

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 ізольованому 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 паранойяльним маяченням [7]. О.Ю. Егоров (2004; 2006) відмічає феноме-

нологічну схожість патологічного потягу при хімічних та нехімічних адикціях із надцінною ідеєю [1]. В.В. Шабаліна (2006) звертає увагу на те, що у наркозалежних можна помітити спонтанні мовні патерни, які носять характер феномену управління зі сторони. На цій підставі робиться висновок, що відчуття керованості з одного боку є ознакою психічної залежності, особистісно-поведінковим компонентом її когнітивної структури. Окрім особистісно-поведінкового компоненту залежності, автор виділяє також мотиваційно-ціннісний компонент, який полягає в уявленні про об'єкт залежності як безперечну цінність, і емоційно-вольовий компонент, що виражається в уявленні про непереборність потягу до об'єкту залежності [8].

Ю.П. Сиволап (2006), визнаючи достатню переконливість точок зору на адикцію як обсессивно-компульсивний розлад або надцінну ідею, висловлює компромісну думку, що адиктивні розлади є окремим – адиктивно-психопатологічним регістром. Вони належать до сфери мотиваційних розладів і формують особливу нозологічну групу, яка включає залежність від різних ПАВ і нехімічні види залежності [2].

Мета роботи – підвищення ефективності комплексного лікування патологічної схильності до азартних ігор на основі диференційованого підходу до призначення атіпічних антипсихотиків нової генерації.

Було поставлено такі задачі:

1. Виявити серед патологічних гравців осіб, схильних до утворення зверхцінних концептів, та провести їм комплексне лікування психотерапевтичними методами на фоні прийому атіпічних антипсихотиків.

2. Порівняти ефективність проведеного лікування з контрольною групою залежних від азартних ігор із схожим характером порушень мислення, яким психотерапія та психокорекція проводились в комбінації з прийомом селективного інгібітору зворотного захоплення серотоніну.

3. Запропонувати принципи диференційованого підходу до комплексного лікування лудоманів залежно від переважаючого у психопатологічній картині симптомокомплексу.

Матеріали та методи дослідження

Всього проліковано 62 особи чоловічої статі у віці 18-55 років, які страждали на патологічну схильність до азартних ігор. Клінічним та клініко-психопатологічним методами у них зафіксовано порушення процесу мислення з надмірною фіксацією впливу на їхнє життя, діяльність навколишнього середовища та мікросоціального оточення з тенденцією до надцінної ідеї стосовно цього впливу. Додатково до клініко-психопатологічного методу всім пацієнтам проведено обстеження за допомогою модифікованого нами опитувальника для з'ясування мотивів участі у грі. Мотиви, з'ясовані у ході дослідження, також відбивали помилки мислення, які можна було віднести до надцінних ментальних конструкцій.

Хворих розділено на дві групи. До першої увійшли 32 пацієнти, яким психотерапевтичне лікування прово-

дилось у поєднанні з фармакотерапією: антипсихотиком нового покоління амисульприд у дозі 200 мг на добу протягом місяця. Друга група включала 30 пацієнтів, яким за загальноприйнятими рекомендаціями проведено комплексне лікування антидепресантами в поєднанні з психотерапією [9].

Результати та обговорення

Відомо, що надцінні ідеї – це помилка судження, яка полягає у тому, що деякі факти або події набувають для хворого домінуючого, надмірного, пригнічуючого усі інші варіанти ідеаторної активності значення, що аж ніяк не відповідає реальній ситуації, при чому, таке мислення супроводжується значним афективним напруженням [10]. У групі обстежених ми спостерігали три види надцінних думок:

1) Надцінні думки, які можна асоціювати з відомими у клініці винахідницькими (інноваційними) ідеями або ідеями, які розкривають призначення особистості, її головне завдання у цьому житті. Наприклад, хворий стверджує, що він не просто грає, а винайшов свою особливу систему, яка от-от «запрацює». Або, наприклад, така заява надцінного характеру: «Як на мене, то поруч з грою я не можу поставити ніщо – ані рідних, ані друзів, ані роботу; у ній – сенс мого життя. Вона надає мені відчуття переваги над іншими».

