховуючи індивідуальну різницю між людьми.

Суб'єктивні зміни охоплюють:

- головний симптом залежності, яким є втрата (порушення, пошкодження) контролю над вживанням, котра полягає в неможливості послідовної реалізації власних рішень щодо вживання, чи невживання алкоголю, труднощі з перериванням розпочатого вживання і труднощі з утриманням від початку вживання; узалежнена особа не може контролювати кількість, частоту і ситуації, пов'язані з вживанням,
- наявність алкогольного потягу («голоду») (бажання випити, чи напитися, якому важко опиратися),
- періодична концентрація на алкоголі ціною сімейних, пов'язаних з роботою чи з власним здоров'ям, справ і т.ін..

Психобіологічні зміни, це:

- абстинентний синдром (відміни),

- вживання алкоголю зі свідомістю, що відступлять абстинентні симптоми (узалежнена від алкоголю особа здатна в деталях описати вид, а також кількість алкоголю, необхідного для позбавлення від неприємних проявів абстинентного синдрому, а також час, через який вони зникнуть чи значною мірою полегшаться),
- змінена толерантність до алкоголю (явище толерантності, пов'язане з нейрофізіологічною адаптацією синапсів, в цілому зростання толерантності відбувається поступово, тому що підвищується здатність пристосування організму до стану інтоксикації за рахунок утворення ферментних адаптаційних систем; у міру подальшого вживання через кілька чи кільканадцять років високої толерантності доходить до її вираженого зниження, навіть нижче вихідного рівня).

Отже, постановка діагнозу залежності від алкоголю є досить складною проблемою, оскільки немає симптомів, котрі були б характерними виключно для цього стану.

МКХ-10

Діюча на сьогодні класифікація МКХ-10 розрізняє наступні категорії розладів психіки і поведінки:

1. Органічні психічні розлади.
2. Розлади психіки і поведінки, викликані вживанням психоактивних речовин.
3. Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади.
4. Розлади настрою (афективні).
5. Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади.
6. Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними чинниками.
7. Розлади особистості та поведінки дорослих.
8. Розумова відсталість.
9. Розлади психічного і психологічного розвитку.
10. Розлади, пов'язані з психологічним розвитком.
11. Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці.
12. Неуточнений психічний розлад.

Посеред зазначених в пункті 2 розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, на підставі поширення вживання окремих речовин, а також, керуючись клінічними ознаками, виділено дев'ять груп. До них належать: алкоголь, опіати, канабіноїди (напр., марихуана, гашиш), снодійні і заспокійливі ліки, кокаїн, психостимулятори (напр., амфетамін, кофеїн), галюциногени (напр., ЛСД, мескалін, псилоцибін), тютюн і леткі розчинники (напр., ацетон, хлороформ і т.ін.). Діагностичні критерії залежностей, а також їх ускладнень – спільні для всіх речовин.

У випадку залежності від алкоголю, запропоновано діагностувати її тоді, коли протягом остатнього року стверджено наявність щонайменше трьох симптомів з представленого нижче переліку:

1. Сильна потреба (потяг, «голод») чи почуття примусу вживання алкоголю.
2. Суб'єктивне переконання в меншій можливості контролювання поведінки, пов'язаної з вживанням алкоголю, тобто труднощі з:
 - утриманням від вживання алкоголю,
 - контролюванням тривалості вживання,
 - контролюванням кількості вживаного алкоголю.
3. Наявність фізіологічних симптомів синдрому відміни (абстинентного), виникаючих при спробах переривання чи обмеження вживання алкоголю, або приймання речовини з подібною дією з метою пом'якшення, або уникнення абстинентних симптомів.
4. Поява явища толерантності, котре полягає в необхідності вживання за кожним разом все більшої дози алкоголю в цілях отримання ефекту, котрого вдавалося досягнути попередньо за допомогою менших доз.
5. Поступове занедбання інших джерел задоволення чи зацікавлень на користь здобування алкоголю, його вживання, а також запобігання наслідків вживання.
6. Вживання алкоголю, незважаючи на шкідливі наслідки (фізичні, психічні і соціальні), про які відомо, що мають зв'язок з вживанням алкоголю.

МКХ-11

У червні 2018 року Всесвітня організація охорони здоров'я опублікувала англійською мовою робочу версію Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем зі здоров'ям. Ця версія на теперішній час обговорюється. Планується, що вона буде представлена на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я (ВАОЗ) (World Health Assembly, WHA) в травні 2019 року для затвердження країнами членами ВООЗ, і ввійде в життя 1

січня 2022 року. Вперше в історії МКХ нова версія (МКХ-11) є абсолютно електронною, що значно полегшить користування нею. У порівнянні з МКХ-10, котра містить в собі не повні 14,5 тисяч кодів, котрі означають одиниці захворювань, МКХ-11 має їх аж 55 тис.

В розділі «Розлади, викликані вживанням психоактивних речовин» виділено, між іншим, «Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю». Окремі типи цих розладів, це:

- стан нетверезості,
- шкідливе вживання алкоголю,
- алкогольний абстинентний синдром,
- алкогольний делірій,
- спричинені алкоголем психотичні розлади,
- спричинені алкоголем емоційні розлади,
- спричинені алкоголем тривожні розлади,
- спричинені алкоголем сексуальні дисфункції,
- спричинені алкоголем розлади сну,
- недоумство, спричинене вживанням алкоголю,
- амнезія, спричинена вживанням алкоголю,
- поодинокі епізоди зловживання алкоголем.

Впроваджені в МКХ-11 зміни повинні спростити комунікацію між спеціалістами, і що найважливіше – дозволять порівнювати результати досліджень розладів, викликаних вживанням алкоголю, опираючись на критерії МКХ і DSM.

Залежність від алкоголю за Американською психіатричною асоціацією

Діагностичні критерії, запропоновані Американською психіатричною асоціацією, подібні до пропозицій експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я. До цих критеріїв відноситься: модель патологічного вживання алкоголю, або наявність розладу соціальних функцій і/або професійних, викликаних вживанням алкоголю, а також супутня котромусь з цих розладів змінена толерантність чи симптоми абстинентного синдрому.

Перші два формулювання вимагають додаткового пояснення. Модель патологічного вживання алкоголю означає потребу в щоденній дозі алкоголю для нормального функціонування; неможливість обмеження чи припинення вживання; поновлення зусиль контролювання чи обмеження надмірного вживання (напр., періоди абстиненції або вживання в певну пору дня); запійне пияцтво (знаходження в стані одурманення алкоголем щонайменше два дні підряд); періодичне вживання 200 мл міцних алкогольних

напоїв, чи відповідної дози чистого алкоголю у вигляді вина, чи пива; поява палімпсестів (провалів пам'яті); продовження вживання, незважаючи на серйозні соматичні розлади, про які людина, котра вживає, знає, що вони тісно пов'язані з вживанням алкоголю, а також вживання сурогатів. Виділяють три головні моделі патологічного вживання алкоголю:

1. Регулярне щоденне споживання великих кількостей.
2. Регулярне важке суботньо-недільне вживання.
3. Довгі періоди тверезості чергуються з запоями, котрі тривають декілька тижнів, чи місяців.

Під розладом соціальних і професійних функцій потрібно розуміти: агресивність в стані сп'яніння, невиходи на роботу, юридичні проблеми (напр., арешти з приводу поведінки в стані сп'яніння), сварки, а також непорозуміння як з членами сім'ї, так і з друзями через вживання алкоголю.

У версії діагностичних критеріїв, опублікованій 1987 року (DSM-III R) пропонувалося залежність від алкоголю (подібно до залежностей від інших психоактивних речовин) розпізнавати тоді, коли вдається протягом місяця підтвердити наявність щонайменше трьох, з перерахованих нижче дев'яти симптомів (або їх повторення більш тривалий час):

1. вживання алкоголю в більших кількостях, частіше або довше, ніж особа мала намір перед початком вживання;
2. стійке прагнення, або одна чи більше марних спроб припинити чи контролювати вживання;
3. багато часу і зусиль докладається на добування алкоголю, його вживання, або на те, щоб позбавитись його впливу.
4. Часті епізоди сп'яніння, наявність абстинентних симптомів підчас виконання щоденних обов'язків, чи їх невиконання з приводу вживання, вживання в ситуаціях високого ризику (напр., керування автомобілем під впливом алкоголю).
5. Значне порушення виконання важливих соціальних функцій, а також відмова від відпочинку через вживання алкоголю.
6. Продовження вживання, незважаючи на усвідомлення, що проблеми, котрі з'являються в житті (зі здоров'ям, в сім'ї, з роботою, фінансові, юридичні і т.ін.) мають виразний зв'язок з ним.
7. Необхідність вживання більшої дози для досягнення бажаного ефекту.
8. Поява виразних симптомів абстинентного синдрому.

9. Вживання алкоголю зі свідомістю, що абстинентні симптоми пом'якшують.

1994 року Американська психіатрична асоціація представила чергову пропозицію діагностичних критеріїв залежності від психоактивних речовин (DSM-IV). У порівнянні з попередньою версією впроваджено підтипи залежності залежно від наявності чи відсутності симптомів толерантності і абстинентного синдрому. До критеріїв надмірного вживання алкоголю включено таке вживання, яке практикується незважаючи на появу спричинених ним соціальних, інтерперсональних проблем, чи конфліктів з законом, котрі повторюються. Одночасно звернено увагу на той факт, що симптоми деяких розладів, таких як тривога чи депресія, можуть у такої особи мати зв'язок з вживанням нею алкоголю, чи інших психоактивних речовин.

Попередні версії МКХ і DSM критикувалися за занадто велику різницю критеріїв зловживання алкоголем і залежності. Проте, завдяки узгодженості зусиль дослідників з усього світу було створено версії DSM-IV і МКХ-10, результатом чого є досить схожі критерії.

DSM-IV

Відповідно до версії DSM-IV залежність – це шкідлива модель споживання субстанції (в тому числі також і алкоголю), котра призводить до істотного клінічного порушення чи ушкодження, що відзначалося, протягом минулих дванадцяти місяців, щонайменше трьома з перерахованих нижче симптомів.

1. Толерантність, визначена як:
 - а) потреба значно більшої дози речовини, необхідної для досягнення стану інтоксикації чи бажаного ефекту, або
 - б) значно слабший ефект дотеперішньої дози речовини.
2. Симптоми абстиненції, котрі проявляються:
 - а) синдромом відміни, характерним для даної речовини, або
 - б) вживанням тієї самої (чи близької за своєю дією) речовини з метою зменшення чи попередження появи симптомів відміни.
3. Часте перевищення запланованої дози чи часу вживання речовини.
4. Стійка потреба вживання, або невдалі спроби обмеження чи контролювання вживання субстанції.

5. Багато часу присвячується діям, необхідним для отримання речовини (наприклад, відвідування багатьох лікарів, чи далекі виїзди), її вживання (напр., спільне паління), чи позбавлення наслідків її дії.

6. Обмеження, або відмова від соціальної, професійної чи рекреаційної активності на користь вживання речовини.

7. Продовження вживання речовини, незважаючи на наявність тривалих чи таких, що виникають повторно, соматичних (фізичних), психологічних чи соціальних проблем, викликаних чи загострених цими речовинами (напр., продовження вживання алкоголю, незважаючи на усвідомлення того, що алкоголь загострює виразкову хворобу чи надзвичайно несприятливо впливає на гіпертонію).

Як впливає з представленого вище, однаково, як класифікація Всесвітньої організації охорони здоров'я, так і класифікація Американської психіатричної асоціації розглядають залежність від алкоголю як взаємний вплив пізнавальних, фізіологічних і пов'язаних з поведінкою факторів, який утримується щонайменше протягом 12 місяців.

До того як в США сформувався такий підхід до залежностей як сьогодні, мало пройти багато років. То ж варто оглянутися трохи назад, щоб порівняти те, що відбувалося раніше, з тим, що ми маємо в Польщі зараз.

На зламі XVII і XIX ст. в Америці почали розповсюджуватися погляди згаданого раніше Бенжаміна Раша. Незабаром в американських медичних наукових журналах все частіше почали з'являтися статті, в яких до алкоголізму підходили як до хвороби (зокрема в „The Journal of Inebriety”, „Bulletin of the American Temperance Association”, „Scientific Temperance Journal”). Одночасно 1870 року було засновано Американську асоціацію лікування пияцтва (American Association for the Cure Inebriety), котра 1888 року змінила свою назву на Американську асоціацію досліджень і лікування пияцтва (American Association for the Study and Cure Inebriety). Проте на ефект треба було чекати багато років.

Насправді слово залежність (*addiction*) в американських публікаціях з'явилося вже 1890 року, проте словосполучення «алкогольна залежність» потрапило до американської класифікації хвороб лише 1933 року. У другій половині 40-х років тільки 5% американців бачило в алкоголізмі хворобу. Однак, інтенсивний процес усвідомлення суспільства тривав далі. Про його обсяги і успішність можуть свідчити проведені 1987 року дослідження Галлупа, котрі показали, що під кінець 80-х років аж 79% американців трактувало алкоголізм як хворобу.

Результати оцінок, проведених в той самий період показали, що втрати, спричинені надмірним вживання алкоголю громадянами США склали майже 130 млрд доларів, хоча соціальна просвіта на тему алкогольних проблем, а також лікування uzалежнених від алкоголю осіб були добре розвиненими . 1989 року на території США функціонувало понад 5 тисяч самих тільки стаціонарних центрів по лікуванню алкоголізму й інших хімічних залежностей (для порівняння, в Польщі в той самий час ми мали кілька десятків стаціонарних закладів і трохи більше 400 амбулаторних).

Розміри і значення проблеми були визнані не тільки через відкриття терапевтичних центрів, але також через зміну відношення до алкоголізму і приділення значної уваги навчанню спеціалістів. 1965 року Американська психіатрична асоціація, а 1966 року Американська медична асоціація визнали алкоголізм хворобою. На початку 50-х років в Нью-Йоркській медичній академії Ruth Fox почав проводити регулярні зустрічі лікарів, зацікавлених алкоголізмом і методами його лікування. 1954 року ці лікарі заснували Нью-Йоркську медичну асоціацію в справах алкоголізму, котра через короткий час була перетворена на Американську асоціацію в справах алкоголізму (American Society on Alcoholism — AMSA). 1988 року AMSA була прийнята до Американської асоціації медицини залежностей (ASAM — American Society of Addiction Medicine). Цією асоціацією видається журнал, присвячений проблемам залежностей - „Journal of Addictive Diseases”, а опубліковані в ньому статті доступні в Інтернеті у вигляді резюме. 1990 року медицина залежностей була внесена до списку медичних спеціальностей, а ASAM отримала повноваження до надання лікарської спеціалізації в сфері залежностей. У грудні 1990 року відбулася перша сесія екзаменів зі спеціалізації. Лікарі, котрі хочуть отримати титул спеціаліста в сфері медицини залежностей поза широким ознайомленням з проблематикою, мусять, зокрема, мати відповідні рекомендації і добру репутацію в лікарській спільноті, а також закінчене стажування з будь-якої лікарської спеціальності, і принаймні протягом одного року працювати в штаті в клініці алкоголізму, чи інших залежностей (праця з пацієнтами, участь в дослідженнях, лекції). У США, що важливо окремо підкреслити, існує також спеціалізація – медична сестра в сфері залежностей. Для порівняння – в Польщі перші сертифікати спеціалістів психотерапії залежностей (для осіб з вищою освітою, головним чином психологів, педагогів, лікарів) були визнані в грудні 1998 року. Від того часу двічі на рік відбуваються екзаменаційні сесії, котрі дають можливість отримання сертифікату спеціаліста психотерапії чи інструктора терапії залежностей (для осіб з середньою освітою, серед них і для медичних сестер).

DSM 5

В травні 2013 року була опублікована наступна версія класифікації психічних розладів Американської психіатричної асоціації DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹¹. У порівнянні з попередньою версією вона містить в собі кілька змін, зокрема зміни, котрі стосуються вживання алкоголю. Одночасно відмовилися від вживання терміну «залежність» виходячи з положення, що цей термін стигматизує.

В групі «Розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин» (Substance Use Disorder) виділено «Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю» і визначено їх як: дезадаптаційну модель вживання алкоголю, котра призводить до значних фізичних чи психічних клінічних симптомів різних ступенів важкості: легких – 1-2 симптоми, помірних – 4-5 симптомів, або важких – ≥ 6 симптомів з перерахованих нижче, присутніх протягом 12 останніх місяців:

1. Толерантність до алкоголю..
2. Абстинентний синдром.
3. Вживання більшої кількості, або довше, ніж особа мала намір.
4. Стійке прагнення, або невдачі при спробах обмеження чи утриманні під контролем вживання алкоголю.
5. Присвячення значної кількості часу діяльності, пов'язаній з вживанням алкоголю.
6. Занехання соціальної активності з приводу вживання алкоголю.
7. Продовження вживання алкоголю, незважаючи на появу, або загострення фізичних чи психічних наслідків вживання алкоголю.
8. Вживання алкоголю призводить до невдач у виконанні обов'язків, пов'язаних з основними життєвими ролями.
9. Вживання алкоголю в загрозованих ситуаціях.
10. Продовження вживання алкоголю, незважаючи на проблеми у взаємовідносинах з іншими людьми, викликаних вживанням.
11. Алкогольний голод (потяг до алкоголю – craving).

Істотною зміною в DSM-5 є впровадження двох фаз ремісії. Рання ремісія, котра полягає в тому, що принаймні 3 місяці протягом року не виникає жодних симптомів, хоча може з'явитися алкогольний «голод». Довготривала ремісія стосується осіб, котрі не мають жодних симптомів протягом 12 місяців, хоча також може мати місце алкогольний «голод».

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

Чому алкоголізм – це хвороба?

Залежність від алкоголю – хвороба, тому що відповідає трьом головним критеріям хвороби, тобто порушує стан рівноваги між здоров'ям і патологією, характеризується оригінальною етіологією, а серед причин патологічних змін є фізичний чинник. Алкоголь діє на центральну нервову систему (в основному на головний мозок), а остатня, своєю чергою, на всі зміни в хімічному складі крові (патофізіологічний аспект); є анатомічною основою психічного життя (психологічний аспект), а також уможлиблює контакт з іншими людьми, підлягає соціальному впливові (соціальний аспект).

Психоактивні речовини (зокрема і алкоголь) діють на головний мозок завдяки своїм хімічним властивостям і конкурують з хімічними сполуками, які продукуються нервовою системою в цілях взаємодії в середині системи нейронів. Ці субстанції одночасно пошкоджують структури головного мозку. Нейропатологічні дослідження показали, що в порівнянні з контрольною групою у осіб, узалежнених від алкоголю, 30% нейронів лобних долей знищені. Це має істотне значення, оскільки саме ці долі відповідають за вищі функції головного мозку (напр., передбачення, планування), а також за гальмування інших структур, відповідальних за більш інстинктивну поведінку (напр., агресію). Виявилось, що мозок узалежненої людини має функціональні дефіцити навіть тоді, коли відсутні структурні зміни.

Викладені вище факти дозволяють стверджувати, що залежність від алкоголю є також хворобою (порушенням функцій) головного мозку, котра є активною, незважаючи на те, чи узалежнена від алкоголю особа знаходиться в стані сп'яніння, чи утримує абстиненцію. У період абстиненції мозок тільки «дрімає». Більшість дослідників вважає, що зміни в головному мозку можуть бути відповідальними за те, що пам'ять залежності (не тільки від алкоголю) є незмінною. У дослідженнях на тваринах вдається стерти з пам'яті певний контекст поведінки, пов'язаної з залежністю, тоді як інші супутні обставини залишаються довговічними.

Типи алкоголізму

Намагання створити класифікацію алкоголізму, а також укласти його типологію були вже в другій половині XIX ст.. На той час було запропоновано виділяти три типи ойноманії, а саме періодичну, гостру і хронічну. Трохи пізніше «хворобу нетверезості» (*disease of inebriety*) пробували поділити на періодичну, тобто викликану напр., якоюсь okazією, і звичну, чи викликану бажанням «отримати задоволення». Інші дослідники розрізняли три типи: особи, які постійно вживають, періодично вживають і нападаюподібно нетверезі

особи, або морально хворі алкоголіки, алкоголіки зі слабкою волею і алкоголіки – дипсомани. Роберт Найт в 30-ті роки ділив uzалежнених від алкоголю осіб на справжніх, реактивних і симптоматичних, а засновник конституціональної типології, німецький психіатр Ернст Кречмер (1888-1964) запропонував осіб, які хронічно вживають, поділити на два типи: циклотиміків, котрі п'ють через бажання пристосуватися до оточення, і шизотиміків, котрі п'ють з метою звільнитися від напруження. Відповідно до думки Ольденберга алкоголізм можна поділити на два типи: «з бідності» (*Notalkoholismus*) і «з достатку» (*Behaglichkeitalkoholismus*).

В другій половині XX ст. Єллінек запропонував п'ять типів алкоголізму: альфа, бета, гама, дельта і епсилон. Це була перша типологія, розроблена на підставі наукових даних і знаменувала настання нової ери в класифікації алкоголізму. Пізніше чергові спроби опрацювання типології алкоголізму здійснили Клонінгер, Леш, Бабор, Цукер, а нещодавно Американський національний інститут в справах зловживання алкоголем і алкоголізму (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism — NIAAA).

Типологія Клонінгера (Cloninger)

Під кінець 80-х років велику популярність здобули погляди Клонінгера, котрий опублікував результати порівняльних досліджень проведених ним у двох групах осіб. Критерієм відбору до груп була наявність, чи відсутність серед близьких родичів осіб, uzалежнених від алкоголю. Опираючись на ці дослідження, автор запропонував відокремлення двох типів залежності від алкоголю.

Тип I, обумовлений середовищем – залежність проявляється в цілому після 25 років, розвивається швидше, звичайно у жінок і невротичних осіб зі схильністю до депресії. Серед родичів uzалежненої особи залежність від алкоголю спостерігається рідко. Характеризується появою запоїв, котрі послідовно змінюються довгими періодами абстиненції. При цьому типі частіше спостерігається критичне відношення до залежності. Імовірно пов'язаний з гіпофункцією норадренергічної системи.

Тип II, пов'язаний, головним чином, з чоловічою статтю – залежність характеризується більш ранньою появою (до 25 років), високим ступенем генетичної передачі від одного з батьків до дитини, а також незначним впливом середовища. Значно частіше при цьому типі спостерігається асоціальна поведінка. Критика поверхнева, або взагалі відсутня. Розвиток залежності триває довше, ніж при типі I. Рідше і пізніше, ніж при типі I спостерігаються психіатричні і соматичні ускладнення. У цьому випадку підозрюється наявність дисфункції серотонінергічної системи.

Відзначено також, що ці два типи залежності різняться між собою за трьома рисами особистості: пошук нових вражень, уникання стресу і залежність від схвалення оточення. Ці риси значно виразніші у типу II.

Проте такий поділ виглядає не достатньо повним, а представлена типологія показує тільки два протилежні кінці цілої гами рис, котрі з різною інтенсивністю спостерігаються у окремих, узалежнених від алкоголю осіб.

Типологія Леша (Lesh)

Леш і співавтори, опираючись на біохімічні дослідження обміну алкоголю, а також аналіз виникнення психічних розладів і розладів особистості в узалежнених осіб і їх близьких, виділили чотири типи алкоголізму (1988, 1990).

Тип 1, «істинний» («первинний») – охоплює осіб, без описаних нижче чинників схильності, у таких осіб випадкове вживання переходить в «звичне».

Тип 2, «невротичний» («тривожний») – стосується осіб, у котрих спостерігається первинний щодо залежності розлад особистості, початок вживання алкоголю був пов'язаний з бажанням відчувати полегшення, а сам алкоголь трактувався як заспокійливий засіб.

Тип 3, «психотичний» («психіатричний») – зустрічається в тих сім'ях узалежнених осіб, в котрих виявлено різні психічні хвороби (від депресії до недорозвитку), алкоголь вживається як засіб для покращення настрою, а також нівелювання симптомів інших психічних розладів.

Тип 4, «первинно органічний» - стосується осіб з первинним ушкодженням центральної нервової системи в період розвитку, чи з емоційними розладами раннього дитинства, а негативні наслідки вживання при цьому типі дуже інтенсивні.

Типологія Бабора (Babor)

Babor і співавтори, використовуючи метод аналізу, виділили два типи осіб, узалежнених від алкоголю (1992). Тип А – особи, у котрих залежність з'явилася пізніше, симптоми залежності менш інтенсивні і рідше відзначаються супутні психічні розлади. Тип В – особи, у котрих частіше в родині відзначаються випадки залежності, сама залежність розпочинається раніше, характеризується більш вираженою інтенсивністю і частіше спостерігаються супутні психічні розлади.

Типологія Цукера (Zucker)

Модель Цукера виділяє 4 типи алкоголізму: антисоціальний, нагромаджений в процесі розвитку, спричинений негативними настроями, а також пов'язаний з розвитком.

Антисоціальний тип обумовлений генетично, характеризується раннім виникненням проблем, пов'язаних з вживанням алкоголю, а також антисоціальною поведінкою.

Тип, нагромаджений в процесі розвитку, пов'язаний з культурним впливом, і характеризується систематичним вживанням алкоголю, наслідком якого є залежність.

Тип, спричинений негативними настроями, стосується, головним чином, жінок і осіб, котрі п'ють в цілях покращення настрою і зміни соціальних взаємовідносин.

Тип, пов'язаний з розвитком, характерний для осіб, котрі п'ють часто й інтенсивно в підлітковому віці, а пізніше, тобто коли дорослішають, здатні пити в спосіб, прийнятний в суспільстві.

Типологія NIAAA

Американський національний інститут з проблем зловживання алкоголем і алкоголізму (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA*) запропонував виокремлення п'яти підтипів залежності від алкоголю. Таке виокремлення має допомогти спеціалістам в кращому підборі методів терапії для uzалежнених осіб і відповісти на питання, чому одні реагують на терапію позитивно, а інші ні. Ці підтипи – це «молодий дорослий», «молодий-антисоціальний», «функціональний», «середньої інтенсивності», а також «хронічний».

1. Підтип «молодий дорослий» характеризується відносно низьким показником залежності від інших психоактивних речовин, відсутністю інших психічних проблем, рідкими випадками виникнення залежності в родині. Такі особи зазвичай не звертаються за допомогою.
2. Підтип «молодий антисоціальний» охоплює в більшості випадків двадцятирічних, котрі в досить молодому віці розпочинають вживання алкоголю. В їх родинях досить часто зустрічаються uzалежнені особи. Залежність від алкоголю в їх випадку супроводжується різного типу психічними розладами, крім того, вони досить часто uzалежнені від нікотину і вживають наркотики.
3. Підтип «функціональний» охоплює переважно людей середнього віку, висококваліфікованих, зі стабільною професійною і сімейною ситуацією. В їх родинях зустрічаються випадки залежності.

4. Підтип «середньої інтенсивності» охоплює осіб, котрі зазвичай мають в своїх родинах осіб, uzалежнених від алкоголю, часто борються з психічними проблемами, більшість з них, це люди, котрі палять цигарки і відносно широко вживають різні психоактивні речовини. Кожний четвертий з них звертався раніше за допомогою.
5. Підтип «хронічний» охоплює, в основному, осіб середнього віку, котрі відносно рано почали пити; ці особи відрізняються високою частотою антисоціальних і злочинних дій. Найчастіше вони походять з родин осіб, uzалежнених від алкоголю. Дві третіх з цієї групи вже лікувалися з приводу залежності від алкоголю.

Зміна і мотивування до зміни

Транстеоретична модель змін

В останні роки для кращого розуміння перебігу процесу одужання uzалежнених осіб дедалі частіше і частіше використовується так звана транстеоретична модель змін (англ. theoretical model – ТТМ). Опрацьована Prochaska і DiClemente модель демонструє, як в узалежнених осіб змінюється підхід до своєї власної проблеми і до самого лікування. Ця модель бере під сумнів тезу про відсутність мотивації у цих осіб. Стосовно процесу психотерапії залежності, вона вказує на послідовні етапи, а також звертає увагу на фактори, котрі необхідні для досягнення зміни. Послідовні етапи (стадії) зміни – це:

Стадія переднаміру- прекоңтемпляція(передрефлексія, англ. precontemplation)

характеризується відсутністю свідомості проблеми; на цьому етапі особа не задумується над необхідністю зміни поведінки, принаймні в найближчому майбутньому, і одночасно не вірить в можливість зміни. Мислить: «наскільки мені відомо, я не маю жодної проблеми, котра б вимагала від мене зміни», «мені нема що змінювати», «проблеми мають інші люди».

Стадія наміру - коңтемпляції (рефлексії, роздумів, розмірковування, англ. contemplation)

– людина зауважує проблему і починає замислюватися над необхідністю зміни, шукає інформацію про проблему і про способи її розв'язання, проте ще не готова до діяльності. Вона амбівалентна і задає собі питання: «може, все-таки у мене є проблема?», «може, добре було б щось змінити?», «я хочу змін і хочу далі продовжувати свою поведінку».

Стадія підготовки (англ. preparation) – є рішення про діяльність і бажання впровадження

змін в найближчий час. З'являються роздуми про майбутнє, пошуки інформації про те, як змінювати, з'являється надія, що зміна можлива, йде підготовка конкретного плану змін. З'являється мислення: «настав час, щоб впровадити зміни, тільки як це зробити?»

Стадія дії (англ. action) – зміна стає пріоритетом, настає відчутна зміна поведінки; йде

випробування, що діє, а що ні. Є рішення: «зроблю це зараз, бо так для мене буде найкраще».

Стадія підтримки (стабілізації, консервації, англ. maintenance) протягом кількох місяців реалізуються заплановані дії, людина концентрується на запобіганні поверненню до старої поведінки, навчається новим навичкам і умінням давати собі раду в житті. З'являється свідомість: «мені добре, коли я поведжуся так, як зараз, і я не хочу повертатися до своєї попередньої поведінки».

Стадія рецидиву – після досягнення мети, проблемна поведінка вже більше не викликає спокуси чи загрози. Проте деякі не вирішені проблеми можуть спричинити повернення до старої поведінки (англ. relapse) і тоді процес починається від початку.

Мотивування до зміни

Багато років тому, коли я робив перші свої кроки як терапевт залежностей, серед працівників цього напрямку медичної допомоги панувало переконання, що пацієнт, котрий прийшов лікуватися мусить мати відповідну мотивацію. Якщо така мотивація була відсутня, то від самого початку припускалося, що лікування не може принести очікуваного результату. Мало минути трохи часу, аж доки я переконався, що таке розуміння неправильне, і що такий пацієнт не повинен приходити на лікування вмотивованим. Найважливіше, щоб він прийшов, і тим самим дав шанс собі і терапевту. Це мій обов'язок, як терапевта, допомогти пацієнту в знаходженні мотивації до лікування, чи до впровадження змін в своє життя.

Пристаючи до праці з особою, котра відважилася шукати допомоги, варто пам'ятати, що рідко коли вона сама, з власної волі приймає рішення розпочати лікування. Передусім, так відбувається тому, що така особа не до кінця усвідомлює розміри своєї проблеми. Вона подібна до моряка, котрий плаває в околицях Антарктиди і раптом помічає як з туману впливає фрагмент айсбергу. Те, що виступає над поверхнею води, складає всього-на-всього невеликий фрагмент величезної брили льоду, котра відірвалася від льодовика (приблизно одна дев'ята частина від цілого). Так само узалежнена особа бачить тільки невеликий фрагмент своєї власної алкогольної проблеми.

Рішення про початок лікування найчастіше вимушене станом здоров'я, реакцією найближчого оточення, тиском керівництва і т. ін., а захисні механізми ускладнюють, або роблять неможливою для узалежненої особи реальну оцінку ситуації і визнання залежності. Більшість осіб, котрі приходять на лікування, підкреслюють добровільний

характер свого рішення, проте, коли ми задаємо кілька додаткових питань, то виявляється, що їх рішення було змушене станом здоров'я, реакцією найближчого оточення, тиском керівництва і т. ін.. Мотивуючи до лікування, необхідно пам'ятати, що заперечення не є наслідком злої волі і вадою особистості, а тільки результатом того, що відбувається поміж певною особою і тим, що її оточує. Важливо також не вживати на початку слова «алкоголік», бо воно сприймається як образа, уникати гострої конфронтації (бо пацієнт може сполошитися), розвіювати всі вагання і сумніви і т. ін., а також ідентифікувати і запам'ятовувати причини, заради яких співрозмовник мав би будь-що змінювати в своєму житті.

Подальші питання дозволяють встановити, що ці особи розраховують не стільки на лікування, скільки на позбавлення від неприємних і обтяжливих переживань, спричинених інтенсивним вживанням алкоголю (напр., симптомів гострого отруєння, симптомів абстинентного синдрому, чи також соматичних захворювань, котрі досить часто є наслідком пияцтва). Одночасно виявляється, що більшість з тих, хто вживає алкоголь, мріє про те, щоб під час лікування знайти рецепт на повернення до «нормального», тобто контрольованого вживання. Тому під час перших розмов часто звучать питання: «Чи я колись буду пити нормально?», або «Я що, вже ніколи не зможу пити алкоголь?». Коли такі особи почують від терапевта, що «вже ніколи» не зможуть випити алкоголю, то з одного боку не спроможні це собі уявити, а з іншого така довічна абстиненція лякає їх. Бояться втрати знайомих і друзів, з котрими раніше проводили час за кухлем пива чи чаркою горілки, і відкладають терапію на пізніше. У такій ситуації, щоб не сполохати пацієнта, я завжди пропоную йому відкласти на якийсь час дискусію на цю тему, розраховуючи на те, що він сам знайде відповідь на це питання під час участі в терапевтичній програмі і у міру здобування знань. Я мотивую це занадто великою, на момент такої розмови, різницею між його і моїм рівнем знань на тему дії алкоголю і різних наслідків зловживання ним.

В світлі представлених вище висновків досить дивними можуть виглядати погляди тих терапевтів, котрі вимагають від пацієнта, щоб вже на самому початку лікування акцептували в повній мірі факт, що узалежнені від алкоголю, і що вже ніколи не зможуть повернутися до «нормального», тобто контрольованого вживання.

Під час мотивуючих розмов варто пам'ятати про те, що їх ціллю є передача співрозмовнику знань на тему проблем, пов'язаних з вживанням алкоголю, занепокоєння його цими знаннями, будівництва у нього готовності до впровадження змін в житті, а також переконання в необхідності продовження розпочатого контакту з терапевтом через

допомогу у відбудуванні почуття власної вартості і почуття поваги до самого себе. У самому процесі мотивування можна виділити три фази:

1. отримання («витягання» на денне світло) фактів з життя співрозмовника;
2. інформування його про медичні, психологічні, духовні і соціальні наслідки пиття/вживання, з використанням того, що пацієнт розповів раніше;
3. обговорення умов, цілей і плану лікування.

Дуже важливим є підкреслення особистої та індивідуальної відповідальності співрозмовника за видужання, показ особі зауважених у неї позитивних змін і зміцнення їх, а також створення пізнавального дисонансу, котрий є вступною умовою до появи потреби здійснення змін. Під час мотивуючої розмови терапевт повинен активно слухати, демонструвати емпатію, не моралізувати, роз'яснювати (в бажаному напрямку) висловлювання пацієнта і час від часу підсумовувати їх. Питання потрібно ставити так, щоб наш співрозмовник був «змушений» дати таку відповідь, яка терапевтом буде визнана як терапевтична, тобто корисна для дальшого перебігу розмови. Отже, перші зустрічі повинні служити отриманню інформації, необхідної для постановки діагнозу алкогольної залежності, наступні - для передачі знань з урахуванням отриманої інформації, а також для обговорення подальших дій. Корисним буде, вже від самого початку, навчання нашого пацієнта-клієнта веденню щоденника почуттів, і одночасно роз'яснення, з якою метою це робиться.

Насправді немає легких пацієнтів, проте існують групи, котрі можуть створювати особливі труднощі. До таких важких пацієнтів можна зарахувати тих, котрі звертаються по допомогу в рамках адміністративного тиску (наприклад, особи скеровані судом), особи, котрі трактують лікування як втечу від проблем (юридичних чи економічних), особи з серйозними психічними розладами, старші і дуже молоді особи, особи з інвалідністю, бездомні, особи з нетрадиційною сексуальною орієнтацією, а також деякі професійні групи (до них можна зарахувати, наприклад, лікарів, психологів, духовних осіб, журналістів, юристів, вчителів). Треба також пам'ятати, що більшість осіб, uzалежнених від алкоголю, мають потужний опір лікуванню залежності, оскільки:

- бояться стигматизації;
- вважають, що проблема недостатньо серйозна;
- переконані, що самі справляться;
- не уявляють собі розмов про власні проблеми на форумі терапевтичної групи;

- мають негативне відношення до лікування, і одночасно не знають, в чому воно полягає, або мають помилкові переконання на цю тему;
- об'єктивні причини заважають потрапити до спеціаліста (обов'язки, відстань);
- не мають коштів на лікування (це не стосується Польщі, де не потрібно платити за лікування залежності).

Цілі, які ставлять перед собою терапевти, як правило, відрізняються від очікувань пацієнтів. Терапевти, крім прагнення покращити фізичний стан, намагаються вплинути на функціонування пацієнта, а також на обмеження вживання ним алкоголю. Залежно від поглядів, які вони визнають, скеровують свої дії на досягнення пацієнтом, наскільки це можливо, довготривалої абстиненції (самостійної чи підтримуваної), зменшення масштабів вживання (рідше вживання і в менших кількостях), або зміни способу вживання за допомогою навчання т. зв. контрольованому вживанню (ця проблема обговорюється в даній публікації пізніше).

Результатом згадуваної раніше багатофакторної концепції причин виникнення залежності є факт, що для лікування, і «наведення порядку» в окремих сферах, в котрих розвивається хвороба, необхідний багатодисциплінарний колектив фахівців. У цьому колективі крім лікаря (який в конкретному випадку відіграє в основному роль консультанта і викладача), повинні бути психологи (або відповідно перекваліфіковані спеціалісти з педагогіки, ресоціалізації, соціології і т. ін.), соціальні працівники, духовні особи, спеціалісти з сімейної проблематики, рекреації і правильного харчування. Особливу роль в такому колективі відіграють спеціалісти й інструктори терапії залежностей найчастіше з посеред узалежнених від алкоголю осіб, що не вживають алкогольні напої вже декілька років, і котрі набули відповідну професійну кваліфікацію.

З точки зору учасників спільноти Анонімних Алкоголіків для того, щоб розпочати процес видужання від алкоголізму необхідні: свідомість, визнання і діяльність (лозунг АА: *Awareness, Acceptance and Action*). Отже, особа, узалежнена від алкоголю, повинна спочатку усвідомити (або хоча б допустити до себе таку думку), що хвора і потребує фахової допомоги, далі визнати цей факт, і тільки тоді починати діяти, тобто пробувати лікуватися.

Часом зверненню по допомогу передуює так звана інтервенція.

Мотивуючий діалог (МД)

Мотивуючий діалог (англ. *Motivational Interviewing*) – це інтервенція, направлена на посилення мотивації у особи, котра шукає допомоги з метою зміни власної поведінки, що

повинно призвести до ліпшого функціонування і покращення стану здоров'я, а також життєвої ситуації цієї особи в цілому.

Мотивація до впровадження змін не є рисою і не є також особистісною змінною, тому має динамічний характер і може змінюватися – від прийняття зобов'язання про конкретні зміни до повернення до старої поведінки.

Задум мотивуючого діалогу з'явився в Сполучених Штатах Америки у 80-ті роки.

Творцями методу мотивуючого діалогу стали Miller і Rollnick¹², котрі визначають його, як:

- стиль розмови, який базується на співпраці, котрий послуговує зміцненню у особи її власної мотивації і зобов'язання до зміни,
- сконцентрований на особі спосіб допомоги щодо загальної проблеми амбівалентності в стосунку до зміни,
- такий, що базується на співпраці, зорієнтований на досягненні цілі, спосіб спілкування, в якому особлива увага звертається на мову зміни. Він має зміцнити особисту мотивацію і зобов'язання до досягнення конкретної цілі шляхом видобутку і дослідження у особи її власних причин до впровадження зміни в атмосфері згоди, схвалення і співчуття.

Мотивуючий діалог (МД) – це підхід, сконцентрований на пацієнті/клієнті, котрий уможлиблює працю над зміною несприятливої для нього поведінки. МД сприяє подоланню амбівалентності стосовно до потреби запровадження зміни. Допомагає активно включитися в лікування, а також розвиває і зміцнює мотивацію до здійснення успішних змін у власному житті. Насправді він був запроєктований як індивідуальний стиль розмови, проте може також застосовуватися в праці з групою, що особливо важливо в терапії залежностей. Досвід говорить про те, що навчитися техніці мотивуючого діалогу і далі працювати відповідно до його принципів можуть особи з різним рівнем освіти і кваліфікації.

МД – відносно коротка, тому що складається з 1 – 4 сесій, клінічна інтервенція, котра одночасно може бути доповненням інших терапевтичних методів і підходів. Простіше кажучи, це скерована розмова, під час якої терапевт, котрий її проводить, намагається знайти і виявити у свого співрозмовника його власну мотивацію до запровадження змін у своєму житті, а також зміцнити потребу її здійснення. Для того, щоб діалог став

¹² Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie (переклад. R. Andruszko). Краків: видавництво Ягелонського університету.

успішним, він повинен проходити в специфічній атмосфері, в так званому дусі мотивуючого діалогу. Найголовнішим правилом має бути турбота про добро пацієнта/клієнта, прийняття його позиції, а також піклування про те, щоб створити умови до виявлення причин, через які пацієнт хоче здійснити зміни. Співпраця не полягає у диктуванні готових рішень, а лише на створенні умов, котрі роблять можливим видобування і подальше використання задумів пацієнта/клієнта, замість нав'язування власних. У МД терапевт відповідає за перебіг розмови і таке скерування пацієнта, котре призводить до того, що він сам відкриває і описує те, що вважає для себе добрим рішенням. Натомість відповідальність за кінцевий результат лежить виключно на особі, котра шукає допомоги в здійсненні зміни.

Працюючи методом МД, необхідно обов'язково брати до уваги (за: Andrew, 2015)¹³ три ключові засади, а саме:

- висловлення емпатії через здатність відчувати досвід (напр., болю чи задоволення) іншої особи, так, як вона його переживає; вміння почути і відчути навіть те, чого пацієнт не говорить прямо; зосередження на значенні, яке мають переживання пацієнта для нього самого.
- поглиблення розбіжності через пошук і пізнання внутрішніх переконань і почуттів клієнта стосовно того, яке значення запровадження зміни має для нього; особливо пізнання важливих для нього цінностей і того, як сприймає самого себе, виявлення розбіжностей між його теперішніми вчинками і цінностями, котрі для нього важливі; підкреслювання цього внутрішнього протиріччя і зменшення опору.
- підтримка почуття рішучості через зміцнення його віри у здатність до контролювання власної поведінки і здійснення впливу на власне життя, підкреслення рішення, котре він приймає (підтримка автономії), щоб здійснити власні мрії, прагнення досягнути цілі, котрі є наслідком його цінностей; зміцнення віри клієнта у його здатність здійснення власних мрій.

Працюючи з пацієнтом/клієнтом методом МД, ми стараємось по черзі досягнути наступних цілей:

1. побудувати зв'язок (міцні терапевтичні відносини) і досягнути активного захоплення особи, котра шукає допомоги, процесом впровадження зміни,
2. усунути (розв'язати) амбівалентність, тобто привести до ситуації, коли особа, котра шукає допомоги, повірить у можливість здійснення зміни і буде прямувати до того,

¹³ Andrew S.R. (2015): Dialog motywujący w leczeniu uzależnień behawioralnych w: Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie, Warszawa, str. 73

щоб мінімізувати розбіжність поміж своїми актуальними діями і цілями, котрі намагається досягнути; така особа мусить бути переконана, що це в ній знаходиться сила, необхідна для запровадження зміни, що виключно вона приймає рішення про впровадження її у життя, і це вона буде реалізувати прийнятий нею самою план запровадження цієї зміни;

3. підтримувати і зміцнювати готовність до подальшого руху в напрямку зміни через уточнення мрій, а також визначення під час розмови необхідних для зміни поведінки, вмінь, причин, а також потреб особи, котра шукає допомоги.

Включення мотивуючого діалогу в терапевтичні програми для uzалежнених осіб виявилось дуже корисним для терапевтичного процесу і успішності цих програм. У багатьох країнах вже у 80-ті роки минулого століття мотивуючий діалог було визнано методом дуже корисним в зміні поведінки, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин. Трохи пізніше МД почали застосовувати в праці з особами, котрі зверталися по допомогу в зв'язку з проблемним і патологічним азартом, проблемним користуванням інтернетом, гіперсексуальністю (компульсивною сексуальною поведінкою) чи компульсивними закупками.

Розділ 12

Інтервенції

Коротка інтервенція

Особливо придатною в обмеженні вживання алкоголю, чи прийнятті рішення про лікування може виявитися так звана коротка інтервенція, ціллю якої є зменшення вживаного алкоголю не узалежненими особами. Це стосується однаково як молодих людей (віком до 25 років), так і осіб середнього віку, чоловіків і жінок. Результати досліджень показують, що інтервенція, котра полягає в зустрічах, які повторюються, в цілому є більш ефективнішою ніж одноразова інтервенція. Учасники добре підготовленої інтервенції скоротили вживання в середньому на 13 – 34 % в порівнянні з контрольною групою. Одночасно встановлено, що короткі інтервенції можуть знижувати показник смертності серед осіб, котрі проблемно вживають алкоголь, приблизно на 23 – 26%.

Насправді короткі інтервенції найчастіше стосуються осіб, котрі вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, проте буває, що охоплюють також осіб, узалежнених від алкоголю. Буває теж так, що коротка інтервенція так само успішна, як і більш коштовне спеціалізоване лікування.

Необхідність проведення інтервенції визначає лікар первинної ланки охорони здоров'я (сімейний лікар) на підставі виявлених змін в стані здоров'я. Коротка інтервенція в умовах первинної медичної допомоги може бути розмовою, обмеженою до кількох питань і відповідей, але теж і більш складною процедурою за участю терапевта залежностей. Під час інтервенції в кабінеті лікаря повинна відбутися оцінка актуального вживання алкоголю пацієнтом, необхідно також надати йому інформацію на тему ризикованого і шкідливого вживання алкоголю, а також дати ясні і зрозумілі поради. Поради повинні містити в собі інформацію про виявлені проблеми зі здоров'ям, спричинені вживанням алкоголю. Одночасно пацієнту необхідно надати освітньо-інформаційні матеріали з рекомендацією прочитати їх і надати всю необхідну інформацію стосовно подальших дій (зокрема можливого спеціалізованого лікування). Пацієнт повинен довідатись, що лікар

занепокоєний надмірним вживанням алкоголю пацієнтом, а умовою одужання чи затримання виявлених хворобливих змін є значне обмеження вживання, а можливо навіть абстиненція. Корисним аргументом може виявитися надання інформації про взаємодію виписаних пацієнту ліків з алкоголем і про пов'язану з цим можливість виникнення додаткових ускладнень, а також погіршення різних функцій організму внаслідок одночасної дії алкоголю і ліків. Остаточним аргументом може бути сугестія про неможливість дальшої співпраці з пацієнтом, оскільки неможливо узгодити успішне лікування з одночасним вживанням алкоголю.

Особливо важливо, щоб під час інтервенції зруйнувати міф про неможливість надання успішної допомоги особам, котрі п'ють алкоголь зі шкідливими наслідками, а також, щоб виявлені проблеми зі здоров'ям не обговорювати в категоріях моральних, а виключно в медичних. Рекомендоване встановлення наступного терміну зустрічі з метою перевірки, чи пацієнт реалізує рекомендації.

Одним з факторів, котрі полегшують успішне проведення інтервенції, є залучення до неї близьких пацієнту осіб. Проте варто враховувати те, що позиція сім'ї, котра, піклуючись про свою репутацію, недооцінює проблему чи заперечує її існування, може бути додатковим ускладненням в виявленні алкогольних проблем і проведенні інтервенції.

Інтервенції для uzалежнених осіб

Більш рішучих дій вимагають особи, щодо яких існує обґрунтована підозра, що вони є uzалежнені від алкоголю. Насправді досить часто можна почути вислів, що «алкоголік повинен, опуститися на саме дно», щоб мати від чого відбитися, виплисти на поверхню і розпочати нове життя, проте не варто занадто довго чекати цього моменту. Оскільки чекаючи на так зване дно, котре у різних осіб знаходиться на різній глибині, можна не встигнути з наданням допомоги. У зв'язку із цією проблемою в 60-ті роки в Інституті Джонсона в штаті Міннеаполіс в США з'явилася ідея («піднесення», «підвищення») згаданого раніше дна. Цей метод було названо інтервенцією. Його на сьогодні застосовують не тільки в тих випадках, коли ми маємо справу з uzалежненими від алкоголю особами, а також тоді, коли в гру входять будь-які психоактивні речовини.

Учасниками інтервенції окрім адресата, а також професіонала, котрий проводить інтервенцію, повинні бути важливі для uzалежненої особи, напр., члени сім'ї, колеги і керівники з місця роботи, друзі, сусіди і навіть сімейний лікар. Інтервенція зводиться до представлення дійсності (конкретних подій і фактів, котрі стосуються поведінки uzалежненої особи, і пов'язані з випивкою чи вживанням психоактивних речовин) таким

чином, щоб вона була можливою до прийняття особою, стосовно якої проводиться інтервенція. Повинна відбуватися в атмосфері доброзичливості, любові і піклування, і закінчитися досягненням конкретних домовленостей, що до подальший дій, а також визначенням терміну і місця початку лікування. Перед тим, як приступити до проведення інтервенції, необхідно скласти список осіб, котрі мають взяти в ній участь, обговорити з кожною з цих осіб її роль, зібрати дані на тему поведінки uzалежненої особи під впливом вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин (кожний з учасників повинен мати виписаний перелік конкретних подій, свідком котрих він був), зв'язатися з терапевтичними закладами (місцями можливого лікування), провести раніше одну чи дві «тренувальні» зустрічі (пробні сесії) і детально обговорити сценарій інтервенції. Необхідно також передбачити можливість агресивної поведінки, обурення і т. ін., і також запланувати дії на такий випадок. Особа, щодо якої проводиться інтервенція, на цей момент повинна бути тверезою.

