

УДК 616.89

С.О.Лобанов

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ХВОРИМ З УРАХУВАННЯМ ОБТЯЖЕННЯ НАРКОМАНІЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: ВІЛ-інфікування, психічні розлади, психологічна корекція, результативність комплексної допомоги

Вступ

З попередніх досліджень відомо, що на ранніх етапах хвороби при ВІЛ-інфікуванні досить часто зустрічаються психічні розлади, пов'язані з реакцією особистості на хворобу, що може проявлятися у вигляді розладів адаптації [1;5; 9].

Попереднє дослідження показало, що психічні розлади на початкових етапах ВІЛ-інфікування можуть суттєво погіршувати функціонування хворих [6]. При цьому за наявності лише біологічного лікування ВІЛ-інфекції відомо, що показники життєдіяльності відновлюються лише частково [4].

Відповідно до підходів до надання допомоги ВІЛ-інфікованим особам, серед яких можна виділити наявність психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на різних етапах супроводу та лікування, застосування комплексного підходу до реабілітації таких хворих, створення системи до та після тестового консультування, проведення психологічної допомоги відповідно принципів, сформульованих на підставі наступних даних [3], нами була розроблена комплексна програма психологічної корекції.

Програма психологічної корекції містила наступні складові компоненти, що обумовлені визначеними принципами організації та надання психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим [3]. Серед них такі, як проведення дотестового консультування, що спрямоване на зниження тривоги очікування та адаптацію до результатів тестування, формування певної упереджувальної позиції досліджуваного щодо результатів дослідження на ВІЛ-інфекцію. Проведення міжтестового консультування, що спрямоване на підтримання конструктивних, адаптивних типів реагування на хворобу. Особливим фрагментом роботи є проведення після тестового консультування у разі підтвердження діагностування ВІЛ-інфекції. Важливим напрямом роботи в цьому разі є допомога у зниженні емоційного психологічного напруження, пов'язаного з усвідомленням факту ВІЛ-інфікування та актуалізації деструктивних стереотипів поведінки. Важливим напрямом в роботі на цьому етапі є формування стабільного довірливого ставлення пацієнта до лікаря або психолога, формування передумов для заміни деструктивних патернів поведінки та дезадаптивних типів реагування на хворобу.

Окремим важливим напрямом в роботі з такими пацієнтами є проведення психологічної підтримки після тестування, після отримання невизначеного результату тестування на ВІЛ. При цьому зростає

рівень тривоги та напруження [8] внаслідок тривалого очікування негативних результатів тестування. Важливим напрямом також є проведення комплексної медико-психологічної підтримки ВІЛ-інфікованих хворих на етапах амбулаторного та напівстаціонарного перебування у медичних закладах, що включає також різні види соціально-психологічної допомоги. Серед таких форм допомоги проведення групових форм психологічної роботи, надання соціальної допомоги відповідно до потреб у об'ємі, що дозволяє створити певний рівень стабільної тривалої підтримки пацієнта, проведення соціальних заходів, груп зустрічей, фахових консультацій, психологічних груп, тренінгових груп, проведення лекційно-семінарських освітніх форм роботи за визначеною (відповідно потреб ВІЛ-інфікованих хворих) тематикою.

Об'єкт та методи дослідження

Досліджуючи результативність надання медико-психологічної допомоги, нами було обстежено 137 ВІЛ-інфікованих хворих. Серед них було 88 хворих, що мають ознаки стану наркотичної залежності (64,2% від усієї групи) та 49 осіб без таких ознак (32,8% від усієї групи).

На підставі обґрунтованих нами критеріїв ефективності психокорекційних заходів при наданні комплексної медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим [3], а також спираючись на уявлення про механізми подолання пацієнтами фруструючих ситуацій [7], ми обрали методи дослідження для відстеження результативності різного об'єму надання допомоги ВІЛ-інфікованим особам.

Серед методик, що застосовувалися при дослідженні ВІЛ-інфікованих хворих, перелічені такі, як методика дослідження реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, що відображає загальний стан емоційної сфери та характеризує рівень внутрішнього психічного напруження; показник депресії за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова, що виявився чутливим до вивчення депресивних реакцій у ВІЛ-інфікованих хворих; досліджувався показник самооцінки суб'єктивного функціонування за допомогою методикою САН. За нашим припущенням цей показник може свідчити про рівень фрустрації, яка за даними сучасних досліджень [2] є суттєвим показником при розгляді розладів адаптації.

При проведенні нами математичної обробки даних, статистичний t-критерій Стьюдента у даному випадку виявився недосконалим внаслідок великої розбіжності

результатів (середньої похибки). Критерій Стюдента не виявив значимої різниці між показниками тому ми проводили статистичний аналіз відмінностей із застосуванням непараметричного критерію U Манна-Уїтні (непараметричний критерій, що не залежить від характеру розподілу отриманих підсумків). Внаслідок цього ми отримали значимі відмінності у показниках досліджуваних груп.