2) Надцінні ідеї, які так чи інакше пов'язані з соціумом та його відношенням до хворого. Дуже характерним є вислів: «Мене не зрозуміють мої друзі, якщо вони підуть у казино та будуть робити ставки, а я пошкодую грошей». Інколи хворі підозрюють своїх друзів у зневажливого до них ставленні через те, що зробили спробу обмежити чи взагалі припинити участь у грі. У висловлюваннях своїх друзів вони вбачають натяк на свою «неповноцінність». Частиною надцінних думок цього напрямку можна розглядати як відбиття «боротьби» між хворими та засобами гри або іншими посередниками між ним та грою: «Всі автомати зроблено так, що виграти у них неможливо. Це – шахрайство, і з ним треба боротися». Часто ми чули від пацієнтів, що «рулетка нахилена, карти помічені, гральні кості намагнічені» тощо.

3) Надцінні думки депресивного типу: «Я – нікчема, оскільки не можу зупинити себе», «...якщо я не граю, то все оточуюче мене пригнічує, а світ втрачає барви», «...я – у розпачі, це – понад моїх сил; гра сильніша за мене, і встояти я не годен». Надцінні думки цього, третього виду слід все-таки розглядати як вторинні, що виникли на ґрунті депресивного синдрому та генеалогічно з ним пов'язані. У наше дослідження хворі з депресивними надцінними ідеями не включалися, оскільки це б суперечило його меті.

Задля уточнення, чи насправді у хворого надцінний характер мислення є домінуючим, ми використали модифікований нами опитувальник провідної мотивації у залежних. Ми звертали увагу на позитивні відповіді на питання за номерами 3, 6, 9, 12, 17, 18, 23, 26, 27, 32, 42, 44, 45 з цього опитувальника (наприклад 17-е твердження, яке безпосередньо вказує на наявність

надцінних думок у хворого типу «не можу ні на що інше відволіктися, всі мої думки постійно зануренні у гру») [11]. На нашу думку, саме вони підкреслюють наявність того помилкового типу мислення у хворого, який можна охарактеризувати як надцінне мислення. У цих хворих індекс мотиваційного напруження був вищим, ніж у хворих без надцінних ідей (відповідно $86,5 \pm 2,3$ проти $58,3 \pm 3,4$ у хворих на патологічну залежність від азартних ігор з переважаючими причепливими станами, не схильних формувати надцінні ідеаторні конструкції).

Наша співпраця з патологічними гравцями дозволила виявити у основній групі та аналогічній контрольній групі осіб схильних до азартних ігор, які не мають надцінно-дихотомічної ідеації, те, що у перших, відібраних до дослідження за критерієм відповідного порушення акту мислення, порівняно з іншими гемблерами вище рівень пошукової активності адиктогена, прагнення відновити ігрову діяльність за будь яку ціну. Хворобливий характер процесу знаходить віддзеркалення і в поведінкових реакціях хворих на активуючі мозок події, зокрема, на імовірність ігрового акту.

Хворим першої групи проводилось лікування препаратом соліан у дозі 200 мг на добу, який створював необхідний фон для психотерапевтичної корекції. Амісульприд є антипсихотичним засобом, що належить до класу заміщених бензамідів, та має власний біомодальний механізм дії – пресинаптичний та постсинаптичний. Пресинаптичний полягає у блокуванні D_2 - D_3 рецепторів префронтальної ділянки, що веде до збільшення викиду дофаміну за механізмом негативного зворотнього зв'язку та редукції негативних симптомів й когнітивного дефіциту, тобто сприяє активній цілеспрямованій діяльності, яка заміщує адиктивну. Постсинаптичний механізм проявляє себе тільки у дозах 400-800 мг/добу і полягає у блокуванні D_2 - D_3 рецепторів мезолімбічної ділянки, що веде до зменшення продуктивної симптоматики. Оскільки психопатологічна продукція у досліджених нами патологічних гравців обмежувалась надцінною ідеаторною продукцією, ми, відповідно до результатів попередніх спостережень, вважали за доцільне обмежити добову дозу – 200 мг. Перевагою препарату порівняно з іншими антипсихотиками є те, що амісульприд не має спорідненості з рецепторами серотоніну, гістаміну, з адренергічними і холінергічними рецепторами.