На жаль, не кожна інтервенція закінчується успіхом. Коли вже стає відомо, що вона не закінчиться згодою розпочати лікування, необхідно, ще до її закінчення поінформувати uzалежнену особу про подальші кроки, котрі будуть зроблені, в тому числі і розірвання контракту. Узалежнена особа повинна знати, які кроки здійснять близькі їй люди, керуючись піклуванням про власне здоров'я. Людина повинна теж бути поінформована про плановані зміни цієї поведінки, чи позицій, котрі безпосередньо або опосередковано стосуються uzалежненої особи. Варто теж запланувати чергову інтервенцію, але вже в інших обставинах і з урахуванням досвіду невдалої інтервенції.

Розділ 13

Лікування

Половина одужання – це бажання одужати.

Сенека

Головною проблемою особи, котра приймає рішення розпочати лікування, незалежно від типу залежності, є не те як «кинути» (вживання, паління, азарт і т. д.), а як витримати без даної речовини чи певного типу поведінки.

Ми найбільше досвіду маємо в лікуванні залежності від алкоголю. Одним з перших спеціалістів, котрий займався лікуванням алкоголізму на науковій основі, був швейцарський психіатр Огюст Форель (1848-1931), який сформулював кілька правил лікування, з яких тільки частина втратила свою актуальність:

1. Алкоголізм можна ліквідувати тільки шляхом постійної і повної абстиненції.
2. Алкоголік ніколи не стане особою, котра буде вживати алкоголь помірковано.
3. Лікування алкоголізму повинно відбуватися шляхом впливу на душу особи, що п'є (психотерапія).
4. Лікування повинно тривати не менше, ніж рік.
5. Тільки той, хто сам є абстинентом, може скерувати алкоголіка на шлях абстиненції, тому персонал лікувальних закладів, в котрих займаються лікуванням алкоголізму, повинен складатися тільки з абстинентів.

Перший «притулок для п'яниць» був заснований 1850 року в Ліндорфі біля Дюссельдорфу, а перші в світі лікувальні заклади для uzалежнених від алкоголю осіб появилися в Сполучених Штатах Америки (в штаті Мен 1854 і 1857 років). Через 30 років таких закладів в США вже було 50. Дуже істотною подією для лікування алкоголізму був перший з'їзд Американської асоціації по лікуванню сп'яніння (листопад 1870 р.). Учасники з'їзду в своїй ухвалі визнали, що «алкоголізм це хвороба, хвороба виліковна подібно до інших хвороб», а «потяг до вина» може бути однаково, як набутий, так і успадкований. Визнали, що алкоголь необхідно зарахувати до отрут. Постановили також, що в кожному більшому місті необхідно відкривати лікарні для алкоголіків, а

керівникам таких лікарень надавати право затримувати пацієнтів «проти їх волі аж до вилікування».

Приблизно в той самий час такі лікарні були засновані в Німеччині, Швейцарії і Англії. Цікавим є те, що заклад для осіб, uzалежнених від алкоголю, в Елліконі (Швейцарія), заснований 1888 року з ініціативи вже згадуваного раніше Августа Фореля, і в співпраці з іншим видатним психіатром Еугеном Блейлером, ніколи не був керований лікарем, тому що сутністю надання допомоги пацієнту було виховання в тверезості. Першим керівником закладу став швець ... людина «високих етичних і моральних цінностей» на прізвище Босхард (Bosshard). З точки зору Блейлера головними лікувальними чинниками мали бути – абстиненція, добре харчування, врегульована праця (8 – 10 годин на день) і відпочинок. Перебування на лікуванні тривало рік. До закладу не приймалися пацієнти, які не досягли 25-річного віку і старші 55 років. Вже на початку ХХ ст. панувало «цілком розповсюджене переконання, що вилікування п'яниці від хворобливої звички можливе тільки у відповідно обладнаному закритому закладі, в котрому всі, добровільно чи примусово, мають бути абсолютними абстинентами». Підкреслювалося корисне значення «психічного впливу» керівника такого закладу, а також «релігійно-морального впливу священика, збудження амбіцій п'яниці, прищеплення йому переконання в небезпечності алкоголю, захисту від спокуси, впливу інших хворих, котрі вже починають відчувати і оцінювати благодійні наслідки стриманості і демонструють наростаюче завдяки цьому задоволення, праці на свіжому повітрі чи в майстерні, фізичних вправ, призвичаювання до порядку і систематичності праці, доброго харчування, годинами навіювання і гіпнозу, ванн і електризування».

1870 року англійський парламент зайнявся проектом закону, котрий стосувався добровільного і примусового лікування осіб, uzалежнених від алкоголю, а 1889 року було відкрито перший в Англії заклад лікування в Рікмансворті (Rickmanswort). Приблизно в той же самий час в Швейцарії, Німеччині і скандинавських країнах повстав антиалкогольний рух на релігійній основі (1877 рік Голубий Хрест), котрий дуже активно підтримував систему лікування осіб, uzалежнених від алкоголю, що тільки починала будуватися.

Дедалі частіше зверталася також увага на негативний вплив людей, що випивають, на оточення, і таким чином Швеція, як одна з перших держав у Європі, запровадила 1916 року «примусове утримання в закладах тих алкоголіків, котрі небезпечні для себе, або інших [...] наражають дружину чи дітей на нужду чи очевидне здичіння [...] є тягарем для гміни чи сім'ї [...] були протягом останніх двох років повторно покарані за п'янство», і

спеціальний «уряд тверезості» мав право видати «наказ звернутися по допомогу до лікаря, або до закладу».

Точки зору на тему лікування і «виліковності» алкоголізму завжди були розділені. На цю тему висловлювалися не тільки професіонали. Я вважаю, що в цьому місці варто згадати точку зору архієпископа Кентерберійського, котрий більше ста років тому сказав, що «алкоголізм є можливо найбільшою з усіх виліковних хвороб світу»¹⁴.

Фармакологічні засоби

Найкращий лікар той, хто знає марність більшості ліків.

Бенджамін Франклін

Віддавна йдуть пошуки засобів, котрі могли б забезпечити людей від негативних наслідків вживання алкоголю. Одним із таких засобів вважали аметист, котрому приписували властивості оберігати головний мозок від дії алкоголю, а також охороняти від надмірного сп'яніння і балакучості. Назва каменю походить від грецького слова ἀμέθυστος (amethystos) — «протидія сп'янінню». З історичних переказів відомо також, що віддавна в цілях знеохочення до алкоголю використовувалися різні хімічні субстанції. Пліній Старший (23-79 н. е.) радив додавати до вина зіпсуті яйця і інші смердючі субстанції. Ще давали також пити піт вмираючих людей і звірів, а також воду, котра була використана для обмивання трупа. З метою викликати відразу до алкогольних напоїв до них додавали нафту, сірчану кислоту, хлор, хінін і т. ін.. Ці способи передували описаним нижче методам лікування за допомогою блювотних засобів. Крім того до алкогольних напоїв додавали сечогінні і проносні ліки. У Швеції застосовували так звану методику Шрейбера чи Бежеліуса, котра полягала в тому, що uzалежнених від алкоголю осіб замикали, позбавляли його їжі і давали виключно алкоголь. Серед інших спроб справитись з алкоголізмом, описаних в літературі, можна зустріти інгаляції киснем, або сумішшю кисню з вуглекислим газом, підшкірне введення кисню, застосування гормонів, інсуліну і т. ін..

Ще зовсім недавно застосування фармакологічних засобів, котрі знімали або пом'якшували наслідки хронічного споживання алкоголю, трактувалося як лікування залежності від алкоголю. Сьогодні фармакологічне лікування ускладнень алкоголізму чітко розмежовується з лікуванням самої залежності.

¹⁴ Архієпископ Кентерберійський – почесний глава англіканської церкви

Протягом багатьох років в цілях формування відрази до алкоголю застосовувався метод, заснований на виробленні умовного рефлексу.

1930 року Канторович, опираючись на висновки досліджень Павлова над умовними і безумовними рефlekсами, в клініці Бехтерева в Ленінграді поєднав демонстрацію пацієнтам малюнків і текстів, котрі мали відношення до споживання алкоголю з больовим подразником, в якості безумовного подразника.

Фармакологічним засобом, котрий почали застосовувати в тих самих цілях, був апоморфін (в лікуванні алкоголізму вперше був застосований Keeley 1890 року).

1933 року цей метод описали Сухачевський і Фрікен. Протягом 10 днів хворим вводили підшкірно апоморфін, а через 3 хвилини давали випити 25 мл. горілки. Далі апоморфін додавали до алкогольних напоїв, а починаючи від 21 дня, чистий алкогольний напій, розраховуючи на появу блювотного рефлексу. Пізніше цей «метод» був модифікований.

1934 року англійський дослідник Дент притримував узалежену від алкоголю особу в закладі протягом тижня без їжі і води, і давав йому виключно алкоголь в великих дозах. Одразу після вживання алкоголю пацієнту вводили 3 мг апоморфіну, інформуючи його, що найпізніше через 15 хвилин він буде блювати і дуже погано себе почувати. Пляшка з алкоголем залишалася поблизу. Через 4 години вводили чергові 3 мг апоморфіну, і так багато разів кожні 4 години. Якщо пацієнт звертався до алкоголю частіше, то частіше отримував апоморфін. Якщо не вживав алкоголю – отримував частково підсолоджений чай і канапки. Після закінчення такого «лікування» пацієнти утримувалися від вживання алкоголю, як писав автор, від 8 місяців до 7 років.

Морсієр і Фельдман тримали пацієнтів у ліжку, не дозволяли їм митися, а біля ліжка ставили посуд для блювоти. Пацієнтам подавали їх «улюблений» алкогольний напій, аж до досягнення стану ейфорії. Далі вводили підшкірно 5 – 6 мг апоморфіну. Пацієнт блював, але одразу після цього був змушений випити алкоголь. Процедура повторювалась. Показником успішності була ситуація, коли у пацієнта при наближенні чарки з алкоголем до рота появлявся блювотний рефлекс. Для вироблення блювотного рефлексу використовували також еметин (першим застосував його Вегтлін в США 1940 року), суміш риб'ячого жиру, касторки, натрію сульфату (глауберова сіль) і сульфату міді, сам двопроцентний розчин сульфату міді або п'ятипроцентний розчин плауну.

В лікуванні осіб, узалежнених від алкоголю, застосовувалась започаткована 1935 року Манфредом Саклем (Manfred Sackl) так звана інсулінова терапія. Вона полягала в тому, що у пацієнтів шляхом введення інсуліну викликали стан гіпоглікемії. Лікування

«інсуліновими комами» застосовувалося у випадку психозів (в тому числі і алкогольних), а «передкоматозними» станами при більш легких розладах (в тому числі неускладнених абстинентних синдромах). Вперше інсулінова терапія була застосована в лікуванні морфіністів, в цілях полегшення симптомів морфінового потягу, і тільки після цього було опрацьовано методику лікування психічно хворих і осіб, узалежнених від алкоголю.

Найчастішими ускладненнями, при яких фармакотерапія це головний метод лікування, є стани алкогольної інтоксикації (отруєння), алкогольний абстинентний синдром (відміни), а також гострі алкогольні психози. У цих випадках ліки застосовуються з метою проведення очистки організму від токсичних речовин (детоксикації), пом'якшення чи усунення симптомів абстинентного синдрому, а також інших соматичних і психічних ускладнень, котрі виникли внаслідок інтенсивного споживання алкоголю. Таким чином підготовлюється ґрунт для справжнього лікування (яке дехто називає реабілітацією). Ліки можуть також застосовуватись як допомога в утримуванні абстиненції.

Протягом багатьох років в Польщі розповсюдженим, а інколи навіть і єдиним «методом», було сенсibiliзуюче (аверсійне) лікування, котре полягало в змушенні до абстиненції через призначення пацієнтам дисульфіраму в пероральній формі, або у вигляді імплантацій.

Тетраетилтіурамдисульфід (1955 року прийнято міжнародну назву – дісульфірам) вперше в якості засобу для лікування алкоголізму був застосований датчанами (хімік Hald, а також лікарі Jacobsen і Larsen-Martensen) 1948 року. Він був зареєстрований під назвою антабус. Раніше застосовувався в лікуванні гельмінтозів (1943), а також в промислових цілях при вулканізації, незважаючи на те, що вже з 1920 року була відома його сенсibiliзуюча дія на алкоголь. У різних країнах датський антабус мав різні назви, так в Польщі – антикол, в Чехословаччині – стопетил, в Швеції – абстінил, в Німеччині – контрапот і антеган, у Франції – еспераль, в СРСР – тіурам і тетурам, в Голландії – рефузал, а в Норвегії – аверсан.

Застосування дисульфіраму мало суттєво змінити стосунок пацієнта до алкоголю, оскільки через п'ятнадцять – двадцять хвилин від моменту вживання алкоголю могло дійти до додаткового отруєння, викликаного накопиченням оцтового альдегіду, подальший метаболізм якого був заблокований гальмуванням активності альдегіддегідрогенази. Отруєння альдегідом проявляється почервонінням лица, відчуттям задухи і розпирання в грудній клітці, прискоренням серцебиття, почуттям неспокою і страхом смерті.

На початковому етапі застосування дисульфіраму рекомендовано викликати реакцію алкоголь – дисульфірам під контролем лікаря, найкраще в лікарні чи в добре оснащених амбулаторії. В амбулаторних умовах, враховуючи те, що пацієнт може намагатися позбутися дисульфіраму, рекомендовано давати його в подрібненій формі, або з невеликою кількістю води, щоб складніше було викликати штучну блювоту. Після прийому дисульфіраму вказувалося на необхідність проведення кількахвилинної терапевтичної розмови. У книзі J. Skali під назвою *Alcoholizm* можемо прочитати, що «для заощадження часу в поліклініках необхідно подавати антикол в групах, після чого пацієнти співають так довго, аж доки лікар не переконається, що всі вони проковтнули ліки, і вони частково всмокталися в шлунку» (с. 101). У другій половині 50-х років впроваджено дисульфірам в формі імплантату – під назвою еспераль.

Дослідження ефективності дисульфіраму показали, що він не більш ефективний, ніж плацебо, і розповсюдженим (близько 80% випадків) явищем при його прийомі є ошукування. Досить часто імплантація дисульфіраму (еспераль) не запевняла такого його рівня в крові, щоб могла наступити реакція після вживання алкоголю. Одночасно дисульфірам виявився досить токсичною субстанцією, викликаючи багато небажаних симптомів, таких, напр., як порушення свідомості, гострий органічний мозковий синдром, депресивні синдроми, психози, полінейропатія, розлади потенції чи шкірні зміни. Зафіксовано також кілька смертельних випадків, котрі могли мати зв'язок з прийомом дисульфіраму. Багато спеціалістів звертають також увагу на етичні аспекти застосування дисульфіраму, котрий не може трактуватися як повноцінний лікарський засіб, оскільки не впливає на етіопатогенез залежності, натомість свідомо наражає пацієнта на ризик виникнення небажаних ускладнень, а також побічних ефектів після вживання алкоголю. При теперішніх можливостях користування сучасними методами лікування залежності від алкоголю в Польщі пропозиція дисульфіраму як «методу лікування», або підкорення тискові з боку сімей, котрі домагаються імплантації еспералю, необхідно розглядати як непрофесійні дії, а в деяких випадках навіть неетичні. Проте такі випадки мають місце, але майже виключно за межами закладів, які займаються спеціалізованою терапією залежності від алкоголю.

1956 року появилася звіт канадських лікарів на тему застосування в лікуванні алкоголізму карбаміду кальцію (ССС) під назвою темпосил. Механізм дії цього засобу порівнювався з механізмом дії дисульфіраму.

В спеціалізованій літературі можна знайти також статті на тему лікувальних властивостей кудзу (*Pueraria*), їстівної рослини, котра росте в Америці і в Азії. Корінь кудзу (*Pueraria*

lobata) має мати властивості нейтралізуючі дію оцтового альдегіду, який виникає при метаболізмі етилового алкоголю, а квіти кудзу (*Pueraria flos*) мають сповільнювати розклад оцтового альдегіду і тим самим, подібно до дисульфіраму, впливати на підвищення його рівня в організмі. Накопичення оцтового альдегіду може впливати на обмеження кількості алкоголю, що споживається. Тривале вживання кудзу і одночасне споживання великої кількості алкоголю може, на думку МакГрегора (2007), впливати на розвиток тканини злоякісного новоутворення.

В останні роки дедалі більше уваги приділяється також засобам, котрі здійснюють гальмівний вплив на так званий примус вживання етилового спирту за рахунок зменшення алкогольного голоду, чи послаблення ейфоризуючої дії алкоголю. Серед них є засоби, котрі активізують серотонінергічну передачу, засоби, котрі діють на дофамінергічні або опіодні рецептори, антагоністи кальцієвих каналів і т. ін.. Дія цих препаратів полягає також в пом'якшенні симптомів депресії (вона може бути одним з чинників, котрі сприяють зверненню до алкоголю), зменшення апетиту до всіх харчових продуктів (серед інших і до алкоголю), покращенні пізнавальних функцій (таке покращення інколи може сприяти полегшенню вирішення психологічних і соціальних проблем). Відомо також, що гальмування ейфоризуючої («винагороджуючої») дії алкоголю може корисно впливати на перебіг абстиненції шляхом зменшення частоти споживання алкоголю, оскільки не дає очікуваного ефекту. Так були проведені дослідження застосування ондансетрону і рітансеріну в лікуванні залежності від алкоголю. Ондансетрон, котрий застосовується для симптоматичного лікування нудоти і блювоти, є антагоністом рецептора 5-НТЗ. Помічено, що застосування його у тварин викликає зменшення споживання алкоголю. Дослідження на добровольцях показали, що після попереднього прийняття ондансетрону алкоголь давав менше задоволення і меншу суб'єктивну потребу його, одночасно посилюючи неприємні післяалкогольні симптоми. Проте появилися повідомлення про появу гострих дискінезій і нападів паніки у осіб, котрі приймали ондансетрон. 2000 року, одна з фірм, яка продукує ондансетрон, готуючи ймовірно ґрунт для рекламної компанії, надала пресі інформацію про дослідження цього препарату, котра була відредагована наступним чином: «Оголошені вчора висновки не викликають сумнівів – ондансетрон має шанс стати першим в історії фармацевтичним засобом, котрий дозволить справитись з грізним явищем алкоголізму». Інформація була опублікована під заголовком: «Алкоголь. Пілюля від алкоголізму». Коментарі зайві, бо сьогодні кожен може оцінити достовірність цієї інформації. Не підлягає сумніву той факт, що подібна інформація на тему інших фармацевтичних «винаходів» і далі буде інспіруватися фармацевтичними компаніями. Це буде, звичайно, стосуватися не тільки «пілюль від алкоголізму». Своєю чергою рітансерін,

антагоніст рецептора 5-HT_{2C}, котрий діє як антидепресант і протитривожний засіб, мав корисно впливати на обмеження вживання алкоголю. Проте останні дослідження показали відсутність його впливу на успішність лікування осіб, uzалежнених від алкоголю.

Існують також повідомлення про позитивний вплив протиепілептичного лікарського засобу – леветирацетаму на обмеження кількості споживаного алкоголю. Я проте підозрюю, що його роль в лікуванні залежності від алкоголю буде подібною до ролі описаних раніше препаратів.

Предметом дискусії між теоретиками лікування залежностей, а також лікарями з біологічним підходом і лікарями і психологами, котрі надають перевагу підходу психотерапевтичному, є застосування в осіб, uzалежнених від алкоголю, перевірених препаратів, котрі впливають на зменшення кількості вживаного алкоголю, або гальмують його ейфоризуючу дію. Найчастіше для цих цілей застосовуються акампрозат, налтрексон, баклофен і налмефен.

Акампрозат

Цей препарат синтезовано 1982 року у Франції і допущено до європейського ринку 1989 року. Це лікарський засіб, який гальмує глутамінергічну систему. Його головною дією є зменшення алкогольного потягу, хоча до кінця не зрозуміло, в чому полягає його вплив на цей симптом. Європейські пацієнти, котрі приймали акампрозат, мали схильність до довшої абстиненції. Акампрозат довго чекав на допущення до американського ринку, і FDA дозволила його застосування лиш 2005 року. Проведені там незабаром дослідження показали, що схоже, що цей препарат діє тільки в Європі, отже в США його ефективність не було підтверджено.

Налтрексон

Синтезований 1965 року, і 1994 року був затверджений FDA (U.S. Food and Drug Administration), як засіб, котрий допомагає в лікуванні алкоголізму. Цей препарат є блокатором опіюїдних рецепторів, і застосовується як лікарський засіб, котрий підтримує абстиненцію, а також зменшує потребу у вживанні алкоголю. У дослідженнях було підтверджено його вплив на обмеження вживання алкоголю протягом дня і зменшення кількості днів інтенсивного вживання. У спеціалізованій літературі можна зустріти повідомлення, в котрих говориться про використання налтрексону в лікуванні інших залежностей, які представлені в подальших розділах цієї книги, таких, наприклад, як патологічний азарт чи компульсивна сексуальна поведінка, а також застосування його при

схильностях до самопошкоджень при kleптоманії. Проте виявляється, що ці спроби без одночасної психотерапевтичної підтримки не можуть закінчитися успіхом.

Баклофен

Протягом тривалого часу цей препарат застосовувався в неврології, як міорелаксуючий засіб в лікуванні спастичності. На початку 2000 років Олів'є Амейсен - uzалежнений від алкоголю лікар, провів на собі експеримент і заявив, що завдяки цьому препарату перестав вживати алкоголь. Він опублікував свої спостереження у фахових виданнях¹⁵. Від того часу баклофен почали застосовувати в лікуванні залежності від алкоголю, незважаючи на те, що FDA остерігала про можливість виникнення ускладнень, крім інших у вигляді делірійного стану (галюцинації, маячення, дезорієнтація), при раптовій відміні баклофену, і це знайшло підтвердження в дослідженнях, проведених в університеті штату Нью-Йорк в Баффало (Leo & Baer, 2005)¹⁶.

Небезпека пов'язана також з тим, що механізм дії баклофену, як агоніста ГАМК-рецепторів, подібний до дії снодійних ліків з сильним узалежнюючим потенціалом з так званої групи „Z” (напр., золдієм, золпідон), при раптовій відміні котрих виникає абстинентний синдром, що свідчить про фізичну залежність. У квітні 2018 року комісія французького державного агентства ANSM оприлюднила точку зору про несприятливе співвідношення ризику і терапевтичної користі при застосуванні баклофену в лікуванні алкогольної залежності.

Налмефен

Дія налмефену подібна до дії налтрексону, будучи модулятором опіоїдної системи цей препарат був схвалений для лікування залежності від алкоголю в країнах Європейського Союзу і впроваджений на ринок 2013 року. Відповідно до реєстрації, він «рекомендований для застосування з метою редукції споживання алкоголю у дорослих пацієнтів, узалежнених від алкоголю, котрі мають високий рівень ризику вживання (споживання більше ніж 60 г (для чоловіків) або 40 г (для жінок) алкоголю в день)». Рекомендовано застосовувати цей лікарський засіб виключно у осіб, котрі «не виявляють фізичних симптомів відміни і не вимагають невідкладної детоксикації», і призначати тільки в поєднанні з постійною психотерапевтичною підтримкою.

¹⁵ Ameisen O (2004), Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician, „Alcohol and Alcoholism”, 40 (2), 2004, s. 147-150,

¹⁶ Leo R.J., Baer D. (Nov-Dec 2005): „Delirium associated with baclofen withdrawal: a review of common presentations and management strategies”. Psychosomatics 46 (6):503-7).

З цим лікарським засобом пов'язана цікава подія. У червні 2016 року з'явилася стаття шотландських науковців, котрі ствердили, що не було достатніх доказів його ефективності в обмеженні споживання алкоголю особами, узалежненими від нього. Було заявлено, що позитивна оцінка Європейської медичної агенції (EMA) 2012 року опиралася головно на результати трьох досліджень, спонсорованих продуцентом цього препарату – фірмою Lundbeck. Були також відсутні дані, котрі стосуються адекватності застосування психотерапевтичної інтервенції BRENDA в дослідженнях фірми Lundbeck. Налмефен не був також протестований в умовах первинної медико-санітарної допомоги¹⁷.

Згадана вище дискусія точиться між спеціалістами, котрі бачать в людині один з багатьох живих організмів, реагуючих на різні хімічні субстанції, і спеціалістами, котрі роблять наголос на відмінності людини, завдяки володінню нею інтелектом, вільною волею і душею. У цих дискусіях важку для оцінки, але досить істотну роль може відгравати активність фармацевтичних фірм, котрі глибоко зацікавлені продукцією і збутом обговорюваних препаратів, і тим самим розповсюдженням інформації про їх «чудодійні» властивості. Не можна виключити того, що фармацевтичні компанії здатні певним чином зацікавити як науковців, так і лікарів практиків, а потім використати це для досягнення своїх комерційних цілей. Одночасно неохоче говориться про те, що ці препарати дорогі, їх дія триває тільки кілька годин і вони вимагають застосування високих доз (кілька таблеток на один прийом), а це генерує великі затрати. Підтверджено також різну успішність лікування цими препаратами, а залежності від форми психотерапевтичного впливу, який застосовувався. Звідси питання: що в більшій мірі лікує при одночасному застосуванні – психотерапія чи фармацевтичні засоби? Дослідження, котрі були проведені також в Польщі, показали, що прийом препаратів, котрі пом'якшують так званий алкогольний голод і впливають на зменшення кількості споживаного алкоголю може мати сенс тоді, коли поєднується з психотерапією, котра робить можливими тривалі особисті зміни. Результати досліджень свідчать також про те, що прийом ліків під час психотерапії сприяє успішності, що оцінюється зменшенням вживаного алкоголю, тільки на 10 – 20%. Звідси наступне питання, чи варта гра свічок? Застосування цих препаратів повинно розглядатися тільки в певних і індивідуальних випадках, з попередньою консультацією спеціаліста терапії залежностей, а також враховувати фінансові можливості пацієнта (2007 року лікування коштувало 400 – 500 злотих на місяць). Пацієнт повинен відповісти собі на питання, чи хоче він за таке ілюзорне і незначне зменшення кількості вживаного алкоголю так багато заплатити. Якщо є особою узалежненою, то повинен здавати собі

¹⁷ Fitzgerald N. i wsp. (2016): Weak evidence on nalmefene creates dilemmas for clinicians and poses questions for regulators and researchers. *Addiction* 2016 Aug 5;111(8):1477-87).

справу, чи можливе в його випадку таке «зменшення», а також знати, що можливе обмеження кількості алкоголю, що вживається, не буде тривалим, а він, найімовірніше, після того як позбудеться певної суми грошей, повернеться до попереднього способу вживання і пов'язаних з цим проблем. Проте досить часто трапляються ситуації, коли пацієнту не повідомляється достовірної і повної інформації на тему дії цих препаратів, а рекомендують їх особи, котрі, незважаючи на диплом лікаря, не є спеціалістами в сфері лікування залежностей, натомість в межах приватної практики займаються детоксикацією і позбавленням від симптомів абстинентного синдрому. Так само широко застосовують їх лікарі -психіатри, котрі беруться за лікування залежності від алкоголю, і одночасно не можуть запропонувати нічого іншого, крім досить загальної розмови з пацієнтом і виписки рецепту. Таке застосування засобів, котрі впливають на зменшення кількості вживаного алкоголю, замість допомагати можуть зашкодити пацієнту через переказ йому віри в їх чудодійну дію, котра ніби робить можливим позбавлення алкогольної проблеми. Віра в чудодійну дію цих препаратів частіше за все призводить до відтермінування рішення про початок спеціалізованого лікування. Тимчасове обмеження кількості алкоголю, який вживається (можливо здебільшого за рахунок ефекту плацебо, ніж внаслідок дії лікарського засобу), укріплює у пацієнта переконання, що він в стані сам запанувати над вживанням і не мусить впроваджувати будь-яких змін в своє життя і проходити комплексне лікування.

В Польщі важко знайти програми терапії залежності від алкоголю, котрі ставлять собі за мету замість повної абстиненції тільки зменшення узалежненою особою кількості алкоголю, що споживається. Єдиною такою програмою є Програма обмеження вживання алкоголю, котра обговорюється в іншому місці цієї книги.

Засоби, котрі впливають на кількість споживаного алкоголю, якщо все ж таки застосовуються в лікуванні залежності від алкоголю, повинні трактуватися виключно як фактор, котрий допомагає в психотерапії. Відхід від цього правила можливий тільки в тих випадках, коли спеціаліст однозначно ствердить, що пацієнт з певних причин не придатний до участі в програмі психотерапії залежностей і, незважаючи на обставини, буде далі продовжувати пити. У такому випадку застосування таких препаратів буде мати метою подовження життя пацієнта завдяки зменшенню шкідливих наслідків для здоров'я, викликаних вживанням алкоголю. В Австрії і в Італії пацієнтам призначається гама-аміномасляна кислота (я пишу про це далі) на подібних засадах, як у нас метадон наркоманам.

Не можна теж виключити, що в деяких випадках сам факт регулярного прийому будь-якої субстанції, однаково, як хімічно активної так і плацебо, має дисциплінуючий вплив на uzалежнену особу і може тимчасово стримувати її від випивки. Отже, препарати, які ми тут обговорюємо, повинні застосовуватись розсудливо, щоб уникнути повторення ситуації, яку зараз маємо з еспералем, котрий застосовується поза спеціалізованим лікуванням залежностей як пострах чи як легкодоступні «ліки від алкоголізму».

На окрему увагу заслуговує факт, що однаково, як дослідники, так і практики погоджуються з тим, що застосування будь-яких фармакологічних засобів, не заважаючи на їх хімічний склад і профіль дії, не може трактуватися як лікування залежності від алкоголю. Крім усунування ускладнень, котрі виникли внаслідок інтенсивного вживання алкоголю, а також в певних випадках, котрі розглядаються індивідуально, фармакологічні засоби можуть, як я вже згадував раніше, тимчасово підтримувати процес психотерапії залежності, або лише продовжувати життя особам, котрі з різних причин не беруть участі в програмах психотерапії залежності. Ці останні дії реалізуються в рамках програм редукції шкідливих наслідків для здоров'я (т. зв. *harm reduction*), котрі застосовуються найчастіше щодо осіб, uzалежнених від наркотиків. Їх метою є запобігання і зменшення негативних наслідків вживання психоактивних речовин, покращення якості життя, а також зменшення захворюваності на інфекційні хвороби (серед ін., викликані ВГЦ і ВІЛ) і продовження життя uzалежненим особам.

Варто згадати, що в спеціалізованій літературі з'явилися повідомлення, в котрих говориться про спроби використання згаданого раніше налтрексону в лікуванні інших, описаних в подальших розділах цієї книги, залежностей, таких, наприклад, як патологічний азарт чи компульсивна сексуальна поведінка, а також застосування його при схильності до самопошкоджень і у випадках клептоманії. Проте здається, що ці спроби без одночасної психіатричної підтримки не можуть закінчитися успіхом.

Виведення з організму токсичних речовин

Утім фармакологічні засоби найчастіше застосовуються при станах, котрі вимагають нейтралізації та виведення з організму токсичних речовин, а також при алкогольних абстинентних синдромах. Отже, вони дуже корисні перед початком повноцінного лікування залежності і допомагають впорядкувати справи, пов'язані з фізичним (соматичним) і психічним станом, а саме вирівняти розлади водно-електролітного обміну, поповнити харчові дефіцити і нестачу вітамінів, а також усунути симптоми абстинентного синдрому. Першими ліками, котрі були застосовані в лікуванні

абстинентного синдрому були хлоралгідрат, паралденіл (80-ті роки XIX ст.), а 1909 року датчани вперше застосували барбітурати.

Тільки незначний процент uzалежнених осіб вимагає лікування абстинентних синдромів в стаціонарних умовах. Спосіб лікування алкогольного абстинентного синдрому залежить від інтенсивності його симптомів. При слабо вираженій інтенсивності зазвичай достатньо ізоляції пацієнта від алкоголю і наводнення пероральним шляхом (мінеральна вода, соки, котрі містять в собі велику кількість іонів калію, а також фруктозу). При більш інтенсивних абстинентних симптомах, зневодненні і блювоті необхідно обдумати внутрішньовенне введення розчинів (поліелектроліти, розчини глюкози і фізіологічної солі. При важкому абстинентному синдромі необхідно внутрішньовенно вводити, під контролем діурезу, до 2 літрів рідин на добу. У всіх випадках рекомендовано пероральний прийом, чи внутрішньом'язове введення вітамінів групи В.

Серед заспокійливих ліків (анксіолітиків), котрі призначаються при алкогольному абстинентному синдромі, найчастіше застосовується похідні бензодіазепіну (хлордіазепоксид, діазепам, клоразепат, лоразепам), а також клометіазол (хемінеурин). Проте необхідно пам'ятати, що ці ліки здатні викликати залежність і тому повинні **застосовуватися дуже короткий проміжок часу** і, крім того, **під пильним контролем лікаря**. Для більшості осіб максимальна доза хлордіазепоксиду (чи його еквіваленту) не повинна перевищувати 400 - 600 мг на добу, тому що більш високі дози пов'язуються з ризиком виникнення серйозних розладів дихання, через депресивну дію на дихальний центр. Старші особи часом вимагають довшої детоксикації і більш високих доз бензодіазепінів.

При ускладненні алкогольних абстинентних синдромів судомними нападами - окрім наводнення, поповнення вітамінів і лікування соматичних розладів - необхідно застосовувати внутрішньовенно бензодіазепіни, або карбамазепін. Ці стани можуть вимагати стаціонарного лікування, якщо після нападу зберігаються розлади свідомості, мають місце так звані серійні напади, раніше після нападів мав місце гострий алкогольний психоз, а також якщо пацієнт переніс черепно-мозкову травму. Госпіталізації вимагають теж гострі алкогольні психози, ускладнені порушенням свідомості і психотичними симптомами (такими, наприклад, як алкогольний делірій).

Програми одужання

Людина стає чогось варта, коли починає боротьбу з самим собою.

Роберт Браунінг

Залежність від алкоголю – «демократична хвороба», тому захворіти нею може кожен, незважаючи на стать, вік, інтелектуальний рівень, освіту і професію. Кожному також необхідна допомога в поверненні до здоров'я. У жодній з хвороб участь пацієнта і його близьких не є такою важливою, як у випадку залежності від алкоголю, чи інших психоактивних речовин. Про те, яким великим досягненням є стримування цієї хвороби, писав на початку XIX ст. Jakub Szymkiewicz: «Перемога невпевнена, оскільки віками людям дається слабо воювати з самим собою. «Я» рідко оголошує війну «я». Хто все ж таки переміг сам себе в подібних обставинах і свої пристрасті, є більшим героєм від того, хто підкорював своїй владі майже цілий світ» (Праця про пияцтво, с. 385).

Роками велися пошуки різних способів і методів лікування uzалежнених осіб. У найновітніші часи метод лікування, який пропонується пацієнту відповідає теорії, котру найчастіше визнає терапевт. Прихильники біомедичного підходу далі займаються пошуками успішного лікарського засобу від алкоголізму й інших залежностей. Психоаналітики трактують залежність так само, як невротичний розлад, вишукують причини у взаємовідносинах з батьками в ранньому дитинстві, а під час терапії стараються усунути дефект Я. Прихильники теорії навчання, виходячи з положення, що людина звертається до алкоголю в стресових ситуаціях, а пізніше зникає до такої реакції, вчать, як уникати певних подій – стимулів, а також як справлятися з важкими ситуаціями. Прихильники психології мотивації, своєю чергою, працюють над приведенням в рух мотивації, котра з їх точки зору повинна змобілізувати власні захисні механізми пацієнта. Прихильники програми 12 кроків стараються переконати в необхідності реалізації цієї програми в спільності АА. 1989 року було завершено багатоцентровий дослідницький проект MATCH, котрим було охоплено 1726 пацієнтів. Проект ставив за мету встановлення, як різні підгрупи осіб, котрі п'ють зі шкідливими наслідками і є uzалежненими від алкоголю, реагують на три методи лікування: Терапія підготовки до участі у програмі 12 кроків (Twelve Step Facilitation — TSF), терапія, яка навчає практичним вмінням і навичкам, тобто когнітивно-біхевіоральна (Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy — CBST) і терапія, яка посилює мотивацію (Motivational Enhancement Therapy — MET). Лікування кожним з цих методів тривало 12 тижнів. Виявилось, що у пацієнтів, котрі брали участь в усіх трьох формах лікування в рамках проекту MATCH рівень покращення приблизно такий самий, жоден з досліджуваних методів не дістав значної переваги над іншими, пристосування способу лікування до

пацієнта мало що дає. Оскільки жодна з психотерапевтичних шкіл не розробила успішної методики лікування залежностей, напрошується висновок, що до лікування uzалежнених осіб необхідно підходити еkleктично. Звідси став дуже популярним в Польщі саме еkleктичний підхід і «інтеграційна концепція психотерапії залежності».

На жаль, низький рівень знань, якими володіє наше суспільство на тему залежності від алкоголю і його лікування є ідеальним ґрунтом для заробляння грошей на людській наївності. Адже відомо, що близькі особи готові віддати остатню копійку, і навіть позичити її, аби тільки зробити можливим одужання рідної особи від алкоголізму і повернення її в сім'ю. Про це добре відомо не тільки спеціалістам, а також і псевдоспеціалістам і різного типу шахраям, котрі під прикриттям надання допомоги страждаючим людям намагаються витягнути з них якнайбільше грошей. Поряд з закладами, котрі відповідають необхідним стандартам, однаково, як в пресі, так і в інтернеті широко рекламуються «клініки», «лікарні» і «центри», а також індивідуальні особи, котрі видають себе за спеціалістів з лікування як залежностей, так і всіляких інших недугів. Одні пропонують «перевірені» і «успішні» методи, базовані (як стверджують найчастіше) на «американському» досвіді, або «сучасні» ліки, котрі нібито можуть «вилікувати» від алкоголізму. Інші намагаються переконати своїх клієнтів у тому, що зможуть їх вилікувати за допомогою «кодування», «магнітного біорезонансу», «біостимуляції», сесій «реінкарнації», «енергетичного мосту», сеансів «колективного гіпнозу», «гіпнозу наяву» і багатьох, багатьох інших «методів», котрі звучать загадково.

Ще інші пропонують коштовні, кількадевні «терапевтичні» поїздки до привабливих туристичних місцевостей, котрі повторюються кожні два місяці, або саму лише детоксикацію з «підшиванням» еспералю (див. оголошення в пресі в «аааааааааа» детоксикація, еспераль найдешевше). Той, хто дає такі оголошення, не вагаючись інвестує серйозні суми грошей в рекламу подібних «методів», тому що знає, що гроші швидко повернуться, бо потенціальні клієнти практично нічого не знають на тему лікування залежності від алкоголю і найохочіше погоджуються на лікування тими методами, назви яких звучать таємничо, і одночасно не вимагають від них якихось спеціальних зусиль. Власне через це, як в пресі, так і в Інтернеті часто можна зустріти проплачені інтерв'ю зі «спеціалістами», а також псевдонаукові висновки на тему майже стопроцентної успішності саме цих методів.

Лінивість, котре може бути другою натурою людини, досить часто схиляє до користування допомогою найрізноманітніших шахраїв, котрі пропонують методи, які майже не вимагають від пацієнта зусиль, а лише певну суму грошей. На жаль, сам факт

володіння дипломом лікаря чи психолога не гарантує професіоналізму в лікуванні залежностей, тому що під час навчання в університетах ця тематика переважно трактується як неважлива. Завше потрібно переконатися, який рівень кваліфікації у терапевта (ким видані дипломи і сертифікати), а не приймати рішення виходячи з того, що «якийсь» диплом лікар має, або що поміг вже комусь із знайомих, тому що це може бути всього-на-всього щасливий збіг обставин.

На жаль, нерідко можна почути про приклади, коли особі, узалежненій від алкоголю, котра час від часу має запої, психолог чи інший спеціаліст, який не може впоратися з власною залежністю, зокрема без професійної підготовки у сфері терапії залежностей, відкриває власний центр для узалежнених осіб. Завдяки непомітному розташуванню, привабливим краєвидам, хвацькій рекламі і рекреаційним аспектам він може мати багато бажаючих лікуватися зі всієї Польщі. На жаль, тільки після перебування в такому «центрі» і після того, як заплатити кілька тисяч злотих, узалежнена особа може переконатися, що не може розраховувати в ньому на отримання професійної допомоги. Зовсім недавно мене відвідав пацієнт, котрий потрапив власне до такого центру. Досить швидко відмовився від перебування в ньому, коли став мимовільним свідком сварки, яку вчинив своїй жінці, будучи п'яним, власник цього центру. На щастя це поодинокі випадки.

Професійно підготовлені програми одужання повинні плануватися на період кількох місяців і навіть років. Приготуванню програми одужання повинна передувати ретельна нозологічна, психологічна діагностика (в тому числі диференціальна), а також діагностика проблем. Ці діагнози підлягають поточній верифікації в процесі терапії, тому що, як пише згадуваний раніше великий польський психіатр і філософ Antoni Kępiński «... процес пізнання хворого не закінчується в момент постановки діагнозу [...] більш детальне пізнання хворого починається лиш в подальших з ним розмовах, котрі називаються психотерапією ...».

Найчастіше на початку процесу одужання пацієнтам пропонуються дво- або кількатижневі інтенсивні і структуралізовані дії, котрі проводяться в стаціонарних умовах, або інтенсивні амбулаторні програми, які передбачають 12 - 20 годин занять на тиждень. Стаціонарне лікування узалежнених осіб, на відміну від лікування інших хвороб в умовах лікарні, не призначене виключно для особливо важких чи безнадійних випадків. Стаціонарні умови дозволяють збільшити інтенсивності занять, і завдяки цьому досягнути за більш короткий час те, що дають багатомісячні амбулаторні програми. Другий етап - це участь в програмі після стаціонарної опіки, чи, іншими словами, підтримуючої терапії, котра служить доповненням до основної і проводиться в амбулаторних умовах. На

початковому етапі одужання важливо притримуватися рекомендації: «Протягом першого року отверезіння не змінюй нічого, проте розважайся в іншому місці, з іншими людьми і іншими розвагами».

Потрібно усвідомлювати, що в uzалежненої від алкоголю особи, котра намагається впровадити зміни у своє життя, з'являються негативні емоції, такі як жах, страх, відсутність віри в те, що можна жити інакше, тобто без «приятеля», яким до цього часу був алкоголь, а також страх перед черговою невдачею і стражданням. Після припинення вживання з'являється відчуття внутрішньої пустки, бо потрібно попрощатися з добре знайомими ситуаціями, навиками, а також уникати деяких знайомих. Проте у багатьох осіб за цими емоціями ховаються: очікування, збудження і цікавість, як буде виглядати це нове й інше життя. Однак, більшість uzалежнених осіб мислить як Консул - герой повісті Malcolm Lowry «Під вулканом», і намагається самостійно справитись з алкогольною проблемою: *«Ох, може завтра буду пити тільки пиво. Пиво найкраще підходить для того, щоб відвикнути, пиво і трішки тоніку, а потім, наступного дня тільки пиво ... думаю, що ніхто мені і слова не скаже, якщо буду пити тільки пиво. Здається мексиканське пиво містить в собі багато вітамінів ... Бо я дійсно вважаю, що це насправді урочистий привід - ця повторна зустріч нашої трійці, і може потім, як заспокоються нерви, перестану пити навіть пиво. І тоді, хто знає - може знову повернуся до роботи і закінчу книжку!»*.

Основною формою лікування uzалежнених осіб є психотерапевтичний вплив. Перші польські психотерапевтичні програми для uzалежнених від алкоголю осіб опиралися на принципи так званої моделі Міннесота, до якої поступово були приєднані елементи когнітивно-біхевіоральної терапії, терапії пар, а також в останні роки – мотивуючий діалог. У центрах лікування наркоманів найчастіше застосовується метод терапевтичного співтовариства.

Правильно зорганізоване лікування повинно протікати відповідно до підготовленої терапевтом (опікуном, провідником), узгодженої з пацієнтом, а також своєчасно актуалізованої і моніторованої індивідуальної програми (плану) психотерапії залежності. Неврахування у цьому процесі індивідуальної різниці між пацієнтами, обхід їх специфічних потреб, а також проведення лікування згідно з однією для всіх учасників терапії схемою, потрібно трактувати як серйозну помилку в проведенні терапії.

Безмірно цінним доповненням, однаково, як стаціонарних, так і амбулаторних програм терапії є (обговорювана в наступній частині цієї книги) програма 12 кроків Анонімних

Алкоголіків. Звідси більшість терапевтичних центрів рекомендує своїм пацієнтам участь в зустрічах спільноти АА, а їх близьким участь в зустрічах груп А1-Anon і Alateen. Зокрема, багато допоміжних в терапії залежностей матеріалів опираються на досвід спільноти АА. Для дітей пацієнтів і їх родин можуть виявитися корисними зустрічі в клубах абстинента, оскільки вони містять в собі і терапевтичну програму, котра реалізується спеціалістами.

Модель Міннесота

Ідея підходу до алкоголізму і його лікування відповідно до так званої моделі Міннесота народилася на зламі 40-х і 50-х років в шпиталі Вілльмар (штат Міннесота США), з ініціативи двох спеціалістів: психолога і психіатра. Не можна виключити, що один з них, а можливо і обоє, були одночасно тверезіючими узалежненими від алкоголю особами. На початку принципи моделі полягали в поєднанні досвіду спеціалістів з досвідом узалежнених від алкоголю осіб, котрі поверталися до здоров'я, завдяки участі в спільноті Анонімних Алкоголіків, на індивідуальному підході до лікування з активною участю родини пацієнта, котрі реалізовувалися в умовах інтенсивної, стаціонарної, 28-денної програми. Перший центр, в якому реалізувалася ця модель, був заснований неприбутковою організацією під назвою Hazelden Foundation. Поступово подібні центри появлялися в інших штатах Північної Америки і отримували акредитацію медичних страхових організацій. З часом, особи, котрі пройшли підготовку в Hazelden почали створювати такі центри на території Європи. У Польщі елементи моделі Міннесота вперше почали використовуватися в відділенні лікування залежностей в Інституті психіатрії і неврології в Варшаві (на сьогодні це Центр терапії залежностей ПІН) в другій половині 80-х років. Принципи моделі Міннесота лежать в основі терапевтичних програм майже всіх закладів, котрі займаються лікуванням узалежнених осіб в Польщі. За останні роки модель Міннесота зазнала еволюції і сьогодні до її головних положень відносяться:

1. трактування алкоголізму як хвороби, котра значно відрізняється від інших розладів, чи психічних хвороб;
2. трактування алкоголізму як первинної хвороби (оскільки він не є проявом інших розладів, після лікування яких алкоголізм перестане існувати, так само як і не є наслідком будь-якої іншої хвороби, оскільки сам по собі є хворобою);
3. трактування алкоголізму, як хронічної, прогресуючої, смертельної хвороби і, що істотне, такої, що виникає не з вини узалежненої від алкоголю особи, а з багатьох

інших причин, чи під впливом декількох факторів (поліетиологія);

4. трактування з належною повагою і розумінням осіб, котрі страждають цією хворобою, а також шанування їх особистої гідності;

5. переконання, що початкова мотивація не є вирішальною для перебігу і результатів лікування;

6. прагнення зробити можливим для uzалежненої особи ототожнення з симптомами хвороби, що, своєю чергою, може викликати у неї потребу впровадження змін у своє життя;

7. визнання, що єдиним з найважливіших симптомів є заперечення (часто можна почути, що алкоголізм - це хвороба заперечень і рецидивів), причому існування хвороби заперечує також найближче оточення хворого;

8. визначення метою довгострокову і довічну абстиненцію від всіх психоактивних речовин;

9. системний підхід до хвороби, котрий бере до уваги одночасну активну участь в терапевтичному процесі найближчих осіб;

10. проведення терапії в малих групах, в котрих кожен пацієнт трактується індивідуально, тому що має свою індивідуальну дорогу виходу з залежності, а також власні способи уникнення повернення до вживання алкоголю, і запобігання рецидиву хвороби;

11. максимальне використання мультидисциплінарного колективу терапевтів, в котрому істотну роль відіграють відповідно підготовлені спеціалісти, які походять з uzалежнених від алкоголю чи наркотиків і одужують завдяки програмі АА чи НА (зарахування їх у штат було розпочато в центрі Hazelden 1954 року);

12. використання в терапії програми 12 кроків і філософії Анонімних Алкоголіків, а також систематична участь осіб, котрі лікуються, в зустрічах спільноти АА.

Терапевтична програма в стаціонарних центрах, котрі функціонують відповідно до положень цієї моделі (TSF — Twelve Steps Facilitation), полегшує користування програмою 12 кроків АА, є дуже інтенсивною і націлена на появу нагальних змін в житті пацієнта протягом дуже короткого часу (28 днів). Передбачаються наступні цілі лікування: визнання і прийняття безсилля перед алкоголем, визнання потреби зміни і допомога в невідкладному впровадженні змін стилю життя, що пов'язується з допомогою пацієнту в здійсненні початкових 3 – 5 кроків. Після детоксикації і усунення симптомів абстинентного синдрому проводиться вступна діагностика пацієнта для того, щоб визначити його негайні терапевтичні потреби. Мультидисциплінарний колектив опрацьовує ДО індивідуальну програму терапії, котра у міру її реалізації підлягає

верифікації. Така програма складається з двох частин: так званої загальної, однакової для всіх пацієнтів, і індивідуальної, пристосованої до індивідуальних потреб окремих осіб.

Кожен з пацієнтів має свого «консультанта» (англ. *counselor*, відповідник нашого спеціаліста чи інструктора терапії залежностей), котрий супроводжує його протягом всього часу реалізації терапевтичної програми і є його опікуном, довіреною особою і взірцем для наслідування (як узалежнена від алкоголю особа, котра тверезіє).

Консультанти проводять заняття в малих групах. Багато часу присвячується навчанню, а також освоєнню програми 12 кроків. Пацієнти беруть участь в зібраннях груп АА і отримують головні положення з літератури АА. Лікар і психолог відіграють роль консультантів-спеціалістів. Після закінчення лікування в стаціонарному центрі всім вказують на необхідність участі в зібраннях АА, а також знаходження спонсора в АА. Залежно від досягнень в терапії і соціальної ситуації пропонується, або повернення до дому, а також участь в зібраннях АА, або продовження лікування в амбулаторних умовах і також участь в зібраннях АА, чи проживання в хостелі (англ. - *half way house* – «дім на півдорозі»), де пацієнт надалі протягом кількох місяців може продовжувати лікування в безпечних умовах, брати участь в зібраннях АА, а також знайти і розпочати працю.