Результати роботи

При роботі з хворими ми виділили кілька досліджуваних груп, серед яких були ВІЛ-інфіковані хворі з розладами адаптації без ознак наркотичної залежності, ВІЛ-інфіковані хворі з розладами адаптації із ознаками наркотичної залежності, ВІЛ-інфіковані хворі з певними ознаками психологічних реакцій на хворобу ВІЛ та без розладів адаптації і без ознак наркотичної залежності, та ВІЛ-інфіковані хворі без розладів адаптації з ознаками наркотичної залежності.

В кожній з перелічених груп ми виділили осіб, що приймали участь у комплексній програмі медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим. Досліджувані всіх перелічених груп, частина з яких приймали участь у комплексній програмі, і решта осіб, що отримували лише біологічну (медикаментозну) підтримку були обстежені двічі з інтервалом від 1 до 3 місяців.

В структуру комплексного підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим входили надання медичної допомоги за основним захворюванням ВІЛ-інфікування, в залежності від потреб хворого. Наступним компонентом, що входив до комплексного підходу, було призначення симптоматичної або підтримуючої медикаментозної терапії у зв'язку з розладами адаптації. Серед психологічних заходів застосовувалася програма психологічної допомоги, що включала в себе індивідуальні та групові форми психологічної роботи та передбачали

опрацювання різних тематичних напрямів [3], відповідно визначеним у попередніх роботах потребам ВІЛ-інфікованих хворих. Також важливим компонентом в роботі було проведення консультацій інших фахівців, участь у роботі клубу знайомств ВІЛ-інфікованих, отримання юридичних консультацій тощо, що входить в групу заходів соціальної підтримки.

В структуру часткового підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим входили надання медичної допомоги за основним захворюванням ВІЛ-інфікування без наявності інших компонентів соціально-психологічної підтримки, або отримання пацієнтом фрагментарної психологічної підтримки, або отримання ВІЛ-інфікованим пацієнтом тільки одного або двох компонентів, що входять в структуру комплексного підходу.

Підсумовуючи та узагальнивши результати дослідження, ми отримали наступні дані, розміщені в таблиці 1, в якій показана порівняльна характеристика результативності комплексного та часткового підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим.

В таблиці 1 представлені результати порівняння комплексного та часткового підходів до надання медико-психологічної допомоги у ВІЛ-інфікованим хворим протягом перебування на амбулаторній програмі або у напівстаціонарних умовах.

Результати дослідження показали, що надання системи медико-психологічної допомоги у ВІЛ-інфікованим хворим протягом перебування на амбулаторній програмі або у напівстаціонарних умовах призвело до суттєвих змін у психоемоційному стані ВІЛ-інфікованих хворих, що проявилось у достовірно значимих змінах обраних для визначення ефективності програми допомоги, показників психологічного функціонування, при їх порівнянні до та після проведення програми допомоги.

Таблиця 1
Порівняльна характеристика результативності комплексного та часткового підходу до надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим

Групи досліджуваних	Характеристика надання допомоги			
	часткова (медична)		комплексна	
	Тенденція показників (+ підвищ.) (- зниж)	Достовірн. відмінності до та після допомоги p	Тенденція показників (+ підвищ.) (- зниж)	Достовірн. відмінності до та після допомоги p
Група ВІЛ-інфік. осіб з ознаками наркотичної залежності без ознак розладів адаптації	+	не виявл.	-	p<0,05
Група ВІЛ-інфік. осіб з ознаками наркотичної залежності з ознаками розладів адаптації	-	не виявл.	-	p<0,05
Група ВІЛ-інфік. осіб без ознак наркотичної залежності без ознак розладів адаптації	+	p<0,05	+	p<0,01
Група ВІЛ-інфік. осіб без ознак наркотичної залежності з ознаками розладів адаптації	+	p<0,05	+	p<0,01

При дослідженні було виявлено, що після проведення звичайного медикаментозного лікування ВІЛ-інфекції показники достовірності відмінностей обраних показників до та після надання допомоги зменшувалися менш суттєво ($p < 0,05$ на відміну від комплексної програми з достовірністю відмінностей $p < 0,01$), а в деяких групах достовірність відмінностей між показниками до та після надання допомоги ВІЛ-інфікованим хворим не спостерігалось (на відміну від застосування комплексної програми, при якій показник достовірності відмінностей складав $p < 0,05$).