Фармакокінетика амісульприду у людини характеризується двома абсорбційними піками: один досягається швидко, через годину після введення дози, а інший – між 3-ю і 4-ю годинами після прийому. Акумуляції амісульприду не відбувається, та його фармакокінетика залишається незмінною після прийому повторних доз, період напіввиведення амісульприду дорівнює 12 годинам після перорального прийому. Оскільки зв'язування з білками плазми є низьким (16%), взаємодія з іншими препаратами малоімовірна. Він практично не метаболізується через печінку, тому пацієнти з печінковою недостатністю не потребують

корекції доз. Ми попереджали хворого, що препарат може спричинити сонливість, внаслідок чого здатність керувати транспортними засобами або механізмами та виконувати роботи, які потребують підвищеної уваги, може бути ослаблена; що під час лікування необхідно уникати вживання алкоголю та застосування ліків, які містять алкоголь.

Вже на другий-третій день лікування у хворих першої групи відмічено зменшення емоційної напруженості; афективна складова синдрому надцінних ідей швидко піддалася фармакотерапії. Хворі ставали контактними, розсудливими, були готові до співпраці. Проводилась раціонально-поведінкова психотерапія, головним завданням якої було створення нових патернів поведінки, які б базувались на відмінній від гри системі отримання задоволення (наприклад, від азартного заняття спортом – ігрові види, серфінг, дайвінг, парашутний спорт). Поступово, близько 6-го дня лікування система надцінних ідей повністю розпадалась, з'являлось критичне осмислення свого стану. Оскільки хворі першої групи після лікування віддавали перевагу когнітивним формам реагування на навколишню дійсність, з ними легше, ніж з хворими другої групи, було створювати раціональну модель залежності від азартних ігор та всебічно її обговорювати. Таким чином, ми досягали ототожнення ятрогенної та внутрішньої картини хвороби. Частина хворих – 7 (22%) з 32 наших пацієнтів – самостійно висловили бажання приймати препарат і після місяця лікування; їм встановлювалась індивідуальна доза препарату – найчастіше 200 мг один раз у два дні. Ремісія понад півроку зареєстрована у 27 (84,4%) хворих, що можна було оцінити як позитивний результат лікування. Під час повторних зустрічей більшість з них висловлювала бажання стримувати себе відносно ігрової діяльності у майбутньому.

Хворі другої групи згідно з розповсюдженням у адиктології підходом [9], отримували антидепресанти – інгібітори зворотного захоплення серотоніну (рексетин 20 мг на добу). На цьому тлі проводилась когнітивно-поведінкова психотерапія, завдання якої співпадало з аналогічним у хворих першої групи. На фоні прийому антидепресантів, хворі ставали контактнішими, але комплайнс був неповним. Антидепресант, який сприяв покращенню настрою, не забезпечував формування відповідної бази для відновлення критики, а в деяких випадках, навпаки, сприяв посиленню надцінних думок та обумовлював високу пошукову активність і як наслідок, прагнення скоріше відновити ігрову діяльність, що і після лікування свідчить про високе активаційне напруження мозку хворих схильних до формування надцінних ідей, яким не проводилась фармакотерапія антипсихотиком.

Таким чином, доза амісульприду 200 мг на добу протягом місяця є достатньою для медикаментозної корекції синдрому надцінних ідей у патологічних гравців. Дана терапія створює сприятливий фон для проведення психотерапії і може бути рекомендована для включення її до комплексного лікування даної катего-

рії хворих. Навпаки, селективні інгібітори зворотного захоплення катехоламінів доцільно призначати хворому у тих випадках, коли потяг до гри носить чітко виражений обсесивно-компульсивний характер та наявна, так звана, депресивна симптоматика.

Висновки

1. Порушення процесу мислення, зокрема, схильність до надцінних трактувань оточуючої дійсності, є частим атрибутом особистості, залежної від азартних ігор.