Дослідження, в якому оцінювалась успішність моделі Міннесота в центрі Hazelden, проведене на групі 1083 осіб, котрі пройшли там лікування в 1989 – 1991 роках, показало, що через рік 53% осіб утримували абстиненцію, а чергові 35% значно обмежили вживання алкоголю і інших психоактивних речовин. Опубліковані 1998 року дослідження (Quimette і співавт.), проведені у групі 3018 чоловіків, пролікованих відповідно до моделі Міннесота, продемонстрували, що через рік після закінчення терапії, особи, котрі брали участь в групах, працюючих по програмі 12 кроків, мали кращу абстиненцію і кращі психосоціальні показники (серед ін., менша кількість проблем з законом, з працею, в сім'ї, у взаємовідносинах з партнерами, друзями і т. ін.). Пацієнти, котрі після закінчення терапії брали участь тільки в зібраннях АА отримали кращі результати, ніж пацієнти, котрі брали участь тільки в амбулаторній терапії. У висновках підкреслено, що найкращі результати дає поєднання амбулаторної терапії з участю в зібраннях АА. Humphrey і співавтори (1999) вважають, що успішність терапії може залежати від того, наскільки вона приготувала пацієнта до користування групами самопомоги. Британські дослідники - Госсоп і співавтори (2003) – встановили, що «регулярна участь в зібраннях АА [...] може бути інструментом, котрий дозволяє закріпити корисні зміни, здобуті під час стаціонарної терапії. Необхідно заохочувати до більш тісних контактів поміж терапевтичними закладами і локальними групами АА, в тому числі і до запрошення спонсорів [спонсорів в

розумінні АА], до контактування осіб з АА з пацієнтами на момент закінченнями ними лікування».

В Польщі модель Міннесота в лікуванні осіб, uzалежнених від алкоголю, була впроваджена в середині 80-х років минулого століття в Інституті психіатрії і неврології в Варшаві доктором Вороновичем.

Когнітивно-біхевіоральна терапія

Когнітивно-біхевіоральна терапія (англ. СВТ) поєднує в собі два терапевтичні методи: терапію пізнавальну (когнітивну) і поведінкову (біхевіоральну). Когнітивно-біхевіоральна терапія, інтегруючи попередні пізнавальний і біхевіоральний підходи, заявила про себе в 70-ті роки. Підхід біхевіоральний розгорнувся в 50-ті роки. Цей підхід концентрується на поведінці пацієнта, описуючи його в категоріях стимул – реакція (S-R). У даному випадку поведінка є змінною індивідуальних різниць генетичного чи позагенетичного характеру, навчання і актуального стану мотивації особи. При такому підході патологія розуміється, як виникнення небажаної поведінки, або як відсутність бажаної, як синдром дезадаптаційних навичок, котрий сформувався в процесі навчання.

В біхевіоральній терапії застосовуються інтервенції, базовані на класичному й інструментальному обумовленні.

В світлі пізнавальної (когнітивної) теорії психічне страждання є результатом розладу обробки інформації, котрий призводить до негативних когнітивних упереджень.

Когнітивні упередження (спотворення) вивчені і тому їх можна розкласти на певну кількість специфічних когнітивних розладів, котрі закріплюють анти-приспосувальні почуття і дії. Когнітивна терапія полягає в виявленні цих порушень і в допомозі в навчанні більш об'єктивному сприйнятті світу, що призводить до пом'якшення психічних страждань.

Когнітивна (пізнавальна) терапія базується на теорії навчання, хоча зосереджується на зміні переконань і думок, котрі лежать в основі дій, тоді як біхевіоральна займається поведінкою, котру вдається спостерігати.

Оскільки зосередження виключно на поведінці людини не приносить задовільних результатів, на базі біхевіорального підходу в 60-ті роки розвинувся підхід пізнавальний. Спостереження показали, що джерелом кар і винагород може бути не тільки зовнішнє середовище, але також і власні думки, а здобуття нових вмінь і навиків не опирається виключно на принципи обумовлення і моделювання, але в ньому беруть участь також

пізнавальні процеси. Визнано, що оцінка власної поведінки має більш істотний вплив, ніж наслідки і оцінки такої поведінки, що надходять ззовні. Отже, головний акцент робиться на ідентифікації способу інтерпретації пацієнтом власної ситуації, поведінки і подій, в котрих він бере участь. Патологія тут розуміється, як неправильне сприйняття і інтерпретації подій, а також поведінки власної й інших людей, що своєю чергою призводить до навчання дезадаптаційній поведінці. Психотерапія концентрується на зміні неправильної поведінки, проте цього можна досягнути через зміни в сприйнятті і інтерпретації дійсності. Отож, в пізнавальному підході не здійснюється вплив безпосередньо на небажану поведінку, а на спосіб мислення пацієнта. Зміни в способі мислення мають спричинити зміни в емоційному реагуванні і поведінці, і так має відбутися зміна позицій і ставлення до ситуації, і тим самим зникнення небажаних симптомів. У пізнавальній терапії вирізняють декілька напрямків.

Когнітивно-біхевіоральна терапія, аналізуючи чинники, котрі впливають на поведінку пацієнта, враховує внутрішні психічні процеси, які відбуваються у пацієнта і пов'язані з його мисленням. Використовує також експериментування з поведінкою пацієнта, щоб таким шляхом спровокувати появу змін в мисленні. Нарешті, обговорюваний напрямок психотерапії займається пізнавальними схемами пацієнта – тому що пацієнт несвідомо творить власну дійсність таким чином, щоб вона відповідала пізнавальним схемам, котрими він володіє, тобто щоб відповідала його дотеперішнім поглядам на тему власної особи і навколишнього світу. Пізнавальні схеми пацієнта, котрими він володіє, подібні до пророцтв, котрі самі збуваються, і нерідко мають нищівний характер. Так, наприклад, uzалежнені від алкоголю пацієнти, зазвичай, переконані, що всі чоловіки п'ють, що відмова від випивки образлива для особи, котра пригощає алкоголем, а абстиненція рівнозначна стражданням і відторгненням. Досить часто такі переконання супроводжуються схемою «білої ворони в родині», котра припускає, що така особа буде відстороненою в ситуації продовження вживання алкоголю, а також буде «дивною» і обтяжливою в ситуації підтримання цілковитої абстиненції. Такі аутодеструкційні комплекси переконань приводять до такої інтерперсональної поведінки, яка остаточно, за принципом пророцтв, котрі самі збуваються, приводить до відсторонення і тим самим зміцнює особу в переконанні про неможливість і невігідність відмови від алкоголю. Такі схеми будуть перешкоджати, а нерідко навіть унеможливлувати тверезіння пацієнта, якщо під час терапії вони не будуть показані, опрацьовані і замінені на більш конструктивні. Терапевт має допомагати пацієнту в виділенні деструктивних пізнавальних схем, супроводжувати його в процесі їх пізнання і творення нових переконань, котрі

краще будуть служити пацієнту – проте, в цьому випадку, терапевт не може нав'язувати пацієнту нових схем мислення, а тільки творчо допомагати йому у їх творенні.

В терапії залежності від алкоголю використовується структуралізація сесій психотерапії, пацієнти отримують терапевтичні завдання для виконання їх вдома і обговорення під час сесії психотерапії, працюють з використанням особистих планів терапії, тренують нові вміння з використанням процесів моделювання, завдяки мікролекціям здобувають знання про власну хворобу і ослаблюють минулі переконання, котрі підтримували деструкційну поведінку. Не менше значення має також пояснення пацієнтові природи його розладів, як і тренування нових навичок, допомога в припиненні деструктивної поведінки, праця над ознайомленням з пізнавальними схемами, котрі підтримують дисфункційну поведінку і зміна несприятливих, обтяжених спотворенням, пізнавальних схем.

Терапія пар/подружжя

Проблема залежності істотно впливає на взаємовідносини між партнерами, генеруючи і закріплюючи різного типу деструкційні позиції з обох сторін. Перенесені травматичні події і далі впливають на взаємовідносини, незважаючи на опанування чинної залежності і з цією ситуацією потрібно «щось робити».

Початковою вимогою цього типу терапії є припинення вживання алкоголю, інших психоактивних речовин чи азартного гравця узалежненою особою, а також отримання згоди осіб, котрі мали би брати участь у терапії. Цього типу терапію можуть випереджати вступні розмови чи переговори між узалежненою особою і близькою для неї людиною, а метою таких переговорів є полегшення узалежненій особі користування програмою психотерапії залежності.

Від самого початку необхідно встановити, чи обоє з подружжя хочуть далі зберігати свій зв'язок. У перший місяць тверезіння особливий наголос треба зробити на тому, щоб цей зв'язок зберігся шляхом підтримки зміни, пов'язаної з рішенням про припинення вживання алкоголю і/або іншої психоактивної речовини, а також відходу від залежної поведінки. Одночасно необхідно допомогти в визначенні ролей і завдань у зв'язку, у поліпшенні взаємного спілкування через взяття відповідальності за своє функціонування у зв'язку, а також підвищення свідомості очікувань однаково як в стосунку до самого себе, так і щодо спільних взаємовідносин, а також в здобутті вміння конструктивного вирішення конфліктів.

Якщо в процесі терапії виявиться, що деклароване раніше бажання не до кінця щире, то тоді необхідно працювати над зміною такої позиції, а якщо це виявиться неможливим – надати допомогу в культурному розлученні з особливим урахуванням інтересів дітей.

Не можна сподіватися позитивного результату терапії, якщо узалежнена особа буде під час терапії повертатися до вживання алкоголю, наркотиків чи гри, коли спостерігається значне посилення негативних емоцій між партнерами, коли одна з осіб, котрі беруть участь в терапії, не хоче вийти з конфлікту, або вже прийняла рішення про розлучення, коли під час терапії далі присутнє насильство, або тоді, коли маємо справу з серйозною економічною кризою.

В ході зустрічей терапевт не може висловлюватися від будь-якої з сторін, натомість повинен займати позицію нейтральної і зацікавленої процесом терапії особи.

Терапевтичне співтовариство

Терапевтичне співтовариство, як метод лікування узалежнених осіб, з'явилося 1958 року в Сполучених Штатах Америки, в Каліфорнії, і було засноване Чарльзом Дедеріхом, одним з перших членів руху Анонімних Алкоголіків, котрий вирішив створити спільноту, вільну від алкоголю і наркотиків, в якій узалежені від алкоголю і наркотиків особи будуть мати можливість змінювати своє життя. Спільнота набула назву «Synanon» і функціонувала в США до 1991 року. У Польщі перше співтовариство осіб, узалежнених від наркотиків, появилось 1978 року.

Метод терапевтичного співтовариства націлений на впровадження у своїх членів змін однаково, як в психологічному, так і в соціальному функціонуванні. З психологічної сторони він призводить до зміни попередніх моделей поведінки, конкретно до зміни способу реагування, мислення і відчущання. В соціальному функціонуванні робиться наголос на формуванні відповідальності за власну поведінку, а також на зміну стилю життя. В основі розуміння механізму дії терапевтичного співтовариства на узалежену особу лежить віра в те, що людина може змінюватися, і одночасно глибоке переконання, що кожна людина може знайти в собі готовність до зміни своєї життєвої ситуації. Ця модель праці з узалежненими особами пропагує принципи повної абстиненції від наркотиків і алкоголю, абстиненції сексуальної, заборони агресії, необхідності розриву з «наркоманським минулим», підпорядкування групі і активної участі в праці по дому. В терапевтичному співтоваристві діють наступні лікувальні чинники:

- донесення надії і віри в те, що можливе краще майбутнє,

- соціальна адаптація шляхом вивчення і засвоєння нової поведінки і приписаних соціальних ролей,
- переконання в універсальності проблем завдяки можливості підтвердження подібності до інших членів співтовариства, що дає почуття приналежності і безпеки.

Всі центри приймають лідерський спосіб ведення співтовариства, з'являються записані «умови» виходу з хворобливої звички, в період перебування в співтоваристві не застосовуються жодні фармакологічні засоби, а метою перебування є цілковитий розрив з хворобливою звичкою і життя в тверезості. Незважаючи на те, що узалежнена особа трактується як хвора, і така, що потребує допомоги – модель терапевтичного співтовариства має однозначний немедичний характер. Більшість терапевтичних співтовариств має ієрархічну структуру, а позиція мешканця в його ієрархії залежить, в першу чергу, від часу перебування і успіхів у виконанні ролей. Рішення про зміну статусу (підвищення) приймається всіма членами співтовариства.

В центрах, базованих на методі терапевтичного співтовариства, немає жодного персоналу, вся робота по домашньому господарству і адміністративні функції виконуються мешканцями. Приймається, що всі мешканці даного центру становлять співтовариство, котре зустрічається на регулярних зустрічах і обговорює всі, буквально всі справи, пов'язані з функціонуванням центру і його мешканців. Припускається, що співтовариство встановлює норми і регламент, визначає покарання і надає привілеї. Вимогою перебування в центрі є підпорядкування співтовариству. Більшість часу призначено на фізичну працю, пов'язану з утриманням господарства, розведенням і вирощуванням, садівництвом і ремонтами.

Сьогодні загальноприйнятою є дефініція терапевтичного співтовариства Джорджа де Леона, відповідно до якої «співтовариство» означає основний метод (груповий вплив), за допомогою якого реалізуються головні терапевтичні цілі, тобто зміна стилю життя, переконань і цінностей окремих членів співтовариства. Метод терапевтичного співтовариства характеризується:

- специфічними зовнішніми умовами – центри, котрі працюють за методом терапевтичного співтовариства, нічим не нагадують установи чи лікувальні заклади; територія центру зазвичай позначена кордонами і становить собою окрему, незалежну від зовнішнього оточення, територію.

- використанням динаміки взаємовідносин людей, котрі перебувають в єдиній спільноті; окремі члени співтовариства мають, крім іншого, можливість будувати емоційні зв'язки, конфронтувати з власними очікуваннями щодо інших людей; вчитися розпізнавати власні потреби в контактах з іншими і отримувати досвід бути потрібним.
- виразною філософією – незважаючи на наукові основи, терапевтичне співтовариство як метод, опирається на віру в те, що кожна людина може змінюватися. Віра в можливість зміни і розвитку вважається головною силою в процесі одужання, котрий базується на чотирьох головних фундаментах, такі, як: віра, що кожна людина може змінюватися, ставати кращою, розвиватися; група – це сила, котра уможлиблює і зміцнює зміну; людина мусить взяти відповідальність за переміну того, що хоче змінити; співтовариство втілює нову поведінку і нові позиції, розкриває нові почуття.
- чітко визначеною структурою (ієрархія, етапи) – в усіх терапевтичних співтовариствах важливою формою активності її членів є праця (щоденні господарські, ремонтні, реставраційні, садові роботи і т. ін.), котра дозволяє утримувати дім, а також наука і розваги.

Кожний член співтовариства зобов'язаний брати участь у терапії (індивідуальній і груповій), формальних і неформальних зустрічах співтовариства, а також активних методах проведення вільного часу. Терапевтичний процес, зазвичай, поділений на етапи, що полегшує членам співтовариства здійснення контролю над перебігом і результатами власної терапії, і в певному сенсі стає дорогою кар'єри, де етапи терапії стають щаблями цієї кар'єри. У польських центрах найчастіше застосовується поділ процесу терапії на три основні етапи: послушника, члена домогосподарства і резидента («мешканця»).

Незалежно від прийнятих поділів, до кожного етапу визначені чітко уточнені завдання, права і обов'язки.

Здобуттю бажаної зміни сприяють:

- моделювання нової і керована зміна небажаної поведінки,
- праця над психічним і емоційним розвитком,
- праця над інтелектуальним і духовим розвитком,
- формування і розвиток життєвих і професійних навичок.

Співтовариство (тобто ціла група) зустрічається щодня на ранкових і вечірніх зібраннях, котрі називаються рутинними, на інтервенційних зустрічах (коли виникають складні і

кризові ситуації), на терапевтичних зустрічах (відбуваються регулярно раз, або два рази на тиждень), а також на так званих організаційних зустрічах (на котрих обговорюються справи, котрі стосуються поточної ситуації окремих членів співтовариства, чи співтовариства, як єдиного цілого) і урочистих зустрічах (з приводу свят, днів народження і т. ін.). Кожна з таких зустрічей має чітко визначену мету і перебіг.

Цілі, котрі реалізуються під час психотерапії залежності

Надія – найцінніша супутниця життя.

Жан-Поль Сартр

Особи, котрі приймають рішення лікуватися з приводу залежності від алкоголю й інших психоактивних речовин, повинні знати, що, беручи участь в професійній терапевтичній програмі, вони можуть розраховувати на:

- отримання широких знань не тему:
 - дії психоактивних речовин, а також симптомів залежності від цих субстанцій,
 - зв'язку між вживанням алкоголю (а також інших психоактивних речовин) і негативними наслідками для здоров'я (фізичного, психічного, духовного), сім'ї, появою поважних професійних, матеріальних, юридичних проблем і т. ін.,
 - спричинених алкоголем розладів перебігу процесів мислення, наслідками котрих є неправильні висновки і прийняття не вигідних для себе рішень,
 - сформованої, внаслідок розладів процесу мислення, фальшивої картини життя з алкоголем, котра служить підтримці вживання, незважаючи на очевидні втрати, які воно спричиняє,
 - необхідності в процесі одужання відшкодування і покриття різноманітних збитків і втрат, спричинених вживанням алкоголю,
 - обов'язковості взяття на себе всієї відповідальності за перебіг процесу одужання, як умови успішності цього процесу;
- верифікацію своїх мотивів щодо лікування, котра полягає в:
 - заміні зовнішньої мотивації до відмови від вживання алкоголю (для дружини, для дітей, для роботодавця і т. ін.) на мотивацію внутрішню (для себе, для власного благополуччя),
 - розбудові і поглибленні внутрішньої мотивації;
- впорядкування сфери емоційного життя через:
 - навчання розпізнаванню, називанню і адекватному вираженню власних почуттів,
 - усвідомлення того, що деякі емоційні стани (напр., сором, почуття провини,

злість, самотність, відсутність довіри) погіршують самопочуття і можуть потягнути за собою вживання алкоголю,

- усвідомлення, що послаблені (а нерідко розірвані) емоційні зв'язки з найближчими людьми впливають негативно на взаємне порозуміння, і тим самим перешкоджають (роблять неможливим) позитивний вплив цих осіб на функціонування особи, узалежненої від алкоголю;

- впорядкування сфери духовного життя, за допомогою:
 - розуміння, чим є духовність, а також усвідомлення різниці між духовністю і релігійністю,
 - верифікації власної системи цінностей,
 - здобуття свідомості, що неетична поведінка, а також кривди, завдані іншим, в значній мірі пов'язані з хворобою,
 - здобуття надії і віри в те, що затримання хвороби можливе,
 - побудови позитивного образу самого себе, а також свого подальшого життя без алкоголю,
 - можливість знайти когось чи чогось сильнішого від себе, тобто власної Вищої Сили, котра допоможе в затриманні хвороби, буде підтримувати процес одужання і подальше піклування про здоров'я;
- перевірку власної поведінки, через:
 - знаходження залежності між вживанням алкоголю і власною поведінкою,
 - усвідомленням, що деякі дії тягнуть за собою вживання алкоголю,
 - набуття свідомості, що для того, щоб перестати вживати алкоголь, необхідно змінити деякі свої звички і навички і навчитися новим;
- зміну типу контролю над поведінкою, пов'язаною з вживанням алкоголю з контролю зовнішнього (сім'я, робота, фармакологічні засоби і т. ін.), на контроль власний (самоконтроль);
- впорядкування соціальних взаємовідносин, тобто:
 - набуття вмінь, необхідних для кращого розуміння самого себе і свого функціонування, а також кращого спілкування і співіснування з іншими людьми,
 - перебудову минулих взаємовідносин з оточенням (ближчим і дальшим),
 - побудову нових зв'язків з особами, котрі не вживають алкоголь деструктивним шляхом,
 - набуття уміння користуватися, в процесі одужання, допомогою інших людей, головним чином професіоналів і тверезіючих осіб, узалежнених від алкоголю,

- засвоєння навиків, які роблять можливим розпізнавання ситуацій, котрі можуть загрожувати поверненням до вживання.

Під час реалізації складних цілей пацієнт має можливість усвідомити собі розмір заподіяних через вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин збитків і втрат у різних площинах свого життя. Пацієнт усвідомлює, як дотепер радив собі з важкими ситуаціями, і одночасно будує мотивацію до здійснення змін в своєму житті. Під час розмов з іншими пацієнтами і терапевтами дізнається, що насправді опинився на лікуванні для самого себе і що він буде головним бенефіціантом, якщо воно виявиться успішним. Реалізація мети, якою є зміна поведінки, розпочинається вже в момент підписання терапевтичного контракту і на початку полягає в утриманні від вживання алкоголю, а пізніше в напрацюванні нових моделей поведінки і способів реагування, їх систематичному тренуванні, а також в навчанні самоконтролю. Більш детальніше спостереження за своїм емоційним функціонуванням дозволяє здійснити ідентифікацію і поєднання емоцій з конкретними подіями, а пізніше зміну колишніх (автоматичних, звичних) способів реагування, котрі багаторазово тягнули за собою неприємний і невідповідний для пацієнта розвиток подій. «Опрацювання» духовної сфери – це шанс на верифікацію системи цінностей і встановлення нової ієрархії цих цінностей, а також на надання своєму життю нового сенсу. Впорядкування соціальних взаємовідносин – це, здебільшого, побудова зв'язків з іншими людьми на інших, ніж дотепер принципах, а також пошуки пацієнтом групи осіб, з котрою він хотів би ідентифікуватися і мати з цією групою безпечний контакт (побудова приналежності).

Перебіг процесу одужання

Свідомість не приходить без болю.

Карл Густав Юнг

Процес одужання uzалежнених від алкоголю осіб характеризується своєрідною динамікою. На початковому етапі uzалежнена особа концентрується перш за все на утриманні абстиненції, здобуванні знань про себе і свою хворобу, а також на вивченні нових форм поведінки, котрі допоможуть вистояти в новій ролі – в ролі особи, котра не п'є. Пізніше така особа починає відкривати свої справжні потреби і почуття, перевіряє норми і цінності, які до цього часу визнавала, а також зміцнює систему підтримки і новий стиль життя – життя без алкоголю. Далі приходить час на стабілізацію потреб, норм, цінностей і поведінки, котра супроводжується певним емоційним заспокоєнням, яке час від часу все ж чергується з тенденціями до рецидиву

хвороби, що зовсім не мусить пов'язуватися з перериванням абстиненції. Нарешті приходить пора на закріплення попередніх досягнень і на подальший духовний розвиток. На цьому етапі вже акцептовані власні обмеження, в поведінці особливе місце займає правда, щирість і дружба, і це призводить до того, що взаємовідносини з іншими людьми стають більш зрілими. У зв'язку з напрацьованим вмінням контролювання своїх емоційних станів, кризові ситуації, які з'являються в житті не становлять поважної загрози для тверезості, і отже, стають шансом для сильнішої психічної інтеграції. Процес одужання далі прогресує.

В цій ситуації з'являється питання, чи повинна узалежнена особа відчувати себе хворою до кінця життя? Я усвідомлюю, що будь-яка відповідь на це питання буде спірною, проте пропоную порозмовляти на цю тему з особами, котрі протягом багатьох років йдуть дорогою, яка веде від заперечення хвороби («можу пити») аж до рішення «хочу не пити» (див. мал. на стор.).

Відношення до невживання не як до наказу (як це було на початковому етапі припинення вживання алкоголю), а як до нової, власної потреби, мобілізує до подальшого піклування про здоров'я. Розглядаючи під таким кутом розвиток хвороби і перебіг одужання, зміну відношення до алкоголю і власного здоров'я, можна відважитись ствердити, що узалежнена від алкоголю особа не повинна відчувати себе хворою до кінця життя, хоча її хвороба невиліковна і триває до кінця життя. Тому важко в даному випадку говорити про повне видужання. На це явище варто дивитися як на процес повернення до здоров'я, котрий повинен тривати в подальшому тверезому житті і призвести до покращення його якості.

Описаний вище процес може бути успішно прискорений за допомогою участі в професійній програмі психотерапії залежності і/або реалізації програми 12 кроків Анонімних Алкоголіків.

Значення правильної дієти

Будь-що може бути отрутою, вирішальною є тільки доза.

Парацельс

Важливу роль в процесі одужання від алкоголізму відіграє правильна дієта. Це має значення, тому що організм повинен значною мірою відбудувати все те, що було знищено багаторічним вживанням алкоголю. Для того, щоб це стало можливим, необхідно забезпечити його відповідною кількістю білків, мінеральних речовин (в т. ч. солі кальцію, магнію, селену, цинку, літію і т. ін.), а також вітамінів (в основному

групи В, а також А, С, Е), одночасно обмежуючи надходження вуглеводів (виключаючи т. зв. промислово очищені вуглеводи і зменшуючи кількість споживаних натуральних вуглеводів), а також застосовуючи дієту з низьким вмістом жирів.

Особливо небезпечним є коливання рівня цукру в крові, тому вони супроводжуються станами неспокою, дратівливості, зниженого настрою, почуття втоми і безсоння. Одночасно низький рівень цукру викликає почуття голоду до таких субстанцій як алкоголь і солодощі, котрі, як відомо, підносять рівень цукру в крові і пом'якшують ці неприємні відчуття.

Дієта узалежненої від алкоголю особи, що одужує, повинна щоденно складатися з трьох головних прийомів їжі і трьох так званих перекусів між ними. Страви повинні готуватися без цукру, білої муки і інших рафінованих вуглеводів. Необхідно абсолютно уникати цукру, сиропів, меду, а також, наскільки можливо, консервантів, котрі застосовуються при переробці багатьох харчових продуктів.

Продукти, яких потрібно уникати:

1. алкогольні напої в будь-якій формі;
2. цукор, мед, морозива, всі консерви в банках (з овочів і фруктів), котрі містять, як додаток, цукор, кетчуп і інші приправи з додаванням цукру;
3. напої і соки з додаванням кофеїну, або цукру;
4. кава і міцний чай (викликає раптове підвищення рівня цукру в крові);
5. лікарські засоби з кофеїном, а також сиропи від кашлю, котрі містять в собі алкоголь.

Продукти, котрі можна вживати при нагоді:

1. сушені фрукти: родзинки, фініки, сливи і т. ін.;
2. м'ясні вироби, такі як: ковбаса, шинка, грудинка (все нежирне);
3. мучні і хлібобулочні вироби, але не з пшеничної муки.

Продукти, котрі потрібно споживати:

1. свіже м'ясо, риба, домашня птиця;
2. молочні продукти: молоко, натуральний йогурт, сири;
3. горіхи і насіння (без додавання солі);

4. цільнозернові хлібобулочні вироби (чорний хліб) і мучні продукти з житньої муки;
5. свіжі фрукти і овочі, а також натуральні соки, краще щоденно;
6. напої і продукти з низьким вмістом цукру;
7. безкофеїнова (чи зернова) кава, а також фруктові і рослинні чаї;
8. натуральні вітаміни і мікроелементи, доступні в магазинах здорового харчування;

Повернення до вживання алкоголю, або рецидив хвороби

Все, що ти робиш, веде тебе або до здоров'я, або в напрямку рецидиву хвороби.

Тверезі думки, 210

В останні роки досить популярним стало слово «рецидив». Його найчастіше вживають для означення випадків переривання абстиненції uzалежними особами. Це слово вживається навіть тоді, коли uzалежнена особа п'є алкоголь дуже часто, і тільки час від часу робить собі коротші, чи довші перерви. Адже набагато краще звучить пояснення: «у мене був рецидив хвороби», ніж «часом роблю собі перерви у вживанні». Таким чином, що собою представляє рецидив? Якби ми захотіли дати визначення цьому стану, то як рецидив варто було б визначити стан, котрий характеризується відступом від реалізації обраного корисного для здоров'я способу поведінки. Він стосується не тільки відмови від певних дій (відступ від обраної поведінки, яка реалізувалася), але також і погіршення їх реалізації. В результаті з'являється поведінка, котра відрізняється від тієї, що була первинною ціллю, яка визначала напрямок зміни. Важливе значення має також тривалість рецидиву, а також його інтенсивність, котра вимірюється ступенем відходу від реалізації обраної поведінки.

Після цього короткого вступу я пропоную перейти до питання рецидивів у осіб uzалежнених від алкоголю, оскільки вони є серйозною проблемою не тільки для пацієнтів, а і для терапевтів. Вони стосуються, в різних формах, більше половини пацієнтів, котрі пройшли курс лікування.

В світлі того, що було написано раніше, рецидив потрібно розуміти як повернення до старих, тих, що існували ще до початку лікування, моделей функціонування (мислення, відчування, поведінки і т. д.), котрі, в результаті, можуть привести до

переривання алкогольної абстиненції. Отже, рецидив стосується виключно осіб, котрі успішно закінчили щонайменше основну (початкову) терапевтичну програму, і застосували в своєму житті здобуті під час лікування навички і вміння. Всі інші переривання абстиненції (перед і під час лікування) необхідно трактувати як продовження вживання алкоголю, або як повернення до вживання.

Рецидив ніколи не з'являється раптово і випадково, це означає, що він є поступово прогресуючим процесом, котрий починається задовго до моменту повернення до вживання. Тому цей процес можна перервати, а також не допустити до появи нерідко трагічних його наслідків. Виконання конкретних дій, своєю чергою, можливе виключно тоді, коли розпізнані остерігаючі сигнали рецидиву.

Анонімні Алкоголіки запобігають рецидивові, маючи на увазі так звану програму HALT. Цей акронім - це перші літери англійських слів hungry - голодний, angry - злий, lonely - самотній і tired - втомлений. Тому що досвід АА говорить про те, що саме ці стани (неправильне харчування, злість, самотність і втома) дуже часто передують поверненню до вживання алкоголю чи рецидиву хвороби. Натомість Jonathan Swift говорив: "Найкращі лікарі на світі - це доктор Спокій, доктор Дієта і доктор Веселун".

Отже, щоб не допустити до рецидиву, необхідно:

- приготувати список своїх власних остерігаючих сигналів, список, який містить специфічні для себе передвісники рецидиву;
- часто, наскільки це можливо, порівнювати свій стан і свою поведінку зі списком сигналів;
- залучати близьких і довірених осіб до виявлення сигналів рецидиву, оскільки досить часто у залежненій особі важко зауважити їх у себе, і через це вона, як правило, заперечує їх;
- мати перелік конкретних дій на випадок появи котрогось з сигналів;
- систематично дбати про власний духовний розвиток, а також будувати і удосконалювати нові способи життя в тверезості, тому що саме по собі затримання симптомів хвороби не призведе до правильного перебігу процесу одужання від алкоголізму.

Остерігаючих сигналів є багато, натомість до тих, що зустрічаються найчастіше і найбільш характерні, можна зарахувати:

- сумніви відносно можливості утримання абстиненції, або надмірна впевненість в своїй тверезості;
- зростаюче невдоволення своєю «інвалідністю» (частина осіб саме так трактує необхідність утримуватися від вживання спиртного);
- дедалі частіше з'являються думки про «нормальне», товариське, при нагоді, вживання алкоголю, тобто про контрольоване вживання
- сумніви щодо власної залежності, або переконування самого себе, що вже вдалося вилікуватися від залежності;
- поява станів перевтоми, депресії чи нарікання на власну долю;
- дратівливість, схильність до гніву, звинувачення оточення в своїх проблемах і невдачах;
- нерегулярність сну, відпочинку і харчування;
- надмірна сконцентрованість на минулому чи майбутньому, або на інших особах, замість того, щоб зайнятися собою і власним поверненням до здоров'я;
- тенденція до самоізоляції і відхилення допомоги, за якою йде обмеження (а інколи і розірвання) контактів з групами підтримки і професійними терапевтами;
- відновлення контактів з товаришами «по чарці» і відвідування місць, в яких раніше вживався алкоголь;
- спроби контрольованого вживання, котрі рано чи пізно закінчуються рецидивом хвороби.

Як приготувати список власних попереджувальних сигналів

Я пропоную вибрати з представленого вище списку кілька сигналів, котрі в минулому повторювалися найчастіше (можна, звичайно, додати й інші) і після цього:

- коротко, кількома словами описати кожний з вибраних сигналів,
- на початку кожного з сигналів записати коротке гасло – слово, котре підсумовує його зміст,
- коротко описати, що можна зробити в момент появи періодичного сигналу,
- приготовлений запис представити терапевту, спонсору з АА чи приятелю і попросити прокоментувати, а якщо ці особи не в стані чітко і однозначно зрозуміти, що автор мав на думці – переформулювати написане,
- список сигналів обговорити зі своїми близькими і попросити їх, щоб щоразу, як тільки помітять котрийсь з сигналів, повідомляли про це,

- проглядати список щодня вранці і ввечері, перевіряючи, чи не появився котрийсь з сигналів.

Якщо хтось зауважить у себе котрийсь з остерігаючих сигналів, необхідно задуматися і оцінити, що в цій ситуації можна зробити, а також чи потрібна і в якій мірі допомога.

Розділ 14

Контрольоване вживання чи абстиненція?

Особа, з підтвердженим діагнозом алкогольної залежності, повинні, після правильно проведеної інтервенції, потрапити до амбулаторного чи стаціонарного закладу, котрий займається лікуванням залежностей. Проте, що запропонувати особі, у котрої діагноз залежності неоднозначний? Часом, наприклад, буває так, що очевидними є тільки симптоми психічної залежності, без виразних ознак абстинентного синдрому. Таким особам можна запропонувати більш уважніше придивитися до свого вживання і симптомів, котрі виникають у них після «важкого» епізоду випивки. Може статися так, що сліди абстинентних симптомів вже присутні, і їх більш виразний вияв – це питання часу. У таких осіб спостерігається порушення контролю над вживанням алкоголю, найчастіше щодо кількості і частоти вживання, і значно рідше втрати ситуаційного контролю. Цим особам, однак, варто було б запропонувати замість обмеження вживання – повну абстиненцію, щоб не допустити подальшого розвитку хвороби. Оскільки самостійне припинення вживання для них дуже складне завдання, необхідна психотерапевтична підтримка, знаходження заміників алкоголю, котрий все-таки допомагав їм відсунути на короткий час життєві проблеми, а також в реорганізації життя.

В багатьох країнах опрацьовані програми допомоги особам, котрі п'ють шкідливо чи ризиковано, але не мають залежності. Проте в таких програмах з дуже великою охотою прагнуть брати участь особи, узалежнені від алкоголю, котрі не усвідомлюють власної залежності, або не погоджуються з вже встановленим діагнозом. Вони намагаються приховати правду про свою хворобу і за допомогою фахівців отримати можливість «нормального», чи контрольованого вживання. Відбору до таких програм повинен передувати дуже ретельний діагностичний збір анамнезу з метою виключення наявності симптомів ще не дуже чітких, але таких, що дозволяють діагностувати залежність від алкоголю. Нехтування цією вимогою, або постановка неправильного діагнозу і тим самим навчання узалежнених осіб контрольованому вживанню алкоголю може закінчитися трагічно.

На підставі інформації, що міститься в IX Спеціальному звіті для Конгресу США можна дійти до висновку, що як в Сполучених Штатах, так і у Великобританії кожному четвертому пацієнту, котрий зголошується на лікування до спеціалізованого закладу, пропонується обмеження вживання. Особам, котрим за мету терапії визначено обмеження вживання алкоголю, пропонують, наприклад, тренінг поміркованості чи також терапію стриманого вживання. Ця остання має навчити самоконтролю рівня вживання алкоголю (визначення лімітів споживання), новим навикам (напр., навчання вмінню розпізнавання ситуацій, котрі загрожують збільшенням споживання, нагородження себе за обмеження вживання), відмові алкоголю, а також напрацювання нової життєвої позиції. Сам намір навчання поміркованому вживанню алкоголю без сумнівів дуже позитивна справа. Проте з'являються певні сумніви. Один з них стосується того, як вчиняти з особами, котрі очікують від алкоголю покращення самопочуття. Якщо припустити, що багато осіб вживає алкоголь власне з цією метою, то для того, щоб досягнути очікуваного ефекту, вони повинні досягнути відповідно високий рівень концентрації алкоголю в крові. І тільки після цього алкоголь подіє на відповідні центри в головному мозку і викличе очікуваний ефект. Це пов'язане зі споживанням відповідної дози алкоголю, котра і призведе до відповідної концентрації в крові. В особи, котра власне таким чином регулює свої емоційні стани і одночасно пробує обмежити вживання алкоголю, вже після першої спроби з'являються сумніви, котрі переходять у впевненість, що вживання меншої, ніж зазвичай кількості алкоголю не має сенсу, бо не викликає очікуваних змін. Оскільки вживання менших кількостей розходиться з метою, виникає питання, що, відмовляючись від алкоголю, можна зробити, щоб настала така сама зміна, чи подібна до тієї, яку давав алкоголь. У такому випадку надзвичайно важливою є психотерапевтична підтримка, праця над тим, щоб знайти інші, ніж алкоголь способи впливу на самопочуття, а також демонстрація подальших наслідків такого безневинного, на перший погляд, вживання з метою закріплення «рішення» про його обмеження. Сама лише рекомендація тренувати помірно вживання алкоголю може небагато дати. Необхідно робити це паралельно.

Якщо алкоголь допомагає перенестися від стану «неохоти» до стану бажання, замість нього необхідно «підставити» щось інше. Проте спочатку потрібно переконати таку особу в тому, що варто спробувати, і що зміна можлива, тому що більшість людей вважає, що не зуміє змінитися. Ті, хто знайшов у алкоголі помічника у подоланні своїх «слабких» сторін і труднощів, можуть впасти в паніку, бо як тут жити без підтримки з боку «випробуваного приятеля», котрим виявився алкоголь. Що робити, щоб уникнути страждань? Однією з важливих навичок, котрі знадобляться кожному, і можуть бути особливо рекомендованими власне в цих ситуаціях, є вміння розслаблятися. Методів і технік

релаксації існує багато, а опанування цього мистецтва допомагає зняти напругу і усунути неспокій, а також психічне і м'язове напруження. Іншою справою є праця з терапевтом над зниженням порогу вразливості (так звана десенситизація), котра може загартувати від деяких стресових ситуацій. Можливість впливу на власне самопочуття можна також досягнути, застосовуючи раціонально-емоційну терапію, опрацьовану канадським психологом і психотерапевтом Альбертом Еллісом (Albert Ellis), так звану RET - Rational-Emotive Therapy, котра спирається на припущення, що ми відповідальні за наші емоції і можемо впливати на них шляхом зміни свого способу мислення. Ця терапія виходить з припущення, що «якщо сам не шукаєш щастя, то ніхто не зробить цього за тебе».

Корисними також можуть бути різного типу тренінги, починаючи від тренінгу відмови на пропозицію вживання чи асертивності, аж до тренінгу соціальних навиків і покращення інтерперсональних відносин. Дуже важливою є також зміна способу життя і відхід від попередніх схем проведення вільного часу, а також від ритуалів, пов'язаних з вживанням алкоголю. Інколи «лікування» алкоголем поганого самопочуття може бути наслідком неврозу чи депресії. Тоді варто зв'язатися зі спеціалістом-психіатром, котрий після діагностики, порекомендує психотерапію у випадку неврозу чи фармакологічну підтримку у випадку депресії.

Зацікавленість дослідників проблемою контрольованого вживання алкоголю припадає на 70-ті роки і початок 80-х. Незважаючи на багаторічні дискусії, концепція «контрольованого вживання» узалежненими особами і далі має своїх прихильників і противників. Прихильники – це найчастіше теоретики, а противники, значно частіше – практики. Головною проблемою в цій дискусії може видаватися складність у визначенні спільних і однозначних критеріїв залежності від алкоголю для осіб, котрі приймають участь в дослідженнях «контрольованого вживання» в різних центрах. Так, наприклад, 1976 року Марк і Лінда Собель повідомили про великий успіх при застосуванні 17 сесій навчання контрольованому вживанню алкоголю 70 чоловіків з алкоголізмом типу гамма (втрачений контроль над вживанням)¹⁸. Перевірка результатів цих досліджень спричинила чималий скандал, тому що після перевірки частини пацієнтів, котрі брали участь в цій терапії і описаних в доповідях як таких, що функціонують найкраще, було встановлено, що тільки один із них не потрапив до в'язниці чи лікарні внаслідок надмірного вживання алкоголю, декілька померли, а один пропав безвісти¹⁹.

¹⁸ Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1976). Second year treatment outcome of alcoholics treatment by individualized behavior therapy: Results. Behavior Research and Therapy. 14, 195 - 215.

¹⁹ Pendery, M.L., Maltzman, I.M., & West, L.J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. Science, 217, 169 - 175.

Мій, більш ніж 45-річний клінічний досвід, базований на особистому спостереженні тисяч осіб, узалежнених від алкоголю, як в Інституті психіатрії і неврології, так і консультативному центрі «Акмед», схиляє мене до рішучого висловлення підтримки тим поглядам, відповідно до яких *повернення контролю над вживанням алкоголю* особою від нього узалежненою *на сучасному рівні знань неможливе*. Я дійсно знаю випадки вживання особою, узалежненою від алкоголю, невеликої кількості алкоголю без негайних наслідків у вигляді «запою», але завше це був відтермінований ефект. Повторення такої поведінки рано чи пізно мусило закінчитися неконтрольованим алкогольним запоєм. Я вважаю, що узалежнена особа повинна знати, що сягаючи по алкоголь, вона завжди ризикує тим, що ця перша чарка горілки, бокал вина чи перший кухоль пива спричинить неконтрольований запій, котрий може закінчитися трагічно. Я роками повторюю своїм пацієнтам, що повернення до вживання алкоголю і пізніші страждання можна прирівняти до виходу на ринг з Тайсоном з наміром контролювати перебіг бою. Це мусить за кожним разом скінчитися поразкою і «учасник змагань» зійде з рингу добряче побитий. Подібне відбувається, коли узалежнена від алкоголю особа намагається виграти з алкоголем (намагається контролювати свої контакти з алкоголем). Відомо, що в якийсь момент вона мусить програти.

Особи, котрі п'ють зі шкідливими наслідками, і у котрих не виявлено симптомів залежності від алкоголю теж можуть, на мою думку, отримати користь від участі в програмах обмеження вживання алкоголю. Навчання контролюваного вживання обов'язково повинна передувати ретельна діагностика, проведена досвідченим спеціалістом, для того, щоб мати певність, що це ще не залежність.

Зменшення шкоди і програма обмеження вживання (ПОВ)

Близько 2,3 мільярда людей в цілому світі п'є алкоголь, алкоголь споживає більше половини всього населення Північної Америки, Південної Америки, Європи і західного узбережжя Тихого океану. Більше ніж одна четверта (27%) від всіх 15 – 19-річних осіб у світовому масштабі також вживає алкоголь. Найбільш високі цифри в Європі (44%), далі в обох Америках (38%) і на західному узбережжі Тихого океану (38%). Найвищий показник споживання алкоголю на одну особу зафіксовано в Європі .

Проблема надмірного споживання алкоголю стосується близько 9% популяції населення Польщі і призводить щонайменше до 10 тис. смертей на рік. Одночасно, за результатами оцінок, вважається, що недіагнованими залишаються близько 80% узалежнених осіб.

Менше ніж 10% з них звертається за допомогою і лікується, і лише частина досягає мети терапії, якою є підтримання цілковитої абстиненції.

Численні дослідження підтверджують, що не тільки цілковита абстиненція, але також зменшення кількості алкоголю, що вживається, має корисний вплив на стан здоров'я. Стратегія зменшення шкоди набула популярності, як програма лікування осіб, узалежнених від наркотиків, або тих, хто вживає їх зі шкідливими наслідками і одночасно є ВІЛ-інфікованим. Міжнародна організація (International Harm Reduction Association) визначає зменшення шкоди, як: «політику і програми, котрі перш за все пробують зменшити несприятливі для здоров'я, соціальні і економічні наслідки вживання легальних і нелегальних психоактивних речовин. Зменшення шкоди корисне для осіб, котрі приймають психоактивні речовини, їх сімей, а також суспільства»²⁰.

Головною метою стратегії зменшення шкоди щодо осіб, узалежнених від алкоголю, є пом'якшення негативних наслідків вживання спиртного, а також зменшення кількості алкоголю, що споживається. Ця стратегія застосовується щодо осіб, котрі не виявляють бажання повністю відмовитися від алкогольних напоїв, або тих, у кого багаторазові спроби утримати абстиненцію закінчувалися невдачею. Прикладом програми, націленої виключно на зменшення шкоди, є програма будинку соціальної опіки в Мекленбурзі на півночі Німеччини, котра полягає у контрольованій видачі алкоголю. Щоденна допустима кількість алкоголю встановлюється для кожного індивідуально, контролюється середнім медичним персоналом, і узгоджується з лікарем, залежно від стану здоров'я, розміру тіла, віку і статі. Максимальна кількість становить три пляшки пива на день, мінімальна – три пляшки пива на тиждень. Визначена для конкретної особи кількість алкоголю видається послідовно порціями протягом дня, наприклад, три рази по одній пляшці. Плата за алкоголь можлива, завдяки правилу, котре гарантує пацієнтам кишенькові гроші. Місячна сума, котра видається у розпорядження, мусить бути лімітованою, а цілі її використання чітко визначеними. У відділеннях терапії залежностей застосовуються програми обмеження вживання алкоголю. Насправді, в визнаних міжнародних стандартах лікування домінує надання переваги цілковитій і тривалій абстиненції від алкоголю, як головної цілі лікування, проте багато осіб, котрі зголошуються до установ, що лікують залежність від алкоголю, відмовляються від терапії, коли дізнаються, що вимогою проходження такого лікування є утримання цілковитої абстиненції. У зв'язку з цим, в таких установах з'явилася інша пропозиція з категорії зменшення шкоди – програма обмеження вживання алкоголю (ПОВ). Пропозиція, якою є обмеження вживання алкоголю, скерована до

²⁰ International Harm Reduction Association. <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction> (dostę p 20.10.2015).

пацієнтів, котрі не хочуть, не можуть, або не здатні, на момент прийняття рішення про лікування, відважитися на повну абстиненцію. Натомість, погоджуються на співпрацю з терапевтом і реалізацію мети – обмеження вживання алкоголю. Крім того, вони мають почуття впливу на перебіг терапії і збільшують свої шанси на те, щоб утриматися в процесі терапії (Ambrogne, 2007)²¹. Я вважаю, що такого типу програми можуть допомогти багатьом пацієнтам «дозріти» до прийняття рішення про проходження терапії, метою якої є повна абстиненція.

Програма обмеження вживання алкоголю полягає у напрацюванні дисциплінованої моделі споживання алкоголю, згідно з визначеним разом з терапевтом планом, котрий містить в собі набір правил стосовно вживання (кількість, частота, контекст, час і місце). Заплановане, лімітоване і дисципліноване вживання алкоголю вимагає визначення, а пізніше послідовного дотримання:

- виду спиртного, котре споживається, напр., пиво чи міцні алкогольні напої,
- кількості алкоголю, що вживається – визначення верхньої межі одноразового вживання,
- обставин вживання – напр., не на роботі, не при дітях, ніколи на порожній шлунок,
- швидкості вживання – тривалість і темп, напр., одне пиво протягом години малими ковтками,
- частоти вживання – напр., як часто протягом тижня, місяця,
- часу вживання – коли буде випито алкоголь, напр., в суботу ввечері,
- місця вживання – де буде питися спиртне, напр., вдома,
- оточення – з ким буде вживатися, не в самотності,
- зв'язку з самопочуттям – напр., не в моменти поганого самопочуття,
- інше – напр., ніколи одночасно з ліками.

Перед початком терапії пацієнт повинен отримати інформацію, що у випадку uzалежених осіб оптимальною метою лікування є абстиненція, натомість неможливість дотримання визначених з терапевтом лімітів споживання алкоголю виключає з терапії, націленої на обмеження вживання, і однозначно свідчить про показання до участі в терапевтичній програмі, направленій на цілковиту абстиненцію. Одночасно з пацієнтом необхідно підписати контракт, в котрому має бути чітко написано, що найкращим для нього рішенням є дотримання цілковитої абстиненції, а рішення про подальше споживання алкоголю є його свідомим рішенням, і йому відомо про його наслідки.

²¹ Ambrogne JA. (2002): Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *J. Subst. Abuse Treat.*; 22 (1): 45–53.

Розділ 15

Специфічні групи пацієнтів

Серед осіб, котрі стикнулися із залежністю від алкоголю, можна зустріти групи людей, які вимагають особливої зацікавленості і винятково індивідуального підходу, враховуючи їх специфічні проблеми. До них відносяться жінки, особи похилого віку, з подвійним діагнозом, інваліди, особи нетрадиційної сексуальної орієнтації і бездомні. По допомогу звертаються також особи, котрих ця проблема торкнулася посередньо, тобто співзалежні, а також діти uzалежнених від алкоголю осіб.

Жінки

*Коли чоловік п'є, погано живе;
Шкода зростає, коли жінка запиває.*

Народне прислів'я

Хвороби, які є наслідком вживання алкоголю, виникають приблизно у 20 – 30% пацієнтів, котрі звертаються до лікарів первинної медичної допомоги. Проте алкогольні проблеми виявляються значно рідше у жінок, ніж у чоловіків. Серед осіб, котрі лікуються з приводу залежності від алкоголю, жінок в 2,5 – 3 рази менше, хоча можна зустріти публікації, в котрих говориться, що їх менше в 7 – 8 разів. Враховуючи те, що жінки п'ють алкоголь значно рідше, ніж чоловіки, серед них можна частіше зустріти осіб, котрі притримуються повної абстиненції.

В останні роки, однак, спостерігається значне зростання відсотка жінок, котрі п'ють зі шкідливими наслідками для здоров'я, і у яких можна підтвердити наявність симптомів залежності від алкоголю. Наслідком цього, ймовірно, буде зростання кількості жінок, які лікуються з приводу залежності. У США, наприклад, встановлено, що протягом останніх п'ятдесяти років сталося значне зростання випадків uzалежненості від алкоголю серед жінок. За результатами оцінок, в останні десятиріччя кількість uzалежнених жінок коливається між однією п'ятою і половиною всіх, uzалежнених від алкоголю осіб. У польській популяції співвідношення uzалежнених жінок і чоловіків вагається між 1:5 і 1:7. Дослідження CASA (The National Center on Addiction and Substance Abuse в

Колумбійському університеті в США) показали, що порівняно з чоловіками жінки попадають в залежність швидше і від меншої кількості психоактивних речовин.