При проведенні комплексної медико-психологічної роботи, критерії успішності та впливовості таких психокорекційних впливів відрізняються протилежно у групах ВІЛ-інфікованих осіб, що мають ознаки стану наркотичної залежності та без ознак такої. Так в роботі ми відстежили зміни показників психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери у ВІЛ-інфікованих хворих, що мають ознаки стану наркотичної залежності, на ранніх етапах ВІЛ-інфікування та перебувають на етапі стаціонарного та амбулаторного лікування у бік підвищення тривожності (тобто погіршення показників психологічного функціонування, в таблиці зі знаком „-“).

Відстежуючи зміни показників психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери у ВІЛ-інфікованих хворих без ознак стану наркотичної залежності, на ранніх етапах ВІЛ-інфікування на етапі стаціонарного та амбулаторного лікування, показники психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери змінилися у бік зниження тривожності, збільшення самооцінки власного поточного стану (тобто поліпшення показників психологічного функціонування, в таблиці зі знаком „+“).

При аналізі результативності надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим з ознаками розладів адаптації, то у таких хворих ми спостерігали прямиий ефект проведення медико-психологічної допомоги, у напрямі зміни показників психологічного функціонування, самооцінки та емоційної сфери у бік зниження тривожності, збільшення показника самооцінки власного поточного стану (тобто поліпшення показників психологічного функціонування, в таблиці зі знаком „+“).

Слід відзначити, що інверсія направленості змін показників психологічного функціонування у ВІЛ-інфікованих осіб з ознаками залежності від наркотичних речовин (погіршення показників функціонування, в таблиці зі знаком „-“) визначалася їх психопатологічним станом в рамках наркоманії. Це, спираючись на результати передніх досліджень [3, 4], пов'язано з тим, що особи, що страждають на наркоманію, схильні заперечувати проблеми, пов'язані як з уживанням наркотиків, так і з ВІЛ-інфікуванням, і потребують психокорекційних втручань, спрямованих на початкових етапах допомоги таким хворим на ексацерацію та усвідомлення негативних переживань, прихованого психічного напруження.

Висновки

Проведена психокорекційна робота дала можливість покращити емоційний стан хворих, а аналіз її результативності дозволив довести необхідність застосування комплексного підходу у формуванні медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим особам з ознаками наркотичної залежності та без неї.

Надання комплексної допомоги, на відміну від виключно медичної, дозволило отримати достовірні зміни у результатах досліджень за методиками дослідження психічного стану, що можуть показувати ефективність надання медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим.

Ґрунтуючись на результатах дослідження відмічено, що надання комплексної допомоги викликає більш достовірні зміни у ВІЛ-інфікованих хворих, що мають ознаки розладів адаптації та не мають ознак наркотичної залежності.

Проте надання комплексної допомоги також впливає досить суттєво на ВІЛ-інфікованих осіб, що мають ознаки наркотичної залежності. При цьому спостерігаються результати, які суб'єктивно сприймаються часто як негативні, погані зміни у самопочутті. Наприклад такими проявами може бути підвищення тривожності, а також зниження суб'єктивної оцінки власного поточного стану. Такий напрям змін у даній групі на підставі попередніх досліджень ми розглядаємо, як ознаку результативності медико-психологічних втручань.

Отримані дані свідчать про більшу результативність комплексного підходу у наданні медико-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим на відміну від надання виключно медичних форм допомоги. Результати дослідження можуть бути важливими при реалізації програм для ВІЛ-інфікованих осіб, зокрема з метою налагодження взаємодії лікарів та психологів, що мають, з метою покращення результативності допомоги, об'єднувати зусилля у проведенні медико-психологічної допомоги хворим.

Література

1. Бешимов, А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных / А.Т. Бешимов, К.К. Яхин, В.Х. Фазылов // *Материалы VI Российского съезда врачей - инфекционистов*. - СПб., 2003. - С. 36.
2. Кригіна Л.О. Судово-психіатрична оцінка психогенних короткочасних афективних станів з позиції МКХ-10. // *Архів психіатрії*. - 2008. - т. 14, №2. - с.32-37.
3. Лисенко І.П., Рибальченко О.В., Лобанов С.О. Організація психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД. - *Вісник Київського педагогічного університету / Психологія* // збірник наукових праць. - вип. 16. - 2002. С.191-196
4. Рибальченко О.В., Лобанов С.О. Динаміка психогенних порушень у ВІЛ-інфікованих хворих (тези) // *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Біопсихосоціальна модель як нова парадигма розвитку психіатрії в Україні"*, Київ, (28-30 жовтня 2002р.) С.195
5. Улюкин, И.М. ВИЧ-инфекция: психологические показатели на разных стадиях болезни / И.М. Улюкин, Е.Е. Воронин // *Журн. микробиологии*. - 1999. - №1. - С. 104-106.
6. Чуприков А.П., Лобанов С.О. Психопатологічні порушення при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі // *Медицинский всевіт*. №1, Т.3 – 2003р. – с.106-111.