2. Рекомендації щодо застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у практиці лікування патологічної залежності від азартних ігор не можна вважати універсальними.

3. Запропоновано диференційований підхід до комплексного лікування лудоманів залежно від переважаючого у психопатологічній картині симптомокомплексу.

4. Для хворих на патологічну залежність від азартних ігор, схильних до формування надцінних думок, ефективним є проведення психотерапії на фоні лікування атипичним антипсихотиком.

Література:

Егоров А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии / А.Ю. Егоров // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 33-37.

1. Сиволоп Ю.П. К вопросу о психопатологической принадлежности аддиктивных влечений / Ю.П. Сиволоп // Общество против наркотиков: сб. мат-лов межрегиональной научно-практической конференции. – Казань.: Медицина, 2006. – С. 203-207.

2. Toneatto T. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers / J. Brerman, T. Toneatto // T. Addict. Behav. – 2002. May-Jun. – Vol. 27. – N 3. – P. 465-469.

3. Skokauskas N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling / N. Skokauskas, R. Satkeviciute, B. Burba // Medicina. – 2003. – N. 9. – P. 838-844.

4. Альтиулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. / В.Б. Альтиулер. – Москва, 1994. – 216с.

5. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): автореф. дис. на соискание науч. ст. д-ра. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психиатрия» / М.А. Винникова. – М., 2004. – 33 с.

6. Чирко В.В. Очерки клинической наркологии (и токсикомании): клиника, течение, терапия / В.В. Чирко, М.В. Демина. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 240 с.

7. Шабалина В.В. Когнитивная структура психической зависимости / В.В. Шабалина // Наркология. – 2006. – № 9. – С. 69-72.

8. Saiz-Ruiz J. Sertralin treatment of pathological gambling: a pilot study / J. Saiz-Ruiz, C. Blanco, A. Ibanez // Journal of Clinical Psychiatry. – 2005. – № 66. – P. 28-33.

9. Снежневский А.В. Общая психопатология / А.В. Снежневский: курс лекций. – Москва, 2007. – 208 с.

10. Бітенський В.С. Спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор / В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61В 10/00, № 47406 від 25.01.2010, №и200911269. - Бюл. № 2.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛУДОМАНИИ – ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ

К.В. Аймедов

В статье обсуждается лечение патологической склонности к азартным играм в зависимости от доминирующего симптомокомплекса: при близости мышления больного к сверхценному показан атипичный антипсихотик, при преобладании в клинической картине состояний «навязчивости», следует отдать предпочтение серотонинергичным средствам.

Ключевые слова: патологический гемблинг, сверхценные идеи, мотивация игромании

PSYCHOPHARMACOTHERAPY PATHOLOGICAL GAMBLING - THE DIFFERENTIATED APPROACH

К. Aymedov

In article questions of treatment pathological gambling depending on a dominating complex of symptoms are discussed: at supervaluable thinking at the patient to it is shown amisulprid, at prevalence in clinic of emotional infringements it is necessary to use antidepressant.

Key words: pathological gambling, supervaluable thinking, motivation gambling addictive

УДК 616.89+616.08

Е.С.Осуховская

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: игровая зависимость, азартные игры, лудомания, гемблинг, игровая аддикция, игромания, патологическая склонность к азартным играм, методы исследования

Патологическое влечение к азартным играм (патологическая склонность к азартным играм, игромания, гемблинг, лудомания, игровая зависимость) является одной из актуальных проблем современной психиатрии и наркологии в Украине. Исследования данной проблемы становится все более очевидным в связи с ростом количества лиц, обращающихся за медицинской помощью. Так, в Российской Федерации проблема зависимостей в целом и игровой, в частности, рас-

сматривается как «вызов» обществу и социальной психиатрии, поскольку эпидемиологическое распространение отдельных форм аддикций и сложности медицинских, социальных и правовых сопутствующих аспектов представляют реальную угрозу нации и обуславливают необходимость создания специализированной аддиктологической службы [1,2]. Украина уже в полной мере сталкивается с аналогичными проблемами [3,4]. Несмотря на сходство патологического