Спосіб вживання алкоголю жінками дедалі більше стає подібним до чоловічої моделі, що можна пояснити прогресуючою емансипацією. Дослідження, проведені в американській армії, показали, що при аналогічній силі стресу, а також схожій інтенсивності способу життя, кількість жінок з алкогольними проблемами наближається до кількості чоловіків. Проте виникнення проблем зі здоров'ям і смертність з приводу зловживання алкоголем серед жінок зростає швидше, ніж частота появи серед них залежності від алкоголю. Вже багато років тому звернули увагу на той факт, що жіночий організм гірше толерує алкоголь, ніж організм чоловіка, а відомий польський невролог Людвік Бреґман (1865-1941) писав 1909 року: «Для жінок алкоголізм небезпечний тим, що жіночий організм в цілому слабший і легше підкоряється отрутам». Численні дослідження показують, що жінки, котрі п'ють зі шкідливими наслідками, і узалеженні від алкоголю, швидше зазнають соматичних і фізичних ушкоджень і цих проблем у них більше, ніж в групі чоловіків, котрі п'ють так само (напр., патологічні зміни в печінці, мозочкова атаксія, полінейропатія, тривожні і депресивні стани і т. ін.), а узалеженні від алкоголю жінки живуть на 15 років менше, ніж узалеженні чоловіки, хоча в загальній популяції смертність серед жінок нижча, ніж серед чоловіків.

На думку Клонінгера генетичні фактори, котрі впливають на формування залежності від алкоголю, у жінок відіграють меншу роль, ніж у чоловіків. Натомість в родинах жінок, хворих на алкоголізм, значно частіше стверджено психічні розлади, а саме афективні хвороби, випадки самогубств і особистісну патологію. Чоловіки трактують алкоголь частіше як збуджувальний засіб (що, ймовірно, пов'язано з заниженою активністю серотонінергічної системи), натомість жінки частіше звертаються до алкоголю у станах зниженого настрою з метою послаблення тривожних станів, що ймовірно пов'язано з низькою активністю норадренергічної чи дофамінергічної системи. Дослідження показали, що узалеженні жінки у передхворобливий період характеризувалися високим рівнем тривоги, низьким почуттям власної гідності, а також мали батьків і дуже часто чоловіків, узалежнених від алкоголю.

Швун і Саак описали п'ять типів жіночого алкоголізму:

1. молоді жінки, котрі вживають алкоголь у великих кількостях, що обумовлено скоріш за все впливом середовища, і таке вживання супроводжується серйозними проблемами зі здоров'ям;

2. жінки, котрі п'ють, щоб запобігти стресові, і у яких це не позначається серйозно на здоров'ї;
3. жінки, котрі хронічно споживають алкогольні напої, головним чином з приводу самотності, переживають інтенсивні прояви абстинентного синдрому і мають за собою багато невдалих спроб лікування;
4. жінки, котрі п'ють середні дози спиртного і мають соматичні ускладнення залежності;
5. жінки, котрі п'ють переважно з причин, пов'язаних з їх оточенням і не мають серйозних ускладнень у сфері здоров'я.

Отже, різниця в реагуванні на алкоголь, а також дещо інший, ніж у чоловіків перебіг процесу залежності можна пов'язувати як з біологічними, психологічними, так і соціально-культурними факторами.

Біологічні фактори

Внаслідок біохімічної відмінності, вживання тієї самої кількості алкоголю чоловіком і жінкою призводить у жінки до більшої його концентрації в крові, і тим самим до більш виразних симптомів отруєння. Це пов'язано, головню, з пропорційно більшим вмістом жиру і меншою загальною кількістю води в організмі жінки. Отож, різниця в концентрації алкоголю в крові чоловіків і жінок, незважаючи на споживання однакової його кількості, є наслідком різного вмісту рідин стосовно маси всього тіла (у жінок рідини становлять 60%, а у чоловіків близька 70% загальної маси тіла). Ця ситуація змінюється в період місячних, коли організм жінки затримує трохи більше води. Метаболізм алкоголю перед місячними протікає повільніше, що спричиняє його більш тривалу дію. Подібним чином сповільнюється метаболізм алкоголю у жінок, котрі приймають протизаплідні засоби. На сповільнення метаболізму алкоголю може впливати також підвищений рівень естрогенів. Отже метаболізм алкоголю у жінок змінюється залежно від фаз менструального циклу.

Виходить, з біологічної сторони жінка більше, ніж чоловік наражається на різноманітні негативні наслідки споживання алкоголю:

- Шкідливі наслідки для здоров'я (пошкодження органів і систем) з'являються у жінок в середньому після 14 років інтенсивного вживання алкоголю, тоді як у чоловіків приблизно після 20 років.

- Симптоми цирозу печінки у жінок появляються вже після 5 років інтенсивного вживання, в той час як у чоловіків цей період становить 10 – 20 років; жінки помирають з приводу цирозу печінки в більш молодому віці, ніж чоловіки.
- Повна картина синдрому залежності від алкоголю у жінок розвивається за значно коротший проміжок часу, ніж у чоловіків.
- Встановлено зв'язок між вживанням алкоголю і появою раку соска у жінок.

Отже, можна сказати, що особливу роль в розвитку залежності у жінок відіграє:

- менший вміст води в організмі,
- в цілому нижча активність алкогольдегідрогенази (гастральна АДГ) в слизовій оболонці шлунку (наслідком чого є те, що до крові потрапляє більша кількість алкоголю, що викликає приблизно на 20 – 30% вищу, ніж у чоловіків його концентрацію),
- вплив гормонів, котрі виробляються гонадами під час місячних, на метаболізм алкоголю, а саме підвищення естрогенами токсичності головного метаболіту алкоголю – оцтового альдегіду),
- більш висока токсичність алкоголю у жінок, котрі приймають протизаплідні чи інші естрогенні препарати.

Психологічні фактори

На підставі проведених досліджень можна стверджувати, що жінки в порівнянні з чоловіками:

- частіше п'ють в зв'язку з емоційними проблемами і в рамках компенсації проблем (чоловіки з причин соціальних),
- частіше страждають від невротичних симптомів, а також розладів сну,
- частіше переживають почуття провини, депресію чи тривожні стани,
- частіше п'ють в зв'язку з домашньою ситуацією (чоловіки в зв'язку з проблемами на роботі),
- частіше починають пити після перенесених травматичних подій, або перебуваючи в стресі,
- можуть пити через коливання настрою, які тісно пов'язані з менструальним циклом (скарги, пов'язані з так званним синдромом передменструальної напруженості, котрий спостерігається у 3 – 5% жінок дітородного віку),
- п'ють з приводу самотності (напр., домашні господарки),

- п'ють у зв'язку з симптомами так званого синдрому покинутого гнізда (розгубленість і самотність, спричинені зменшенням кількості обов'язків після того, як домівку залишають дорослі діти),
- частіше зловживають алкоголем, якщо в дитинстві пережили знущання чи сексуальне використання,
- обтяжені більш високим ризиком зловживання алкоголем, якщо у них з'являються сексуальні проблеми чи розлади.

У жінок негативні емоції відіграють значно сильнішу роль в розвитку залежності від алкоголю, ніж у чоловіків. Результати досліджень свідчать також про те, що алкогольні проблеми мають більше половини лесбійок, тоді як серед гетеросексуальних жінок цей відсоток менший на 5 – 7 одиниць.

Соціокультурні фактори

Істотний вплив на швидший розвиток залежності у жінок, а також на звернення по допомогу мають соціокультурні чинники, тому що в багатьох суспільствах жінка:

- є особою відповідальною за дім і виховання дитини, тобто за якість сімейного життя,
- стає перед іншими ніж, чоловік моральними і етичними вимогами, і має щодо себе інші очікування,
- не схвалюється, як особа, котра вживає алкоголь, що спричиняє старанне укривання вживання, більш пізніше усвідомлення проблеми, а також відволікання з прийняттям рішення про звернення по допомогу,
- швидше, ніж чоловік випадає з соціальних ролей (більш очевидним і помітним є занедбання, викликане вживанням алкоголю),
- трапляється, що п'є в зв'язку з поведінкою партнера (досить часто це вживання разом з партнером, викликане покірністю, бажанням не допустити, щоб він напився і т. ін.),
- швидше, ніж чоловік відкидається оточенням і швидше опускається.

Говориться про те, що з десяти жонатих чоловіків, котрі лікуються з приводу алкоголізму, у одного шлюб закінчиться розлученням, а на десять заміжніх жінок, котрі лікуються, шлюб не розпадається тільки в одному випадку.

Стверджено також, що жінки:

- починають пити пізніше, ніж чоловіки (нерідко після 40 років),

- частіше п'ють в самотності і приховують свою залежність,
- швидше, ніж чоловіки переходять до наступних стадій залежності,
- частіше розлучені,
- чоловіки жінок, хворих на алкоголізм, частіше мають алкогольні проблеми в порівнянні з загальною популяцією, а також чоловіки жінок-алкоголічок мають частіше алкогольні проблеми, ніж жінки чоловіків, узалежнених від алкоголю.

Окремою проблемою є вживання алкоголю жінками старшими 60 років. За результатами проведених в США досліджень, близько 25% узалежнених жінок, це власне жінки, котрі попали в залежність після 60-го року життя. Найчастіше безпосередньою причиною звернення до алкоголю в цьому віці є втрата партнера (смерть чи розлучення з багаторічним партнером), вихід на пенсію і часто пов'язане з цим погіршення матеріального статусу, а також проблеми зі здоров'ям і пов'язана з ними менша справність фізична.

Специфіка лікування жінок

Результати досліджень свідчать, що жінки зважуються розпочати лікування приблизно після семи років інтенсивного вживання, тобто в два рази раніше, ніж чоловіки.

Співвідношення жінок, котрі проходять курс лікування і чоловіків, котрі лікуються, значно менше, ніж співвідношення узалежнених від алкоголю жінок і чоловіків.

Результати лікування жінок відповідають результатам, отриманим при лікуванні чоловіків.

Більшість чоловіків зважується на лікування в зв'язку з посиленням проблем зі здоров'ям, юридичних чи сімейних проблем, натомість більшість жінок піддається лікуванню з власної волі.

Дуже добрим моментом для початку лікування жінок є вагітність, натомість післяродовий період підвищує ризик повернення до вживання алкоголю з приводу перебування в новій, важкій ситуації і пов'язаної з цією ситуацією перевтоми. Період материнства, котрий супроводжується почуттям відповідальності за дитину, а також обмеженням можливості розпоряджатися власним часом, може негативно впливати на рішення про початок лікування.

Порівняно часто зустрічаються жінки, котрі крім алкоголю вживають велику кількість психотропних ліків. З цього приводу винятково небезпечним є призначення психотропних лікарських засобів без попереднього знайомства з їх моделлю вживання, а також без виключення залежності. Це особливо стосується жінок, котрі домагаються ліків.

Перші проби лікування жінок були реалізовані в Сполучених Штатах Америки ще в XIX ст.. Проте протягом багатьох років жінки уникали лікування через побоювання стигматизації, бо жінка, котра вживає алкоголь трактувалася як пропаша. Варто знати, що аж до 50-х років демонстрація жінки, котра п'є у фільмі чи рекламі в США була заборонена законом, тому що суспільство не хотіло оглядати питущих жінок. Перше відділення виключно для жінок («Dia Linn») було відкрито лише 1956 року в колиці моделі Міннесота – знаменитому центрі Хазелден, через побоювання, що присутність жінок може мати негативний вплив на чоловіків, що там лікуються.

Програми лікування залежності від алкоголю опрацьовувалися, головню, з думкою про чоловіків. Одним з елементів терапії є конфронтація з симптомами залежності, а також втратами, спричиненими вживанням алкоголю. Занадто сильний натиск на початку терапії на ці елементи може знеохочувати жінок до лікування. Відомо, що більшість проблем, викликаних вживанням алкоголю жінками, має специфічний характер і суперечить стереотипові жінки, як матері і опікунки. Жінки в присутності чоловіків приховують багато справ через сором і побоювання перед заплямуванням, тому опрацьовано програми лікування, призначені виключно для жінок. Ці програми беруть до уваги в більшій мірі сексуальні проблеми жінок (напр., використання, кровозміщення, лікування сексуальних розладів), проблеми пов'язані з тим, як радити собі з насильством, засвоєння ролі, пов'язаної зі статтю, розвиток батьківських навичок, зміцнення сили і компетентності, юридичну допомогу, направлення до жіночих груп підтримки і т. ін.. Жіночі терапевтичні групи для них більш корисні серед іншого тому, що в них вони почуваються безпечніше, більше підтримують одна одну, бо відпадає питання змагання за зацікавленість з боку чоловіків. У таких групах жінки більш схильні теж до взаємної конфронтації у власному колі. Спостережено, що жінки набагато охочіше лікуються в таких програмах і роблять це на ранніх етапах розвитку хвороби. Одночасно до участі в таких програмах зголошується більше (в порівнянні зі змішаними програмами) алкоголічок, котрі є лесбійками, чи були в дитинстві використані або надалі використовуються сексуально.

Що перешкоджає в лікуванні жінок?

Найсерйознішими перешкодами в лікуванні жінок можуть бути:

- помилковий діагноз (як депресія, невроз і т.ін.),
- наявність у декого з них симптомів посттравматичного стресового розладу, внаслідок пережитого як в дитинстві, так і в дорослому житті сексуального і фізичного насильства,

- почуття сорому і провини (визнання себе uzалежненою від алкоголю особою може трактуватися як свідокство невдачі в ролі матері чи жінки),
- побоювання викриття занедбання чи зловживання щодо своїх дітей,
- боязнь втрати (позбавлення, відібрання) дітей,
- опір сім'ї (сором перед оточенням),
- труднощі з забезпеченням опіки над дитиною (не можуть їх залишити, серед родичів немає особи, котра могла б зайнятися дітьми на час лікування),
- чоловіки, приятелі чи коханці не дозволяють «своїм жінкам» брати участь в терапії, особливо якщо терапевти чоловіки,
- не приділення уваги істотним для жінок справам, оскільки найчастіше більшість учасників терапевтичної групи становлять чоловіки,
- відсутність специфічних для жінок терапевтичних програм, що, наприклад, з приводу сорому унеможлиблює деяким жінкам розмови на теми, пов'язані з сексом (безладне статеве життя чи участь в сексуальних оргіях).

Крім того жінки:

- надають перевагу індивідуальній терапії і до того ж в більш камеральних умовах, щоб уникнути суспільного тавра «алкоголички»,
- можуть уникати центрів, в котрих працюють терапевти жінки, або у котрих діють групи для жінок, оскільки бажать мати справу з чоловіками, бо вважають, що ними легше маніпулювати,
- уникають центрів, котрими керують чоловіки, оскільки в минулому були їх жертвами (були биті, гвалтовані і т.ін.),
- менш, ніж чоловіки схильні до того, щоб ділитися інформацією про пережиті проблеми з іншими людьми.

В процесі лікування жінки може бути дуже важко передати їй вміння, необхідні для розірвання зв'язку з чоловіком, котрий п'є, застосовує насильство або/і використовує її.

Діти і підлітки

Під кінець XX ст. вживання алкоголю молоддю стало проблемою не тільки в Польщі, але також однією з найсерйозніших проблем Європи, незважаючи на те, що згідно з Європейською декларацією в справі молоді і алкоголю (Sztokholm 2001) до 2006 європейські країни повинні були реалізувати визначені цілі. На жаль ці цілі, а саме: піднесення межі віку алкогольної ініціації, зростання доступності альтернативних

стосовно вживання алкоголю форм активності молоді, чи обмеження частоти пов'язаної з вживанням алкоголю і сп'янінням ризикованої поведінки не були реалізовані.

Як видно з доповіді Державного агентства з вирішення алкогольних проблем «Молодь і алкоголь», лише не повні 10% хлопчиків в середніх школах є абстинентами, ситуація серед дівчаток не набагато краща, а вік алкогольної ініціації за останні роки знизився до тринадцятого року життя. Дослідження ESPAD²² з 2003 року показали, що 60% хлопців і 50% дівчат почали пити пиво в тринадцять років і навіть раніше, а 20% хлопців і 10% дівчат вперше напилися до чотирнадцятого року життя. Чергові дослідження, проведені 2007 року (J. Sierosławski) показали, що проби вживання алкоголю мали за собою 90,2% гімназистів третіх класів і 94,8% учнів других класів післягімназійних шкіл; протягом останніх 30 днів, що передували обстеженню, алкоголь пили 57% п'ятнадцяти- і шістнадцятирічних і 80% сімнадцяти- і вісімнадцятирічних. Найбільш популярним напоєм серед молоді є пиво, а наймеш – вино. Щодо діапазону показників вживання алкоголю і паління тютюну – спостерігається процес затирання границь між дівчатами і хлопцями. На щастя сидр і алкопопси ще не настільки популярні серед наших підлітків, як в країнах Західної Європи. Натомість непокоїть той факт, що протягом останніх років (1999, 2003, 2007) знизилась популярність абстинентських позицій і зростає число тих, котрі передбачають, що в майбутньому будуть пити алкоголь. Одночасно відомо, що в більшості випадків так звана алкогольна ініціація має місце в сімейному середовищі, головним чином під час таких подій, як дні народження, весілля чи ювілеї. Діти, котрі один раз спробували алкоголь, на жаль тягнуться до нього знову і знову, і вже в дошкільному віці розігрують сцени проголошення тостів, наслідують поведінку п'яних осіб. Таким чином вони формують свої позиції щодо споживання алкоголю в більш пізньому віці.

Формування і засвоєння соціальних норм залежить від так званих первинних соціальних чинників, якими є сім'я, школа і група ровесників. Сім'я постачає переважно позитивні норми, а ровесники негативні. Звідси надто важливими стають еталони і моделі винесені з родинного дому і атмосфера цього дому. Важливу роль тут, перш за все, відіграє стиль спілкування, а також стосунки поміж дітьми і батьками. Помічено, що в сім'ях, в котрих стосунки між підлітками і їх батьками добрі, наповнені взаємною повагою і довірою, де існує широкий обмін поглядами, а до поглядів дітей відносяться з повагою, підлітки значно рідше, ніж їх ровесники тягнуться до алкоголю і п'ють значно менше. У родинях, де конфлікти розв'язуються конструктивним шляхом, діти здобувають вміння, котрі

²² ESPAD –European School Survey Project on Alcohol and Drugs.

полегшують їм розв'язання проблем в майбутньому. Своєю чергою там, де дитина відчуває, наприклад, що не в змозі задовільнити очікування батьків, бо їх не задовольняють результати її навчання, а найчастішим виховним засобом є покарання, частіше переживає прикрі емоційні стани й існує висока ймовірність, що буде старатися їх уникати за допомогою алкоголю чи інших психоактивних речовин. Алкоголь стає привабливим, оскільки у деяких осіб викликає пом'якшення болісних емоційних станів.

Як відомо, характерним елементом процесу дозрівання є зменшення ролі батьків на користь зростання ролі оточення ровесників. Від того, який стиль поведінки, пов'язаної зі споживанням алкоголю, домінує в групі ровесників в значній мірі залежить власна поведінка молодої людини. Необхідно пам'ятати, чим слабкіші стосунки з родиною, тим сильнішим стає зв'язок з групою ровесників. Істотний вплив на відношення молодої особи до алкоголю має також реклама. Та реклама, котра сьогодні зустрічається на телебаченні і містить в собі навіювання, що пиво це напій, котрий необхідно асоціювати з доброю розвагою, призводить до того, що лише невеликий відсоток молоді вважає його алкоголем. До вживання пива, на жаль, заохочують різні відомі особи, символи успіху (зокрема і спортсмени), продаючи телебаченню свої обличчя, що може асоціюватися з певною професією²³.

До факторів, котрі зменшують ризик пошуку допомоги в алкоголі та інших психоактивних речовинах, можемо за Хокінсом, зарахувати: сильний зв'язок з батьками, успіхи в навчанні, релігійні практики, повагу до соціальних норм і авторитетів, а також конструктивну групу ровесників. На жаль, досить часто ці фактори не в стані запобігти вживанню алкоголю, а останнім часом дедалі частіше й інших психоактивних речовин. Тоді виникає питання – як допомогти молодій людині?

Починаючи терапевтичну працю з молодими людьми, котрі п'ють зі шкідливими наслідками, чи демонструють симптоми залежності, необхідно діяти трохи інакше, ніж під час праці з дорослими особами. Варто пам'ятати, що це вже не діти, тому що незважаючи на молодий вік, їх життєвий досвід нерідко буває багатший від досвіду людей набагато старших за них (мають, наприклад, такий досвід, як перерва навчання, ночі, проведені поза домом, участь в бійках, конфлікти з законом чи випадкова вагітність). Це також і не дорослі, бо знаходяться на утриманні батьків і, зазвичай, ще ходять до школи. Вони мають почуття, що їх не розуміють, відчувають себе винними і покривдженими дорослими чи знедоленими.

²³ Проституція – в переносному значенні означає діяльність, суперечну з моральністю чи прийнятими правилами поведінки, котра здійснюється з повною свідомістю за гроші чи інші матеріальні вигоди (за Вікіпедією).

Припускаючи, що молода людина почала відносно недавно вживати алкоголь з метою poradити собі з якимись життєвими проблемами, необхідно перш за все намагатися ідентифікувати ці проблеми і спробувати вирішити їх безпечним і конструктивним шляхом. Конфронтація на цьому етапі не найкращий спосіб. Тобто, мотивування до терапевтичної праці на самому початку не повинно концентруватися на виявленні страт, спричинених алкоголем, тому що їх ще відносно не багато, і молода особа не трактує їх занадто серйозно, а скоріше на тому, щоб показати, що можна справлятися з проблемами інакше, ніж користуючись «допомогою» алкоголю. Не варто також, в початковій фазі лікування «наклеювати ярлик» і вживати слово алкоголік, бо з одного боку це викличе опір молодій особі, а з іншого може поглибити негативну оцінку самого себе. Випадки переривання абстиненції необхідно дуже ретельно аналізувати, і на їх прикладі розробляти індивідуальну програму дій в важких і тих, що загрожують поверненням до вживання алкоголю, ситуаціях.

Більшість молодих людей, котрі відважуються пройти терапію, після її закінчення не мають куди повернутися і тому треба пам'ятати, що необхідно обов'язково знайти чи побудувати навколо терапевтичного закладу альтернативне середовище, в котрому молода особа буде мати можливість в безпечних умовах реалізувати свої потреби в сфері соціальних контактів. Надзвичайно важливим елементом терапії є співпраця з родиною, в котрій більшість з тих правил, які до цього часу застосовувалися, необхідно скоригувати під час терапії. Треба собі усвідомлювати, що сім'я, котра бере участь в терапії разом зі своєю дитиною, проходить послідовні фази одужання. Починає від фази недовіри (і нерідко заперечення), через фазу звинувачення себе в існуючій ситуації, переходить до фази пристосування, котра полягає у погодженні з фактом залежності дитини (якщо вже до цього дійшло), припиненні очікування чарівного зцілення, чіткому пом'якшенню почуття провини і конструктивній співпраці.

На жаль, закладів, котрі надають професійну допомогу дітям і підліткам, що вживають алкоголь чи інші психоактивні речовини, все ще занадто мало, надзвичайно важко знайти професійні терапевтичні програми для цієї групи споживачів, хоча відомо, що алкоголь в декілька разів шкідливіший для молодого організму, ніж для організму дорослої особи.

Особи похилого віку

Коли людина старішає,
Все у ній поволі паршивіє.
Тадеуш Бой-Желеньський

Вступ

З історичних переказів відомо, що в Стародавній Греції більшість людей не доживали до 30 років. Життя людини поступово подовжується і, наприклад, на зламі XIX і XX ст. в Польщі середня тривалість життя у жінок становила 79, а у чоловіків 71 рік. Ми зараз живемо майже в два рази довше, ніж наші предки сто років тому, а за період останніх 50 років відсоток людей, котрі доживають до старості виріс більше, ніж у два рази (1950 року особи, старші 60 років складали 8,2% від усього населення, а 2002 року майже 17%). За результатами оцінок в 2020 році вони будуть становити 22% нашого суспільства, а в цілому світі більше 60 років буде мати більше мільярда людей. Інші дані свідчать про те, що в Польщі відсоток осіб у віці 65 років і старших складає близько 13%, але передбачається що 2020 року таких осіб буде 19%. За результатами підрахунків, в США 2030 року майже кожний четвертий громадянин переступить 65 рік життя, а кількість старших осіб з алкогольною проблемою подвоїться. Це свідчить про те, що ми дедалі частіше будемо стикатися з проблемами цих осіб, серед іншого і з проблемами, пов'язаними зі зловживанням ними алкоголем і психотропними ліками. Подовження життя сприяє тому, що проблема людей так званого третього віку поступово стає соціальною проблемою. Цей факт змінює образ, як цілого суспільства, так і його проблем. Доживання до пізнього віку тягне за собою наслідки, якими є поміж іншого необхідність в запевненні опіки, зокрема і медичної, а також доступу до сучасних методів лікування. Одночасно відомо, що розуміння проблем старших людей, а також наші уміння справлятися з цими проблемами не можна назвати задовільними. Польські політики, виходячи з принципу, що найважливішими є етичні питання, пов'язані, наприклад, з охороною зачатого життя і законодавчим обмеженням застосування протизаплідних засобів, значно охочіше займаються ними, ніж покращенням життя старших людей, як в медичному, так і у соціально психологічному аспектах. Виникає питання, чи в такій ситуації старші особи не зіштовхуються до ролі громадян другого сорту? Варто було б замислитися над моральною стороною такої позиції. Слабкою утіхою є твердження, що подібні проблеми виникають і в інших країнах, тому що занехаяння і не заспокоєння потреб старших людей – це дуже серйозна проблема, бо викликає у них почуття самотності, смутку і гіркоти, котрі накладаються на щоденні екзистенціальні проблеми. У цей момент пригадуються деякі сумні факти зі стародавньої історії, напр., римське прислів'я *sexagenarios de ponte* (шістдесятирічних з мосту), котре, як говорять перекази, було втілене в життя скиданням старших осіб до Тибру, чи вбивство старців і немічних в германських племенах.

Старіння це період глибоких перемін, котрі стосуються не тільки фізичної (соматичної) сфери, але також психічної, емоційної і соціальної. Процес пристосування до перемін і нових умов не перебігає так швидко, як швидко змінюється зовнішня ситуація. Саме тому, досить часто, ми можемо зіткнутися з негативною реакцією на зміни, а це, своєю чергою, може спричинити звернення до алкоголю чи ліків.

Більшу схильність до вживання алкоголю мають самотні люди, а серед них вдівці, а також хворі особи і ті, хто опинився в несприятливій життєвій ситуації. Поступове погіршення стану здоров'я, послаблення пізнавальних здібностей, зору і слуху, гірша пам'ять, обмеження, пов'язані з рематичним запаленням суглобів чи остеопорозом, несприятливо впливають на загальне самопочуття і можуть схилити до вживання алкоголю з метою покращення свого стану, чи також для того, щоб пом'якшити больові відчуття. Подібним чином, втрата близької людини і пов'язана з цим самотність, раптова зміна соціальної і матеріальної ситуації можуть спричинити появу симптомів депресивного синдрому і «лікування» за допомогою алкоголю. Для багатьох людей серйозним переживанням є вихід на пенсію. Це особливо стосується осіб, котрі працювали дуже інтенсивно, не мали жодного хобі і не мають досвіду в організації для себе вільного часу. Для декого саме нудьга стає приводом для звернення до алкоголю. Чергова проблема може виникати зі зміни в старості відношення до часу. Час «витікає крізь пальці», тому що виконання дій триває довше ніж колись, і одночасно він інакше рахується, коли людина перестає планувати і очікувати. Про втрату часу стара людина мислить головним чином з тривогою, бо завше це відбувається не на її користь. Частина людей похилого віку на нову ситуацію реагує депресією, зверненням до алкоголю чи ліків, інші ж шукають спокою і підтримки в релігійних практиках. В одному з досліджень, наприклад, описується менша смертність серед осіб, котрі щотижня беруть участь в релігійних практиках, в порівнянні з особами, котрі не брали в них участі. Однак, автори застерегли, що необхідні подальші дослідження над з'ясуванням отриманих результатів.

Надмірне вживання алкоголю (англ. *alcohol abuse*) і залежність від алкоголю – це розлади, які часто зустрічаються в похилому віці. Старші люди мають тенденцію до хронічного прийому лікарських засобів, особливо бензодіазепінів, бо, як показують дослідження, споживачами біля 30% всіх призначених ліків цієї групи є власне ці особи. Щоправда, ці проблеми серед осіб у віці 65 років і старших менш розповсюджені, ніж серед молодших людей, проте з медичної точки зору надмірне вживання алкоголю, або інших психоактивних речовин (головним чином ліків заспокійливої дії, снодійних і знеболюючих) особами старшими 65 років досить часто є дуже серйозною проблемою.

Це, серед іншого, пов'язано з більшою вразливістю старших осіб на дію алкоголю, або ліків, а також з широким діапазоном можливих наслідків. Стверджено, що старші особи гірше зносять алкогольну інтоксикацію в зв'язку зі зменшенням співвідношення води і жиру. Пов'язане з віком зростання маси жирової тканини стосовно маси м'язів призводить до того, що концентрація алкоголю в крові вища, тому що алкоголь не поглинається жировою тканиною. Дія визначеної концентрації алкоголю на мозкову тканину посилюється з віком. Разом з віком настає також обмеження кровотоку через печінку, зниження ефективності дії печінкових ферментів і редукція ниркового кліренсу²⁴.

Дослідження показують, що вживання алкоголю зі шкідливими наслідками становить проблему у 5 – 12% чоловіків, і у 1 – 2% жінок старших 60 років. Ці пропорції значно вищі у осіб, котрі є пацієнтами поліклінік і лікарень. Дослідження свідчать також про те, що 4 – 20 % осіб похилого віку зловживають алкоголем. Вважається, що відсоток людей у віці більше 65 років, у котрих виникають алкогольні проблеми, становить 10% у випадку чоловіків, і 3 – 5% у випадку жінок. Серед цих осіб можна виділити дві групи. Перша група – це особи, у котрих проблеми існують віддавна (з молодості). Вони трактуються, як недобитки, бо більшість їх ровесників вже не живе в зв'язку з різного типу наслідками шкідливого вживання, або залежності від алкоголю. Ця група становить близько двох третіх людей старшого віку з алкогольними проблемами. Цю групу дуже легко виявити, особливо в кабінеті лікаря, тому що більшість з них має серйозні проблеми зі здоров'ям, такі, наприклад, як цироз печінки, хронічне запалення підшлункової залози, стійка гіпертонія, полінейропатія, енцефалопатія, недоумство чи інші стани, які є наслідком шкідливого вживання алкоголю. Третина, що залишилася (друга група питущих осіб) це особи, котрі почали пити алкоголь в великих кількостях в похилому віці, нерідко внаслідок стресів, пов'язаних з процесом старіння.

Діагностичні проблеми

Надмірне вживання алкоголю, чи ліків особами похилого віку на жаль дуже рідко розпізнається лікарями. Виявлене у цих осіб послаблення пізнавальних здібностей, викликане вживанням алкоголю чи ліків надто часто приписується старечому недоумству, а інші наслідки дії цих субстанцій на організм трактуються як своєрідна норма для людей у цьому віці. Тим часом в європейських країнах розповсюдженість недоумства в віковій групі 65 – 74 роки становить ледве 1 – 2%. У старшому віці, тобто між 75 та 84 роками життя, зустрічається частіше – близько 4%, а після 85-го року життя приблизно 10% осіб хворіє на недоумство. Своєю чергою, дослідження, проведені в рамках проекту

²⁴ Кліренс – показник здатності нирок до очищення крові.

EURODEM, виявили наступну частоту виникнення недоумства: у віковій групі 75 – 79 років у 5,7%, 80 – 84 роки у 12,4%, натомість поміж 85 і 89 роком у 21%.

Старші особи, котрі п'ють алкоголь, а також їх родичі чи приятелі можуть помилково приписувати ефект дії алкоголю процесам старіння, хронічній хворобі чи побічній дії ліків, які вони приймають. Лікарі схильні приписувати такі симптоми, як пізнавальні розлади, недоїдання чи часті падіння, старінню, і пов'язаній з цим немочі, а не зловживанню алкоголем чи залежності від нього. Так само, багато лікарів вважають, що поява депресивних симптомів є проявом старіння і не трактує їх як розлад, котрий необхідно лікувати. Причини такого стану речей варто було б пошукати в занедбанні, і навіть обминанні проблематики старших людей, а саме шкідливого впливу алкоголю і ліків на їх здоров'я, як при навчанні студентів медичних університетів, так і під час пізніших курсів удосконалення. Ця тема також вважається другорядною при навчанні інших професійних груп.

Разом з віком зростає частота виникнення психотичних розладів настрою. Депресія вперше в житті з'являється у 10 – 12% осіб старших 60 років, і приблизно у 30% пацієнтів з хворобою Альцгеймера. Підтверджено також, що симптоми депресії виникають у 27% осіб, старших 60 років, котрі проживають поза установами опіки, і у 1% цих осіб можна розпізнати так звану велику депресію. Своєю чергою, показник самогубств в США найвищий в популяції осіб похилого віку і в 1980 – 1992 роках демонстрував стійку тенденцію до зростання. Відомо, що багато людей намагається радити собі з депресією за допомогою алкоголю. Більш високий ризик початку зловживання алкоголем в похилому віці у жінок. У психіатрії відомий так званий синдром покинутого гнізда, котрий полягає у появі депресивних симптомів в зв'язку зі зміною способу життя матері після залишення домівки дорослими дітьми. Жінки з такими симптомами намагаються заповнити внутрішню пустку вживанням алкоголю.

Ідентифікація

У виявленні проблемного вживання алкоголю чи зловживання іншими психоактивними речовинами можуть виявитися доцільними скринінгові обстеження. Дуже корисним є скринінговий тест CAGE, за допомогою якого досить легко розпізнати наявність алкогольних проблем, проте його необхідно доповнювати питаннями про кількість алкоголю, котрий вживається, про проблеми з контролюванням кількості чи частоти вживання, явища толерантності, а також можливого виникнення абстинентних симптомів при припиненні вживання алкоголю. Допомогти розпізнати розлади, пов'язані з

вживанням алкоголю може також тест AUDIT. Проте необхідно пам'ятати, що інформація, яку надають старші особи, може бути неповною, в зв'язку з дефектами пам'яті, труднощами з даванням відповіді на деякі питання анкет, особливо тоді, коли треба повідомити частоту вживання алкоголю. Вплив на ретельність відповідей може мати також більша, ніж у молодих людей, боязнь осуду з приводу вживання алкоголю.

Чудовою okazією для розпізнання і обмеження алкогольних проблем у осіб похилого віку є відносно часті і регулярні візити цих осіб до кабінету лікаря, в зв'язку з необхідністю лікування інших захворювань. Додатковим полегшенням може бути потреба говорити про себе, котра досить часто зустрічається у осіб старшого віку, і вдячність за те, що їх проблеми і переживання когось цікавлять, що хтось має терпіння і час, щоб їх вислухати. Цей факт може дати лікарю багато матеріалу для можливої ідентифікації алкогольних, чи пов'язаних з прийомом ліків, проблем. Однак, старші особи можуть мати проблеми з тим, щоб пригадати собі середні кількості алкоголю, що споживається²⁵. Ці особи можуть також неохоче відповідати на незручні питання. Лікарі, в свою чергу, часто не задають незручних питань, помилково вважаючи, що старші люди, особливо жінки, п'ють відносно рідко.

Під час розмови необхідно брати до уваги факт, що для старших осіб характерною є так звана штивність мислення і через це вони неохоче змінюють свої погляди. Такі особи мають закоренілі навички, сформовані протягом всього життя, навички тісно пов'язані з прийнятою цією особою системою цінностей, вони можуть також мати труднощі з засвоєнням нової діяльності. Крім того, багато осіб вважає, наприклад, що вживання невеликої кількості алкоголю у вигляді рому чи віскі, добавлених в чай, чи каву не є чимось неприйнятним, натомість дає почуття певного комфорту, що своєю чергою підтримує бажання збереження цієї звички. Це також стосується споживання старшими особами невеликої, на їх думку, кількості вина чи пива.

Особливо корисною в зверненні уваги пацієнта похилого віку на факт шкідливого вживання ним алкоголю, а також на необхідність обмеження споживання є так звана коротка інтервенція. Описані в літературі короткі інтервенції містять в собі оцінку актуального споживання, інформування на тему ризикованого і шкідливого споживання, а також ясні і зрозумілі поради. Роль лікаря повинна полягати у тому, щоб дати пацієнту пораду стосовно нездорової моделі вживання і поінформувати його про виявлені у нього проблеми зі здоров'ям, викликані випивкою, переказі матеріалів для читання, дачі

²⁵ При проведенні оцінки кількості алкоголю, що споживається, приймається, що одна стандартна порція – «ковток» (англ. – «drink») – містить 10 грамів чистого етанолу і відповідає 25 мл горілки, 100 мл вина і 200 мл пива.

рекомендацій і приготуванні пацієнта до можливого спеціалізованого лікування. Пацієнт повинен переконатися, що умовою одужання чи гальмування прогресу виявлених у нього хворобливих змін є значне обмеження вживання, або навіть цілковита абстиненція. Особливо корисним аргументом може виявитися подача інформації про ймовірну взаємодію алкоголю з призначеними ліками (зазвичай старші особи приймають їх багато), і пов'язаною з нею можливістю появи додаткових ускладнень, а також про погіршення різних функцій організму внаслідок дії алкоголю. Винятково важливо під час інтервенції зруйнувати міф про невиліковність осіб зі шкідливим вживанням алкоголю, натомість виявлені проблеми обговорювати **не в моральних категоріях, а лише виключно в категоріях медичних**. Одним з факторів, котрі полегшують успішне проведення інтервенції є залучення до неї найближчих пацієнтові осіб. Проте варто рахуватися з тим, що позиція родини, котра, піклуючись про свою репутацію, мінімізує чи заперечує існування проблеми, може додатково утруднювати розпізнання алкогольних проблем і проведення інтервенції стосовно старшої особи.

Лікарі первинної медичної допомоги в Польщі, однак, неохоче займаються діагностикою алкогольних проблем, особливо у осіб похилого віку. Це є наслідком не тільки відсутності компетенції в питаннях діагностики і лікування, але також переконання, що це не належить до їх обов'язків, крім того, вони не вірять в успішність інтервенції і лікування, не мають відповідних тестів (див. вище – S-MAST-G), котрі полегшують ідентифікацію осіб з алкогольними проблемами, а ще висловлюють необґрунтоване переконання, що це забиравало би у них занадто багато часу.

Лікування

Моя професійна практика свідчить про те, що особи похилого віку, котрі не мають видимих обмежень, пов'язаних з органічними психічними розладами (такими, як глибоке недоумство, чи характерологічні зміни), можуть успішно брати участь в терапевтичних програмах, котрі сьогодні пропонують відповідні спеціалізовані заклади. Ці особи можуть також брати участь в зустрічах товариства Анонімних Алкоголіків, а також користуватися програмою 12 кроків АА.

В останні роки, особи, старші 65 років, становили трохи більше 1% пацієнтів, котрі лікувалися з приводу алкогольних психозів і синдрому залежності в стаціонарних закладах, і трохи більше 2% пацієнтів спеціалізованих поліклінік. Проведені в США дослідження свідчать про те, що в один і той же час особи, старші 55 років, складали 6% пацієнтів госпіталізованих у відділення лікування uzалежнених від алкоголю осіб.

Лікування старших осіб повинно відрізнятися від лікування молодих. Результати досліджень показують, що вік сам по собі є фактором, котрий впливає на інтенсивність симптомів алкогольного абстинентного синдрому. Через це старші особи можуть вимагати довшого в порівнянні з молодими періоду детоксикації перед початком програми психотерапії залежності, так само для них потрібна вища, ніж для 21 – 23-річних пацієнтів доза бензодіазепінів для опанування симптомів абстиненції. Найкращий терапевтичний ефект отримували особи, старші 54 років, котрі брали участь в неконфронтаційних, таких що відбувалися раз на тиждень, групових сесіях, присвячених, головним чином, соціалізації і підтримці. Встановлено також, що пацієнти похилого віку брали участь у вдвічі більшій кількості сесій і в чотири рази частіше брали участь в цій програмі лікування ніж особи, котрі лікувалися в стандартних групах для осіб різного віку.

На жаль, ми ще не маємо специфічних програм терапії для старших осіб, проте прогрес, який наступив в останні роки в лікуванні uzалежнених осіб в Польщі, дозволяє припускати, що в недалекому майбутньому з'являться спеціалізовані програми терапії, враховуючі специфічні проблеми таких осіб.

Особи з подвійним діагнозом

Особи, котрі звертаються по допомогу до психіатричних установ чи закладів, котрі займаються лікуванням залежностей, крім розладів, котрі є наслідком вживання психоактивних речовин, можуть одночасно демонструвати симптоми інших психічних розладів чи хвороб. За результатами оцінок 30 – 50% психічно хворих осіб зловживають психоактивними речовинами, натомість близько 50% осіб, котрі зловживають психоактивними речовинами, або uzалежені від них, страждають серйозними психічними розладами.

Для визначення станів, коли у однієї і тієї самої особи надмірне вживання чи залежність від алкоголю або інших психоактивних речовин присутнє одночасно з іншим психічним розладом, чи психічною хворобою, вживаються терміни «подвійний діагноз», або «подвійний розлад» (англ. *dual diagnosis, double diagnosis, dual disorders*). Трапляється так, що ці терміни застосовуються також в ситуаціях, коли у однієї і тієї ж особи розлади проявляються в різні періоди її життя, не обов'язково в один і той сам час. Для визначення одночасної присутності психічних і соматичних хвороб вживається також термін коморбідність (англ. *comorbidity*).

Термін коморбідність з'явився в медичній літературі лиш в 80-ті роки ХХ ст. для опису пацієнтів у котрих підтверджено наявність більше, ніж одного захворювання. У психіатрії його почали використовувати в ситуаціях, коли у пацієнта з розпізнаним психіатричним розладом підтверджено присутність додаткових психіатричних захворювань. Виділяють дві основні категорії коморбідності: гомотипова (напр., дистимія і епізод депресії) і гетеротипова, прикладом якої може бути одночасна наявність залежності й іншого психічного розладу.

Вживання психоактивних речовин особами, котрі лікуються з приводу психічних розладів/хвороб тягне за собою багато не тільки діагностичних чи терапевтичних проблем, але також організаційних і економічних. Ці особи лікуються значно важче, лікування триває довше і, отже, коштує значно більше. Проблема дуже серйозна ще й тому, що дослідження за 2004 рік продемонстрували стрімке зростання кількості осіб з подвійним діагнозом. Разом з тим, як в Польщі, так і в інших європейських країнах терапевтична пропозиція для цієї категорії осіб залишається далекою від бажаної.

У осіб з психічними розладами відмічається більш високий ризик залежності від психоактивних речовин і навпаки – ризик захворіти на психічний розлад значно вищий в uzалежнених осіб. Приблизно 1/3 пацієнтів з психічними розладами мали також досвід надмірного вживання психоактивних речовин (в два рази частіше, ніж особи без таких розладів). Одночасно більше, ніж половина осіб, що вживають психоактивні речовини, чи uzалежені від них, мають, або мали симптоми, котрі відповідають діагностичним критеріям психічних розладів.

Проведені в 80-ті роки в США дослідження ЕСА (Epidemiologic Catchment Area) показали, що:

- 29% осіб з психічними розладами відповідають критеріям залежності, або надмірного вживання психоактивних речовин;
- психічні розлади в 2,7 рази збільшують шанси появи надмірного вживання психоактивних речовин;
- у 37% осіб, uzалежнених від алкоголю, підтверджено наявність психічних розладів;
- у 53% осіб, котрі зловживають іншими, ніж алкоголь, психоактивними речовинами підтверджено, одночасну присутність психічних розладів.

Водночас, дослідження ЕСА показали, що алкоголіки у 35 разів частіше, ніж не алкоголіки, вживають кокаїн (Helzer і Przybek, 1988).

Багатоцентрові британські дослідження (COSMIC) показали, що:

- 75% осіб, котрі лікувалися з приводу залежності від наркотиків і 85% осіб, котрі лікувалися з приводу залежності від алкоголю, мали проблеми з психічним здоров'ям;
- близько 30% осіб, котрі лікувалися з приводу залежності від наркотиків і понад 50% осіб, котрі лікувалися з приводу залежності від алкоголю, мали також інший психічний розлад;
- 44 – 50% пацієнтів, прийнятих до психіатричних лікарень, признавалося, що протягом останніх 12 місяців вживали наркотик чи алкоголь зі шкідливими наслідками.

Інші епідеміологічні дослідження звертають увагу на те, що частота появи активного вживання психоактивних речовин вища:

- у чоловіків проти жінок;
- у молодих осіб;
- у чоловіків з антисоціальною поведінкою;
- у жінок з симптомами тривоги чи депресії.

Серед психічних змін, котрі зустрічаються у осіб, які споживають алкоголь чи інші психоактивні речовини, ми можемо також виділити зміни, котрі є наслідком гострої інтоксикації (різної глибини), психічні зміни, характерні виключно для uzалежнених осіб, які є наслідком багаторічного і інтенсивного вживання алкоголю чи психоактивних речовин, а також розлади, не пов'язані із залежністю. Симптоми інших психічних розладів можуть співіснувати з симптомами залежності від алкоголю і/або інших психоактивних речовин в кількох варіантах:

- існують незалежно одні від одних як окремі захворювання, а залежність маскує наявність цих психічних розладів;
- залежність редукує чи позбавляє виразності деякі симптоми цих розладів і тим самим ускладнює діагностичний процес;
- залежність спричиняє чи погіршує перебіг цих розладів;
- симптоми, котрі спостерігаються в процесі залежності, імітують психічні розлади (напр., депресію чи невроз);
- психотичні симптоми, котрі виникають в ході алкогольного (чи іншого) абстинентного симптому, або гострих чи тяж хронічних алкогольних психозів імітують психічну хворобу (напр., у випадку маячення чи галюцинозу);

- поведінка, котра спостерігається при інших психічних розладах, імітує деякі симптоми залежності.

В літературі можна також зустріти поділ пацієнтів з подвійним діагнозом на 4 групи:

1. пацієнти з серйозною психічною хворобою і залежністю;
2. пацієнти, узалежнені від психоактивних речовин, з розладами особистості;
3. пацієнти, узалежнені від психоактивних речовин, з гострими психотичними симптомами, котрі є наслідком вживання цих субстанцій;
4. різні комбінації залежності від психоактивних речовин, психічних хвороб і органічних синдромів.

Кожний, хто хоче професійно допомагати узалежненій особі, повинен вміти відрізнити первинні (існуючі незалежно) симптоми психічних розладів (психічної хвороби) від симптомів психічних розладів, котрі є ускладненням залежності від алкоголю чи інших психоактивних речовин, а у випадку будь-яких сумнівів необхідно проконсультуватися зі спеціалістом психіатром. Одночасно терапевт залежностей повинен усвідомлювати, що:

- психотичні симптоми можуть впливати на прийняття рішення про початок лікування залежності, напр., при депресії ми маємо справу зі зниженням будь-якої активності, що, серед іншого, може призводити до відсутності мотивації що-небудь робити (в тому числі і лікуватися), в іншому випадку пацієнт може розпочати лікування з маячних мотивів;
- тривожні стани можуть викликати у пацієнта опір лікуванню в терапевтичній групі, чи участі в зустрічах групи самопомоги;
- психотичні або маніакальні симптоми можуть бути причиною різних незрозумілих і дивних вчинків, котрі порушують інтерперсональні стосунки, особливо під час групових зустрічей (вони нерідко трактуються недосвідченими терапевтами як антисоціальні вчинки, або як прояв негативного відношення до терапії);
- поведінка, котра є наслідком психічної хвороби, може помилково інтерпретуватися, напр., як сигнали опору щодо лікування, або як сигнали рецидиву хвороби;
- бувають ситуації, коли після припинення вживання алкоголю і протягом лікування залежності присутні слабкі симптоми депресії, або навіть психотичні, котрі інколи інтерпретуються оточуючими, як прояв неправильного перебігу процесу одужання.

В процесі діагностики необхідно відповісти собі на декілька запитань:

1. Чи ми маємо справу зі шкідливим вживанням речовини, зловживанням чи вже із залежністю?
2. Котрий діагноз є першим?
3. Чи наявні у пацієнта симптоми – це наслідок впливу психоактивної речовини, чи, можливо, вони спричинені психічною хворобою, чи пов'язані з одним і другим?
4. Де повинен лікуватися пацієнт? Чи більш корисним для нього буде лікування в психіатричному відділенні, чи в центрі терапії залежностей, чи вимагає також спеціальної терапевтичної програми для осіб з подвійним діагнозом?

Дуже важливо віднайти відповіді на представлені вище питання для правильного планування терапевтичної програми. Тому що трапляються випадки, коли поява чи посилення психотичних симптомів у пацієнтів, котрі лікуються з приводу залежності від алкоголю чи наркотиків, розпізнається помилково і недосвідченими терапевтами інколи трактується як симптоми, котрі є наслідком вживання якоїсь психоактивної речовини. Саме тому надзвичайно важливою є правильна оцінка психічного стану.

Оцінка психічного стану, крім психіатричного обстеження, повинна охоплювати психологічну оцінку, ознайомлення з умовами середовища, в котрому проживає пацієнт, з'ясування його потреб і обмежень, важливих життєвих подій, хвороб у родині, а також перебігу дотеперішнього лікування.

При встановленні остаточного діагнозу необхідно звернути увагу на:

1. присутність симптомів, котрі входять до переліку критеріїв МКХ-10 або DSM-5 і дають право на діагностування психічного розладу;
2. перебіг хвороби (особливо важлива встановити, чи психіатричні проблеми з'явилися раніше, ніж проблеми з психоактивною речовиною);
3. характер симптомів, які демонструє пацієнт, щоб встановити чи відрізняються вони якісно і наскільки від тих, котрі зазвичай зустрічаються тільки у осіб, uzалежнених від психоактивних речовин;
4. період безпосередньо перед появою психіатричних симптомів, щоб мати можливість встановити в який момент після припинення вживання з'явилися ці симптоми;
5. хвороби, які мають місце в родині (напр., роль генетичного фактору при афективних хворобах);
6. перебіг лікування в минулому, і особливо відсутність позитивного ефекту лікування після застосування стандартних програм терапії залежності чи психічної

хвороби (пацієнти з подвійним діагнозом мають труднощі з продовженням лікування, і у них часто стаються рецидиви);

7. можлива позитивна реакція пацієнта на застосування нейролептиків.