7. Balbin, E.G. *Stress and coping. The psychoneuroimmunology of HIV/AIDS* / E.G. Balbin, G.H. Yronson, G.F. Solomon // *Best Pract. and Res. Clin. Endocrinol. and Metab.* - 1999. - V.13, No 4. - P.615-633.

8. Dew, M.A. *Prevalence and predictors of depressive anxiety and substance use disorders in HIV infected and uninfected men: A longitudinal*

evolution / M.A. Dew, S.T. Becker, J. Sandier // *Psychol Med.* - 1997. - V. 27. - P. 395 -409.

9. Koopman, C. *Acute stress reactions to recent life events among women and men living with HIV/AIDS* / C Koopman, C Gore-Felton, N. Azimi // *Int J Psychiatry Med.* - 2002. - V. 32 (4). - P. 361-378.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ С УЧЕТОМ ОТЯГОЩЕНИЯ НАРКОМАНИЯМИ

С.О.Лобанов

В работе исследована результативность оказания комплексной медико-психологической помощи ВИЧ-инфицированным больным. Изучалась сравнительная результативность комплексной и частичной программы психологической помощи у ВИЧ-инфицированных, отягощенных наркотической зависимостью и без нее, а также с расстройствами адаптации и без них.

Определено, что оказание комплексной помощи ВИЧ-инфицированным лицам лучше воздействует на показатели эффективности психокоррекционной работы, существенно воздействует на психическое состояние больных, и вызывает более достоверные изменения показателей психологического функционирования, в отличие от частичной программы помощи во всех группах исследуемых больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психические расстройства, психологическая коррекция, результативность комплексной помощи

PRODUCTIVITY OF THE COMPLEX HELP FOR HIV- INFECTED PATIENTS IN VIEW OF ADDICTION BURDENING

S.O.Lobanov

In job the productivity of rendering of the complex medical-psychological help for HIV- infected patients was investigated. The comparative productivity of the complex and partial program of the psychological help at HIV- infected patients, burdened by narcotic dependence and without it, and also with frustration of adaptation and without them was studied.

Is determined, that the rendering of the complex help for HIV- infected patients influences parameters of efficiency psychological correction better, essentially influences a mental condition of the patients, and causes more authentic changes of parameters of psychological functioning, as against the partial program of the help in all groups of the researched patients.

Keywords: HIV-infection, mental disorders, psychological correction, productivity of the complex help

УДК: 616.89-008.446

К.В. Аймедов

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ЛУДОМАНІЇ – ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ПІДХОДІВ

НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: патологічний гемблінг, надцінні ідеї, мотивація ігроманії

Лікування патологічної схильності до азартних ігор – проблема, яка залишається найменш розробленою у контексті вивчення даної патології [1]. У більшості робіт, присвячених патологічному гемблінгу, описується клінічні особливості залежності, є спроби відтворити класифікацію різних форм цієї патології [2]. Щодо лікування, то здебільшого йдеться про застосування різних психотерапевтичних підходів як у ізолюваному форматі, так і в поєднанні з фармакотерапією (психотропні препарати різних хімічних груп та механізмів дії). Більшість авторів схиляється до необхідності включати у схему лікування антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або антидепресантів подвійної дії. Рідше використовуються атарактики або психостимулятори. Обмеженість застосування перших зумовлена високим адиктивним потенціалом патологічних гравців, доцільність застосування других доводять прихильники ототожнювання патологічної схильності до азартних ігор з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю [3]. Донині в літературі відсутній узагаль-

нюючий принцип психофармакотерапії лудоманії.

Серед дослідників не існує певної точки зору на характер та структуру первинного потягу до гри. Більшість схиляється до того, що у основі його лежить обсессивно-компульсивний розлад, який проявляє себе саме нестримним бажанням постійно повторювати ігрову діяльність, незважаючи на її фруструючий характер через соціальні, сімейні, фінансові та інші проблеми внаслідок гри. З огляду на це, лікування антидепресантами є патогенетично обґрунтованим, оскільки дефіцит серотоніну відіграє принципово важливу роль у механізмах причепливих станів [4]. В.Б.Альтшулер (1994) розглядає патологічний потяг при хворобах залежності як психопродуктивний розлад [5]. М.В. Винникова (2003) також пояснює це явище як психопатологічний феномен, що включає в себе ідеаторний, афективний та поведінковий феномени [6]. В.В. Чирко та М.В. Деміна (2002) розглядають патологічний потяг до адиктогена як психопатологічний феномен, що має схожість з паранойальним маяченням [7]. О.Ю. Егоров (2004; 2006) відмічає феноме-