Психіатрична діагностика осіб з подвійним діагнозом є особливо складною, і досить часто супутній симптом, яким є тривога, важко відрізнити від подібних симптомів, викликаних вживанням психоактивних речовин. Супутніми щодо залежності можуть бути розлади настрою (афективна хвороба, найчастіше депресія), невроз, розлади особистості, органічні розлади (органічні мозкові синдроми), а також шизофренія.

Розлади настрою

Кажучи про розлади настрою, ми найчастіше маємо на думці депресію. Термін депресія є багатозначним, але у розмовній мові означає стан поганого самопочуття, смутку, знеохочення, зниженого настрою і пригнічення, незалежно від причин цього стану. Різними типами депресії у цілому світі страждає більше 900 млн людей. Розлади настрою характерні для так званих афективних розладів²⁶, котрі характеризуються появою епізодів манії²⁷ і депресії²⁸.

Відповідно до пропозиції Всесвітньої організації охорони здоров'я (МКХ – 10)²⁹ депресивний епізод характеризується появою так званих головних симптомів:

1. знижений настрій;
2. втрата інтересів і здатності відчувати радість;
3. зниження енергії, що призводить до зменшення активності і посиленої втомлюваності.

Головні симптоми можуть супроводжуватися додатковими, такими як послаблення концентрації і уваги, низька самооцінка і віра в себе, почуття вини і меншовартості, песимістична оцінка майбутнього, думки і спроби самогубства, зниження апетиту,

²⁶ Афективність – це термін, котрий об'єднує у собі настрій і зворушливість. Охоплює різні типи і відтінки прагнень, задоволення і болю, котрі керують вітальними почуттями, настроєм і основними емоціями, не виключаючи складних почуттів (пристрасть, соціальні почуття і т.ін.).

²⁷ Манія – розлад настрою, котрий характеризується підвищеним самопочуттям (задоволення, радість, ейфорія), надмірною психічною і руховою активністю, часто необґрунтованим оптимізмом і переконанням про свої особливі можливості.

²⁸ Депресія (меланхолія) – психічний стан, котрий характеризується почуттям смутку, знеохочення і провини і т. ін..

²⁹ МКХ-10 ділить розлади настрою на:

- маніакальні епізоди (гіпоманія, манія – без і з психотичними симптомами),
- біполярні афективні розлади (різного типу маніакальні і депресивні симптоми, без чи з психотичними симптомами);
- депресивні епізоди (як психогенні, так і ендогенні),
- рекурентні депресивні розлади (з різних причин і різної інтенсивності),
- стійкі розлади настрою (циклотимія, дистимія і інші).

розлади сну. Перебіг депресивного епізоду може бути легким (два головні симптоми плюс два додаткові), помірним (два головні симптоми плюс три, чотири додаткові) і тяжким (всі головні симптоми і щонайменше чотири додаткові).

Неліковані чи погано проліковані ендogenous розлади настрою є великою соціальною проблемою. Їх розповсюдження оцінюється в межах 5 – 21% популяції дорослих. Річна захворюваність на депресію оцінюється, за різними даними, у 3 – 8%. На думку американських дослідників у 8,5 – 36 млн дорослого населення Сполучених Штатів Америки існує загроза виникнення афективної хвороби протягом життя.

Якщо припустити, що ризик появи афективної хвороби становить від 5 до 10%, а ризик серйозних алкогольних проблем (серед іншого і залежності) коливається в межах від 10 до 15%, то ризик залежності від алкоголю в поєднанні з афективною хворобою не повинен перевищити 1, 5%.

Найчастіше залежність від алкоголю і депресія пов'язані між собою таким чином:

- вживання алкоголю в перебігу ендogenous депресії;
- залежність від алкоголю, як ускладнення депресії;
- депресивні стани, спричинені наслідками і ускладненнями вживання алкоголю;
- депресивні стани в перебігу абстинентного синдрому.

У значного відсотка осіб, uzалежнених від алкоголю (за деякими даними більше ніж у 90%), розлади настрою проявляються у вигляді депресії з супутніми розладами активності, і можуть утримуватись до двох тижнів після припинення вживання.

Результати інших досліджень свідчать про те, що у 30 – 70% осіб, uzалежнених від алкоголю, розпізнано тяжкі депресії, за клінічною картиною наближені до автентичної ендogenous депресії, у більш ніж 15% спостерігалися тяжкі депресії навіть після декількох років утримання абстиненції. Зауважено також, що інтенсивно пили алкоголь більше ніж 50% осіб, у котрих пізніше виявлено симптоми афективної хвороби. Спостереження пацієнтів з депресією протягом року показало, що на початку алкоголь зменшував інтенсивність симптомів депресії, натомість пізніше депресія посилювалася у міру вживання алкоголю. Інші дослідження показали, що від 10 до 15% жінок і близько 5% чоловіків, котрі звертаються по допомогу до закладів лікування залежностей, страждають на ендogenous депресію, котра була до розвитку залежності. Багато осіб (43% в дослідженнях Бека, 60% в дослідженнях Галушки) повідомляли про появу зниження

настрою перед початком вживання. За результатами досліджень від 20 до 60% пацієнтів з біполярним афективним розладом зловживали алкоголем у період манії.

Зниження настрою, дратівливість, падіння активності і тривожні стани можуть в узалежнених від алкоголю осіб бути наслідком ендогенних розладів настрою (залежність маскує афективну хворобу, «запивання» депресії), ефектом фармакологічного впливу алкоголю на центральну нервову систему, пов'язане з симптомами абстинентного чи псевдо-абстинентного (популярного «сухого похмілля») синдрому, а також мати зв'язок з конкретними життєвими ситуаціями і проблемами (психологічними, соціальними і т. д.), які є наслідком неконтрольованого вживання алкоголю і відповідної поведінки. Крім того, депресія може бути викликана деякими соматичними наслідками споживання надмірної кількості алкоголю, тобто дефіцитом магнію, метаболічними розладами пов'язаними з гіповітамінозом чи печінковою енцефалопатією внаслідок цирозу печінки.

Зниження настрою, котре зустрічається в узалежнених осіб, найчастіше, однак, має ситуаційний (реактивний) характер і пов'язане з хронічним вживанням алкоголю, а також виникаючими внаслідок цього життєвими ускладненнями. Такий стан нерідко трактується недосвідченими лікарями як така, що набирає хронічного перебігу, і стійка ендогенна депресія (вживання алкоголю зазвичай старанно приховується, а пацієнту нерідко призначається група інвалідності в зв'язку з відсутністю ефекту лікування).

У більшості випадків симптоми депресії в узалежнених від алкоголю осіб відступають протягом 2 – 4 тижнів після припинення вживання і не вимагають лікування. Однак, за результатами досліджень, приблизно у 6% узалежнених від алкоголю осіб інтенсивні симптоми депресивного синдрому утримуються довше, ніж 4 тижні після відмови від алкоголю. Таке збереження симптомів депресії протягом кількох тижнів є абсолютним показанням для психіатричної консультації і, ймовірно, фармакологічного її лікування. Оскільки багато терапевтичних програм застерігають від прийому ліків, пацієнта необхідно попередити, що прийом антидепресантів не загрожує йому черговою залежністю. Застосування антидепресивного лікування має істотне значення, тому що, якщо погане самопочуття зберігається довго, це може сприйматися пацієнтом як відсутність ефективності терапевтичної програми, а терапевтами як занадто мала активність в терапевтичному процесі.

Значно рідше залежність від алкоголю стає так званою маскою ендогенної депресії (спектр депресії Винокура) чи є вторинною щодо інших ендогенних психічних розладів

(хвороб) (так званий симптоматичний алкоголізм в перебігу афективних хвороб чи шизофренії).

Як маніакальні епізоди, так і частина решти розладів настрою, тобто біполярний афективний розлад (біполярна афективна хвороба), депресивні епізоди і рекурентні депресивні розлади не викликають діагностичних сумнівів. Тому що вони відповідають концепції полярності перебігу афективних розладів, сформульованій 1957 року Леонгардом, і пізніше задокументованій Перішом. У МКХ-10 маніакальний епізод відповідає монополярній афективній хворобі – манії. Біполярні афективні розлади – це біполярна афективна хвороба (маніакально-депресивний психоз). Рекурентні афективні розлади своєю чергою відповідають ендогенній депресії (монополярній афективній хворобі – депресії).

Трохи менш відомі хронічні розлади настрою змінної інтенсивності, тобто ц и к л о т и м і я і д и с т и м і я . Тому вони вимагають додаткового обговорення. Більшість епізодів не досягають інтенсивності, котра б давала право діагностувати гіпоманію чи субдепресію. Вони зберігаються роками, інколи навіть більшу частину дорослого життя, стають причиною пригніченості без видимої причини і обмежують життєві можливості пацієнта.

Ц и к л о т и м і я – стале коливання настрою у формі численних періодів зниженого настрою і численними епізодами легкої депресії та легкого піднесення настрою (субдепресії і гіпоманії). Вони часто виявляються у родичів пацієнтів з біполярними афективними розладами. Багато хто з авторів розглядають циклотимію як субклінічну форму біполярних афективних розладів, тому що часом вона чітко переходить в ці розлади. Для періодів субдепресії характерні: труднощі з концентрацією, падіння активності і зацікавлень, відмова від соціальних контактів, розлади сну, а також песимістична оцінка майбутнього і минулого. Своєю чергою періоди гіпоманії характеризуються зокрема зростанням активності і припливом енергії, підвищеною самооцінкою, меншою потребою у сні і відпочинку, а також надмірним оптимізмом.

Д и с т и м і я характеризується хронічним зниженням настрою, котре триває принаймні кілька років. Воно не достатньо глибоке, щоб розпізнати рекурентний депресивний розлад. У цьому діапазоні містяться такі діагнози, як депресивний невроз, депресивний розлад особистості, невротична депресія.

Працюючи з жінками, котрі надмірно вживають чи є uzалежненими від алкоголю, необхідно пам'ятати про коливання самопочуття, пов'язані з так званим синдромом передменструального напруження, зниженням настрою в ході так званого синдрому

покинутого гнізда, а також про вживання алкоголю жінками вічно зайнятих бізнесменів, котрі у такий спосіб вбивають нудьгу і втікають від самотності.

Зниження настрою нерідко супроводжується думками і замахами на самогубство, і чотири з п'яти спроб самогубства здійснюються під впливом алкоголю. У Другому регіональному звіті PHARE (1995) стверджується, що від 30 до 40% самогубств у Польщі, здійснені під впливом алкоголю. На думку деяких дослідників, самогубство – це найчастіша причина раптової смерті в uzалежних від алкоголю осіб. Більше 20% uzалежнених від алкоголю, у котрих підтверджено прояви депресії, мали в анамнезі спроби самогубства. Дослідження, проведені Асукаї (Asukai, 1995) свідчать про те, що серед осіб, котрі успішно здійснили самогубство, 18% складала особи, uzалежені від психоактивних речовин, в тому числі і від алкоголю. Пузінський (Puzyński, 1988) повідомляє, що самогубство є причиною смерті у 10 – 17% uzалежнених від алкоголю осіб.

Лікуючи пацієнта з розладами настрою, необхідно пам'ятати про:

- оцінку ризику самогубства, котрий значно вищий серед осіб, які демонструють високий рівень тривоги з руховим неспокоєм, почуття безнадійності і переконання, що знаходяться в безвихідній ситуації, сильне почуття вини, дисфоричний настрій, скаржаться на болі під час соматичних захворювань, а також у осіб, котрі страждають на хронічне порушення сну;
- консультації психіатра;
- необхідність прийому ліків, котрих не можна відмінити без порозуміння з консультантом – психіатром.

Uzалежені від алкоголю особи досить часто демонструють симптоми, котрі дають підстави для діагностування депресії. Найчастіше ці симптоми є наслідком вживання алкоголю і спричинених ним проблем. Тому перед тим, як розпочати фармакологічне лікування депресії, необхідно провести ретельну діагностику пацієнта. Антидепресивне лікування необхідно застосовувати лише тоді, коли, незважаючи на припинення вживання алкоголю, симптоми не зникають протягом 2 – 3 тижнів. Якщо симптоми відступають, uzалеженому від алкоголю пацієнту необхідно усвідомити, що вони були результатом вживання і пов'язаних з ним життєвих труднощів, що він узалежнений і повинен вирішити взяти участь в програмі психотерапії залежності. Одночасно мій досвід свідчить про те, що особа, котра страждає ендогенною депресією чи біполярним афективним розладом, знаходячись в стадії ремісії і приймаючи призначені спеціалістом психіатром ліки, може успішно реалізувати програму психотерапії залежності.

Невротичні розлади

Невротичні розлади³⁰ – це психічні розлади з психічною і соматичною симптомологією без будь-яких підтверджених органічних змін. Від психозів відрізняються, крім іншого, здатністю хворого відрізнити свої відчуття і уявлення від дійсності. Погляди на їх етіологію містяться в холістичній (біопсихосоціальной) моделі хвороби.

Дослідження, проведені в Великобританії і Сполучених Штатах Америки, показали, що 2/3 узалежнених від алкоголю осіб, ще до періоду зловживання алкоголем намагалися радити собі з більш чи менш інтенсивною тривогою за допомогою алкоголю. Насправді цінність цих досліджень була взята під сумнів, проте не викликає жодних сумнівів той факт, що досить часто наявні при неврозі тривожні розлади «лікують» алкоголем, чи іншими психоактивними речовинами.

Симптоми, які спостерігаються в узалежнених осіб, можуть нагадувати невроз тоді, коли, наприклад, в перебігу абстинентного синдрому на передній план висуваються занепокоєння, тривога чи розлади сну, а пацієнт не признається у вживання алкоголю. Невротичні симптоми можуть також існувати незалежно від залежності і бути присутніми як в період вживання, так і після його припинення.

Варто пам'ятати, що невротичні симптоми досить часто відступають разом з подовженням періоду абстиненції, поступовою особистою зміною, а також редукцією проблем; але не можна виключати необхідності лікування неврозу через певний час після припинення вживання алкоголю і завершення лікування залежності.

Варто починати з лікування залежності, а не неврозу, тому що це може призвести до зміцнення системи заперечень. Лікуючи особу з симптомами неврозу, необхідно бути дуже обережним з рекомендаціями будь-яких ліків. Доцільно також час від часу робити тести на їх присутність.

Надзвичайно рідко звертається увага на розлади, котрі мають особливий зв'язок з вживанням психоактивних речовин і залежностями. Серед цих розладів на передній план висуваються посттравматичний стресовий розлад (Post Traumatic Stress Disorder — PTSD), синдром соціальної тривоги (Social Anxiety Disorder — SAD), obsesивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive Disorder — OCD), а також все частіше розпізнаваний в США (також в Польщі) синдром дефіциту уваги і гіперактивності

³⁰ В групі невротичних розділів виділяють: фобійні тривожні розлади, інші тривожні розлади, obsesивно-компульсивні розлади (невроз нав'язливих станів), реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації, дисоціативні (конверсійні) розлади, а також соматоформні розлади.

(Attention Deficit Hyperactivity Disorder — ADHD), котрий в Європі називають синдромом надмірної психорухової збудливості чи гіперкінетичним синдромом (Hyperkinetic Disorder).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Зацікавленість психічними розладами, викликаними психічними травмами, появився у Великобританії відразу після Першої світової війни. Тому що виявилось, що сильні воєнні переживання і нервові зриви призвели до того, що майже 10% військових були неспроможні далі нести військову службу. Це явище підтвердив досвід Другої світової війни, проте тільки на зламі 70-х і 80-х років ХХ ст. до класифікації психічних розладів були включені діагностичні критерії посттравматичних стресових розладів.

Ці розлади виникають як запізнена і/або затяжна реакція на стрес чи ситуацію виняткової загрози, або катастрофи. Отже, її може викликати зіткнення з небезпекою смерті чи поранення, перебування жертвою чи свідком таких подій з загрозою недоторканості власної особи чи інших людей (напр., стихійне лихо, війна, серйозна дорожньо-транспортна пригода, пожежа, акт терору, напад, гвалтування, сексуальне чи фізичне насильство, тортури, смерть і т. ін.). До симптомів ПТСР відносяться: перепроживання травматичної події у спогадах, уяві, наяву чи у снах, тривожні і депресивні стани (нерідко з суїцидальними думками), а також вибухи паніки і агресії. Для багатьох осіб характерне уникання подразників, котрі могли б викликати спогад про травму. Загалом симптоми з'являються протягом 6 місяців після стресогенної події, інколи трохи пізніше. Багато людей намагаються справитися з ними за допомогою психоактивних речовин, і звідси пряма дорога до залежності.

Необхідно також усвідомлювати, що не кожна серйозна психічна травма викликає симптоми ПТСР. Поява симптомів має зв'язок з минулим жертви травматичної події. Ймовірність посттравматичного стресу зростає тоді, коли в період, що передував травмі були присутні симптоми порушення психічного здоров'я, такі як депресія, тривожні стани чи залежність. Особливий ризик появи симптомів ПТСР мають особи, котрі зловживали психоактивними речовинами. Одночасно, як свідчать дослідження, 60 – 80% осіб з симптомами посттравматичного стресу признаються у вживанні психоактивних речовин в цілях самолікування.

Лікування uzалежнених осіб з симптомами ПТСР складається з двох типів терапії: перший з них стосується лікування залежності, а другий концентрується на симптомах ПТСР. Основною такої програми терапії є припущення, що пацієнт мусить дотримуватися

тверезості, щоб мати можливість зосередитись на лікуванні симптомів ПТСР. Таким чином можна запропонувати такий план терапії симптомів ПТСР у осіб, uzалежнених від психоактивних речовин.³¹

1. Визначення групи пацієнтів, котрі вмiють використовувати терапевтичнi технiки утримання тверезостi.
2. Формування групи i створення для неї терапевтичних умов для працi.
3. Участь в лекцiях на тему ПТСР, його симптомiв i терапiї.
4. Першi терапевтичнi заняття концентруються на вивченнi релаксацiйних технiк i навчаннi протистоянню настирливих думок.
5. В процесi роботи групи звертається увага на вiдкритiсть її членiв, вмiння виражати емоцiйнi стани, щирiсть, а також навики спiвпрацi i взаємної пошани.
6. Формування безпечного оточення: першим безпечним мiсцем є група, а другим – безпечне мiсце в середовищi пацiєнта. Однак, найважливишим є безпечне мiсце, створене в уявi пацiєнта, там, куди вiн може вiдправитися в будь-який момент i за будь-яких обставин. Пацiєнт навчається розслаблятися i вiдпочивати за допомогою медитацiї з застосуванням безпечного мiсця.
7. За допомогою елементiв пiзнавальних технiк пацiєнти вчаться розпiзнавати залежнiсть мiж своїми переконаннями, думками i вiдчуттями. Вчаться розпiзнавати свої автоматичнi думки i фальшивi переконання. На цьому етапi пацiєнти розпiзнають сигнали, котрi викликають негативнi емоцiйнi стани. Визначають дiйсну небезпеку, пов'язану з цими сигналами. Пiзнають механiзми, завдяки яким самi узагальнюють певнi сигнали, i визначають їх як небезпечнi. Пiзнають також змiст i дiапазон своєї системи цiнностей. На цьому етапi працi пацiєнти навчаються розпiзнавати своїх емоцiй i вмiти їх моделювати.
8. Вправи з уявою (експозицiя в уявi). Цi вправи служать освоєнню з картиною подiї, котра викликала травму. У цих вправах пацiєнти користуються вмiннями, засвоєними в попереднiх вправах, i особливо вбудуванням образу безпечного мiсця в кошмари пам'ятi. Це пiдготовка до розкриваючої терапiї, описаної в подальших пунктах (десенсибілізацiя i конфронтацiя).
9. Освоєння снiв. Це також вправи з уявою. У цих вправах розповiдаються кошмарнi снi, котрi повторюються найчастiше, при цьому їм надається iнше закінчення. В цьому переписуваннi снiв також використовується безпечне мiсце.

³¹ Romaniuk J.R., у: „Terapia Uzaleznienia i Wspoluzaleznienia” 2005, 6 (45), 17-19.

10. Десенсибілізація (експозиція в реальному житті). Тепер не в уяві, а в дійсності конфронтація з ситуаціями чи сигналами, котрі асоціюються з травмою. Так як у випадку моделювання умовних рефлексів, пацієнта доводять до дезактивації сигналів, котрі викликають тривожні стани.
11. Конфронтація з травмою – вміння прожити і розповісти про ситуацію, пов'язану з травмою. Пацієнт вчиться, що при теперішніх обставинах загрози вже немає, і що він не втрачає контролю над власним життям, коли стикається з ситуаціями, які нагадують травму.
12. Визначення плану дій, підтримуючих позитивні результати терапії і запобігаючих рецидивам симптомів ПТСР в подальшому житті.
13. Інтеграція. Перебудова усвідомлення себе і своїх можливостей. Розбудова більш позитивної і реалістичної віри в себе. Визначення нових цілей і життєвих планів. Розбудова суспільного і духовного життя.

З метою послаблення тривожних станів, депресивних чи інших психічних розладів, хворим з симптомами ПТСР часто пропонується фармакологічна підтримка (в основному селективними інгібіторами зворотного захвату серотоніну – СІЗЗС).

Варто знати, що науковці займаються пошуками можливостей видалення з пам'яті травматичних подій і вірять в те, що їм вдасться створити таблетку, котра видалить прикрі спогади. Тоді б лікування симптомів ПТСР було б набагато легшим. Тривають дослідження над тим, як видалити конкретні спогади, не порушуючи інших. На теперішньому етапі об'єктом дослідження є щурі. Проте існує небезпека використання результатів цих досліджень для маніпулювання людською пам'яттю.

Обсесивно-компульсивні розлади (ОКР)

ОКР вперше описані 1838 року Ескіролем і тривалий час трактувалися, як невроз нав'язливих станів, обумовлений психологічними факторами. Тепер щораз більше значення в етіології цих розладів надається нейро-біологічній обумовленості. Відповідно до класифікації МКХ-10 цей розлад діагностується тоді, коли присутні обесії і/або компульсії, тривога, сповільненість і нерідко супутні депресивні симптоми. Має також бути впевненість, що ці симптоми не є наслідком вживання психоактивних речовин чи ліків. Пацієнт оцінює симптоми як надмірні, такі, що займають багато часу, істотно порушують щоденну активність, стосунки з іншими людьми і приносять страждання. Перші симптоми можуть з'явитися вже на 7 – 8 році життя (найчастіше перед 15 роком) і зберігатися в дорослому віці. Результати досліджень вказують не те, що багато пацієнтів з

ОКР зловживають алкоголем з метою приглушення неприємних симптомів. Лікарськими препаратами вибору при ОКР є селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС), а також деякі антидепресанти. Фармакотерапія може доповнюватися когнітивно-біхевіоральною психотерапією.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ)

Причини СДУГ до кінця не відомі. Він бере свій початок в ранньому дитинстві, і велика роль в етіології цього розладу приписується генетичним чинникам (існують дослідження, в котрих стверджується про 80 – 90 % випадків). Біохімічні і фармакологічні дослідження вказують на зв'язок між СДВГ і розладами дофамінергічної, норадренергічної і серотонінергічної систем. Розповсюдженість в загальній популяції становить 3 – 10%. У три рази частіше діагностується у хлопчиків (у дівчаток зазвичай спостерігається СДУ – **синдром дефіциту уваги, тобто розлад концентрації уваги без надмірної рухової збудливості**). Головні симптоми – це: порушення концентрації уваги, надмірна збудливість і вибуховість. Діти, котрі страждають на це захворювання, постійно в русі, мають труднощі з концентрацією уваги, імпульсивні. Деякі з них переповнені енергією і наполегливі, з розвинуеною уявою і вразливістю, проте досить часто не вкладаються в шкільні норми поведінки, займають бунтівну позицію. Це призводить до того, що вони мають важчий життєвий шлях, ніж їх ровесники, тому що сприймаються як неслухняні, постійно критикуються, поведінка їх не схвалюється ні в школі, ні вдома. Часто вони стараються, але відчувають, що не відповідають очікуванням дорослих. Їх вважають непокірливими, агресивними, такими, що створюють труднощі у виховному процесі. Вони можуть також мати труднощі з навчанням (зокрема з приводу дислексії, дисграфії і дискалькулії). Всюди можна спіткати помилкову діагностику, відсутність толерантності і розуміння з боку вчителів, а також безпорадність батьків.

Синдром надмірної рухової збудливості вимагає комплексного лікування, тобто за допомогою психотерапії, психосоціальних заходів (модифікація методів виховання, вплив однаково, як на дитину, так і на батьків), а приблизно в 20% випадків також і з застосуванням фармакотерапії (головним чином з метою опанування надмірної збудливості). З лікарських препаратів застосовують метилфенідат і психостимулятори. Лікування складне і затяжне. На жаль, в Польщі тільки 20% пацієнтів охоплені спеціалізованим лікуванням. У 60% симптоми зберігаються і в дорослому житті, проте менш інтенсивні і їх важче зауважити.

Не лікований СДУГ призводить до багатьох несприятливих ускладнень. Особи з цим захворюванням частіше мають конфлікти з законом, частіше попадають в ДТП і мають труднощі з правильним укладанням своїх соціальних стосунків. Після досягнення зрілості домінуючим симптомом надмірної збудливості є порушення уваги. Дорослі з надмірною збудливістю можуть сприйматися як важкі для спільного життя партнери, або як недобросовісні працівники, котрі не задовольняють очікувань роботодавця, незважаючи на рівень кваліфікації і вмінь, котрими володіють. Всі ці чинники, плюс низька самооцінка, призводять до того, що ці люди більш, ніж інші схильні до вживання психоактивних речовин і до залежності. Проблемою для терапевта залежності може бути диференціювання поведінки пацієнта між СДУГ і вихованням без дотримання соціальних норм. Цікавим є той факт, що, попри підвищений ризик залежності у осіб з СДУГ в його лікуванні застосовуються ліки з узалежнюючими властивостями, а дослідження показують, що особи, котрі лікуються психостимуляторами в два рази рідше узалежнюються, ніж особи, які лікувалися з застосуванням метилфенідагу.

До осіб з СДУГ потрапили такі відомі і видатні постаті як Альберт Ейнштейн, Томас Едісон, Олександр Грехем Белл (винахідник телефону), Уїнстон Черчилль, Пабло Пікассо чи Дастін Хоффман, а з відомих поляків у СДУГ признаються зокрема Іоанна Щепковська і Шимон Маєвський.

Синдром соціальної фобії (ССФ)

У другій половині 60-х років з'явилися перші описи станів, пов'язаних з соціальним страхом. Серед осіб, котрі страждали фобіями, виділили тих, котрі демонстрували такі симптоми як, наприклад, надмірна сором'язливість чи страх перед тим, що зовнішній вигляд, висловлення чи поведінка будуть піддані оцінці, критиці, або будуть негативно сприйняті оточуючими людьми. Ці особи відчували сильну напругу і дискомфорт в деяких суспільних ситуаціях, і у них з'являвся страх, наприклад, перед почервонінням, зустріччю з чоловіками чи жінками, знаходженням у центрі уваги, участю в забавах, і навіть перед говорінням, писанням чи прийомом їжі в присутності інших людей. Виявилось, що у багатьох осіб ці симптоми появилися значно раніше, наприклад, в дитинстві чи в період дозрівання, і найчастіше були недооцінені, або сприймалися як звичайна неспілість чи «слабкість характеру».

Вимогою діагностики синдрому соціального страху, інакше званого соціальною фобією, антропофобією чи соціальним неврозом, є підтвердження того факту, що певна особа демонструє підвищений чи стійкий страх, пов'язаний з однією чи кількома суспільними

ситуаціями, котрі характеризуються необхідністю спілкування з незнайомими особами чи нараженням на оцінку з боку інших людей. Страх проявляється дуже неприємними симптомами (такими як, напр., почервоніння, тремтіння, пітливість, заїкання), котрі викликають заклопотаність чи навіть приниження. Характерним є уникання подразників і ситуацій, котрі викликають страх, хоча особа, котра страждає ССФ може частково усвідомлювати, що страх несумірний з ситуацією, і навіть безпідставний. ССФ викликає менше чи більше порушення соціального чи професійного функціонування, або виразний дискомфорт в цих сферах життя.

Діагностичні критерії ССФ за MINI 4,0

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Протягом останнього місяця пацієнт боявся опинитися в центрі уваги чи компрометації в соціальних ситуаціях. | ні | так |
| 2. Цей острах був надмірним, або безпідставним. | ні | так |
| 3. Пацієнт уникає таких ситуацій, або страждає в момент знаходження в них. | ні | так |
| 4. Це погіршило його професійне чи суспільне функціонування, або викликає ускладнення чи навіть неможливість реалізації важливих цілей чи завдань в момент дії подразника. | ні | так |

Якщо на кожне з питань дається відповідь «так», можна діагностувати соціальну фобію.

В лікуванні ССФ застосовуються різні форми біхевіоральної і пізнавальної терапії в поєднанні з фармакологічною підтримкою (в першу чергу – ліки з групи СІЗЗС і венлафаксин). Лікування повинно тривати щонайменше рік. За результатами досліджень ССФ має хронічний перебіг, а ремісії спостерігаються дуже рідко. Саме з цієї причини, особи, котрі страждають ССФ, шукають різні форми самолікування і дуже часто попадають в залежність від алкоголю й інших психоактивних речовин. Багато пацієнтів з нерозпізнаним ССФ потрапляють до закладів лікування залежностей з приводу залежності.

Розлади особистості

Особистість – це «багатофакторна динамічна структура, котра інтегрує і регулює поведінку людини, а також її взаємовідносини з зовнішнім світом» (Jakubik 2002). Розлади особистості – це стійкі моделі поведінки і стосунку до самого себе, а також інших людей, котрі з огляду на їх якість і інтенсивність ускладнюють індивіду правильне функціонування. Ці моделі відходять від культурних норм, а також характеризуються негнучкими реакціями на різні соціальні й індивідуальні ситуації. Розлади особистості є

однією з форм психічних розладів кількісного характеру і охоплюють різноманітні форми патологічних змін особистості. Ці розлади діляться на дві категорії: розлади структури особистості (структура – це визначена конфігурація рис) і розлади рис особистості (риси – це скорочений опис певної поведінки). Діагностика і диференціювання обох категорій є надзвичайно складною справою.

Серед осіб, котрі лікуються з приводу залежності від алкоголю, найчастіше зустрічаються антисоціальні особистості і прикордонні особистості (типу *borderline*). Перші з них – це, відповідно до МКХ-10, дисоціативні особистості. Їх характерні риси це: нехтування суспільними нормами, низький поріг агресивної поведінки, тенденція до звинувачення інших, численні конфлікти з оточенням, конфлікти з законом, а також імпульсивність, дратівливість, агресивність. З точки зору дослідників великий вплив на формування такої особистості мають генетичні фактори, але не можна також виключити вплив мікропошкоджень мозку (наприклад пов'язаних з пологам). Другі – це емоційно нестабільні особистості – їм притаманні: мінливі настрої і емоційна нестабільність; імпульсивний тип: схильність до неконтрольованих імпульсивних дій і емоційних вибухів, а також прикордонний тип (*borderline*): викривлений образ самого себе, своїх цілей і пріоритетів, постійне почуття внутрішньої порожнечі, схильність до входження в інтенсивні нетривалі зв'язки з іншими людьми, а також тенденція до самопошкоджень, в тому числі до погроз і спроб самогубства. Вплив на появу розладів типу *borderline* має, ймовірно, вроджена дисфункція ЦНС (центральної нервової системи) у сфері регулювання емоцій, що тягне за собою труднощі з пануванням над інтенсивними емоціями, надмірні реакції при їх появі і подовжений період повернення до стану рівноваги.

Особистості з розладами особистості становлять 10 – 13% загальної популяції. Схильність до вживання алкоголю і інших психоактивних речовин є спільною рисою осіб з розладами особистості. Антисоціальній особистості алкоголь допомагає досягнути стану збудження (стимуляції) і полегшує функціонування, яке суперечить соціальним нормам. Особистість *borderline* користується допомогою алкоголю, щоб легше прийняти саму себе, опанувати страх чи здійснити самознищення. Дослідження свідчать про те, що 10 – 20% чоловіків і 5 – 10% жінок, котрі лікуються з приводу залежності від алкоголю, до того як почати пити, виявляли симптоми антисоціальної особистості. Натомість у 13 – 28% осіб, котрі зголошувалися на лікування з приводу залежності від алкоголю, діагностовано розлад особистості типу *borderline*.

Лікуючи пацієнта, у якого підтверджено наявність супутнього розладу особистості, варто пам'ятати, що саме у цьому випадку необхідно, щоб перебіг терапевтичного процесу

координувала і контролювала одна особа. До цієї особи необхідно направляти пацієнта у всіх (навіть дрібних) справах. Тут важлива також добра комунікація між членами терапевтичної команди, рекомендована директивність, а також винятково послідовна реалізація настанов, які виникають з терапевтичного контракту. В процесі терапії незмірно істотним є зміцнення позитивної поведінки. Одночасно необхідно пам'ятати про небезпеку поділу, і навіть розпаду терапевтичної групи, втягнення терапевтів в інтриги (одні «за», інші «проти» пацієнта), треба рахуватися з маніпуляціями, котрі полягають, наприклад, у постійному зверненні до різних терапевтів з проханням про допомогу в вирішенні проблем, а також з оцінюванням терапевтів, тобто критикою одних і хвалінням інших. Добре час від часу проводити тести на вміст ліків.

Необхідно також брати до уваги факт, що поява змін в діапазоні деяких рис особистості (зокрема спад емоційного життя, зuboжіння інтересів, послаблення суспільної мотивації діяльності, ослаблення здатності планування) може бути ефектом органічних змін головного мозку. Проте ці стани зустрічаються рідко і стосуються кількох відсотків осіб, uzалежнених від алкоголю.

Органічні розлади

Міжнародна класифікація хвороб описує групу психічних розладів³², згрупованих разом у зв'язку з наявністю явних етіологічних факторів, а саме – причиною цих розладів є хвороби головного мозку, травми головного мозку чи інші пошкодження, що ведуть до церебральної дисфункції. Ці розлади можуть бути первинними (як наслідок безпосереднього ушкодження головного мозку) і вторинними – при хворобах, котрі несприятливо впливають на головний мозок (поряд з іншими органами та системами).

Серед uzалежнених від алкоголю зустрічаються особи з інтелектуальним дефіцитом (незначного ступеню порушенням когнітивних функцій чи не дуже глибокою деменцією). Щодо таких людей в процесі терапії потрібно проявляти особливу обережність і підходити до них індивідуально. Важливо ідентифікувати тих осіб, у яких низький рівень інтелекту є

³² До органічних психічних розладів відносяться:

- деменція (при хворобі Альцгеймера, васкулярна (судинна) і при інших хворобах,
- органічний амнестичний синдром, не викликаний психоактивними речовинами,
- делірій, не викликаний психоактивними речовинами,
- інші розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку або внаслідок соматичної хвороби (напр., делірійний розлад органічного генезу, емоційні, тривожні, емоційні лабільні розлади органічного генезу і т. ін.)
- розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку (напр., органічний розлад особистості при епілепсії, після операції на головному мозку, після запалення головного мозку, після стусу чи контузії головного мозку, так званий психоорганічний синдром, енцефалопатія, характеропатія).

наслідком педагогічної занедбаності і дати їм можливість підтягнутися в рамках окремої, індивідуалізованої терапевтичної програми.

При деменції легкого ступеню важкості пацієнти з подвійним діагнозом можуть успішно користуватися стандартними програмами терапії залежностей. Перед початком такої програми вимагається ретельна оцінка схильності пацієнта до імпульсивних дій, а також його втомлюваності і здібностей до навчання та засвоєння програми. Наявність серйозних труднощів у навчанні і неможливості контролювання імпульсивних дій може бути протипоказанням для участі в стандартній програмі психотерапії залежностей.

При плануванні лікування необхідно встановити причини виникнення органічних змін, оцінити інтенсивність і частоту імпульсивних дій. Варто також в'яснити, яким було функціонування пацієнта до появи розладів пізнавальних функцій, ступінь покращення підчас можливих попередніх терапій, а також можливості пацієнта для ведення самостійного життя. Оцінити глибину органічних змін допоможуть нейро-психологічні тести, які визначають дефіцити пацієнта, а також його вразливість. Оскільки дехто з пацієнтів приймає психотропні, протисудомні ліки чи антидепресанти, необхідно пам'ятати, що деякі з них можуть посилювати пізнавальні дефіцити і викликати занепокоєння. Крім того в 70-ті роки минулого століття почали говорити про так звану «зворотну (реверсивну) деменцію», котра зустрічається у незначному відсотку випадків.

У випадку ствердження змін настільки глибоких, що це робить неможливим використання в повній мірі програми терапії залежності, необхідно сконцентруватися на полегшенні пацієнту контакту з рухами самопомоги (АА, клуби абстинента), де він знайде зрозуміння, а також познайомиться з особами з подібними проблемами.

Необхідно пам'ятати, що пацієнти з пізнавальними дефіцитами можуть бути предметом глузування і різного типу неперемірливих жартів з боку інших пацієнтів, тому вони нерідко вимагають спеціального захисту.

Подвійний діагноз і шизофренія

Особливий виклик, як для психіатричної медичної допомоги, так і для наркологічної, становлять пацієнти хворі на шизофренію, узалежнені від психоактивних речовин, або ті, що мають тенденцію до зловживання ними. Вживання психоактивних речовин стимулюючої дії викликає загострення симптомів шизофренії, а також значне погіршення перебігу цієї хвороби. Багато пацієнтів приймають психоактивні речовини з метою poradити собі зі страхом чи продуктивними симптомами. Існують наукові повідомлення, в котрих говориться, що особи, котрі хворіють на шизофренію, більш вразливі до дії

психоактивних речовин. Обстежуючи пацієнта з шизофренічними розладами і супутньою залежністю від психоактивних речовин, ми мусимо задати головне питання: чи вживання цих речовин спричинило появу психічних розладів, чи тільки активізувало приховану схильність?

До проблем, які найчастіше спостерігаються підчас лікування осіб хворих на шизофренію, котрі одночасно приймають психоактивні речовини, відносяться:

- Нерегулярний прийом ліків – протипсихотичні ліки, котрі відіграють головну роль в процесі лікування і «контролюють» психотичні симптоми, повинні прийматися регулярно.
- Випадіння з дотеперішніх ролей – ці пацієнти часто мають проблеми з концентрацією, короткотривалою пам'яттю, абстрактним мисленням, часто не зазнають позитивних емоцій, мають пізнавальні дефіцити, негативні симптоми, труднощі з виконанням щоденної діяльності (харчування, покупки, гігієна і т. ін.), не завжди розуміють необхідність прийому ліків. Це призводить до того, що в суспільній ієрархії вони, в більшості випадків, займають найнижчі позиції, дуже часто це самотні, бездомні і безробітні люди.
- Недотримання вимоги цілковитої абстиненції від алкоголю й інших психоактивних речовин. Прийом психоактивних речовин особами хворими на шизофренію дуже ускладнює їх лікування, тому що викликає посилення психотичних симптомів (напр., посилюються галюцинації), збільшує частоту госпіталізацій, призводить до зростання популяції бездомних. Одночасно ці пацієнти взагалі не дотримуються рекомендацій лікаря і занедбують контракти з установами охорони здоров'я, а також соціальної опіки.

Головні принципи ведення пацієнтів, котрі страждають на шизофренію і одночасно демонструють симптоми залежності від психоактивних речовин (чи зловживання ними), це:

1. необхідність прийому ліків з метою контролювання симптомів шизофренії і одночасне дотримання цілковитої абстиненції від психоактивних речовин;
2. систематичні візити до лікаря-психіатра і терапевта залежностей – рекомендації повинні бути простими, структуралізованими і часто повторюваними;
3. участь в груповій психотерапії, в т. ч. в інформаційних заняттях на тему психічної хвороби, а також вживання психоактивних речовин, поєднаних з модифікованою програмою терапії залежностей (а також з модифікованою програмою 12 кроків);

4. вельми показані тренінги, направлені на соціалізацію – навчання соціальним навичкам, тренінг ведення розмови, терапія зайнятості, тренінг праці;
5. психоосвіта сім'ї – дуже істотний елемент терапевтичної програми.

В період посилення симптомів хвороби в більшості випадків необхідна госпіталізація пацієнта, пізніше – після відступу гострих симптомів – подальше лікування може відбуватися в денному стаціонарі чи в поліклініці. Дуже важливим є забезпечення пацієнту середовищної опіки, особливо в ситуації, коли він самотній. Вживання алкоголю, або психоактивних речовин для осіб з шизофренічними розладами винятково шкідливе. Дослідження показали, що пацієнти з шизофренічними розладами, котрі палять марихуану, навіть якщо регулярно і у відповідних дозах приймають протипсихотичні ліки, частіше ніж інші переживають психотичні епізоди.

Існують певні труднощі з використанням пацієнтами хворими на шизофренію досвіду програми самодопомоги 12 кроків Анонімних Алкоголіків чи Анонімних Наркоманів. Деякі формулювання, що містяться в цій програмі, можуть посилювати розлади мислення, вплітатися, напр., в маячення. У зв'язку з цим опрацьовано модифіковану версію програми 12 кроків для пацієнтів хворих на шизофренію. Перший крок полягає у визнанні неможливості самостійно справитися з хворобою, а також у погодженні з існуванням як однієї, так і другої хвороби. Оскільки другий і третій кроки, котрі звертаються до «Вищої Сили», можуть посилювати психотичне мислення – не варто обговорювати їх в період посилення психотичних симптомів, особливо з пацієнтами, у котрих мають місце маячні ідеї релігійного змісту. Лише на пізніших етапах лікування, у стані відносної стабілізації можна обговорити з пацієнтом різницю між духовним підходом до життя і релігійним маяченням. Рекомендовано тільки після відносної стабілізації процесу мислення включати пацієнтів в терапевтичні групи, котрі використовують програму 12 кроків. Інколи достатньо 3 – 4 доби прийому нейролептиків, щоб досягнути такого поліпшення. Крім груп з модифікованою програмою 12 кроків існують також групи самодопомоги *double trouble*, створені спеціально для осіб з подвійним діагнозом.

Особливості терапії осіб з подвійним діагнозом

Пацієнти з подвійним діагнозом частіше за інших переживають різного типу кризи, також мають більше серйозних і хронічних медичних, емоційних чи соціальних проблем із з цього приводу в цілому довше лікуються. Психотична декомпенсація чи погіршення психічного стану за інших обставин часто є причиною повернення до вживання алкоголю чи наркотиків. Тому потрібно бути готовим до того, що прогрес у лікуванні таких осіб буде

значно повільніший. Охоплення лікуванням пацієнтів з подвійним діагнозом є дуже складною задачею. Узалежені особи рідко признаються у своїй проблемі, переважно вони мінімізують симптоми власної залежності і пов'язані з нею проблеми. «Психіатричні» пацієнти також досить часто заперечують свої хвороби. Натомість пацієнти з подвійним діагнозом відносяться до своєї хвороби з «подвійним» запереченням і тому «вдвоє» важче переконати їх в необхідності лікування.

Додатковим ускладненням є той факт, що більшість осіб з подвійним діагнозом не в стані повною мірою користуватися програмою психотерапії залежностей. Багатьом особам проблеми з концентрацією чи розлади пізнавальних функцій перешкоджають у розумінні лекцій. Особи, котрі страждають на депресію, мають труднощі зі вставанням з ліжка і тому участь у програмі може стати для них неможливою. Подібна ситуація з параноїдальними пацієнтами, котрі, напр., можуть бути переконані, що інші розмовляють про них між собою. Це може посилити психотичні симптоми чи думки про самогубство.

Після правильно проведеного діагностичного процесу, на етапі планування лікування можна скористатися шкалою, опрацьованою ASAM (American Society of Addiction Medicine), котра полегшує вибір оптимальної форми допомоги для пацієнта з подвійним діагнозом. Ці критерії визначають п'ять рівнів опіки над пацієнтами: перший – рання інтервенція, другий – опіка на рівні поліклініки, третій – інтенсивна опіка на рівні поліклініки, або часткова госпіталізація, четвертий – стаціонарне лікування і п'ятий – інтенсивне стаціонарне лікування.

Рівень опіки визначається за результатами оцінки шести незалежних симптомів (чинників):

- гостра інтоксикація – абстинентний синдром (відміни);
- соматичний стан пацієнта;
- поведінка і емоційний стан пацієнта;
- позитивне ставлення до лікування – неприйняття лікування;
- рецидив хвороби, ризик продовження вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин;
- перебіг одужання і життєві умови.

У підлітків додатково береться до уваги сьомий чинник – здатність родини допомагати в процесі лікування.

Після оцінки психічного стану, а також інтенсивності симптомів залежності від психоактивної речовини, пацієнтів, залежно від їх потреб у лікуванні, можна поділити на чотири типи.

I тип. Пацієнти з важкими психічними розладами і глибокою залежністю від психоактивних речовин, котрі вимагають лікування в психіатричних відділеннях і одночасно довготривалого лікування залежності.

II тип. Пацієнти з важкими психічними розладами і невеликою залежністю від психоактивних речовин, котрі, головним чином, повинні користуватися психіатричною опікою з можливістю отримання консультації спеціалістів психотерапії залежностей.

III тип. Пацієнти, котрі демонструють легкий психічний розлад і важку залежність, і повинні після компенсації психічного стану отримати можливість участі в програмі психотерапії залежності (в рамках цілодобової чи денної програми терапії) з можливістю психіатричної консультації.

IV тип. Пацієнти з легким психічним розладом і не дуже інтенсивною залежністю від психоактивних речовин, котрі можуть користуватися консультаціями як спеціалістів-психіатрів, так і спеціалістів психотерапії залежностей.

Терапія осіб з подвійними розладами повинна бути інтегрованою і охоплювати обидва розлади одночасно. Така терапія повинна тривати довго, бути гнучкою, а також призводити до посилення у пацієнта самоконтролю і викриття остерігаючих сигналів рецидиву. Дуже важливим елементом є систематичний прийом нейролептиків, а також тренінг соціальних умінь і тренінг навичок вирішення проблем щоденного життя.

Вибір методу лікування залежить від актуального психічного стану пацієнта, а також від встановленого діагнозу. Відомо, що пацієнт в гострому психозі, з суїцидальними думками, незважаючи на те, чим викликаний його стан, вимагає психіатричного нагляду. Отже, першочерговим завданням є подолання гострих симптомів, і тільки пізніше проведення подальшої діагностики і ймовірне скерування пацієнта на терапію залежності. Пацієнти з добре контрольованим за допомогою ліків психічним станом, або пацієнти з неінтенсивними психічними симптомами, можуть користуватися стандартними програмами терапії залежностей, або успішно приймати участь в зустрічах співтовариства Анонімних Алкоголікв. Програму 12 кроків реалізують групи DRA (Double Recovery Anonymous – Подвійне Анонімне Одужання), а також DTR (Double Trouble in Recovery – Подвійні Проблеми Одужання).

Найчастіші діагностичні помилки

Абстинентний синдром (синдром відміни) може імітувати різні соматичні захворювання. Це пов'язано з тим, що симптоми цього синдрому не характерні виключно для нього самого. Особливо часто їх помилково вважають симптомами неврозу. Щоб розпізнати цей синдром, необхідно встановити, чи появилися симптоми протягом 36 годин від моменту припинення вживання алкоголю чи наркотиків, тобто тоді, коли під час «запійного» вживання психоактивної речовини, або спроби його переривання, дійшло до зниження рівня алкоголю, лікарського засобу чи наркотику в крові. У невеликому відсотку випадків (менше ніж 5% госпіталізованих пацієнтів) ускладненням алкогольного абстинентного синдрому можуть бути гострі алкогольні психози, такі як алкогольний делірій (*delirium tremens*) чи гострий алкогольний галюциноз.

При абстинентному синдромі дуже важливою є правильна діагностична тактика, котра дозволяє виключити супутні соматичні хвороби, такі як внутрішньочерепна гематома, інші отруєння, інфекції, гіпо- чи гіперглікемічні стани, оскільки вони також можуть давати симптоми психічних розладів.

Як серйозні соматичні, так і психічні ускладнення (наприклад, делірій, галюциноз чи депресивні стани з суїцидальними тенденціями) повинні лікуватися в спеціалізованих закладах.

Розлади мислення і сприйняття, котрі спостерігаються в перебігу гострих і хронічних алкогольних психозів інколи трактуються як симптоми психічних розладів іншої етіології (екзо- чи ендогенної). Розлади мислення стосуються змісту мислення (маячні ідеї, надцінні ідеї, нав'язливості)³³, перебігу мислення³⁴, а також логічного мислення (так звані формальні розлади мислення). Розлади сприйняття – це ілюзії і галюцинації.

Алкогольний галюциноз чи алкогольний делірій³⁵ інколи помилково діагностуються як шизофренічні розлади³⁶. Галюциноз – це психоз, при якому на

³³ Надцінні думки – приписування собі особливих можливостей, талантів, значення чи злої долі, пошкодження, відсторонення.

Нав'язливості – симптоми, котрі полягають у примусовому переживанні думок чи імпульсів, або виконанню певний дій, при повній свідомості їх абсурдності, і незважаючи на зусилля, направлені на те, щоб їм протистояти.

³⁴ Розлади перебігу стосуються кількості (зменшення кількості висловлень, пов'язане, наприклад, «спустошенням» мислення, зубожінням діапазону тем, гальмуванням чи прискоренням перебігу, безліччю думок – ментизмом), темпу розумової продукції і її безперервності.

³⁵ Див. розділ «Проблеми зі здоров'ям. Психіатричні ускладнення».

³⁶ Шизофренічні розлади – це група психозів неясної етіології, спільною рисою котрих є виникнення більш чи менш виразної, повільніше чи швидше наростаючої дезінтеграції (*schizis* – розщеплення, розпад)

передній план висуваються галюцинації, котрі можуть супроводжуватися маячними ідеями. У перебігу залежності від алкоголю найчастіше зустрічається слуховий галюциноз, і значно рідше дотиковий (так зв. паразитарне безумство).

Абстинентні судомні напади, котрі називають також «алкогольною епілепсією» (див. розділ «Проблеми зі здоров'ям. Психіатричні ускладнення») інколи трактуються як окрема хвороба - епілепсія. Насправді напади в обох випадках схожі, проте абстинентні виникають виключно безпосередньо після припинення вживання алкоголю і не з'являються в період тривалого утримання від вживання. У зв'язку з цим вони не вимагають постійного фармакологічного лікування. Помилкова діагностика і призначення протисудомних ліків не одну особу привели до чергової залежності.

Особи з інвалідністю

Результати дослідження стану здоров'я свідчать про те, що в 2004 році в Польщі жило майже 6 млн дорослих (у віці 15 років і старших) осіб з інвалідністю, тобто майже 19% популяції у віці 15 років і старших (жінок – 19,7%, чоловіків – 17,9%). Причиною інвалідності дорослих були по черзі: хвороби системи кровообігу (у 49% цієї групи), далі ушкодження і захворювання опорно-рухового апарату (46%), ушкодження і хвороби органів зору (близько 30%), слуху (14%), неврологічні захворювання (29%), а також психічні хвороби (10%).

Інвалідність може стосуватися опорно-рухового апарату, нервової системи, органів мовлення, органів чуття, а також може бути наслідком процесу лікування (наприклад, ампутація, чи трансплантація). Може також бути вродженою, набутою поступово чи раптово. Для вродженої інвалідності характерне поступове зростання змін в соціальній ситуації. Джерелом загрози є відсторонення і неприйняття з боку інших людей. Домінуючими почуттями стають приниження і сором, а також розпач і страх, котрі можуть допровадити до негативних почуттів, як щодо самого себе, так і до інших людей.

Поступове набуття інвалідності викликає повільне наростання змін в мисленні, а також в поведінці. Буває так, що перші ознаки інвалідності нехтуються особою, котра їх зазнає, і лише посилення симптомів викликає наростання занепокоєння і погіршення настрою, що в якийсь момент стає переважаючим емоційним станом, котрий час від часу переривається надією на зцілення.

особистості. Крім того для них характерні так звані продуктивні симптоми (розлади мислення і сприйняття), а також неадекватний і сплоснений афект.

Раптова інвалідність викликає серйозний шок, котрий призводить до порушення структури особистості і дезорганізації поведінки. Спочатку на передній план висувається різке зниження настрою і активності, і одночасно з'являється позиція відмови і відступу, почуття несправедливості, жалю і розпачу, може також появитися злість і агресія.

Сприйняття самого себе через призму обмеження власної здатності досить часто призводить до зниження почуття власної вартості, заниженої оцінки своїх можливостей, загального зниження самооцінки, котрі супроводжуються станом пониженого настрою і апатії. Поступове пізнання наступних обмежень і боротьба з абсолютно новими проблемами, специфічними для даної інвалідності, а також подальші невдачі підтверджують власну неповноцінність, непридатність і закріплюють цей несприятливий образ самого себе, а також пов'язані з ним негативні емоційні стани.

Проблема полягає у тому, що не кожна людина володіє психічними засобами і вміннями необхідними для того, щоб чинити опір цим труднощам. На образ самого себе впливає також відношення оточення до особи з інвалідністю, тому що воно може відноситися до особи з інвалідністю з зацікавленістю і турботою, але може теж відштовхувати її від себе. Особи з алкогольною проблемою найчастіше відштовхуються (наприклад, дорожньо-транспортна пригода трактується як «божа кара» за пияцтво, можна почути, що «сам винуватий, коли б не пив, то цього не сталося б»).

Дослідження підтверджують, що значна частина осіб з інвалідністю намагається знайти вирішення своїх проблем за допомогою втечі в алкоголь, ліки чи наркотики.

Використання алкоголю чи інших психоактивних речовин для покращення самопочуття стосується кожної з наведених вище груп, і більш імовірно тоді, коли ці особи:

- негативно оцінюють своє майбутнє;
- демонструють збайдужіння щодо оточення;
- відчують загрозу з боку інших осіб;
- уникають братися за щось нове;
- остерігаються невдачі, стають апатичні і пасивні;
- полишають завдання, які виконували до травми, визнаючи неможливим їх закінчення.

Шкідливе вживання алкоголю, залежність від алкоголю чи інших психоактивних речовин є дуже серйозною проблемою, наприклад, в середовищі глухонімих. Надання допомоги цим особам ускладнюється, а інколи стає навіть неможливим, через труднощі зі спілкуванням (незнання терапевтами мови жестів, відсутність вміння читати по губах у частини

глухонімих), необізнаність зі специфічною культурою глухонімих, а також проблеми з дотриманням анонімності.

Особи, котрі перенесли важкі травми (ДТП), з пошкодженнями органів опорно-рухового апарату і хронічними больовими синдромами теж досить часто звертаються до алкоголю і інших психоактивних речовин. Статистичні дані також говорять про те, що більшість випадків стається після вживання алкоголю чи наркотиків, а чоловіки в 4 рази частіше стають винуватцями цих ситуацій, ніж жінки. За результатами досліджень, проведених в США, від 25 до 52% осіб, що приймаються до лікарні - це жертви випадків, котрі на момент їх здійснення були під впливом алкоголю, 58% хірургічних операцій виконувалися на особах, в крові чи сечі котрих був присутній алкоголь, 25-68% осіб, котрі приймалися до лікарні мали в анамнезі нещасні випадки, пов'язані з алкоголем. Відокремлено навіть типи залежності від алкоголю у осіб, котрі перенесли травми (нещасні випадки). Тип А характеризується тим, що вживання алкоголю було причиною випадку і, як наслідок, інвалідності, натомість тип В тим, що особа з інвалідністю почала пити алкоголь після випадку. Тип В має більше шансів справитися з проблемою, ніж тип А. Особи, котрі перенесли одночасно черепно-мозкову травму, страждають не тільки соматичними проблемами, але мають також багато і психіатричних. Проблема вживання алкоголю і інших психоактивних речовин, на жаль, дуже часто обминається, або трактується як малоістотна і другорядна в процесі реабілітації цих осіб. Додатковою проблемою в лікуванні залежності у осіб з хронічним больовим синдромом є необхідність прийому ними різних знеболюючих лікарських засобів, частина з яких має узалежнюючі властивості. Узалежні особи з хворобами органів руху, інтелектуально повноцінні і бажані лікуватися, не можуть скористатися програмами психотерапії залежностей, головним чином, через архітектонічні бар'єри. Спроби змінити цю ситуацію натикаються на абсолютну відсутність зрозуміння і зацікавленості на всіх рівнях влади.

На жаль, незважаючи на конституційні гарантії, а також закони, що містять відповідні урегулювання міжнародних актів, ратифікованих і прийнятих Польщею, особи з інвалідністю зазнають обмежень в доступі як до охорони здоров'я, так і до освіти, ринку праці, культурних цінностей і т. ін.. Це також стосується обмежених можливостей користування лікуванням залежностей. Інтеграція інвалідів повинна полягати не стільки в адаптації їх до життя в незміненому середовищі, скільки в пристосуванні середовища до їх потреб. Тому необхідно створювати простір, в якому розвиватися і гідно жити могли б як здорові, так і люди з обмеженими можливостями. Однією з форм створення такого простору було б забезпечення особам з інвалідністю доступу до програм терапії

залежностей, а до того підготування відповідних умов, в тому числі і ліквідація архітектонічних бар'єрів, а також навчання спеціалістів, котрі знають специфічні проблеми осіб з інвалідністю і їх сімей.

Особа з інвалідністю, узалежнена від алкоголю чи теж інших психоактивних речовин, передусім повинна перестати вживати алкоголь чи наркотики, і тільки після цього можна їй допомогти в погодженні з інвалідністю і навчити функціонувати в специфічних для неї і для її інвалідності умовах. Одночасно необхідно включати в процес терапії найближчих осіб, котрі повинні навчитися жити в світі осіб з інвалідністю, без демонстрації поведінки несприятливої для такої особи (наприклад, надмірного виправдання чи допомоги).

Особа з нетрадиційною сексуальною орієнтацією

Особа з нетрадиційною сексуальною орієнтацією, або геї, лесбійки, бісексуали і трансгендери (ЛГБТ) належать до так званих важких пацієнтів. Це пов'язано як зі стереотипами, пануючими в суспільстві щодо цих осіб, так і з їх індивідуальними проблемами функціонування в групі гетеросексуальних осіб. Рівень знань терапевтів і інших пацієнтів на тему цієї популяції може полегшити, або ускладнити лікування особі з нетрадиційною сексуальною орієнтацією.

Проведені в США дослідження свідчать про те, що проблема залежності від алкоголю торкається близько 30% осіб нетрадиційної сексуальної орієнтації, тоді як в загальній популяції ця проблема стосується тільки 10%. Вживання алкоголю й інших психоактивних речовин в цьому середовищі спостерігається значно частіше, ніж в цілому в суспільстві. Виявилось, що кількість молодих ЛГБТ, які вживають алкоголь, в два рази більша; тих, що вживають марихуану, – в три рази, кокаїн – в десять разів, інгаляційні наркотики – в два рази, і внутрішньовенні – в десять разів більша, ніж в загальній популяції (Garofalo і співавт. 1998).

Негативне чи навіть вороже ставлення до гомосексуальної меншини найчастіше є наслідком переконання, що гомосексуалізм – це справа вибору, поведінка геїв чи лесбійок – це гріх, а особа нетрадиційної сексуальної орієнтації – це збоченець і девіант, який є поважною загрозою для осередка суспільства, яким є сім'я. З великою підозрілістю приймаються результати досліджень, котрі свідчать про те, що передумови сексуальної орієнтації формуються на генетичній основі чи в пренатальний період, в кожному разі настільки рано, що це виключає можливість свідомого вибору. Багато осіб категорично протестують проти визнання гомосексуалізму однією з норм сексуальності людини.

Свідомість цих негативних суспільних позицій щодо осіб нетрадиційної сексуальної орієнтації, нетерпимість і зневага, відчуття прикрості і приниження, низька самооцінка, і нерідко відсторонення з боку сім'ї можуть викликати втечу в залежність від психоактивних речовин, або застосування іншої форми аутодеструкції, в крайніх випадках самогубство.

Особи, котрі займаються наданням допомоги узалежненим, мусять знати, що найважливішою подією в житті особи нетрадиційної сексуальної орієнтації є т. зв. *coming out*, тобто викриття власної сексуальної орієнтації. Спочатку така особа усвідомлює це сама, пізніше відкриває таємницю своїм батькам і близьким родичам, а далі друзям і співробітникам. Потрапляючи на терапію, вона стикається з проблемою відкриття своєї орієнтації перед терапевтами й іншими пацієнтами. Боязнь незрозуміння і відсторонення, а інколи страх перед тим, що замість терапії залежності буде відбуватися лікування гомосексуалізму, викликає старанне приховування своєї орієнтації, і нерідко відмову від терапевтичної програми. В терапевтичній праці необхідно концентруватися на проблемі залежності, а під час вступної розмови питання, котрі стосуються сімейного життя, необхідно задавати дуже обережно. Терапевтом узалежненої особи нетрадиційної орієнтації не може бути той, хто не схвалює гомосексуалізму і вважає його хворобою, або соціальною девіацією.

В цьому місці я дозволю собі присвятити трохи місця терапевтичній програмі в центрі PRIDE, що в США³⁷. Оскільки це абсолютна новина в нашому лікуванні, я зупинюся на головних принципах цієї програми.

Підхід до осіб нетрадиційної сексуальної орієнтації в цьому центрі опирається на теорію Касса (1979), відповідно до якої процес відкриття власної сексуальної орієнтації має шість фаз: загубленості, порівняння, толерантності, прийняття, самоповаги і синтезу. У фазі загубленості ЛГБТ дуже цікавиться тематикою сексуальної орієнтації, шукає інформацію в енциклопедії і слухає телевізійні програми на цю тему. Свою поведінку пояснює, використовуючи механізм заперечення – «буває, що я сплю з особами тієї самої статі, але тільки коли вип'ю», або застосовує стратегію непорочності – «прокинувся(лася) з ним (нею), поняття не маю, як це сталося». У фазі порівняння така особа допускає, що може мати іншу, ніж гетеросексуальну орієнтацію, а погоджуючись зі своєю гомосексуальною поведінкою не окреслює її як ЛГБТ – «може виглядаю чи веду себе як ЛГБТ, але не сплю з ЛГБТ, тому не є одним (однією) з них». Часто поводитьься так, якби належав(ла) до

³⁷ Romaniuk J.R., Czy geje i lesbiszki są trudnymi pacjentami, „Terapia Uzależnienia i Współ-uzależnienia” 4, 1999

гетеросексуальної більшості і, наприклад, негативно висловлюється про гомосексуалізм, і інколи засновує сім'ю. Власне ці особи, переповнені фальшем, соромом і почуттям провини, найчастіше звертаються до алкоголю і наркотиків. У фазі толерантності ЛГБТ перестає заперечувати власну сексуальну орієнтацію, а у фазі прийняття погоджується з нею і починає шукати контакти з середовищем і культурою ЛГБТ. Узалежна від алкоголю особа, яка одужує, ходить на зібрання Анонімних Алкоголіків для ЛГБТ, а той, що шукає допомоги, відшукує терапевта приязного до гомосексуальних осіб. Активісти руху ЛГБТ, ті, котрих ми бачимо в засобах масової інформації, це особи в фазі самоповаги. У фазі синтезу ЛГБТ включаються в життя суспільства, усвідомлюючи, що гетеросексуальна більшість не вся проти ЛГБТ, так само, як не кожний ЛГБТ є ідеалом. Цих осіб ми не бачимо, вони здорові і задоволені життям, і ймовірно мають партнерів, з котрими підтримують стосунки багато років. Але не розповідають про нього (неї) на роботі, не ставлять їх фотографій на своєму робочому столі, вони тримаються осторонь, бо життя навчило їх обережності.

Ознайомленість з перебігом процесу відкриття сексуальної орієнтації необхідна для терапевтичних потреб. Не потрібно переконувати ЛГБТ, котрий знаходиться в першій фазі, що він гей, лесбійка чи бісексуал. Потрібно трактувати їх так, як вони цього хочуть, і допомагати їм в тому, з чим до нас приходять. Якщо їх проблемою є алкоголізм, треба допомагати їм так само, як іншим особам, узалежненим від алкоголю. Якщо ж пацієнт натякне, що в його житті проблеми ЛГБТ мають якесь значення, тоді є місце і час на виявлення зацікавленості, задавання питань, і перш за все на те, щоб бути готовим до будь-якого висловлення. Той, хто знаходиться в перших фазах відкриття, може часто змінювати свою історію і за кожним разом вірити в те, що розповідає. Коли на це накладеться характерне для узалежнених осіб заперечення, то тоді буде дуже важко зрозуміти дійсність, в якій живе пацієнт.

Особа, котрі закінчили терапевтичну програму центру PRIDE, в 74% випадків утримують тверезість протягом року після лікування. Інші центри, котрі також приязні до ЛГБТ, але не спеціалізуються в лікуванні узалежнених ЛГБТ, можуть похвалитися «тільки» 50-відсотковим успіхом. Багато терапевтів, лікарів і дослідників пишуть про те, що найкращі результати мають ті ЛГБТ, котрі реалізували четвертий і п'ятий кроки програми 12 кроків АА. Це, зазвичай, момент відкриття своєї власної сексуальної орієнтації і перші спроби розплутування особистих проблем, розрізнення заперечення і його наслідків, пов'язаних з сексуальною орієнтацією і алкоголізмом. У програмі PRIDE терапевти допомагають як в процесі тверезіння, так і особистісного розвитку ЛГБТ. Побудова позитивного образу

самого себе як тверезої особи, узалежненої від алкоголю, а також гея/лесб'янки/бісексуала є фундаментом терапевтичної програми PRIDE.

Бездомні особи

Термін «бездомність» увійшов до польської лексики на зламі XVIII і XIX століть.

Спочатку він асоціювався з жертвами воєн і повстань, а пізніше увійшов до юридичної мови для означення ситуації осіб, котрі втратили місце проживання. За результатами оцінок на світі близько 300 млн бездомних.

Насправді немає єдиної, загальноприйнятої дефініції бездомності, але в соціологічному розумінні бездомність – це соціальна проблема, яка характеризується відсутністю місця постійного проживання – відсутністю дому. В психологічному розумінні – це криза особи, котра не володіє постійним місцем проживання, не має коштів для забезпечення основних потреб, має розірвані соціальні зв'язки і погоджується зі своєю соціальною роллю. Під час європейських семінарів, присвячених бездомності, 1985 і 1986 років були запропоновані дві рівнозначні дефініції бездомності. Перша: бездомні – це особи, котрі не можуть проживати в призначеному для них приміщенні, власній квартирі чи будинку. Друга: бездомні – це ті особи, котрі проживають на вулиці, в притулках, в інших місцях не призначених для проживання, не мають постійних доходів, заробляють виключно тимчасовою працею чи жебракуванням. У Польщі існує тільки юридична дефініція, котра міститься в Законі про соціальну допомогу, відповідно до якої бездомною вважається особа, котра не проживає в житловому приміщенні в розумінні положень про наймання житлових приміщень і житлових додатків і ніде не зареєстрована для постійного перебування в розумінні положень про облік населення і паспортизацію.

В Польщі вже в міжвоєнні роки бездомність була визнана соціальною проблемою. Вперше про це згадується в Законі про соціальну опіку від 16 серпня 1923 року, котрий визначав цілі і поняття соціальної опіки як «...заспокоєння за рахунок публічних коштів необхідних життєвих потреб тих осіб, котрі тривалий час чи тимчасово не диспонують власними матеріальними засобами, або власною працею не можуть цього вчинити [...] опіка над бездомними особами – важко постраждалими і жертвами війни».

Після Другої світової війни відповідальність за вирішення соціальних проблем взяла на себе держава, і невдовзі відповідно до концепції соціального устрою було проголошено, що в Польщі немає проблеми бездомності, тому що ця проблема існує виключно при буржуазному устрої. До 1989 року офіційно бездомності не існувало. В період між 1947 і 1989 роками діяло всього кілька притулків, в 50-і було ліквідовано всі форми допомоги

бездомним особам. Особи, котрі не мали постійного місця проживання, поселялися в робітничих гуртожитках при закладах праці і на «будовах соціалізму». Після 1989 року, внаслідок зміни устрою явище бездомності почало посилюватися, зокрема з приводу виселення з робітничих гуртожитків (напр., в зв'язку з ліквідацією місця праці).

Бездомність ставала щораз серйознішою соціальною проблемою. 1994 року кількість бездомних оцінювалася в 250 – 300 тис. осіб (за даними співтовариства MONAR), хоча їх кількість, імовірно, була значно меншою. Зі звітів, котрі після 2000 р. надсилалися неурядовими організаціями до Міністерства праці і соціальної політики, в зв'язку з виділенням дотацій на допомогу бездомним особам, впливало, що вони надавали допомогу 80 – 130 тис. осіб. Своєю чергою, кількість тих, кому формально надавалася допомога центрами соціальної допомоги, періодично змінювалася, коливаючись навколо значення 30 – 40 тис.

Причини бездомності лежать як в особистій схильності (менша здатність самостійно справлятися з життєвими проблемами, менша витривалість щодо важких ситуацій чи проблеми з пристосуванням до вимог суспільства), так і в соціальній обумовленості, зокрема у тому, як функціонують соціальні служби. Причинами бездомності в Польщі найчастіше є: розпад родини, виселення за рішенням суду, повернення з карного закладу без можливості поселення, відсутність постійних доходів, насильство в сім'ї, відсутність суспільної толерантності, залежності, ліквідація робочих гуртожитків, залишення дому дитини, повернення з психіатричної лікарні.

Дослідники проблеми бездомності вбачають її причини у:

1. в поглибленні зuboжіння певних верств суспільства в поєднанні з відсутністю дешевих помешкань;
2. слабкості служб соціальної опіки;
3. втраті праці, особливо коли особа не має відповідної освіти і професійної підготовки, що унеможливорює пристосування до нових вимог і не дає можливості знайти нове місце праці;
4. відсутності чи ліквідації соціальної підтримки, розриві емоційних зв'язків і самотності;
5. еміграції і міграції найбідніших осіб з регіонів бідності, економічно і культурно відсталих до багатших регіонів, з села до міста, до більш розвинених країн, в стремлінні покращити своє існування;

6. розумовій відсталості чи інтелектуальній недостатності, котра може допровадити до усунення індивіда з дотеперішнього середовища, або до неможливості утриматися в ньому;
7. вихованні в умовах крайньої емоційної депривації, залишенні без батьків у віці до 10 років, залишенні в виправних, опікунських і виховних закладах;
8. залежності від психоактивних речовин (алкоголю, ліків і наркотиків);
9. закритті великих психіатричних лікарень, що призводить до того, що психічно хворі, котрі роками перебували в лікарнях, опиняються на вулиці;
10. психічних хворобах з хронічним перебігом, стійких до лікування, або з якихось причин не охоплених лікуванням.

З бездомністю зв'язані такі негативні соціальні явища, як проституція, злочинність чи епідеміологічні загрози, а також безробіття (більше 90% бездомних не мають праці).

Однією з причин бездомності є згадувані раніше психоактивні речовини, зокрема і алкоголь, однак мало що відомо про те, наскільки велику роль відіграють вони, як у входженні в бездомність, так і в закріпленні цього стану. Як відомо, бездомні особи ночують на вокзалах, на ділянках в дачних будиночках, в підвалах, в каналах, в вузлах тепломереж, а також в нічліжках і притулках. Щоправда, в нічліжках і притулках заборонене вживання алкоголю і перебування в нетверезому стані, проте в багатьох закладах ця вимога не до кінця дотримується. Старші бувальці і організатори «другого життя» досконально знають, як обминути обов'язкову заборону. Інші користуються перепустками або короткотривалими «випісками», під час яких п'ють, сплять на вокзалах, у під'їздах, підвалах чи у знайомих на «малинах». Повертаються тоді, коли знають, що успішно пройдуть обстеження алкоматом. Натомість п'ють все, що містить в собі етанол, і доступне, включаючи непродуктивний алкоголь і денатурат, вживання якого є ознакою розвиненої алкогольної проблеми в цьому середовищі. Вид алкоголю залежить від фінансів, котрі добуваються як з нелегальних, так і легальних джерел (соціальна опіка, збирання і продаж вторинної сировини).

Відношення до лікування серед бездомних в цілому негативне. Важко однозначно ствердити, чому бездомні винятково неохоче і рідко користуються можливістю лікуватися з приводу залежності, тим самим погіршуючи своє становище і не використовуючи приналежних їм прав. Причин, напевно, декілька. Перша з них, властива усім узалежненим – відсутність ідентифікації з хворобою, котра посилюється соціальною ізоляцією, пов'язаною з перебуванням в середовищі осіб з подібними проблемами. Друга – це попередній негативний досвід контактів з іншими закладами

охорони здоров'я. Поліклініки і лікарні – не підготовлені до прийому такої категорії осіб, бо перед прийомом пацієнта висувають формальні вимоги і диктують такі суворі порядки, з якими бездомні не в змозі справитись, або не хочуть їм підпорядковуватися. Нерідко бездомні зустрічаються зі зневагою, нехтуванням і навіть з жорстокістю і брутальністю, особливо що стосується їх зовнішнього вигляду чи незвичної поведінки, що також знеохочує їх до контактів і пошуку допомоги. Часом персонал надмірно реагує на сам факт вживання алкоголю і його запах з ротової порожнини – бездомного можуть вигнати з кабінету тільки з цього приводу. Деякі бездомні мають негативний досвід лікування за допомогою еспералю, чи участі в програмах терапії, а відсутність житла, праці і розірвання родинних зв'язків укріплюють їх в переконанні, що немає сенсу знову пробувати. Тільки незначна частина осіб трактують бездомність як «своє дно» і тоді приймають рішення шукати допомоги.

Всупереч пануючим поглядам на тему небажання користуватися допомогою закладів охорони здоров'я, досвід показує, що бездомні охоче звертаються до таких центрів, котрі не ставлять якихось спеціальних умов, в котрих персонал здатний запропонувати їм конкретну допомогу, і відносяться до них зі співчуттям, сердечністю і повагою.

Якщо бездомна особа все ж таки вирішить взяти участь у програмі психотерапії залежності, то з'явиться під час багатомісячного запою і найчастіше буде вимагати також допомоги інших спеціалістів, з огляду на свій соматичний стан, не говорячи вже про детоксикацію і усунення абстинентних симптомів. Після закінчення стаціонарної терапії, проблемою стає продовження лікування в амбулаторних умовах через несприятливі житлові умови і повернення до пияцького середовища, котре висміює будь-які спроби справитись з алкогольною проблемою. Власне з цього приводу таке лікування рідко закінчується успіхом. У своїй більш ніж сорокарічній праці з uzалежненими особами я зустрів тільки поодинокі випадки, коли бездомні особи справились з алкогольною проблемою і бездомністю. Це вимагало від них надзвичайної стійкості і рішучості.

Зважаючи на відсутність значних успіхів у лікуванні бездомних осіб, розглядаються різні концепції, котрі беруть до уваги їх потреби в рамках загальнодоступних терапевтичних програм. Участь в цих програмах полегшує їм погодження зі своєю хворобою, переконує в тому, що це «демократична» хвороба, котра не стосується виключно так званих маргіналів і не є чимось «непристойним», як вони собі це раніше уявляли. Бездомність вважається пацієнтами більш серйозною проблемою, ніж залежність від алкоголю, а також більш соромливою. Перебування на лікуванні разом з

особами, котрі мають власне житло, працю і сім'ю позитивно впливає на поліпшення самооцінки і почуття власної вартості, і одночасно дає привід для того, щоб вчитися новим життєвим вмінням, черпати від інших енергію і надію на покращення своїх умов. Мої спостереження свідчать про те, що інші пацієнти зазвичай відносяться до бездомних осіб з повагою і підтримують їх.

Терапія залежності у бездомних осіб повинна бути тісно пов'язана з реалізацією програми виходу з бездомності. Без цього не можна розраховувати на успіх.

Розділ 16

Ефективність лікування

Ті, хто після перемоги спочив на лаврах, вже мертві.

Антуан де Сент-Екзюпері

Для оцінки ефективності терапії застосовуються оціночні дослідження, котрі можуть проводитися на різних рівнях, починаючи від оцінки окремих випадків, через оцінку методів лікування і терапевтичних програм, окремих закладів, і аж до системи лікування взагалі. В дослідженнях на тему ефективності лікування осіб, uzалежнених від алкоголю, найчастіше використовується критерій тривалості абстиненції. Через це в більшості терапевтичних програм головний наголос теж ставиться на необхідності дотримання пацієнтом повної абстиненції від алкоголю й інших психоактивних речовин. Одночасно відомо, що отримати достатньо об'єктивну картину успішності лікування можна лише тоді, коли будуть взяті під увагу також такі чинники, як фізичний і психічний стан особи, котра лікувалася, її функціонування в сім'ї і на роботі, матеріальна стабільність, а також зміна способу вживання після лікування (напр., частота вживання, кількість днів з алкоголем і без, кількість алкоголю, який вживається, тривалість запоїв, а також час, після якого особа починає шукати допомоги і т. ін.).

Частина дослідників підкреслює, що утримання абстиненції не мусить йти в парі з покращенням соціального функціонування. Під покращенням соціального функціонування можна розуміти, наприклад, більш регулярну працю, обмеження контактів з колишнім середовищем, обмеження, або припинення агресивної поведінки щодо оточення, повернення до домашніх справ і утримання сім'ї, обмеження діяльності, котра суперечить закону, чи відмова від неї, а також краще піклування про стан здоров'я, зовнішній вигляд чи житлові умови. На думку Moss і співавт. (1981) істотний вплив на успішність терапії мають такі чинники, як інтенсивність терапевтичних дій, активність пацієнта під час терапії і також його відношення до лікування.

Порівнювати дослідження ефективності лікування осіб, uzалежнених від алкоголю, надзвичайно важко, тому що групи, які досліджувалися, різняться між собою по багатьох параметрах. Це стосується, зокрема, стану здоров'я членів групи, інтенсивності симптомів і тривалості залежності, рівня мотивації до лікування, попереднього терапевтичного досвіду. В порівнюваних групах різниця може бути обумовлена також статтю, віком і соціальним статусом учасників.

Огляд 113 досліджень на тему успішності лікування, проведений Емріком (1974), дозволив встановити «правило однієї третьої», тобто 1/3 пролікованих утримує після лікування абстиненцію, 1/3 п'є менше, 1/3 не демонструє жодного покращення. Подібні результати отримали Міллер і Хестер (1980). З точки зору інших дослідників у 2/3 осіб, котрі лікувалися з приводу алкоголізму відзначається покращення, незважаючи на те, що величина успіху залежить від прийнятих критеріїв. Ще інші дослідження показали, що 70% всіх пролікованих значно зменшило кількість днів вживання алкоголю, а також досягли загального покращення стану здоров'я.

В дослідженнях успішності стаціонарної терапії, проведених в 70-ті роки в закладах лікування залежностей в Польщі, оцінювалася, швидше, ефективність перебування в лікарні і контактів з закладами лікування залежностей, ніж самого лікування. Адже «лікування» на той час обмежувалося призначенням дисульфіраму, а також ерготерапією (терапією працею) і тому на сьогодні важко сприймати таке лікування серйозно.

Проведені під кінець минулого століття і профінансовані Державним агентством з вирішення алкогольних проблем (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA)) дослідження ефективності лікування осіб, uzалежнених від алкоголю, пролікованих в закладах, котрі пропонують програми терапії залежності (дослідження АРЕТА— пол. Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików - аналіз перебігу і ефектів терапії алкоголіків в 1994-1999 роки) показали, що успішність лікування в Польщі покращується. Проте зведені результати досліджень, котрі охопили 25 тис. осіб, uzалежнених від алкоголю, не були опубліковані. Аналіз публікацій, в яких наводяться дані фрагментів досліджень, дозволяє стверджувати, що близько 40% пацієнтів, котрі пройшли дворічну психотерапію залежності, утримують тривалу абстиненцію і досягають покращення стану здоров'я і соціального функціонування. При оцінці ефективності, на жаль, не були взяті до уваги особи, котрі почали лікування, але не закінчили терапевтичної програми. Цінність цих досліджень знизив факт, що інформація, яка служила основою оцінки успішності терапії, не збиралася дослідниками ззовні, а лише

терапевтами й іншими працівниками закладів, котрі брали участь в дослідженнях (тобто оцінці підлягала успішність власних терапевтичних дій щодо частини пацієнтів).

Одночасно результати досліджень свідчать про те, що 10 - 20% осіб, котрі п'ють проблемно, перестають вживати алкоголь без професійного лікування. В англомовній літературі такі ситуації описані як *autoremission*, *natural recovery*, *untreated recovery* чи *spontaneous remission*, а в польських публікаціях як спонтанне одужання, спонтанна ремісія, натуральна ремісія чи самоцілення. Участь в рухах самодопомоги не вважається самостійним припиненням вживання. Дослідження показують, що частина осіб, котрі відважуються на самолікування, хотіли собі й іншим довести, що мають сильну волю, що знайдуть «свій метод» і розраховували на величезну втіху, коли спроба закінчиться успіхом. В інших можна констатувати вплив на рішення раціональних причин (проблеми зі здоров'ям, побоювання серйозних втрат, страх повторення небезпечних ситуацій чи вчинків, бажання бути прикладом для своїх дітей чи вплив значимих осіб), релігійних мотивів (обіцянка дана Богу, вступ до релігійної спільноти) чи емоційних причин, таких, напр., як страх. Особи, котрі самостійно перестали пити, не відважувалися на лікування з почуття сорому, боязні стигматизації і отримання ярлика алкоголіка, негативного ставлення до лікування і небажання ділитися з незнайомими особами своїми проблемами. Не приєднувалися теж до спільноти Анонімних Алкоголіків з приводу негативного ставлення до релігії, надміру духовності в спільноті АА, труднощів з ідентифікацією з іншими її учасниками, побоювання ярлика алкоголіка і відсутності погодження з метою, якою є абстиненція, чи через опір визнанню власного безсилля. Рішенню відмовитися від вживання алкоголю найчастіше передує якась криза чи серія несприятливих подій. Стратегії самоцілення можуть бути різними, від визначення собі строків (спочатку тиждень, потім місяць, далі рік, другий третій і т. д.), через ліквідацію вдома певних предметів (пляшок, чарок чи корків), аж до зміни оточення (виїзд у відокремлене місце, зміна помешкання чи праці). Рішення про припинення вживання сприяє зростанню поваги до самого себе і усвідомленню здатності до самоконтролю через участь у ризикованих ситуаціях (тестування стратегії самолікування), особистим і професійним успіхам, котрі дають відчуття, що можна надолужити втрачений час, а також інтерналізації нових соціальних ролей і віднайденню сенсу життя, а також покращенню стану здоров'я, новим зв'язкам, новим дружнім стосункам і т. ін.. Результати досліджень свідчать про те, що особи, котрі самостійно перестали пити, мали більш стабільну суспільну ситуацію (сім'я, праця) і мали кращу освіту.

Дослідження, котрі стосуються самовиліковування найчастіше не розмежовують осіб, котрі п'ють проблемно (надмірно вживають алкоголь), і uzалежнених осіб. Звідси вирішення проблеми вважається як тривала абстиненція, так і перехід від абстиненції безпосередньо після припинення вживання до «стриманого» вживання в більш пізніший період, а також поступове обмеження споживання, аж до досягнення моменту стабілізації у «стриманому» вживанні. На моє переконання, можливість повернення до «стриманого» вживання не стосується осіб з діагнозом залежності від алкоголю, а тільки тих, хто п'є зі шкідливими наслідками (зловживають алкоголем, п'ють проблемно).

Частина дослідників підкреслює тісний зв'язок між утриманням абстиненції і участю в зустрічах груп самопомоги, зокрема й груп Анонімних Алкоголіків.

Порівняльні дослідження видів і умов лікування осіб з діагнозом залежності демонструють відсутність істотної різниці в досягнених результатах. На думку багатьох дослідників, найсильніша залежність виникає між позитивним ефектом лікування і терапією достосованою до індивідуальних рис і потреб пацієнта, а також післягоспітальною опікою. Значення післягоспітальної опіки обумовлене тим, що ще багато років тому було звернено увагу на загрози, з якими стикається пацієнт безпосередньо після закінчення стаціонарного лікування і повернення до старого середовища. Саме з цього приводу в цей період дуже корисною є систематична і інтенсивна підтримка. Істотне значення для успішності лікування може також мати вплив пацієнта на вибір методу. Не менш значимою є також кількість (інтенсивність) і якість терапевтичних дій, які були проведені стосовно пацієнта, підтримка родини і середовища, а також застосування різного типу інтервенцій, націлених на покращення стосунків з оточенням. Звіти з досліджень передають переважно дуже загальну інформацію на тему терапевтичних програм, які були предметом оцінки. Одночасно відомо, що не розроблено ще такої терапевтичної програми, котра була б успішною для всіх пацієнтів.

Багато хто з читачів безперечно мав справу з особами, котрі проходили лікування з приводу залежності від алкоголю. Багато хто з цих осіб дуже швидко повернувся до вживання і в зв'язку з цим фактом появилися численні знаки запитання, а також серйозні сумніви щодо сенсу лікування залежностей. До того, як сформуванати свою власну точку зору на тему успішності лікування, необхідно, однак, ближче ознайомитися з пропонованою цим особам терапевтичною програмою, а також отримати об'єктивну інформацію щодо активності даної особи під час реалізації цієї програми. Сам факт перебування в закладі лікування залежностей ще не означає, що хтось піддався лікуванню і ним скористався.

Частина осіб, котрі приходять на терапію, хотіли б від мене довідатися, чому вони почали пити, чому попали в залежність, а після цього отримати рецепт повернення до «нормального» вживання. У таких ситуаціях я завжди питаю пацієнта, а якби поряд вибухнула пожежа, то він розмірковував би на тим, чому вона вибухнула, чи почав би гасити вогонь? Більшість осіб говорить, що взяли б за гасіння. Тоді я пропоную їм, щоб зараз зайнялися «гасінням», тобто лікуванням своєї хвороби, а пошуки причин захворювання, а також відповіді на тему можливого повернення до «нормального» вживання залишили на потім. На жаль, не всі користуються цією порадою. Я також зустрічаю багато осіб, котрі під час лікування засвоюють знання виключно на інтелектуальному рівні, здатні також поділитися цією інформацією з приятелями, проте не здатні застосувати її на практиці. Я таку ситуацію інколи порівнюю з користуванням лійкою. Кожен з нас знає, що лійка складається з верхньої – широкої частини, в формі конуса, що звужується, і вузького відрізка. До широкої частини вливається рідина, котра поволі просочується через звужену частину. Якщо ми зараз на мить уявимо собі, що знання, котрі здобуваються під час терапії, нагромаджуються в наших головах (широка частина лійки) і повинні після відповідної «обробки» просочитися до нас всередину, до наших емоцій, до нашої душі (незалежно від того, яке значення ми надаємо цьому слову), то відомо, що це станеться тільки тоді, коли не буде перешкод в тій частині, що звужується. Хтось, у кого знання просочилися до середини, повинен не тільки знати, що не може, або не хоче пити, але, що є найбільш важливим, також відчутти це. Що відбувається тоді, коли в лійці «сидить» символічний корок, котрий унеможливорює просочення цих знань? Тоді всі знання залишаються у верхній частині, часом навіть виливаються назовні (друзі дивуються рівню знань на тему проблеми), але наше нутро, наш внутрішній світ, наш емоційний стан залишається без змін. У такій ситуації алкоголь і далі залишиться дуже важливим, а часом і головним регулятором нашого самопочуття, і якщо це буде далі продовжуватися, то в нашому функціонуванні не настане жодних змін. Тоді головним завданням терапевта повинна бути допомога в забезпеченні прохідності, щоб «знаю, що не повинен пити» могло замінитися на «відчуваю, що хочу не пити». Так коротко виглядає моя відповідь на питання, котре я часто чую від пацієнтів: «Що це значить - лійка Вороновича?» Ті, хто скористається цими порадами, мають великі шанси досягти успіху.

Оцінюючи успішність терапії, котру пройшов хтось з наших знайомих, ми повинні також звернути увагу, чи особа, котра лікується, після того, як залишила терапевтичний заклад, продовжила лікування в рамках згадуваної раніше програми післягоспітальної опіки, чи реалізувала приготовлену для неї програму подальшого одужання. Занадто низька

активність, відсутність щирості і чесного погляду на себе, або переривання абстиненції під час терапії, а пізніше невиконання рекомендацій терапевтів наперед визначають відсутність ефективності. При такій позиції немає жодних шансів на припинення вживання і на одужання. Адже не можна затримати розвитку жодної з хронічних хвороб, якщо пацієнт не дотримується рекомендацій спеціаліста і, напр., не систематично приймає рекомендовані йому ліки, не виконує відповідних вправ чи не дотримується відповідної дієти.

Розділ 17

Дилеми терапевтів залежностей

*Надія приходить до людини
разом з іншою людиною.*

Данте Аліг'єрі

*Щоб наблизитись до іншої людини,
потрібно відірватися від себе.*

Стефан Гарчинський³⁸

Лікування (терапія, гр. *therapeos*) – це ряд дій з метою повернення організму рівноваги, порушеної хворобою. Лікування може стосуватися як соматичної (фізичної), так і психічної сфери. У процесі лікування беруть участь два суб'єкти, тобто хвора особа, чи пацієнт, і особа, котра лікує, чи лікар, або інший терапевт. Для того, щоб лікування було успішним, обидва суб'єкти мусять тісно співпрацювати. Пацієнт повинен виконувати рекомендації і поради лікаря чи терапевта, а особа, котра лікує мусить володіти відповідними знаннями і навиками, щоб успішно лікувати. У нас лікуванням uzалежнених осіб займаються терапевти залежностей, тобто спеціалісти терапії чи психотерапії залежностей, а також інструктори терапії залежностей.

Кожен, хто думає допомагати особам, хворим на будь-яку хворобу, а отже і uzалежненим від алкоголю, повинен усвідомлювати, що ставлення до хвороби може бути дуже різним. Хворою особою хвороба може сприйматися як:

- серйозна втрата і обмеження – в такому випадку пацієнт може зреагувати депресією і можуть навіть з'явитися думки про самогубство,
- перешкода, ворог чи виклик – тоді пацієнт протиставляється їй, а в лікарі (чи іншому терапевті) бачить союзника,

³⁸ Стефан Гарчинський (1805-1833) — поет, учасник листопадового повстання, приятель Адама Міцкевича.

- пільга – стає виправданням, звільняє від невігідних і небажаних обов'язків – в цьому випадку пацієнт не має мотивації, щоб бути здоровим,
- вигода – тому що створює нагоду для заспокоєння потреби відчувати приязні і теплі почуття, такі як опіка, допомога чи також інтерес до власної особи,
- цінність – страждання інколи змінює на краще життєву філософію, допомагає дистанціюватися від деяких справ, а також може стати стимулом до духовного розвитку хворої особи.

Перераховані вище позиції можна зустріти як у осіб, узалежнених від алкоголю, так і при інших залежностях. Проте специфічним для залежностей є те, що на відміну від усіх інших хвороб найчастіше ми маємо справу з позицією, яку я не розмістив у вищенаведеному списку. Ця позиція полягає у тому, що узалежнена особа не бачить зв'язку між існуючими проблемами, а також хворобливими змінами і вживанням алкоголю, інших психоактивних речовин чи компульсивною поведінкою. Це призводить до повного, або часткового заперечення наявності хвороби, що безпосередньо є наслідком характерного для всіх залежностей хворобливого симптому, яким є так звана система заперечення («панцир фальші»), котра перешкоджає, а інколи навіть унеможлиблює ідентифікацію з хворобою, а також погодження з її існуванням. Не даремно швейцарський письменник і філософ Генрі Фредерик Амільє (1821 – 1881) говорив: «Хворого, котрий вважає себе здоровим, неможливо вилікувати». Звідси, одним з перших завдань терапевта є розбиття, чи послаблення цього панцира.

В залежності від позиції щодо хвороби, а у випадку залежностей – залежно від сили і щільності системи заперечень – пацієнт проявляє більш чи менш позитивний, або негативний стосунок до лікування. Цей стосунок необхідно завжди брати до уваги під час опрацювання індивідуального терапевтичного плану.

З огляду на важливість проблеми, я хотів би на хвилину затриматися на позиціях щодо хвороби і хворого, а також факторах, котрі впливають на відношення пацієнта до лікування. Отже, при нагоді, я хочу звернути увагу на певний очевидний факт, про який терапевт повинен завжди пам'ятати. Кожен з тих, хто надає допомогу, з дуже подібних, що і пацієнт, причин зазнає різних почуттів щодо інших людей, а отже і стосовно пацієнта, його хвороби, а також самого лікування. Це не завжди будуть позитивні почуття. Крім радості від терапевтичного успіху, чимсь абсолютно природним буде, напр., безсилля, страх, сором, стурбованість чи теж почуття провини, пов'язане з перешкодами в реалізації поставлених перед собою і пацієнтом терапевтичних цілей. Зрозуміло, що ми не можемо уникнути цих почуттів, і тому дуже важливим стають способи їх подолання.

Нам легше буде справитися з негативними почуттями тоді, коли ми спробуємо усвідомити собі, що є їх причиною, чи має це зв'язок з нашою власною позицією, чи теж з позицією пацієнта, а може з іншими об'єктивно існуючими обставинами. Особливо важливим це буде тоді, коли ми, наприклад, переконаємося, що незважаючи на затрачені зусилля, негативні почуття щодо пацієнта залишаються в нас. Повстає питання – що тоді робити?

В таких ситуаціях є тільки один вихід – передача пацієнта колезі. Проте таке рішення вимагає великої зрілості, відповідальності, а інколи навіть відваги, якої, на жаль, не кожному і не завжди вистачає.

Ще грецький філософ Арістотель (384-322 п. н. е.) писав, що людина, котра хоче добре порозуміватися з іншими, повинна мати такі риси, як здоровий глузд, добра воля і висока моральність. Завдяки цим рисам людина може бути вірогідною і одночасно фахово виконувати свою роль. Кожен, хто приймає рішення професійно допомагати іншим і стати терапевтом залежностей, повинен про це пам'ятати. Варто також знати, що багато досліджень звертають увагу на факт, що дуже великий вплив на перебіг і результати лікування мають особисті риси терапевта, в багатьох випадках цей вплив сильніший від терапевтичних технік, котрі застосовуються.

Перед прийняттям остаточного рішення про те, щоб стати професійним терапевтом необхідно чесно і щиро відповісти собі на кілька питань: який генезис цього рішення, що є його дійсною причиною, чи, ненароком, прийняття рішення не є наслідком бажання знайти рецепт на власні проблеми, або бажання отримати можливість контролювати інших людей і впливати на них. Варто теж було б повністю усвідомлювати як світлу, так і темну сторону цієї винятково цікавої, але і надзвичайно важкої праці.

Одним із головних правил, про яке не повинен забувати жоден терапевт, є відношення до пацієнта з належною для нього повагою, оскільки без цього неможливо здобути довіру. Щоб справитися з таким відповідальним і надзвичайно важким завданням, яким є надання успішної допомоги другій людині, треба, крім здобуття довіри пацієнта, фахових знань, а також ознайомлення з терапевтичними методами і техніками, володіти також умінням переказу своїх рекомендацій. Варто також знати, що окрім відповідного тренінгу і здобуття професійних навиків особливо істотне значення для того, щоб бути успішним терапевтом, мають особисті схильності. Серед цих останніх найважливішу роль відіграють здатність до емпатії, тобто уміння відчувати становище інших людей, і розуміння їх проблем подібно до того, як вони самі їх розуміють, розуміння себе і своїх стосунків з іншими людьми (а також постійна праця над цим), а також відчуття потреби

давати себе іншим. Крім перерахованих вище нахилів існує ще багато інших, корисних для терапевта рис, котрі можна краще або гірше (в залежності від наявного таланту) проявляти. До них належать, зокрема, вміння проявляти тепло, пробуджувати надію, зменшувати страхи і сумніви, розуміння, власна віра в успіх терапії, а також вміння слухати, спостерігати чи ідентифікувати проблеми. Терапевт повинен уміти нав'язувати з пацієнтом особливий особистий контакт, котрий позначається турботою про нього і його справи.

Кожен, хто вирішує стати терапевтом, повинен усвідомлювати, що цей вибір потягне за собою постійне потрапляння у важкі ситуації. Оскільки знайомство з цими загрозами дає шанс краще з ними справлятися, спробуємо придивитися ближче до деяких з них. Отже, варто пам'ятати, що:

1. Пацієнти з особливим захопленням будуть тішитися нашим помилкам.
Неодноразово залишать нас в такій складній ситуації, що кожний наш задум буде нічого не вартим. Будуть тішитися нашими незграбними зусиллями зберегти своє обличчя.
2. Наша придатність буде постійно тестуватися пацієнтами і оточенням. Не один терапевт почне мріяти про полегшення, яке принесла б йому відданість механічним і бездумним заняттям.
3. Досить часто наша праця буде нудною і стомливою, а деякі пацієнти не зміняться, навіть якщо ми будемо ходити на голові.
4. Настануть також дні, коли ми будемо приступати до роботи з неохотою, а терапію проводити «аби з рук».
5. Ми можемо раптом відкрити для себе, що те, в чому беремо участь, є тільки одурманюючою і смішною грою.
6. Будемо «стріляти» влучними інтерпретаціями, котрі ні до чого не допровадять, але разом з тим інколи нам вдасться невідомо зробити щось надзвичайно важливе і продуктивне.
7. Потреба у визнанні і схваленні в праці з такою невловимою і багатозначною матерією часом не одного з нас схилить до мрій стати столяром, чи механіком, результати праці котрого можна повністю виміряти³⁹.

Особливий вплив на відношення до пацієнта і на задоволення від праці може мати факт, що на відміну від інших хворих особи, котрі проходять лікування залежності, найчастіше

³⁹ На підставі *Jak zostać dobrym terapeutą*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1980 (опр. змісту J. Łojak на підставі книги Stuart Copans і Thomas Singer *Who is a patient now. Portrait of young therapist*).

погоджуються на нього під тиском інших осіб (родина, керівництво) чи складної ситуації (стан здоров'я і т. ін.), а система заперечень укріплює їх в переконанні, що не є узалежненими. Цим самим, опираючись на пропозиції Шерера, цим пацієнтам варто було б дати визначення «недобровільних». За Шерером недобровільний пацієнт це той, хто бере участь в терапії через побоювання наслідків, які можуть мати місце в разі відмови від лікування, і одночасно не бачить необхідності в терапії, а також відчуває себе змушеним до неї. Треба бути готовим до того, що недобровільні пацієнти це нерідко дуже важкі і «невдячні» пацієнти, але зате досягнення успіху в їх випадку дає сильніше почуття сатисфакції.

А зараз давайте подивимось якими рисами і вміннями повинен володіти добрий, тобто успішний терапевт:

1. повинен володіти ретельними, емпірично підтвердженими знаннями, доповненням до яких може бути особистий досвід – тому, наприклад, самого факту, що хтось є непитущою узалежненою від алкоголю особою, не достатньо, щоб володіти вмінням професійної допомоги людям – необхідна відповідна перепідготовка;
2. повинен також знати, що самих знань не достатньо, необхідно також володіти вмінням передавати їх пристосованим до можливостей пацієнта способом, в тому числі з урахуванням його інтелектуальних можливостей, словникового запасу і т. ін.;
3. бути готовим до того, щоб будь-якої миті вміти обґрунтувати свої дії, спираючись на теорію і ретельні знання;
4. знати власні обмеження і потреби, а також усвідомлювати, чи можуть вони і яким чином впливати на пацієнта і перебіг праці з ним;
5. не повинен надмірно довіряти так званому здоровому глузду, хоча досить часто варто ним користуватися;
6. в праці не повинен керуватися забобонами, чи так званою народною мудрістю, проте повинен знати, які існують поточні переконання на дану тему, тому що це може впливати на поведінку пацієнта, а також на спосіб його мислення;
7. повинен знати, що відсутність знань замінена лише доброю волею і доброзичливістю в цілому приносить більше зла ,ніж користі;
8. повинен вміти розпізнавати загрози, які можуть виникнути під час терапії (напр., наближення рецидиву хвороби чи також невротична, або психотична декомпенсація);

9. у випадку виникнення ускладнень мусить вміти діяти раціонально, тобто приймати правильні рішення, котрі стосуються надання першої допомоги, а також попереджувати поглиблення ускладнень, знати куди далі направити пацієнта і т. ін.;
10. усвідомлювати, яка частина отриманої від пацієнта під час терапії інформації може йому зашкодити у випадку її розкриття, а також уміти мінімізувати таку можливість, і пам'ятати, що деяка інформація не повинна вноситися до документації, достатньо щоб терапевт не забув про неї.

Для більш повної картини ролі і місця терапевта необхідно звертати увагу на проблему так званого професійного вигорання. Насправді на цю тему багато публікацій, проте варто присвятити їй кілька додаткових слів. Досить часто ми зустрічаємося з ситуаціями, коли люди, котрі раніше були переповнені ентузіазмом, дуже віддавалися своїй праці з іншими, віддавали їм свій час, почуття і уміння, стають щоразу разом менш активними. У них починає з'являтися апатія до праці, втомленість постійними контактами з людьми і знеохота до них, а інколи навіть злість і агресія. Такі власне стани можуть викликати підозру, що настає вигорання.

Нам значно легше буде подолати всі ці проблеми і уникнути симптомів так званого синдрому вигорання, коли ми усвідомимо собі, що:

- особисте «я» і професійне «я» - це дві різні речі, проте для власного добра необхідно утримувати їх в гармонійному зв'язку;
- перфекціонізм може бути джерелом безперервних розчарувань, втоми і навіть виснаження, і в зв'язку з цим ми мусимо «давати собі трохи свободи»;
- знання і авторитет, котрі приписуються нашій професійній ролі, не охороняють від наявності проблем, людських слабкостей, допущення помилок і т. д., тому ми не маємо жодних шансів приховати все від пацієнтів чи колег і мусимо з цим змиритись;
- наші слабкі сторони і обмеження не мусять бути перешкодою в праці, але можуть допомогти в більш глибокому і кращому розумінні пацієнта, а також в наданні йому успішної допомоги.

Перед початком будь-яких запобіжних дій необхідно, однак, поставити правильний діагноз. Допомогти може в цьому ознайомлення з симптомами вигорання, до котрих, за пропозицією Чапман і Чапман, можна зарахувати:

- зниження ентузіазму в праці і віри в її сенс;

- зміни в способі контакту з пацієнтом (зокрема недооцінка його проблем, реагування нетерпінням, дратівливістю, злістю і т. ін.);
- констатація факту, що дедалі більше дій виконується під зовнішнім примусом;
- відкладання деяких дій на пізніше (відволікання, затягування);
- реагування дратівливістю на дрібні невдачі в праці;
- поява почуття втоми без спеціального приводу, особливо після повернення з праці до дому;
- перенесення незадоволення з праці до дому;
- повторні дрібні скарги на стан здоров'я зі зростаючим бажанням звільнення від праці за станом здоров'я;
- охоче перебування в товаристві осіб, котрі люблять жалітися на роботу;
- зміни в дотеперішніх способах релаксації (напр., неохота до піших прогулянок, обмеження товариських контактів, зниження соціальної активності, звернення до чарки чи таблеток і т. ін.);
- зміни в харчуванні (відсутність апетиту, або надмірний апетит);
- поява розладів сну, раннє пробудження в почуттям втоми і т. ін.).

Варто пам'ятати, що частина з перерахованих вище симптомів може виникати з причин, не пов'язаних з працею, таких, наприклад, як депресія чи звичайні лінощі. Проте ми спостерігаємо їх досить часто у осіб, котрі займаються наданням професійної допомоги іншим людям, у лікарів, медсестер, соціальних працівників, а також у психологів, психотерапевтів, інструкторів терапії залежностей і т. ін.. Виникає питання, що робити, аби не потрапити в такий стан, або як справлятися з ситуаціями, коли починають з'являтися перші сигнали. Ось деякі з можливостей:

- розгляньте можливість впровадження змін в організацію праці,
- старайтесь не думати і не розповідати про працю вдома,
- не забирайте роботу до дому,
- старайтесь знайти вдома таке заняття, щоб зовсім не залишилося часу і можливостей зайнятися справами, пов'язаними з працею,
- не забувайте робити собі навіть дрібні приємності,
- пам'ятайте про рекреацію і релаксацію (рухайтесь, займайтесь спортом, слухайте музику, навчіться медитувати, застосовуйте аутогенне тренування й інші релаксаційні техніки і т. ін.),
- не забувайте, що страждання пацієнта, незважаючи ні на що, це тільки його власні страждання, а не ваші.

Щоб закінчити роздуми на тему терапевтів, варто ще пошукати відповідь на питання, що може бути причиною відрази терапевта до особи, uzалежненої від алкоголю? Насправді це трапляється не часто, але варто присвятити цьому явищу кілька слів. Спостерігаючи багато разів неохоче, а часом навіть агресивне ставлення до uzалежнених від алкоголю осіб, котрі в силу своєї професії стикаються з ними, я часто замислююся над причинами такої позиції. Оскільки розуміння цього явища, а також мотивів поведінки таких осіб може допомогти в зміні такого відношення, я хотів би поділитися кількома міркуваннями на цю тему.

Такого типу відношення може бути як проявом згадуваного раніше перевтомлення працею, так і уражених амбіцій або фрустрацією, викликаною відсутністю терапевтичного успіху (я так старався і стільки зусиль потратив на допомогу, присвятив йому стільки часу, остерігав – а він далі п'є, зневажає мною, і не слухає). Не треба вивчати психологію, щоб розуміти, що людині значно вигідніше обвинувачувати у відсутності успіху когось іншого, ніж визнати власну обмеженість, поразки чи відсутність вміння. Звичайно, це не єдина причина такого стану речей.

Іншими причинами агресивного підходу до осіб, uzалежнених від алкоголю, можуть бути також:

- перенос агресії (з п'яного чоловіка, батька чи брата) на пацієнта,
- так зване застрягання афекту, тобто постійне пригадування того, що колись було зазнано кривди від uzалежненої від алкоголю, чи іншої п'яної особи,
- необізнаність з проблемою і розглядання алкоголізму в категоріях вини, гріха чи злої волі (оцінювання особи, uzалежненої від алкоголю, через призму власного досвіду і можливостей),
- захисна позиція, викликана побоюванням, що хтось з оточення при більш прискіпливому спостереженні особи, uzалежненої від алкоголю, дошукається якихось аналогій у висловлюваннях чи поведінці і тоді відкриє існування чинної алкогольної проблеми у лікаря, психолога чи іншої особи, котра в силу праці, яку виконує займається лікуванням.

Наприкінці я ще хотів би порушити досить делікатну, але дуже важливу справу залежності від нікотину у осіб, котрі займаються терапією залежностей. Я добре пам'ятаю ситуацію, коли у мене почало рідшати волосся і підчас візиту до перукаря я почув від нього багато добрих і мудрих порад на тему запобігання облісінню. Все було б добре, коли б не факт, що той перукар сам був майже лисим. Легко собі уявити, як я потрактував

його вказівки і поради. Маємо справу з ідентичною ситуацією тоді, коли важко узалежнений від нікотину терапевт, котрий сам не може справитися з цією проблемою, під час перерви між заняттями з цигаркою в руці, пацієнту, котрий стоїть поряд, дає «мудрі» поради на тему успішного вирішення проблеми залежності. З моєї точки зору, це виглядає штучно і смішно, бо для того, щоб бути правдивим терапевтом, необхідно спершу справитися з власними проблемами. Терапевту не достатньо факту проходження власної терапії залежності від алкоголю, утримування багаторічної абстиненції, вищої психологічної освіти і отримання сертифікату інструктора чи спеціаліста терапії залежностей. Щоб бути правдивим терапевтом, необхідно показувати власною позицією і поведінкою, що підтвержені дипломами вміння втілюються в життя і що терапевт знає, про що розповідає пацієнтам. До моменту, аж доки хтось не справиться з залежністю від нікотину, не повинен займатися лікуванням інших узалежнених осіб. На жаль, у нас ще дуже багато терапевтів, виконуючих навіть керівні функції, котрі не здатні допомогти собі, але беруться допомагати іншим. Трапляються також випадки, коли «лікуванням» узалежнених осіб в різних приватних і ніким не контрольованих «центрах» займаються особи без відповідної професійної підготовки, котрі не здатні порадити собі зі своєю власною залежністю, не тільки від нікотину, але також від алкоголю, ліків чи азарту.

Розділ 18

Узалежнені особи в ролі терапевтів

Перед тим як презентувати свої розмірковування на цю тему я хотів би нагадати, що членами терапевтичного колективу можуть бути, з моєї точки зору, виключно ті узалежнені особи, котрі успішно пройшли власну терапію залежності, не п'ють, не вживають наркотиків, не грають в азартні ігри, а також не демонструють інших проявів неконтрольованої поведінки, пов'язаної з потягами. Особи, котрі принаймні протягом кількох років дбають про правильний перебіг власного видужання, а також, що здається безсумнівним, пройшли професійну перепідготовку. До тих вимог я додав би ще вимогу дотримання тютюнової абстиненції, а також можливість постійної супервізії своєї терапевтичної праці. Як узалежнений терапевт, котрий не пройшов власної терапії, так і неузалежнений терапевт, котрий не пройшов відповідного тренінгу вирішення своїх власних проблем, однаково не повинні займатися лікуванням інших осіб до впорядкування свого власного життя. До терапевтичної праці з узалежненими не повинні допускатися особи, котрі не можуть справитися з власною залежністю. Узалежнені особи, котрі хочуть займатися лікуванням інших, а самі періодично п'ють, вживають наркотики чи грають в азартні ігри повинні негайно припинити працювати і серйозно зайнятися власною терапією. Адже недопустимі ситуації, котрі нібито трапляються в деяких установах, які займаються лікуванням наркоманів, коли поодинокі терапевти, котрі роками не вживають наркотиків, «рекреаційно» п'ють алкоголь і навіть мають алкогольні запої. Вони, на жаль, не беруть до уваги, що однаково як алкоголь, так і наркотики це одна група психоактивних речовин, які викликають залежність. Це бачать їхні пацієнти. Виникає питання, як буде виглядати їхнє видужання? Схожа ситуація, як я вже згадував, з терапевтами, узалежненими від наступної психоактивної речовини, якою є нікотин. Такі терапевти повинні застосувати до себе ті самі вказівки, які дають своїм пацієнтам під час терапії залежності від інших психоактивних речовин. У протилежному випадку в очах своїх пацієнтів вони будуть виглядати смішними і неправдивими. Я переконався в цьому на власному досвіді, бо коли починав працювати з узалежненими особами, випалював 20

— 30 цигарок і пару люльок щодня. Понад тридцять років тому я усвідомив собі, що роблю і вибрав правильний шлях.

Проблема, котра стосується uzалежнених осіб, працюючих терапевтами, особливо важлива через те, що вони становлять досить чисельну групу серед працівників терапевтичних закладів. Отже, я пропоную докладніше розглянути позитивні й негативні аспекти цієї ситуації, і при можливості відповісти собі на кілька запитань, пов'язаних із цією проблемою.

В чому вони можуть допомагати?

До позитивних явищ, пов'язаних із працевлаштуванням як терапевтів осіб, котрі одужують від залежності, належать безсумнівно користі, які здобудуть однаково, як пацієнти, так і колектив терапевтів. Вони полягають головно у тому, що особи, котрі одужують від залежності:

- у багатьох випадках ангажуються більше, порівняно з незалежними членами терапевтичного колективу, у процес терапії, що є наслідком більшої ідентифікації як із самим пацієнтом, так і з його проблемами,
- у цілому, мають кращі інтерперсональні стосунки з пацієнтами, а також користуються більш зрозумілою для них мовою,
- більш відкрито й успішно справляються із системою заперечень, котру демонструє пацієнт, особливо на початковому етапі терапії,
- випромінюють більший оптимізм щодо ефективності лікування, і тим самим вселяють більшу надію на успіх (як у пацієнтів, так і в колег із терапевтичного колективу), адже є живим прикладом одужання,
- є для пацієнта моделлю поведінки, котра полегшує пристосування до психоактивних речовин чи компульсивних дій (перебувають на відстані витягнутої руки).

Я ще раз хотів би підкреслити, що можемо розраховувати на вищезгадані ефекти виключно тоді, коли терапевтами є uzалеженні особи, котрі мають багаторічний період одужання, пройшли професійну перепідготовку, володіють солідними й безсумнівними терапевтичними вміннями, і одночасно постійно піклуються про перебіг власного процесу одужання, а також користуються супервізією.

На жаль, у закладах терапії залежностей ми ще досить часто можемо зустріти осіб, котрі не відповідають наведеним вище критеріям і тоді робота терапевтичного колективу може дуже серйозно ускладнюватися, а пацієнти замість вигоди можуть понести втрати. Проте залишімося на хвилину при позитивних аспектах.

Який терапевти можуть мати зиск?

Зазвичай, не тільки пацієнти, але також терапевтичний колектив може здобути користь від перебування в колективі працівників поліклініки, відділення чи центру терапії залежностей одужуючих uzалежнених осіб. Користь буде також для узалежнених терапевтів. До найбільш серйозних я б зарахував:

- віднаходження багатьма з цих осіб сенсу життя, а також нової цілі в житті,
- можливість постійного поглиблення процесу власного одужання, завдяки постійному поверненню до минулого (через переживання пацієнтів),
- можливість систематичної праці над зменшенням щораз більшого переконання про всезнання в справах, пов'язаних з утриманням від вживання алкоголю, наркотиків чи компульсивної поведінки, а часто також і нарцисизму, егоцентризму, котрі pojawiaються у декого у міру збільшення років абстиненції й загрожують рецидивом хвороби,
- шанс на поглиблення поваги до себе шляхом здобуття позиції й суспільного престижу, а також завдяки оволодінню навичками надання допомоги іншій людині,
- закріплення етичних норм, завдяки можливості постійної конфронтації власної позиції з діями інших колег із колективу.

Що можуть втратити?

Як я вже раніше згадував, медаль має також свою другу, темну сторону і тому варто усвідомлювати загрожуючу небезпеку. Це однаково стосується як осіб, котрі, незважаючи на досить короткий стаж одужання і відсутність відповідних умінь, беруться за надання професійної допомоги узалежненим особам, так і, що ще небезпечніше, пацієнтів, котрих вони лікують.

Небезпека, яка загрожує терапевтам, найчастіше викликана **затримкою процесу видужання**, що може бути наслідком:

- надмірної концентрації на інших особах, а також на їхніх проблемах (терапевт забуває про необхідність впорядкувати власне подвір'я),
- несвідомої втечі від розв'язування власних проблем (відпущення гріхів своїми щоденними контактами з проблемою залежності і фактом надання допомоги в їх вирішенні),
- надмірної ідентифікації з пацієнтом і прив'язаністю до нього, а при відстороненні, переконанням, що з його боку це незаслужена невдячність,

- спроб підвищити свою вартість коштом інших осіб, як пацієнтів (через намагання показати, що є кращим, бо має довшу абстиненцію і, крім того, допомагає іншим), так і колег із колективу (на жаль, досить часто можна почути неправильну думку, що: «Тільки uzалежнена від алкоголю особа в стані допомогти іншій uzалежненій особі»),
- спокуси надолуження втрат і гонитви за грошима.

У цьому місці я хотів би ще раз повторити те, про що згадував на початку цих роздумів: перед тим, як прийняти рішення про надання професійної допомоги, необхідно чесно й щиро відповісти собі на кілька поставлених раніше питань і бути абсолютно впевненим, що процес власного одужання протікає правильно.

Розділ 19

Історія лікування залежностей у Польщі

На зламі 70 – х і 80-х років на хвилі соціально політичних змін у Польщі вперше було опубліковано правдиві дані на тему розповсюдження алкогольних проблем, котрі дали підстави зробити висновок, що «ситуація з лікуванням шкідливих звичок фатальна». Апокаліптичне бачення передбачало, що на початку наступного тисячоліття кількість осіб, узалежнених від алкоголю у Польщі може сягнути навіть 17 млн (при популяції населення близько 40 млн). Цей прогноз викликав запуск координованої Інститутом психіатрії і неврології урядової програми «Проблеми зі здоров'ям та соціальні проблеми, пов'язані з алкоголем й іншими психоактивними речовинами». Була проведена також інтенсивна праця над новим законом, котрий регулює вирішення алкогольних проблем в Польщі. 1982 року ухвалено Закон про виховання в тверезості і протидії алкоголізму, а трохи пізніше – 1985 року Закон про запобігання наркоманії. Цей закон, а також ухвалений 1997 року Закон про протидію наркоманії створили правові підстави для запровадження істотних змін в лікуванні узалежнених осіб, а також для здійснення змін в організації системи охорони здоров'я. Закон про виховання в тверезості і протидії алкоголізму від 26 жовтня 1997 року з пізнішими змінами, а також відповідні виконавчі акти стали правовою основою функціонування системи лікування залежностей в Польщі. Були визначені зокрема умови надання послуг закладами лікування залежностей. На установи первинної ланки медичної допомоги (поліклініки, центри здоров'я, консультації) було накладено обов'язок раннього розпізнавання ризикованого і шкідливого вживання алкоголю, і проблем зі здоров'ям, що виникають внаслідок такого вживання, проведення інтервенцій, націлених на обмеження вживання алкоголю, а також надання первинної лікувальної допомоги узалежненим від алкоголю особам і співзалежним. Ці заклади були також зобов'язані співпрацювати з установами лікування залежностей, а також інформаційно-консультаційними пунктами, створеними органами територіального самоврядування і громадськими організаціями. Закон про виховання в тверезості і протидії алкоголізму дав можливість зокрема більш раціонально використовувати фінансові ресурси на потреби системи лікування залежностей. Надзвичайно важливим

елементом цього закону був запис в п. 3 ст. 21, в якому говорилося про те, що «від uzалежнених від алкоголю осіб не стягується плата за послуги у сфері лікування залежності, котрі надаються лікувальними закладами». З часом право на безоплатні послуги отримали також потребуючі допомоги особи, у яких виникли проблеми з психічним здоров'ям внаслідок перебування у емоційному зв'язку з uzалежненою особою.

1983 року Інститут психіатрії і неврології доручив Польському психологічному товариству реалізацію програми «Люди, котрі допомагають людям із алкогольною проблемою». Проведене в рамках цієї програми дослідження популяції осіб, працюючих в закладах лікування залежностей показало їхнє негативне відношення до пацієнтів, а також дуже низький рівень компетентності, результатом якої була мінімальна ефективність терапевтичної діяльності. Відверто шокуючим був факт, що три четверти досліджуваної популяції осіб, працюючих у закладах лікування залежностей, погоджувалися з тезою, що «алкоголік є дегенератом». На думку половини досліджуваних – алкоголіків належить карати, а такі інституції як прокуратура, суд чи установа виконання покарань можуть успішно допомагати алкоголікові.

Результати цих досліджень вказали на негайну необхідність опрацювання і впровадження навчальної програми для працівників закладів лікування залежностей, а також необхідність знайти урядові кошти на проведення навчання з метою підвищення рівня кваліфікації працівників закладів лікування залежностей.

1989 року було створено структуру Уповноважено міністра охорони в справах вирішення алкогольних проблем, завданням якого було, зокрема, забезпечення відповідних умов для розвитку системи лікування залежностей. 1993 року було створено підпорядковане Міністерству охорони здоров'я Державне агентство вирішення алкогольних проблем, котре почало здійснювати нагляд над системою надання допомоги uzалежненим особам, реалізуючи поставлене перед ним завдання «координації й ініціювання дій, направлених над підвищення ефективності і доступності лікування залежностей».

Одночасно у першій половині 80-х років наступив динамічний розвиток руху самопомоги uzалежнених від алкоголю осіб. «Як гриби після дощу» повставали чергові групи Анонімних Алкоголіків, а також Клуби абстинента. Міністерство охорони здоров'я своїми новими розпорядженнями рекомендувало закладам лікування залежностей тісну співпрацю з цими рухами.

У відділенні залежностей Інституту психіатрії і неврології у Варшаві, першому закладі, котрий запровадив програму психотерапії залежності, почали використовувати у роботі з

пацієнтами привезені зі Сполучених Штатів Америки і перекладені польською мовою та пристосовані до польських умов матеріали, котрі допомагають зрозуміти кроки АА. Були запроваджені також зміни в плані занять на зразок планів відділень центру Хазелден в штаті Міннесота (США). Терапевтичну програму було скорочено з 3 місяців до 6 тижнів і покладено значний натиск на ідентифікацію з хворобою, а також на демонтаж системи заперечень.

Черговою важливою подією було працевлаштування у відділенні, 1986 року на основі волонтерства, а на початку 1987 р. шляхом зарахування в штат, в якості терапевтів, не вживаючих протягом кількох років алкоголю і активно відвідуючих збори груп АА, узалежнених від алкоголю осіб. Спочатку це були посади «інструкторів терапії зайнятостю», а пізніше після переконання Міністерства охорони здоров'я і зміни інструкцій і положень – посади «інструкторів терапії залежностей». Початок працевлаштування непитуючих осіб, узалежнених від алкоголю в якості терапевтів був важким і не відбувся без проблем.

У другій половині 80-х років почали все частіше з'являтися постулати, котрі стосувалися необхідності організації більш інтенсивного професійного навчання для персоналу закладів лікування залежностей. У процес навчання включилася Комісія освіти у сфері алкоголізму й інших залежностей фонду ім. Стефана Баторія, завдяки котрій стало можливим запрошення до Польщі багатьох видатних спеціалістів в області лікування залежностей, а велика група польських фахівців могла ознайомитись з тим, як працюють терапевтичні центри в Сполучених Штатах Америки.

1991 року було впроваджено програму навчання терапевтів, фінансовану з урядових і муніципальних фондів. Це навчання охоплювало п'ять етапів. Над правильним перебігом процесу навчання спочатку наглядала розміщена при Державному агентстві з вирішення алкогольних проблем Рада у справах підтвердження професійної кваліфікації, а пізніше Рада у справах акредитації.

Програма здобуття професійної кваліфікації осіб, котрі проводять терапію залежності і співзалежності на сьогодні проходить в три етапи:

Перший етап: навчання у сфері первинних навичок надання психологічної допомоги, а також сучасних методів діагностики і терапії залежності і співзалежності в об'ємі не менше, ніж 650 годин дидактичних занять;

Другий етап: клінічне стажування в закладі терапії залежностей в об'ємі не менше, ніж 80 годин дидактичних занять;

Третій етап: клінічна супервізія в навчальних цілях в об'ємі не менше, ніж 70 годин дидактичних занять.

Підтвердженням закінчення кожного з етапів навчання є отримання відповідного посвідчення. Сертифікати спеціалістів психотерапії залежностей і інструкторів терапії залежностей, котрі були видані до запровадження даної програми, зберегли свою дійсність.

Дивлячись з перспективи часу можна ствердити, що впродовж останніх 30 років в лікуванні залежностей в Польщі відбулися глибокі зміни. Працівники лікувальних закладів сьогодні трактують залежність від алкоголю як хворобу обумовлену впливом біо-психо-соціальних факторів, а головним методом терапевтичної діяльності стала психотерапія, котра, зокрема, впливає на перебіг емоційних процесів, спосіб мислення, а також поведінку пацієнтів. Початкові програми терапії залежностей в стаціонарних закладах тривають до 8 тижнів і охоплюють понад 200 годин групових занять, а в амбулаторних закладах реалізація початкової програми триває зазвичай близько року. Великий акцент ставиться на ідентифікації з хворобою, а також на підготовці пацієнта до виправлення шкод, спричинених довготривалим вживанням алкоголю у сферах сімейного, громадського, професійного життя і т. ін.. У терапевтичних закладах практично відійшли від призначення дисульфіраму (антікол, еспераль), котрий раніше використовувався як самостійний метод лікування, оскільки він виявився не тільки неефективним, але у багатьох випадках небезпечним для життя і здоров'я.

Початкові програми психотерапії залежності від алкоголю доповнюються лікуванням інших, ніж залежність, емоційних розладів, а також тренінгами вирішення особистих проблем, що виникають в uzалежнених від алкоголю осіб. У терапевтичних програмах велика увага приділяється терапевтичній допомозі дорослим членам сімей uzалежнених від алкоголю осіб (співзалежних осіб). Терапевтичною опікою охоплені також діти з цих родин. Розроблені окремі програми для дорослих дітей алкоголіків.

Лікування осіб, uzалежнених від алкоголю і від наркотиків, проводиться в окремих закладах, але поступово різниця між ними стирається. 2017 року uzалежені від алкоголю особи могли отримати допомогу у 538 поліклініках, 98 цілодобових відділеннях, 114 денних відділеннях, а також у 66 відділеннях лікування абстинентних синдромів. Лікування осіб, uzалежнених від наркотиків відбувається у 359 поліклініках, а також 80 стаціонарних відділеннях і центрах. Реалізуються також 26 програм замісної терапії.

Майже всі амбулаторні заклади й деякі відділення пропонують терапевтичну допомогу для осіб з біхевіоральними залежностями (від вчинків і дій), а також для їх близьких.

Цілеспрямовано планується об'єднання лікування осіб, uzалежнених від алкоголю і uzалежнених від наркотиків. Планується також інтеграція навчання спеціалістів.

В 2018 р в системі лікування залежностей працювало 3447 осіб, котрі мають сертифікати, які підтверджують кваліфікацію спеціалістів психотерапії залежностей, а також 592 особи з сертифікатами інструкторів терапії залежностей. Приблизно така ж сама кількість осіб є учасниками програм навчання і добивається отримання сертифікату.

Завдяки здійсненню відповідних змін у законодавчих актах, терапевтична допомога дійшла до установ виконання покарань⁴⁰. У 1991 році розпочато впровадження до цих закладів програм терапії залежностей для осіб, uzалежнених від алкоголю, під назвою «Атлантіс». Її істотним елементом є поєднання психотерапії залежності з програмою 12 кроків Анонімних Алкоголіків. Це стало можливим завдяки ініціативі, а також фінансовій підтримці Комісії з освіти в сфері алкоголізму й інших залежностей фонду ім. Стефана Баторія, а також завдяки мудрим рішенням тодішнього Центрального управління установ виконання покарань. Реалізація програми стала значно простішою завдяки появі в тюремних закладах груп Анонімних Алкоголіків. Перша група АА виникла 1987 року в тюремному закладі в Седльцах, а 1990 року заклади виконання покарань офіційно «відкрилися» для спільноти Анонімних Алкоголіків. Швидко підтвердились попередні спостереження американців, що у засуджених, котрі реалізують програму 12 кроків Анонімних Алкоголіків настають зміни, котрі прискорюють процеси ресоціалізації, реадaptaції і соціальної реінтеграції. Результати аналізів показують, що понад 97% засуджених, охоплених терапією залежності, завершують повний цикл терапевтичних програм.

Станом на кінець 2017 року засуджені, у котрих виявлено розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин мали можливість скористатися терапією в існуючих на території закладів виконання покарань 32 відділеннях для лікування осіб, uzалежнених від алкоголю, а також в 16 відділеннях для «наркоманів». Одночасно на території тюремних закладів зустрічається 206 груп АА і 31 група НА.

⁴⁰ Перше тюремне відділення для засуджених осіб з алкогольною залежністю виникло 1976 року у Вроцлаві, а друге 1979 року в Баршеві. Перше тюремне відділення для засуджених наркоманів виникло 1984 року у Варшаві – Служевиці, а наступне 1986 року (Равіч, Вронкі і Елблонг).

Розділ 20

Рухи взаємодопомоги

Так звані системи підтримки зустрічаються нам майже на кожному кроці, проте ми не завжди усвідомлюємо, що власне з ними маємо справу. Система підтримки відіграє надзвичайно важливу роль в отриманні як фізичної, так і психологічної інтеграції особистості. Адже здобуття підтримки позитивно впливає на самооцінку і почуття власної вартості, а це, своєю чергою, робить можливим краще функціонування в житті і розв'язання важких життєвих ситуацій. Проведене в 1992 році дослідження показало, що близько 7,5 млн дорослих людей в Сполучених Штатах Америки користувалося тією чи іншою формою взаємодопомоги, а відповідно до списку Всесвітньої організації охорони здоров'я групи самодопомоги існують для кожного серйозного захворювання. Можна зустріти групи взаємодопомоги осіб, котрі страждають винятково рідкісними захворюваннями, про які не чув багато хто з лікарів. Отож, рух взаємодопомоги є серйозною підтримкою для служб охорони здоров'я, а найкращих терапевтичних результатів можна досягнути шляхом інтеграції професійної діяльності з елементами практичного досвіду й ідеології взаємодопомоги.

Природними і найбільш розповсюдженими системами підтримки для людини є подружжя, близька родина, родичі чи група друзів. Іншими прикладами таких систем можуть бути релігійні групи, групи, котрі служать страждаючим особам (напр., інвалідам), групи добровольчих служб (напр., котрі займаються наданням допомоги старшим чи самотнім людям) чи групи взаємодопомоги (самопомоги). Затримаймося, однак, на тих останніх.

Коли ми придивимося до них ближче, то виявляється, що групи взаємодопомоги дуже корисні для їхніх членів, оскільки уможливають для них:

- емоційну, а також суспільну підтримку і розуміння;
- емоційну розрядку;
- погодження з проблемою;
- удосконалення уміння радити собі з проблемою;

- опанування травми, котра є наслідком появи проблеми;
- поширення знань про спільну проблему й отримання допомоги в кращому її розумінні;
- пробудження терапевтичних можливостей членів групи через пізнання практичних способів вирішення проблеми;
- панування над власною долею внаслідок взаємної підтримки і заспокоєння певних потреб;
- здобуття, через контакт і спільну діяльність із особами, котрі мають ту саму проблему, психосоціального субституту того, що було втрачене;
- створення нової системи стосунків і нового способу життя, тобто створення умов для нормалізації життя.

Завдяки перерахованим вище можливостям досягається обмеження негативних наслідків психосоціальних проблем, з якими має справу індивід. Відомо також, що переконуючи інших, ми переконуємо самих себе. Одночасно, надання допомоги іншим, котре трактується як служба на користь суспільства, добрий вчинок чи самовдосконалення, поліпшує самооцінку й тим самим дуже корисно впливає на самопочуття того, хто допомагає. Соціальне значення є значно ширшим, оскільки завдяки рухам взаємодопомоги зменшується кількість людей, котрі користаються допомогою, і росте кількість тих, хто її надає. Особа, котра отримує допомогу, знає, що колись вона почне її надавати. Тим самим вона уникає деградації, якої зазнають люди, котрі є тільки отримувачами допомоги.

Центральною засадою, котра керує групами взаємодопомоги є те, що їхні учасники беруть за зразок власний досвід, а не знання, які надходять ззовні, тобто від професіоналів. Самодопомога опирається не на теоретичну модель, а на експериментальну, чи на знання, накопичені людьми, котрі самі мають якусь проблему і зібралися з метою вирішення цієї проблеми.

В групі взаємодопомоги обов'язковим є принцип рівності і тому всі її члени мають такий самий статус. Участь у групі є цілковито добровільною, кожен з учасників приймає рішення самостійно, натомість група відповідає виключно за своє рішення. Кожен, хто вступає до групи, робить це з огляду на свою власну проблему, і одночасно почувається в ній безпечно, тому що справи, які обговорюються, й проблеми, котрі підіймаються, не мають права вийти за межі групи.

Найбільш відомими групами взаємодопомоги осіб, пов'язаних з алкогольною проблемою є співтовариство Анонімних Алкоголіків, сімейні групи Ал-Анон і Алатін, а також клуби абстинентів. У багатьох публікаціях підкреслюється особлива роль співтовариства Анонімних Алкоголіків, як ефективного джерела підтримки для осіб, uzалежнених від алкоголю.

Анонімні Алкоголіки (АА)

Початки ідеї самоорганізації варто було б пошукати в першій половині XIX ст., саме тоді в Сполучених Штатах в місті Балтімор виникло Товариство ім. Джорджа Вашингтона (Washingtonian Society — 1840 рік). Спочатку його членами були виключно uzалежені від алкоголю особи, котрі пробували допомагати собі навзаєм в тому, щоб не пити (їхньою метою було «навернення п'яниць»). Тільки за перший рік своєї діяльності членам товариства вдалося «навернути» близько тисячі осіб і завоювати близько п'яти тисяч друзів і симпатиків. З часом товариство почало займатися додатковою діяльністю, пов'язаною зі зміною американських традицій щодо вживання алкоголю, а деякі його члени почали також займатися іншими суспільними проблемами та політикою (зокрема заангажувалися в боротьбу за знищення рабства). У рядах товариства дедалі частіше можна було зустріти політичних і суспільних діячів, як uzалежнених від алкоголю, так і не uzалежнених. Насправді кількість членів товариства складала за різними джерелами від 1 до 6 млн (його членом був зокрема Авраам Лінкольн), в тому числі 100 – 600 тис. членів, котрі утримували абстиненцію, однак, у зв'язку з розширенням обсягу зацікавлень товариство в певний момент втратило здатність допомагати особам, uzалежненим від алкоголю, і під кінець 1847 року майже перестало функціонувати. Цей досвід пізніше був використаний АА під час формулювання Традицій Анонімних Алкоголіків (*Шоста традиція: «Групі АА ніколи не слід підтримувати, фінансувати або надавати ім'я АА для використання жодній спорідненій організації або сторонній установі, щоб проблеми, пов'язані з грошима, власністю і престижем, не відволікали нас від нашої головної мети» і Десята традиція: «Товариство Анонімних Алкоголіків не має точки зору щодо зовнішніх питань; отже ім'я АА ніколи не слід залучати до громадських дискусій»*).

1921 року, завдяки лютеранському пастору з Пенсильванії д-ру Франку Бухману з'явилася Християнська спільнота перших віків (First Century Christian Fellowship). У цій спільноті зародилася так звана Оксфордська група⁴¹, котра поставила собі за мету відновлення того, що, на думку її членів, становило суть християнства в I ст. н. е.. На

⁴¹ За Оксфордську групу інколи помилково приймають Оксфордський рух (Oxford Movement), який з'явився майже в той самий час у Англії.

увагу заслуговує той факт, що в цій групі обов'язковим був, зокрема, принцип чотирьох абсолютів, а саме: абсолютної чесності («в стосунку до самого себе й інших, в словах, діях і думках»), абсолютної постійної готовності допомагати іншим, абсолютної чистоти («тіла, розуму і намірів»), а також абсолютної любові («до Бога і до ближнього, такої, як до самого себе»). Частина принципів, котрі були обов'язковими в Оксфордській групі, пізніше була використана під час створення програми 12 кроків Анонімних Алкоголіків. Варто знати, що біля 1940 року Оксфордська група змінила назву на Re-Armament Movement (Рух морального переозброєння, Рух нового морального озброєння) і місцями функціонує дотепер. До контактів з Оксфордською групою намовив пізнішого співзасновника АА, Білла В., його приятель, теж алкоголік, Еббі Т.

Завдяки контактам з Оксфордською групою в місті Акрон (Огайо, США), в домі Генрієти Сейберлінг, в травні 1935 року зустрілися два «безнадійні» алкоголіки – біржовий маклер Білл В. (Вільям Гріффіт Вільсон 1895-1971), а також хірург д-р Боб (Роберт Холбрук Сміт 1879 – 1950). Білл мав досвід багаторазового перебування в закладі лікування алкоголізму (напр., тільки в 1933-1934 р. р. був госпіталізований чотири рази), а доктор Боб вже не був здатний оперувати. Їхня зустріч в Акроні дала початок співтовариству АА. Першою жінкою, учасницею співтовариства, була Марті Манн (1905 – 1980), котра приєдналася 1937 року. Того, 1937, року група, яка зустрічалася в Нью-Йорку і котра вже нараховувала 40 осіб, остаточно від'єдналася від Оксфордських груп і назвала себе «безіменною горсткою алкоголіків», а 1938 року взяла назву Анонімні Алкоголіки. Спочатку програма складалася з шести кроків. Важливу роль в зародженні співтовариства АА відіграли Вільям Сікворт⁴², котрий 1934 року заявив, що Білл В. «алкоголік, котрий не дає жодної надії»; доктор Гаррі Тібот – перший приятель АА серед психіатрів; д-р Самуель Шумейкер; священник єпископального костелу та єзуїт Едвард Доулінг. Істотний вплив на формування програми АА мали погляди Вільяма Джеймса⁴³ і Карла Густава Юнга⁴⁴.

Датою народження співтовариства Анонімних Алкоголіків було визнано 10 червня 1935 року. Це був останній день, коли д-р Боб випив алкоголь. 1937 року не пили сорок учасників АА, а 1939 – сто. У грудні 1939 року була заснована перша група АА в психіатричній лікарні Рокленд (Нью-Йорк). У лютому 1940 року в Нью-Йорку було відкрито Бюро всесвітнього обслуговування АА, в якому під кінець 1941 вже було зареєстровано 8000 учасників співтовариства. Істотний вплив на таке серйозне зростання

⁴² Д-р Сікворт в липні 1939 року опублікував в журналі «Lancet» першу медичну статтю про АА «Новий підхід в психотерапії хронічного алкоголізму»

⁴³ Вільям Джеймс (1842-1910) - американський філософ і психолог.

⁴⁴ Карл Густав Юнг (1875-1961) – швейцарський психіатр і психоаналітик.

кількості осіб, зацікавлених ідеєю АА, зіграла публікація Джека Александра в „The Saturday Evening Post” у березні 1941 року. Незабаром, тобто вже 1942 року, була створена перша група АА у в’язниці Сан Квентін в Каліфорнії, де директор побачив у співтоваристві Анонімних Алкоголіків «знаряддя, котре допомагає нам відбудувати не одне людське життя». 1944 року Білл Вілсон був запрошений на сесію Медичної асоціації штату Нью-Йорк, а пізніше Американської психіатричної асоціації, де виголосив промову: «Співтовариство Анонімних Алкоголіків очима медицини». Внаслідок цього Асоціація стала дуже важливим союзником співтовариства АА, котра 1945 року медичним середовищем була визнана партнером в лікуванні uzалежнених від алкоголю осіб. 1951 року Американська асоціація громадського здоров’я присудила співтовариству АА премію Ласкера⁴⁵. У обґрунтуванні присудження нагороди заявлено, що АА це: «товариство, котре досягнуло значно вищого, ніж просто видатного, успіху в лікуванні алкоголіків, а також в знятті з них тавра [...] і створило новий інструмент соціального впливу: новий вид лікування, котрий опирається на подібність спільного страждання, та має величезний потенціал для численних інших недугів». 1951 року в цілому світі співтовариство АА нараховувало близько 5 тис. груп і 111 тис. учасників, 1988 року майже 1,7 млн учасників і понад 83 тис. груп, а 1994 року майже 2 млн учасників і понад 90 тис. груп. За даними офіційних оцінок (2007 рік) кількість учасників становить більше 2 млн, а груп понад 113 тис. щонайменше в 150 країнах.

На конвенції АА в Клівленді 1955 року Білл В. окреслив три правила участі у співтоваристві АА, котрі є обов’язковими до сьогоднішнього дня, а саме: одужання, служіння й єдність. Назва Анонімні Алкоголіки і скорочення АА були офіційно зареєстровані лиш 1972 року.

Певний образ співтовариства дають рандомізовані дослідження учасників зустрічей груп АА в Сполучених Штатах і Канаді з використанням анкет, котрі проводить GSO (Центральний Офіс Обслуговування груп АА, Нью-Йорк), починаючи від 1968 року. 2007 року участь в зібраннях взяли понад 8000 осіб (33% жінок і 67% чоловіків). Порівняно з попередніми дослідженнями можна стверджувати, що збільшилася частка жінок, оскільки за результатами дослідження від 1968 року вони склали тільки 22% респондентів. Середній вік учасників досліджень становить 47 років. Особи, котрі залишилися в подружніх зв’язках, становили 35% респондентів, 34% - вільні особи, й 23% – розлучені. Учасники досліджень брали участь в зібраннях в середньому 2,4 рази на тиждень. Середня

⁴⁵ Заснована в 1946 році Альбертом і Марією Ласкер нагорода за видатні досягнення в області медицини. По престижності поступається тільки Нобелівській премії. Зазвичай лауреати премії Ласкера через декілька років отримують Нобелівську премію в області медичних наук.

тривалість абстиненції («тверезості») досліджуваних становила понад 8 років. 33% респондентів не пили довше ніж 10 років, 12% – від 5 до 10 років, 24% – від року до 5, а 31% не пили менше, ніж рік. 48% нав'язало контакт з АА завдяки порадам професіоналів служби охорони здоров'я (зокрема, 33% в терапевтичних закладах), ще 33% через іншого учасника співтовариства АА, 31% звернулися після власних розмірковувань, 24% намовив хтось з членів родини, а 11% були скеровані до АА судом. 79% респондентів мають в АА власного спонсора, 74% поінформувало про участь в АА свого лікаря, 63% користувалися професійною допомогою, до того як вступити до АА і так само 63% користувалися такою допомогою після приєднання до співтовариства. 86% визнали професійну допомогу дуже істотною для їхнього процесу одужання, а 74% вважають, що ця допомога сприяла їхньому приходу в АА.

Головними публікаціями АА є книги «Анонімні Алкоголіки» (так звана Велика книга, вперше опублікована 1939 року, котра дочекалася перекладу на 32 мови і доступна також у шрифті Брайля), «Дванадцять кроків та дванадцять традицій» (перша публікація 1946 року), а також «Жити тверезо» (перша публікація 1975 року. Спочатку книга «Анонімні Алкоголіки» мала назву «Спосіб виходу», але виявилось, що в бібліотеці Конгресу США було вже зареєстровано дванадцять книжок з такою назвою. Назва «Велика книга» з'явилася тому, що перший тираж був надрукований на найдешевшому, тобто найбільш грубому папері, оскільки були побоювання, що не вдасться повернути вкладені кошти. Цікавим є факт, що мільйонну копію «Великої книги» отримав 1973 року президент Сполучених Штатів Америки Річард Ніксон⁴⁶ (1913-1994). Двадцятимільйонна копія була подарована 2000 року сімейним групам Ал-Анон.

З червня 1944 в Сполучених Штатах Америки видається часопис «Grapevine», котрий від 1986 року є «міжнародним місячником Анонімних Алкоголіків». Одним з перших авторів, які писали до «Grapevine» був Білл В., котрий опублікував в ньому понад 150 статей. Від 1995 року «Grapevine» видається також іспанською мовою і має назву «La Viña».

Польським відповідником «Grapevine» є «Zdrój» (1985-го вийшов з друку перший номер журналу «Ruch Anonimowych Alkoholików», котрий об'єднався з бюлетенем АА «Zdrój», який з'явився пізніше).

Варто також згадати, що від 1997 року в інтернеті доступна в трьох мовних версіях (англійській, іспанській і французькій) офіційна сторінка АА, авторизована Центральним бюро обслуговування АА в Нью-Йорку (www.alcoholics-anonymous.org).

⁴⁶ В багатьох джерелах можна прочитати, що президент Ніксон був узалежненим від алкоголю, і тому невідомо, якими мотивами керувалися жертводавці (повагою до уряду чи бажанням привернути увагу до проблеми і кинути президенту «рятівний круг»).

На території Європи перша група АА була заснована 1946 року і в Дубліні (Ірландія).

Перші спроби створення польських груп АА робили ще в 50 та 60 роки, але перша самостійна група АА появилася 1974 року у Познані, завдяки допомозі спеціалістів.

У листопаді 1982 року під час організованої Психоневрологічним інститутом конференції абстинентських клубів відбулася перша загальнопольська зустріч груп АА, 1984 року в Познані відбувся Перший з'їзд АА. Зараз що п'ять років відбуваються З'їзди АА.

1989 року створено Бюро секретаріату національної служби АА в Польщі, натомість від 1995 року обслуговуванням польського співтовариства займається Фонд «Бюро національної служби АА в Польщі» з резиденцією у Варшаві. Сьогодні на території всієї країни свої зустрічі проводять понад 2800 груп АА, з них у Варшаві і околицях понад 270.

Співтовариство пропонує одужання за допомогою Програми Дванадцяти Кроків Анонімних Алкоголіків.

1. Перший крок приводить до заміни образу самого себе з особи, котра панує над своєю випивкою, на особу, котра не в змозі цього робити. Наслідком такої зміни є відмова від використання алкоголю як засобу для вирішення своїх проблем.
2. Оскільки досвід, базований на багаторазових спробах самостійно впоратися з алкогольною проблемою вчить, що повернення до здоров'я без підтримки ззовні неможливе, необхідно знайти Вищу Силу, котра могла б у цьому допомогти (Другий крок).
3. Наступною дією має бути вияв згоди скористатися цією допомогою (Третій крок).
4. Наступним вчинком має бути проведення аналізу ситуацій, котрі викликають страх і почуття провини, а також складання списку осіб, щодо яких відчувалася, або надалі відчувається образа (Четвертий крок).
5. Наступний етап – поділитися своїми проблемами з Вищою Силою і іншими людьми, тобто звільнитися від почуття самотності і отримати шанс на пробачення (П'ятий крок).
6. Після відповідної підготовки (Шостий крок)
7. настає звернення до Вищої Сили з проханням про здійснення змін (Сьомий крок).
8. Підготовка списку скривджених осіб (Восьмий крок)
9. робить можливим виправлення зла, спричиненого під час пияцтва (Дев'ятий крок).

10. Десятий крок – це рекомендація систематичного повторення Четвертого і П'ятого кроків з метою збереження емоційної рівноваги, котра забезпечує продовження процесу одужання.
11. Під час проробляння Одинадцятого кроку відбувається закріплення започаткованого в Третньому кроці рішення про використання допомоги Вищої Сили.
12. Дванадцятий крок – це увінчання проведеної діяльності, він говорить про радість життя і давання без очікування будь-чого взамін.

В дійсності, співтовариство АА, відповідно до 10 Традиції, «не має точки зору щодо зовнішніх питань», проте його вплив на публічне життя виявився досить істотним, тому що:

- завдяки розповсюдженню ідеї АА Американська медична асоціація (American Medical Association) надала алкоголізму статус хвороби,
- більшість терапевтичних програм використовує Програму Дванадцять Кроків, а своїм пацієнтам рекомендує участь в зустрічах АА і НА,
- особи, засуджені за управління транспортним засобом в нетверезому стані, зобов'язуються до участі у зібраннях АА,
- при реалізації терапевтичних програм в штат закладів, які займаються лікуванням залежностей, зараховують осіб, uzалежнених від алкоголю, які видужують у співтоваристві АА,
- програми навчання спеціалістів беруть до уваги ознайомлення з Програмою Дванадцяти кроків.

З точки зору Курта Воннегута⁴⁷ Програма Дванадцять кроків є найкращим подарунком ХХ-го століття ХХІ-му. На увагу заслуговує також факт, що Програма Дванадцять кроків, після незначної адаптації, знайшла широке застосування в багатьох інших групах взаємодопомоги (близько 200). Збереженню єдності сприяють Дванадцять традицій.

Ал-Анон

В другій половині 40-х років, за прикладом співтовариства Анонімних Алкоголіків, котре динамічно розвивалося, в Сполучений Штатах Америки виникли Сімейні клуби (Family Clubs) для осіб, котрі мали в родині когось з алкогольною проблемою. Під кінець 40-х років з'явилися групи Дружин не-алкоголічок (Non-Alcoholic Wives), Анонімних неалкоголіків (Non-Alcoholics Anonymous), дружин Анонімних Алкоголіків (AA Wives), а

⁴⁷ Курт Воннегут (1922 – 2007) – видатний американський письменник і публіцист.

також Відділення підкріплення АА (AA Auxiliaries). 1951 року 87 родин звернулися до Управління Анонімних Алкоголіків з проханням прийняти їх до свого грона. Оскільки Управління не виразило такої згоди, було скликано Комітет розрахункової палати, (Clearing House Committee) розміщений в Нью-Йорку, котрий через короткий час було названо Сімейні групи Ал-Анон. 1954 року зареєстровано Головне Управління, а 1955 року була опублікована книга *Сімейні групи Ал-Анон. Посібник для сімей з алкогольною проблемою*. Істотну роль у створенні Ал-Анон відіграла зокрема Льюїс В. – дружина співзасновника співтовариства АА Білла В. 1961 року відбувся перший міжнародний з'їзд Ал-Анон.

Програма Ал-Анон представляє собою адаптовану програму Анонімних Алкоголіків і також використовує 12 кроків і 12 традицій. Ця форма само- і взаємодопомоги існує в Польщі з 1980 року, коли в Познані з'явилася група «Аріадна». На початку 2019 року на території Польщі було зареєстровано 365 груп Ал-Анон, серед них одна інтернет-група, а також 5 груп Ал-Анон Дорослі Діти (інтернет-сторінка www.al—anon.org.pl).

У США зустрічаються також групи Анонімних Співзалежних (С.О.Д.А.). Характер і програма цих груп наближена до Ал-Анон.

На зразок Сімейних груп Ал-Анон виникли, базовані на тій самій програмі, групи Nar-Anon – близькі особи наркоманів), Gam-Anon (близькі особи азартних гравців), Work-Anon (близькі особи працеголіків), Анонімних Співзалежних, а також групи HESHE Anonymous (Helping Everyone Share Healthy Emotions, що перекладається з англійської мови як: Ті, що допомагають кожному переживати здорові емоції).

Алатін, Алатот та групи ДДА

Діти осіб, uzалежнених від алкоголю, у віці від 7 до 12 років можуть зустрічатися в групах Алатот, Алакід і Претін-Алатін (*англ.* Alatot, Alakid і Preteen Alateen). Старші діти uzалежнених від алкоголю осіб (підлітки) можуть відвідувати групи Алатін, котрих 2007 року в усьому світі було 2300 (близько 65% учасників цих груп в США та Канаді – це дівчата).

Під кінець 1976 року, чи на початку 1977 –го група з кількох молодих людей, котрі брали участь в зустрічах Алатін, і на той момент вже вийшли з підліткового віку, почали відвідувати зустрічі групи Ал-Анон. Незабаром вони зорієнтувалися, що мають дещо інші проблеми, ніж решта учасників зібрань. Тоді вони заснували нову групу з назвою «Надія для дорослих дітей алкоголіків» (*англ.* - Hopefor Adoult Children of Alcoholics), перша зустріч якої відбулася в Нью-Йорку на Манхетені. Трохи пізніше була заснована група

«Generation». 1978 чи 1979 року було адаптовано запозичені у АА 12 кроків та 12 традицій. Так виникло співтовариство Дорослі Діти Алкоголіків (ДДА), котре наприкінці 90-х років нараховувало близько 1500 груп. 1979 року, завдяки опублікованій в «Newsweek» статті Клаудії Блек, Стефанії Браун і Шарон Вегшейдер проблеми дорослих дітей алкоголіків побачили денне світло. Автори звернули увагу на факт, що наявність члена сім'ї, uzалеженого від алкоголю, і спільне проживання з ним викликають формування дисфункцій, котрі негативно впливають на пізніше емоційне і соціальне функціонування.

На зразок Сполучених Штатів Америки на початку 80-х років групи Дорослих Дітей Алкоголіків почали з'являтися на території Польщі. Польські групи ДДА мають свої інтернет-сторінки (<http://www.dda.rosa.org.pl/> та <http://www.dda.pl/>). Дедалі частіше в закладах лікування залежностей можна зустріти професійні терапевтичні програми для цих осіб.

На початок 2019 року на території Польщі було зареєстровано 20 груп Алатін і одну інтернет-групу цього співтовариства.

Однак, груп Ал-Анон, Алатін та Дорослі Діти Алкоголіків в Польщі значно більше, тому що не всі існуючі групи проголосили своє приєднання до Співтовариства.

Ще одною підтримкою, як для uzалежнених осіб, так і для тих, хто вибрав абстиненцію як одну із своїх життєвих засад, були і є абстинентські організації, а також рухи за тверезість.

Рухи за тверезість та абстинентські організації в Польщі

Традиція рухів за тверезість в Польщі сягає XVII ст. Одним з перших польський антиалкогольних діячів був отець Ян Станіслав Папчинський (1631-1701), засновник братства ордену діви Марії. Розуміючи, що однією з причин упадку Польщі є п'янство, він порушив цю проблему в своїй пасторській праці, а сам відважився на абстиненцію, одночасно наказуючи дотримуватися її організованому ним ордену. З цієї причини братство діви Марії можна вважати предтечою польських організацій тверезості.

На жаль, повсюдне пияцтво було одним з чинників, котрі спричинили упадок Польщі і трьох поділів 1772 – 1795 років. У дійсності, хвиля п'янства на трьох окупованих територіях (російській, пруській і австрійській) досягнула своєї вершини 1884 року, тоді як розвиток польських товариств невживання і братств тверезості, як захисна реакція польського суспільства на споювання нації загарбниками, настав тільки після поразки листопадового повстання 1831 року.

У міжвоєнний період (1918 – 1939) у Польщі діяло багато різних рухів за тверезість і абстиненцію таких як «Тверезість», Абстинентська ліга залізничників, Гурток лікарів абстинентів, Віленське товариство боротьби з алкоголізмом та іншими поганими звичками, Католицьке об'єднання абстинентів, Польське об'єднання ксьондзів абстинентів, Об'єднання вчителів абстинентів, Союз академіків абстинентів, а також Польська антиалкогольна ліга.

Багато які абстинентські організації пережили важкі роки Другої світової війни та відновили свою діяльність практично відразу після її закінчення. На жаль, вони не довго проіснували, тому що в 1948 р. рішенням комуністичної державної влади абстинентські організації були розпущені. Таке рішення мотивували тим, що явище алкоголізму, подібно до проституції, незабаром зникне разом зі зміною суспільного устрою і ліквідацією залишків «буржуазної системи». Було засновано організацію, котра пильно контролювалася владою, під назвою Громадський комітет боротьби з алкоголізмом⁴⁸, який досить швидко був перейменований на Головний громадський антиалкогольний комітет (GSKP), котрий діяв на основі Центральної ради професійних спілок. Невдовзі GSKP був перейменований у Громадський антиалкогольний комітет (SKP), котрий отримав привілей винятковості у сфері представництва польського антиалкогольного руху». Це привело до того, що рух за тверезість у тому вигляді, у якому він був до цього моменту, щез із лиця землі на десятки років.

Тільки 1980 рік черговий раз в нашій історії вивільнив громадські сили, котрі спробували стримати процес, який вів народ до самознищення і, напр., під час страйків було заборонене вживання спиртного і внесення алкоголю на територію страйкуючих закладів. 1983 року повстав пов'язаний з католицькою церквою рух «Протверезіння», до якого приєдналися багато діячів нелегальної «Солідарності».

Сьогодні в діяльності, направлений на пропаганду тверезості, крім Католицької церкви беруть активну участь інші церкви і релігійні об'єднання (зокрема Церква адвентистів сьомого дня, Церква євангельських християн-баптистів, Церква Христа, Церква євангелістсько-аугсбурзького віровизнання), а також згадувані раніше абстинентські рухи.

Початок рухів взаємодопомоги uzалежнених від алкоголю осіб пов'язується у часі з кінцем 40-х років, коли до Польщі дійшла інформація на тему співтовариства Анонімних Алкоголіків. На жаль, не тільки тоді, але також протягом наступних десятиліть цей рух не

⁴⁸ На установчий з'їзд не запросили нікого з товариств за тверезість, котрі діяли на той час.

міг розвиватися, перш за все, з політичних міркувань. Влада була негативно налаштована до всього, що приходило з Заходу.

В такій ситуації в деяких закладах охорони здоров'я робилися спроби погодження принципів співтовариства АА з тодішніми політичними реаліями. Результатом такої діяльності була поява під кінець 40-х років клубів, які згруповували людей, uzалежнених від алкоголю.

Влада недоброзичливо відносилася до такого типу діяльності, особливо на початку 80-х років, тому що боялася, що рухи взаємодопомоги не обмежаться статутними цілями. Адаже представники влади володіли інформацією, що у вісімдесяти роки багатьох діячів «Солідарності» включилися в роботу на користь протверезіння нації. Одним з помітних проявів цієї діяльності було пікетування магазинів з алкогольними напоями, організовані Братством тверезості і рухом «Протверезіння».

1986 року було засновано Колегію рад абстинентських клубів, а 1988 року в Польщі зареєстровано Федерацію абстинентських клубів. 1998 року на території Польщі діяло майже 500 абстинентських клубів і товариств. 2005 року до Національного реєстру товариств була внесена «Загальнопольська угода абстинентських об'єднань і регіональних товариств – Польська рада абстинентського руху». 2009 року була заснована Національна рада абстинентських об'єднань і товариств, котра цілями своєї діяльності визначила:

- охорону і популяризацію здоров'я;
- протидію соціальній патології, з особливою увагою до патології алкоголізму;
- підтримку неурядових організацій та інших громадських ініціатив, в тому числі діяльності з метою протидії соціальному відстороненню uzалежнених осіб і членів їхніх родин;
- ініціювання створення стандартів діяльності, направленої на підтримку тверезості;
- підтримку діяльності локальних структур і органів місцевого самоврядування у сфері вирішення алкогольних проблем;
- підтримку парламентських і урядових ініціатив у сфері політики щодо алкоголю, співпрацю з національними і міжнародними організаціями, котрі діють у сфері вирішення алкогольних проблем у широкому їх розумінні.

Клуби абстинента, подібно до груп Анонімних Алкоголікв, можна також зустріти на території установ виконання покарань.

Розділ 21

Співзалежність

Не викликає сумнівів, що алкоголізм – це хвороба всієї сім'ї, а не тільки одного з її членів. Багато хто не розуміє, звідки власне береться такий підхід. Проте, досить ближче придивитися до функціонування сім'ї з алкогольною проблемою, й відразу стає очевидним, що вживання алкоголю одним з її членів є головною засадою, яка організовує і надає форму сімейному життю. З цієї причини сім'я набуває ознак дисфункціональності.

Однак, перед тим, як ближче придивитися до дисфункціональної сім'ї, варто було б відповісти собі на питання, чим характеризується здорова сім'я. Як відомо, сім'я є основною одиницею соціалізації і має вирішальне значення для збереження суспільства. Вона утворює складну систему з окремих елементів (членів сім'ї), котрі поєднані між собою особливим способом для досягнення певних цілей. Членів сім'ї зв'язують певні правила, а сама сім'я виконує визначені функції. Здорова сім'я забезпечує виживання і розвиток, заспокоює емоційні потреби своїх членів, робить можливим знайти рівновагу між автономією і залежністю, формує очікування, цінності і стосунки, вчить соціальній поведінці, запевнює розвиток і дозрівання кожного з членів (включаючи і батьків), є місцем у якому розвивається почуття власного Я.

В здоровій і функціональній сім'ї діють п'ять свобод:

1. свобода сприймати і чути те, що відбувається тут і тепер, а не те, що було чи повинно бути;
2. свобода думати те, що думається, а не те що, повинно думатися;
3. свобода відчувати те, що відчувається, а не те, що повинно відчуватися;
4. свобода прагнути і вибрати те, що хочеться, а не те, що повинно хотітися;
5. свобода уявляти собі свою власну самореалізацію, а не грати непохитні ролі, чи постійно дбати про безпеку.

Дисфункціональна сім'я

Що характерно для дисфункціональної сім'ї? Це така сім'я, в якій неможливий сталий та індивідуальний розвиток її членів, яка замкнена для контактів з оточенням, стосунки між членами не будуються на засадах хоча б відносної щирості і взаємності, а ролі і норми не достатньо чітко визначені та прийняті окремими її членами. Діти в таких сім'ях вчаться приховувати свої проблеми, не показувати емоції, не вміють бавитися так, як їх ровесники. Батьки говорять їм: «Веди себе так, як я тобі кажу, а не так, як я роблю.» і очікують, що діти здійснять їх нереалізовані прагнення. Оскільки більшість із перерахованих вище аномалій зустрічається в родинях, в яких існує проблема залежності від алкоголю, ці родини вважаються патологічними, тобто хворими, і власне з цієї причини залежність від алкоголю необхідно розглядати як хворобу цілої сім'ї, а не тільки особи, яка п'є. Дисфункціональність сім'ї з алкогольною проблемою не з'являється раптово. Для неї характерна своєрідна динаміка, і тому ми досить легко можемо зауважити послідовні етапи цього процесу.

На початковому етапі сім'я, подібно до особи, узалежненої від алкоголю, заперечує існування проблеми. У цей час ніхто не думає шукати будь-якої допомоги. Деструкційна поведінка узалежненого від алкоголю толерується, а члени сім'ї солідарно оберігають його від відповідальності за наслідки вживання.

Наступний етап – це спроби позбутися проблеми. Сім'я організовує самооборону від суспільного затаврування ганьбою, з яким пов'язаний алкоголізм. Обмежує контакти з оточенням і оберігає свій внутрішній образ, незважаючи на наростаюче непорозуміння, конфлікти і скандали.

Черговий етап – це фаза хаосу. Вона пов'язана з втратою надії на вирішення проблеми і безвольним підкоренням перебігу подій. У дітей щораз більш чіткими стають емоційні розлади. Нашарування криз інколи приводить до пошуку допомоги у спеціалістів.

Робляться спроби реорганізувати сім'ю. Непитуща дружина чи чоловік бере на себе всю відповідальність за збереження сім'ї, щораз менше толерує вживання, оберігає і криє того, хто п'є. Ця ситуація інколи буває імпульсом до спроб особи, узалежненої від алкоголю, лікуватися. Якщо узалежнений від алкоголю лікується, то тоді сім'я старається звільнитися від проблеми. На цьому етапі можуть мати місце спроби відокремлення особи, узалежненої від алкоголю, і остаточного усунення її з сім'ї. Часто саме ці події схиляють особу, узалежнену від алкоголю, до прийняття рішення про припинення вживання алкоголю, і тоді може розпочатися фаза повернення сім'ї до здоров'я.

Якщо узалежнена від алкоголю особа продовжує пити, сім'я здійснює остаточну реорганізацію, але вже без нього. Настає новий розподіл обов'язків і ролей.

Як видно з описаного вище, енергія сім'ї концентрується, головним чином, на спробах вплинути на поведінку особи, узалежненої від алкоголю, і протидіяти його деструкційним вчинкам. У такий спосіб занедбуються інші важливі сфери сімейного життя і, що у цьому всьому найважливіше, – в такій сім'ї фактично неможливим стає правильне виховання дітей. Такий спосіб функціонування характерний для явища, визначеного як співзалежність, і зустрічається у величезній кількості сімей, в яких існує проблема залежності, й не тільки від психоактивних речовин.

Симптоми співзалежності

За останні роки проведено багато досліджень, котрі дозволили краще зрозуміти природу співзалежності. Так, наприклад, Піа Меллоді (2005) вважає, що найважливіші симптоми співзалежності, це:

- відсутність почуття власної вартості, або зухвалість і почуття вищості;
- надмірна беззахисність або надмірна несхильність (відсутність вразливості);
- сприйняття себе, як поганої і збунтованої особи або доброї і досконалої;
- надмірна залежність або надмірна незалежність (втрата потреб і прагнень);
- відсутність самовладання і запровадження хаосу або постійне контролювання себе й інших.

На думку автора, співзалежність «це порушення дозрівання, викликане пережитою у дитячому віці травмою. Співзалежні особи недозрілі або настільки дитинні, що це перешкоджає їм у житті».

Чермак (1986), котрий одним з перших почав трактувати співзалежність як хворобу, вважає, що головними симптомами співзалежності є:

- розміщення почуття власної гідності у здатності контролювати свої і чужі почуття, незважаючи на очевидний досвід, що це призводить до протилежних наслідків;
- заспокоєння потреб інших людей таким чином, що це робить неможливим заспокоєння власних потреб;
- тісна залежність власної самооцінки від успішності впливу своїми діями на узалежнену від алкоголю особу;
- порушення системи границь, як в ситуаціях інтимності, так і самотності;

- перебування у зв'язку з індивідуумом з розладною особистістю (алкоголізм, наркоманія, хвороблива імпульсивність);
- переживання дуже болісних емоцій або втрата емоційної вразливості щонайменше протягом двох років, без пошуку допомоги ззовні.

Войтіч (1989) до симптомів співзалежності зараховує, напр., «турботливість, сповнена почуттям жалю концентрація на алкоголікові; заклопотаність; уникання оказій до вживання алкоголю; перенесення у взаємних контактах; почуття провини; обсесії; постійна зажуреність, неспокій, неправда, фальшиві надії; розчарування; ейфорія; безладдя; сексуальні проблеми; злість, апатичність, почуття безнадії, кривди; розпач».

Своєю чергою, Бітті (2006) вбачає причину співзалежності у сильній потребі контролювати інших. З її точки зору, співзалежна особа це така, яка «дозволяє, щоб поведінка іншої особи впливала на неї негативно і обсесивно намагається контролювати поведінку особи, яка так на неї впливає». До головних симптомів, які зустрічаються у співзалежних осіб, вона зараховує: турботливість, низьке почуття власної гідності, стримування емоцій і думок, обсесії, контролювання, заперечення, залежність від інших, труднощі з порозумінням, розмиті границі толерантності, відсутність поваги до себе, часте почуття злості в стосунку до інших і до себе, сексуальні проблеми.

Бредшоу (1988) тлумачить співзалежність як результат розладу сімейної системи. З його точки зору «співзалежність можна визначити як розпізнавальний зразок непохитних рис особистості, закоренілих у інтерналізованому соромі, який є результатом занедбання, котре, зазвичай, стосується кожної особи в дисфункціональній системі». Він поширює поняття співзалежності на всіх осіб, котрі живуть в дисфункціональних сім'ях.

Міллон приписує співзалежній особі риси узалежненої особистості, котра характеризується поступливістю і примирливим відношенням, схильністю до самопожертви, відсутністю віри у себе, відсутністю вміння долати інтерперсональні труднощі, відсутністю здатності приймати самостійні рішення і відповідальності, а також підпорядкованим стилем життя, і як наслідок, уникненням суперництва і конфліктів.

Як бачимо, погляди авторів дещо різняться, проте можна прийняти, що характерною рисою співзалежної особи є переконання у своїй здатності впливати на іншу людину, незважаючи на невдачі, які постійно повторюються і пов'язані з цим страждання. Це, своєю чергою, веде до почуття низької самооцінки. Співзалежна особа – це одночасно «рятівник» близької їй людини і переслідувач. Вона також є однією з жертв цього патологічного зв'язку, котрий мало дає, натомість коштує багато.

Для співзалежності характерне постійне ставлення потреб інших людей вище своїх власних, що призводить до емоційного і фізичного виснаження. Адже це певна форма адаптації до неправильної системи міжлюдських взаємовідносин, яка дає можливість зберегти стару систему й одночасно відбирає шанс на її зміну. Це форма адаптації і виживання в ситуації хронічного стресу. Ця адаптація проходить певними етапами. Спочатку ми бачимо безуспішні інтервенції і спроби зрозуміти поведінку близької особи. Далі ізолювання з одночасним контролюванням поведінки uzалежненої особи. Внаслідок відсутності ефекту настає капітуляція, відступ і втрата надії на зміну ситуації, а також концентрація на мінімізації шкідливих наслідків, спричинених залежністю близької особи. Результатом функціонування в хронічному стресі є розлади у сфері психічного здоров'я, котрі часто зустрічаються у співзалежних осіб, тобто:

- почуття низької самооцінки;
- переживання страждання;
- депресивні стани з суїцидальними думками, або раптові зміни настрою (емоційна гойдалка);
- психосоматичні скарги;
- вживання заспокійливих, снодійних ліків чи алкоголю з метою опанування напруження і занепокоєння, що може призвести до залежності;
- залежна поведінка (напр., залежність від покупок, обжерливість і т. ін.);
- розлади у сексуальній сфері;
- відсутність довіри до всього і до всіх;
- дуже сильна боязнь всього нового і змін.

Співзалежні особи, як правило, задовольняють критерії невротичної особистості, описаної Карен Хорні і демонструють:

- надмірну емоційну залежність від почуттів чи схвалення зі сторони інших осіб;
- надмірне піклування і бажання допомагати іншим, котре є наслідком компульсивності;
- відсутність внутрішнього почуття безпеки, котре проявляється почуттям меншої цінності і неадекватності у різних формах;
- чіткі загальмування, котрі проявляються як щодо зовнішньої діяльності, так і внутрішньої, пов'язаної з власними потребами;
- прояви агресії, котрі маніфестують двояко: це може бути безпосередня агресія, домінування, критика, видання наказів, приниження, надмірні вимоги і т. ін.,

але також позиція приниженої особи, використовуваної, котра переконана, що мусить захищатися, бо проти неї цілий світ;

- розлади сексуальної сфери – сильне прагнення сексуальних контактів з одночасним загальмуванням щодо них.

Розглядаючи проблему в світлі 10-ї версії Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем зі здоров'ям (МКХ – 10), можна констатувати, що симптоми, котрі демонструють співзалежні особи, відповідають розладам, які кваліфікуються як «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» в категорії: «Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації».

Для зазначення співзалежності при алкоголізмі часто використовується термін коалкоголізм.

Про наявність коалкоголізму можна говорити тоді, коли хтось з близьких:

- підлаштовується під ритм вживання алкоголю узалеженою від алкоголю особою;
- бере на себе максимальну відповідальність за нього;
- одержимо його контролює;
- допомагає йому і надмірно ним опікується (зокрема, не допускає до того, щоб він повністю відчув на собі наслідки свого вживання і своєї поведінки);
- має високу толерантність до різного типу патологічних вчинків особи, узалеженої від алкоголю, і одночасно почуття провини і низької самооцінки із занедбанням власних потреб;
- часто заперечує факти (особливо те, що партнер є узалеженою особою) і користується правилом «не виносити сміття з хати».

Серед співзалежних, особливо пов'язаних з Сімейними групами Ал-Анон, поширюється «Лист алкоголіка», який варто процитувати:

Я алкоголік. Мені потрібна Твоя допомога. Не докоряй мені, не звинувачуй і не лай мене. Ти б не сердилась на мене, якби я хворів туберкульозом чи цукровим діабетом.

Алкоголізм - це також хвороба. Не виливай мого алкоголю, це тільки принесе чергові збитки, тому що я завжди знайду спосіб, як здобути нову порцію спиртного. Не дозволяй мені викликати у Тебе злість. Якщо Ти будеш нападати на мене словесно чи фізично, то це буде ще більше запевнювати мене у поганій думці, яку я маю про себе. Я вже достатньо ненавиджу самого себе.

Нехай Твоя любов до мене і тривога за мене не змусять Тебе робити те, що повинен зробити я сам. Якщо Ти візьмеш на себе відповідальність за все, відучиши мене брати відповідальність. Я з кожним разом буду мати дедалі більше почуття провини, а Ти будеш відчувати себе ображеною. Не приймай моїх обіцянок, я пообіцяю що завгодно, аби тільки уникнути клопоту. Але характер моєї хвороби стримує мене від дотримання обіцянок навіть тих, про які я на початку говорив цілком серйозно. Не погрожуй мені, якщо не маєш наміру виконувати погрози. Якщо приймеш якесь рішення, тримайся його до кінця. Не вір всьому, що я говорю про Тебе, це може бути неправдою. Заперечення очевидних фактів – це симптом моєї хвороби. Більше того, я найчастіше легко втрачаю повагу до тих, кого занадто легко можна обманути. Не дай мені можливості мати перевагу над Тобою, не дозволяй мені використовувати Тебе. Любов не може існувати довго без справедливості. Не бери на себе відповідальності, або не намагайся відділити мене від наслідків мого пияцтва.

Не обманюй за мене, і не сплачує моїх рахунків. Такі дії зменшують чи запобігають кризі, яка могла б змобілізувати мене до шукання допомоги. Доки будеш рятувати мене від кожного скрутного становища, доти я буду заперечувати те, що маю алкогольну проблему. Понад усе, дізнайся все, що можливо, про алкоголізм і про Твою роль стосовно мене.

Приходь на відкриті збори АА. Регулярно бери участь у зустрічах Ал-Анон. Читай літературу і підтримуй особисті контакти з членами Ал-Анон. Це люди, котрі можуть допомогти ясно побачити всю Твою ситуацію.

З любов'ю до Тебе

Твій алкоголік

Проблема співзалежності найчастіше стосується жінок, проте мій багатолітній досвід свідчить про те, що не кожна дружина особи, узалежненої від алкоголю, є «хворою на співзалежність». Частина з них вдається упоратися з пияцтвом чоловіка і не шукати терапевтичної підтримки. Це залежить від особистісних нахилів, інтенсивності стресу, а також можливості отримувати підтримку від найближчого оточення.

Що робити, щоб не допомагати у пияцтві?

Співзалежні особи досить часто відіграють роль несвідомого помічника у пияцтві і своєю поведінкою чи не в найбільшій мірі сприяють відволіканню в прийнятті рішення про припинення вживання алкоголю і зверненні по допомогу.

Отже виникає питання, як себе вести і що робити, щоб не допомагати у пияцтві.

Підказок і вказівок існує багато, проте значно важче з їх реалізацією. Ось деякі з них:

- не варто забувати, що алкоголізм – це хронічна хвороба, і для того, щоб допомагати в одужанні, треба обов'язково погодитися з цим фактом і перестати соромитися;
- не варто також трактувати алкоголізм як ганьбу для сім'ї. Адже це одна з багатьох хвороб, а повернення до здоров'я подібне до того, як це відбувається при більшості з них;
- не треба відноситися до uzалежненої від алкоголю особи, як до неслухняної дитини, адже ми не ведемо себе так, коли хтось страждає будь-якою іншою хворобою;
- спроби викликати докори сумління чи сварки мають сумнівний сенс, особливо тоді, коли uzалежнений від алкоголю знаходиться під впливом алкоголю;
- читання проповідей і лекцій теж не мають сенсу, тому що, ймовірно, uzалежнений від алкоголю вже знає все те, що ми хочемо йому сказати. Натомість ми можемо спровокувати його до ще більшої брехні і змусити давати обіцянки, котрих він не в стані дотриматися;
- дозволяючи обманювати і вдаючи, що віриш, можна призвести до того, що uzалежнена від алкоголю особа прийде до переконання, що здатна перехитрити;
- застосування шантажу у формі «якби ти мене насправді кохав, то перестав би пити ...» нічого не змінює, а тільки збільшує почуття провини; адже ми не говоримо: «якби ти мене кохав, то не застудився б»;
- погрози, котрих ми не в стані виконати, дозволяють uzалежненій від алкоголю особі вважати, що ми не відносимося серйозно до своїх слів;
- не варто перевіряти, скільки uzалежнений від алкоголю п'є, бо і так не маємо шансу знати про все;
- пошук схованого алкоголю змушує uzалеженого від алкоголю до постійного вигадування нових схованок;
- ховання і виливання алкоголю схиляє uzалеженого від алкоголю лиш до більш відчайдушних спроб його здобути, адже відомо, що він і так врешті-решт знайде можливість, щоб напиться;
- спільне вживання алкоголю взагалі не приведе до того, що uzалежнена від алкоголю особа вип'є менше, натомість, це, без сумнівів, відстрочить той момент, коли він прийме рішення попросити про допомогу;

- не варто робити за особу, uzалежнену від алкоголю, нічого, що він міг би зробити сам; натомість ліквідація проблем, оберігання від наслідків його безвідповідальної поведінки (напр., відсутності на роботі чи зтягування з поверненням боргів) не дають йому шансів побачити, до чого довело його пияцтво і захотіти змінити свою дотеперішню поведінку;
- не варто очікувати негайного вилікування, оскільки, як і при кожній іншій хронічній хворобі, період лікування і реконвалесценції є тривалим, і можливі рецидиви хвороби;
- особі, uzалеженій від алкоголю, дуже потрібні любов, підтримка і розуміння під час його спроб припинити вживання алкоголю і утриматися в тверезості.

У всіх цих діях дуже корисною є допомога як з боку груп Ал-Анон, так і професіоналів.

Розділ 22

Діти алкоголиків

У родинях з алкогольною проблемою найбільш незахищені й одночасно найбільш постраждали – це діти. Кожну сім'ю необхідно розглядати як систему, котра складається з окремих елементів, певним чином пов'язаних між собою для досягнення спільної мети. Явища, котрі відбуваються в межах такої системи, змушують її членів до обов'язкового пристосування до ситуацій і подій, які мають в ній місце. Тому, мабуть, ніхто не сумнівається, що ситуація, котра панує в дисфункціональних сім'ях з алкогольною проблемою, змушує дітей відігравати різні ролі і обирати певні стратегії поведінки. Ці ролі – це різні способи реагування на світ, це захисні механізми щодо загроз, які створює патологічна сім'я з алкогольною проблемою, це також різні способи приховування алкоголізму та ганьби, якою він таврує родину.

Ролі, які виконують діти

Герой сім'ї – опора сім'ї. Цю роль бере на себе, переважно, найстарша дитина у сім'ї. Його завдання – забезпечувати сім'ю почуттям значущості, цінності. Тому він не створює ніяких проблем, добре вчиться, дбає про інших домочадців, а також виконує частину обов'язків батька. Намагається контролювати ситуацію в домі, опікується молодшими братами і сестрами, утішає матір й одночасно старається пильнувати, щоб з батьком не сталося нічого поганого. Як правило, герой сім'ї зрілий не по роках, а також надмірно обов'язковий та відповідальний. Функціонує так, що родина може ним пишатися. Проте дуже часто занедбує власні потреби. Такі герої живуть у постійній «напрузі», зазвичай не вміють розважатися, мають труднощі з відпочинком і зняттям напруги. Як наслідок, вони досить часто хворіють психосоматичними захворюваннями. Ці особи досить часто обирають професію, пов'язану з допомогою іншим людям. У дорослому житті сприймаються як надзвичайно працьовиті і соціально позитивні.

Козел відпущення. Цю роль, як правило, виконує дитина молодша від героя сім'ї. Вона не в стані конкурувати з ним. Почуває себе відстороненою і шукає підтримки за межами дому. Це так звана важка дитина, котра створює проблеми у школі, а також багато інших виховних проблем, конфліктує з дорослими і ровесниками, погано вчиться. Має вибуховий і агресивний характер і тому досить рано попадає в конфлікт із законом.

Нерідко узалежнюється від алкоголю чи наркотиків. Роль такої дитини полягає у відволіканні уваги оточення від узалежненої від алкоголю особи і подій, котрі мають місце у хворій родині. Ці діти найбільш помітні у суспільстві. Нерідко саме вони стають першими членами сім'ї особи, узалежненої від алкоголю, котрі потрапляють в поле зору фахівців, чи самі звертаються за допомогою. Часто хворіють захворюваннями, котрі вимагають психіатричної допомоги. У дорослому житті демонструють риси суспільної непристосованості.

Янголятко чи згублене дитя - самотнє і замкнене у собі. Зажурене і самотнє, від хаосу і сварок в домі воно втікає у світ мрій. Не багато вимагає від родини і мінімально користується її підтримкою, не потрапляє на очі і з ним немає проблем. Справляє враження, що події в домі зовсім його не зачіпають і поступово втрачає контакт з оточенням. Для такої дитини характерні відсутність надії і почуття безпомічності. Має труднощі з нав'язуванням контактів з іншими людьми, а в дорослому житті не вміє підтримувати стосунки, які дають почуття емоційної сатисфакції. Такі діти часто попадають в залежність від психоактивних речовин, або стають надмірно гладкими. У дорослому житті сприймаються як одинаки, котрі завжди тримаються осторонь.

Наймолодша дитина, котру називають сімейним талісманом, знаходиться у центрі уваги і зацікавленості родини, а її роль полягає у знятті напруження у сім'ї. Щоб вистояти, забезпечує її темами для забави, а також дбає про те, щоб як найчастіше в домі було весело. У такий спосіб відволікає увагу домочадців від дійсних проблем. Проте, за веселістю і удаваною безтурботністю криється напруга і занепокоєння. Її самооцінка найбільше залежить від того, як вона буде сприйматися оточенням, а це призводить до того, що дитина постійно добивається чужого схвалення. Така дитина завжди старається привернути до себе увагу і ця риса зберігається, як правило, і у дорослому житті. Такі діти характеризуються слабкою стійкістю до стресів, а стикаючись з важкими для вирішення проблемами, нерідко звертаються до алкоголю чи наркотиків. У дорослому житті така дитина найчастіше грає роль клоуна і жартівника.

Описані вище ролі не мусять проявлятися в чистому виді. Часто одна і та сама дитина демонструє зразки поведінки, характерні для різних ролей.

Відсутність емоційного тепла і підтримки серйозно ускладнюють правильне формування у дитини почуття власної гідності. Дуже часто воно живе з переконанням, що є причиною пияцтва і сварок у сім'ї. Крім того, постійно мусить пам'ятати про збереження сімейної таємниці, а також живе і веде себе відповідно до правила: «Ти не повинен мислити,

відчувати, прагнути, уявляти собі, бачити і чути так, як ти це робиш. Мусиш мислити, відчувати, прагнути, уявляти собі, бачити і чути так, як цього вимагає ідеал».

Інші дослідники цієї проблеми звертають увагу на те, що діти, щоб зберегти патологічну сімейну систему, можуть також грати ролі:

- рятівника, котрий витягує узалежнену від алкоголю особу зі скрутного становища й тим самим оберігає її від наслідків вживання алкоголю,
- провокатора, котрий зіштовхує узалеженого від алкоголю з дійсністю, проте дії дитини, як правило, не конструктивні, і найчастіше лише поглиблюють почуття провини й низької самооцінки,
- жертви, котра звалює на свої плечі з кожним разом дедалі більший обсяг обов'язків, котрі раніше лежали на узалежненій від алкоголю особі.

Своєю чергою, Claudia Black, характеризуючи соціальні ролі, які виконують діти, щоб впоратися з алкоголізмом батьків, виділяє три типи дітей:

- відповідальна дитина (бере в свої руки кермо і опікується безпорадними батьками та братами і сестрами),
- дитина, яка пристосовується (уважно спостерігає, що відбувається, щоб швидко пристосувати свій спосіб мислення і поведінки до вимог даної ситуації),
- дитина, котра пом'якшує ситуацію (старається всіх задовільнити або відвернути увагу від того, що відбувається в сім'ї – в тому числі діти, котрі блазнюють і створюють проблеми).

Спостереження за сім'ями з алкогольними проблемами дозволяють також виділити три правила, котрі визначають функціонування дітей:

- правило «не говори» наказує мовчати про те, що діється у родині,
- правило «не довіряй» наказує не довіряти як членам власної родини, так і чужим людям, тому що довіра може наразити на кривду (наслідком є відсутність почуття безпеки),
- правило «не відчувай» наказує не заглиблюватися у власні емоції (треба бути «твердим»).

Ці правила є наслідком неприємних дитячих переживань. Тому що, для чого розповідати про пережиті неприємні події, якщо вони домінують в житті дитини, й крім того не можна похвалитися домом чи батьками. Як можна кому-небудь довіряти, якщо не довіряєш найближчим, бо чимось абсолютно нормальним вдома є недотримання обіцянок, а

майбутнє не можна передбачити. Дитину також супроводжує печаль з приводу втрати батька чи матері та переконання, що її покинули задля алкоголю. Усвідомлення цього часто викликає такі самі переживання, як смерть коханої особи. Навіщо відчувати, якщо більша частина енергії дитини тратиться на придушення таких почуттів як смуток, сором, страх, злість чи ненависть. Сором за поведінку батька схиляє дитину до ізолювання від ровесників, котрі в цей час зав'язують і утримують дружбу. Це, в свою чергу, негативно відбивається на подальшому соціальному функціонуванні дитини, а пізніше і дорослої особи.

Дорослі діти алкоголіків

Діти з родин з алкогольною проблемою, окрім схильності до залежностей, в дорослому житті демонструють цілий ряд характерних рис, серед яких найчастіше зустрічаються:

- почуття відмінності,
- критична самооцінка і занадто серйозне відношення до самого себе,
- ігнорування власних емоційних потреб,
- відсутність здатності тішитися життям,
- труднощі з розумінням, що нормально, а що ні,
- взяття відповідальності за все і за всіх, а також трудоголізм,
- реагування занепокоєнням, коли справи вириваються з-під контролю,
- надмірна відповідальність, або відсутність відповідальності,
- надмірна вразливість або надмірна байдужість (емоційна анестезія),
- функціонування за правилом «все або нічого»,
- труднощі з реалізацією власних життєвих планів і часте підкорення імпульсам,
- відсутність довіри до інших людей і страх перед встановленням близьких стосунків,
- постійні пошуки схвалення своєї особи і страх бути покинутим,
- почуття, що тебе атакують чи ігнорують,
- несвідомі пошуки напруження і кризових ситуацій, а потім скарги на їх наслідки,
- страх перед критикою і засудженням, при одночасній схильності до критики і засудження інших людей.

Ці діти дуже часто знаходять собі партнерів, узалежнених від психоактивних речовин, і одночасно готові зробити все, що завгодно, щоб не допустити до розпаду цього зв'язку. Перспектива самотності занадто болісна для них, тому що по суті є поверненням до прикрих переживань з дитинства.

Дослідження показали, що у синів батьків, uzалежнених від алкоголю, ризик алкоголізму в чотири рази вищий, ніж у інших, а дочки uzалежнених від алкоголю мам в три рази частіше стають алкоголічками, ніж інші і значно частіше виходять заміж за осіб, uzалежнених від алкоголю.

В матеріалах груп взаємодопомоги Дорослих Дітей Алкоголіків (ДДА) можна зустріти звід прав дорослих дітей алкоголіків. Ознайомлення з цими правами і їхнє застосування повинні полегшувати розрахунки з минулим і допомагати в здійсненні змін у своєму житті. Ось ці права:

- Я маю право на всі добрі моменти, за якими тужив всі ці роки, і котрих ніколи не мав.
- Я маю право на радість у цьому житті – тут і тепер; не тільки на скороминуче ейфорійне захоплення, але і на щось більш тривале.
- Я маю право розслаблятися і розважатися – не вживаючи алкоголю, наркотиків і інших «стимуляторів».
- Я маю право активно йти до людей, в місця і ситуації, котрі допомагають мені досягти добре життя.
- Якщо я відчуваю, що щось є для мене небезпечним, чи я до чогось не готовий, то я маю право сказати про це.
- Я маю право не брати участі ані в активній, ані в пасивній поведінці батьків, братів і сестер чи інших осіб, котрі роблять з мене «божевільного».
- Я маю право ризикувати в межах здорового глузду і експериментувати з новими формами поведінки.
- Я маю право змінювати своє відношення, свою стратегію і свій спосіб мислення.
- Я маю право робити помилки і не оправдовувати власних очікувань.
- Я маю право залишити товариство осіб, котрі свідомо чи через неухважність тиснуть на мене, заганяють в почуття провини чи принижують. Це стосується також мого батька (чи матері) алкоголіка, не алкоголіка і кожного з членів моєї сім'ї.
- Я маю право покласти край спілкуванню з людьми, котрі сприяють тому, що я почуваю себе приниженим чи пригнобленим.
- Я маю право відчувати те, що відчуваю.
- Я маю право довіряти своїм почуттям, поглядам, враженням і інтуїції.
- Я, як цілісна особа, маю право розвиватися духовно, розумово, ментально і емоційно.

- Я маю право виражати всі свої емоції недеструктивним шляхом, в безпечному місці і часі.
- Я маю право на стільки часу, скільки мені потрібно, щоб, завдяки експериментам з цими моїми новими ідеями, впровадити зміни у своє життя.
- Я маю право на селекціонування того, що отримав від батьків – отримувати ті речі, котрі можна прийняти й відкидати все, що неприйнятне для мене.
- Я маю право на здорове психічне і духовне життя, навіть якщо воно буде частково чи в цілому відходити від філософії, переказаної мені батьками.
- Я маю право знайти своє місце у світі.
- Я маю право користуватися наведеними вище правами – жити так, як я сам хочу, і не чекати доки мій батько (чи мати) видужає, буде щасливим, звернеться по допомогу, чи признає, що сам має проблему.

Розділ 23

Алкоголь і насильство

Вступ

Насильство над іншою людиною – це серйозна соціальна проблема не тільки тому, що пов'язана з болем і стражданням, але також і тому, що генерує серйозні економічні втрати для держави. Насильство супроводжує людство століттями. Перші випадки насильства були описані ще у Біблії. Можна також їх знайти в записах періоду Стародавнього Риму й у пізніші часи. Розмір, форма і частота вчинення насильства має зв'язок з культурними факторами.

У більшості дефініцій насильства наголос ставиться на навмисності заподіяння шкоди, яка характерна для насильства, хоча такі наміри важко оцінювати. Можна сказати, що ми маємо справу з насильством тоді, коли:

1. існує диспропорція сил, тобто одна зі сторін, маючи фізичну і/або психічну перевагу (винуватець) над іншою, слабкішою стороною (жертва), використовує цю перевагу, порушуючи основні права цієї другої;
2. перевага сил використовується з метою скривдження слабшого, тобто одна зі сторін, а саме винуватець, використовуючи свою перевагу, добивається певної цілі, котрою найчастіше є підпорядкування собі другої сторони (жертви);
3. порушуються важливі особистісні цінності покривдженої особи, тобто одна зі сторін – жертва – наражається на втрату гідності, здоров'я чи життя, і одночасно, свідомість цієї загрози може викликати у неї паралізуючий страх, котрий обмежує її здатність протиставлятися і протидіяти актам насильства;
4. одночасно мають місце всі три наведені вище умови.

Найбільш повне визначення насильства дала Всесвітня організація охорони здоров'я, котра окреслила його як застосування фізичної сили, або психологічного тиску за допомогою погроз чи в дійсності, щодо себе, когось іншого або проти групи людей чи громади, що викликає, або існує висока ймовірність, що викличе, поранення, фізичне ушкодження, смерть, психологічний біль, порушення розвитку чи депривацію.

Найчастішою формою насильства – є насильство в сім'ї. Воно характеризується умисністю скерованих проти членів сім'ї дій, котрі порушують їхні права і завдають шкоди особистим цінностям, а також спричинюють психічні і фізичні шкідливі наслідки та страждання. Особливо несприятливо насильство впливає на дитину, однаково, як тоді, коли вона є об'єктом насильства, так і тоді, коли тільки його свідком. Адже ситуації насильства негативно впливають на емоційний розвиток дитини та формування її психіки і можуть стати причиною пізніших емоційних проблем у дорослому житті. Багато досліджень продемонстрували, що зловживають алкоголем і наркотиками ті молоді люди, котрим безпосередньо загрозувало насильство і котрі були свідками погроз та насильства. Адже насильство в сім'ї моделює антисоціальну поведінку і є криміногенним фактором.

Залежно від критеріїв, які застосовуються, насильство можна поділити на: фізичне (напр., штовхання, шарпання, копання, дряпання, щипання, нанесення ударів, душіння, замикання в приміщення і т. ін.), а також вербальне, тобто словесне (напр., обзивання, змушення до відчуття сорому, погрози чи залякування). Можна також виділити насильство: психічне (напр., безпідставна критика, висміювання, кепкування, сталкінг⁴⁹), емоційне (нехтування, відсутність зацікавленості, поваги), економічне (напр., обмеження чи позбавлення матеріальних засобів, відбирання грошей), сексуальне (напр., вимушені статеві зносини, примушення до неприйнятних для особи сексуальних практик, гвалтування. Зустрічається також поділ насильства на гаряче і холодне (холоднокровне). Гаряче насильство – це таке, яке проявляється вибухом агресії, злості чи гніву, часто супроводжується раптовими діями і багатою вербальною експресією. Його легко помітити, хоча воно появляється зненацька і досить швидко зникає. Холодне насильство – це насильство, котре здійснюється навмисно і має хронічний, затяжний характер. Шляхом цього типу насильства винуватцю вдається досягнути певну ціль. Ця мета може бути також позитивною, напр., змушування дитини до навчання чи шанування норм.

У більшості випадків появі насильства зазвичай передує певний і важкий для переривання цикл подій. Він складається з трьох фаз, котрі час від часу повторюються: фази зростання напруги, фази безпосереднього насильства, фази примирення.

1. Фаза зростання напруги складається з:

⁴⁹ Сталкінг – це форма емоційного насильства (психічного нападу), котре сприймається як небажане й нав'язливе, характеризується повторюваністю і викликає занепокоєння або страх. Переслідування може здійснюватися з використанням телефону («безмовні телефони», розмови, SMS-и), листування (пошта звичайна і електронна), чи також полягати у стеженні, перебуванні біля місця проживання жертви, їзди за нею автомобілем чи знищенні її майна. Більшість сталкерів це минулі партнери жертв, рідше фанати, знайомі чи сусіди. Термін 1998 року впровадив J. Reid Meloy.

- появи подразника і стресової ситуації (часом буває спровокованою),
 - інтерпретації (іноді помилкової) цієї ситуації як загрозової,
 - зростання злості і емоційної напруги у відповідь на стресову ситуацію,
 - труднощі з опануванням раптового вибуху в реагуванні на цю ситуацію.
2. Фаза безпосереднього насильства характеризується проявом агресії і здійсненням акту насильства.
 3. Фаза примирення – каяття винуватця і обіцянки, що це більше ніколи не повториться (жертва вірить у те, що винуватець зміниться).

Емоційні шкідливі наслідки, в тому числі біль і страждання жертв насильства, досить добре відомі, натомість ми рідко коли замислюємося над коштами, пов'язаними зі скоєнням насильства. Необхідно рахуватися з трьома основними видами затрат. Перший з них – це кошти, пов'язані з застосуванням виміру справедливості (в тому числі і поліції), медичної і соціальної допомоги. Другий вид – це втрата доходів, пов'язана з перервами в праці (ці витрати несуть як роботодавці, так і жертви насильства). Третій вид затрат – це фінансові витрати, які мусить нести суспільство, щоб уникнути різноманітних негативних наслідків насильства.

Жертви і винуватці

Найчастіше жертвами насильства стають жінки. 1999 року в Сполучених Штатах Америки жінки становили 85% жертв насильства. Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я свідчать про те, що кожна шоста жінка на світі страждає від насильства в сім'ї. 4 – 12% жінок повідомили, що стали жертвами побиття під час вагітності, причому в 90% випадків винуватцями були батьки ще не народжених дітей. Своєю чергою 70% жінок - жертв вбивств загинули від руки свого партнера.

За даними Центру досліджень громадської думки:

- кожний п'яти учасник досліджень (19%) признається, що в той чи інший час був жертвою фізичного насильства,
- кожний восьмий респондент (12%) стверджує, що щонайменше один раз був вдарений чоловіком чи дружиною (партнером, партнеркою) під час сварки,
- словесну агресію з боку партнера відчуває на собі одна четверта учасників досліджень, котрі залишаються в постійному зв'язку (27%), в тому числі 5% - часто; кожний десятий (10%) зазнає приниження, глузування,
- рішуча більшість досліджуваних (68%) відверто зізнається, що в їх домах трапляються різного типу конфлікти, суперечки чи сварки.

Спостерігаючи за стосунками, в яких жінки зазнають фізичного насильства з боку своїх партнерів, можна легко зауважити перебіг наступного циклу. Майбутній винуватець насильства стає з кожним разом дедалі більше напруженим і неспокійним, все його дратує, провокує суперечки і сварки, часом вживає психоактивні речовини, такі як алкоголь чи наркотики. Жінка заспокоює його, перепрошує, старається задовільнити його забаганки, проте це не змінює ситуації. Часом, не витримуючи цієї обстановки, сама викликає суперечку, щоб швидше настав вибух агресії, щоб мати все це позаду (перша фаза). Партнер поступово стає щораз більше нестриманим, шукає приводу для сварки і зрештою раптово «розряджається», незалежно від того як сильно жінка старається пом'якшити ситуацію. Результатом стають фізичні травми (інколи каліцтво і навіть смерть), безпорадність, жах, сором і нерідко погіршення настрою з втратою сенсу життя (друга фаза). Після того, як винуватець зжене на жертві свою злість, на якийсь час може стати зовсім іншою особою. Помічає, що зайшов занадто далеко, часом остерігається прикрих для себе наслідків, починає розкаюватися, намагається виправдати свою поведінку, просить вибачення, обіцяє виправитися, дарує квіти, купує подарунки. Жертва починає вірити, що це був випадок, забуває про прикру подію, відчуває себе коханою і відповідає взаємністю (фаза примирення). Через якийсь час цикл повторюється.

Перед лицем насильства, яке зазнають від своїх партнерів, жертви, як правило, ведуть себе пасивно, рідко агресивно чи асертивно. Наприклад у жінок, яких постійно б'є партнер, розвивається синдром навченої безпорадності. У такому випадку вони сприймають себе як осіб, котрі не мають жодного контролю на власним життям. Це може призвести до зловживання алкоголем, вживання наркотиків і навіть до самогубства.

Характерною рисою жертв є сильне почуття провини і нерідко приписування собі відповідальності за акти насильства. Багато хто з них вірить, що це вони спровокували акт насильства, тому що сперечалися з винуватцем чи не виконали його вказівок або побажань. Щоб уникнути вибуху агресії, жертви стараються заспокоїти своїх переслідувачів і намагаються виключити будь-які претексти, котрі могли б призвести до раптового вибуху агресії. Таке підпорядкування – це спосіб виживання для жертв. Дуже часто жінки – жертви насильства залишаються у зв'язку, у якому їх кривдять, через відсутність коштів на самостійне життя, тому що вважають, що самі не дадуть собі ради, що їм буде важко знайти працю і нових друзів. Деякі жінки вірять, що їх діти потребують батька, а розлучена пара і їхні діти є затавровані суспільством. Серед інших причин залишення у такому зв'язку: страх перед помстою з боку насильника, почуття сорому і приниження, і досить часто культурно-релігійна обумовленість. З цих причин більшість

жінок-жертв насильства визнають за краще вірити в те, що їхні партнери зміняться, не думати про роздільне проживання чи остаточне розлучення.

Зустрічаються два типи жінок-жертв насильства. Кожен з них вимагає іншого підходу у вирішенні проблеми. Жінки, котрі не в змозі розірвати патологічний зв'язок, вимагають психотерапії, котра допомогла б їм перебороти почуття безпорадності. Натомість ті, які прийняли рішення покинути насильника, потребують притулку і допомоги, щоб розпочати нове життя, знайти працю і т. д.. Важливо також щоб і жертви, і насильники відчували постійну зацікавленість їхньою долею з боку спеціальних служб.

Випадки насильства тримаються в таємниці, тому що жертви соромляться розкривати, що діється у їхньому домі. Часом їм дуже важко признатися навіть самим собі у тому, що найближча особа вчиняє над ними насильство. Винуватці насильства роками піддають жертв психічному тиску, агресії, переслідуванню, приниженню, залякуванню чи використанню. Найчастіше жертви перед цими діями беззахисні і безпорадні, не в змозі самотійно впоратися з ними. Приховування цих фактів і удавання, що нічого не відбувається, не змінює ситуацію. Акти насильства повторюються, від них страждають усі члени сім'ї. Досить часто жертви і свідки повторюють дії, жертвами яких стали чи свідками яких були в домі, і таким чином домашнє насильство продовжується в наступних поколіннях. Нерідко жертвами насильства стають діти. У наукових публікаціях, присвячених цій проблемі, описується синдром жорстокого поводження з дитиною (котрий називають також синдромом побитої дитини або синдромом Сільвермана), для якого характерні чисельні фізичні ушкодження, котрі виникли внаслідок дій дорослої людини. Цей синдром часто супроводжується психічним насильством («моральне насильство»).

Наукові дослідження свідчать про те, що винуватці насильства - це переважно чоловіки, котрі скоюють насильницькі дії щодо своїх жінок або партнерок. Зазвичай ці чоловіки – це невпевнені у собі особи, з комплексом меншовартості, зі страхом бути покинутим і почуттям низької самооцінки. Спостережено також, що для винуватців насильства додатково характерні такі риси, як нестійкість до стресових ситуацій, слабкий контроль над імпульсами, схильність до антисоціальних дій чи зловживання алкоголем і наркотиками. Винуватці насильства часто походять із середовища, в якому скоювалося насильство. Дослідження показали також залежність між дозріванням у домі, де мало місце насильство, і перебуванням у дорослому віці у зв'язку, базованому на насильстві в ролі жертви, або винуватця. Досить імовірно, що для багатьох чоловіків, котрі скоюють

насильство, мав значення досвід з дитинства, коли вони бачили, як їх батьки показували їм, скоюючи насильство, у чому полягає «бути справжнім чоловіком».

Буває і так, що застосування насильства є наслідком так званого переносу агресії. У такому випадку винуватець насильства стримує негативні емоції, котрі є наслідком стресу напр., у праці, аж до моменту, коли потрапить до дому, і лише там вибухає.