

УДК 616.89-008:004-036-07-084

К.В. Аймедов, І.В. Крючков, В.А. Пахмурний

# ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР У ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

*Одеський державний медичний університет, Україна  
Одеський обласний госпіталь інвалідів Великої Вітчизняної війни, Україна*

К.В. Аймедов, І.В. Крючков, В.А. Пахмурний

## ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СКЛОННОСТИ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

*Одесский государственный медицинский университет, Украина**Одесский областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны, Украина*

В статье изложены клинические аспекты лудомании у лиц среднего возраста, описаны возрастные особенности зависимости, лечения с использованием лечебной физкультуры, мануальной терапии и психотерапевтической коррекции.

**Ключевые слова:** гемблинг, средний возраст, лечебная физкультура, мануальная терапия.

K.V. Aamedov, I.V. Kriuchkov, V.A. Pakhmurnyy

## TREATMENT OF GAMBLING ADDICTION AT MIDDLE-AGED PERSON

*Odessa state medical university, Ukraine**Odessa regional hospital of invalids of Great Patriotic war, Ukraine*

The clinical aspects of ludomania at middle-aged person, the age features of addiction, physical culture treatment, manual and psychotherapy correction are expounded in the article.

**Keywords:** gambling, middle age, medical, manual therapy.

За даними скринінгових, соціологічних та епідеміологічних досліджень у сучасному світі усе більше зростає захоплення азартними іграми серед різних верств населення [1, 2]. Катастрофічного розмаху це явище набуло після появи у повсякденному житті ігрових автоматів [3]. Практично у всіх, хто звертається до такого способу проведення дозвілля, процес прогресує у патологічну схильність до азартних ігор (гемблінг або лудоманія) [4]. Це явище є різновидом нехімічної адикції і потребує як соціальної його корекції, так і активного лікування. Адиктивна поведінка, у даному випадку – адикція від азартних ігор, – це спосіб зміни реальності, втеча від існуючої дійсності з усіма її проблемами та питаннями у «світ гри» через зміну свого психічного стану. Проблемою така схильність стає саме тоді, коли такий спосіб втечі від реальності починає домінувати у свідомості, стає головною ідеєю життя. Таким чином, людина не лише втікає від вирішення важливих життєвих проблем, але і призупиняється (а іноді навіть деградує) у своєму духовному розвитку. Існує думка, що головною метою адиктивів є не пошук задоволення, а втеча від болю та напруження. Очевидно, втеча від деструктивних переживань і досягнення вищого рівня психологічного комфорту, що може бути пережито як задоволення, – різні аспекти єдиного процесу [5].

Патологічна схильність до азартних ігор за МКХ-10 – це «часті повторні епізоди участі в азартних іграх, які домінують у житті суб'єкта і ведуть до зниження соціальних, професійних, матеріальних і сімейних цінностей, і не приділяється відповідної уваги обов'язкам у цих сферах» [6].

Лікування залежності від азартних ігор стає дедалі все більш актуальною проблемою у нашому суспільстві,

через постійне зростання поширеності цього патерну поведінки серед різних верств населення. Характерно, що, на відміну від «хімічних» форм залежності, які є притаманними насамперед більш молодому контингенту, азартні ігри з загрозливою частотою зустрічаються як серед молоді, так і у осіб середнього і навіть похилого віку [7].

Мотиви, що спонукають до ігрової діяльності, є відмінними у різних вікових групах. Якщо у молодих гравців переважають субмісивні та гедоністичні мотиви, то у осіб зрілого віку на перший план виступають атарактичні, зумовлені неухильним зростанням «інформаційного напруження» сучасного суспільного життя [8], та активуючі їхню вітальну активність. У даному випадку ми розглядаємо адиктивну діяльність дорослих індивідумів як варіант примітивного психологічного захисту, до якого схиляються люди з певним життєвим досвідом [9].

На думку сучасних авторів, азартні ігри, як і багато інших засобів адикції, часто стають непереборною силою, яка потребує від людини тотальної уваги. Саме стійка соціальна дезадаптація особистості є провідним критерієм розмежування адикції і нормального захоплення чимось/якою-небудь діяльністю. Ми розглядаємо цю адикцію за певними критеріями залежності. Відмічено наявність психічної залежності при патологічній схильності до азартних ігор з ангедонією при припиненні гри: відчуття внутрішньої пустоти при відсутності доступу до гри (ігрових автоматів), безініціативність по відношенню до любых видів діяльності, крім азартних ігор. Первинний потяг включає: передчуття азарту, захоплює балансуювання на межі «виграш-програш», загострення потягу у ситуаціях екзистенціальних стресів.

Синдром зміненої реактивності при ігровій залежності: швидке наростання толерантності, що регулюється ступенем доступності гри для індивідууму, зміна картини «інтоксикації» грою (тривога, тахікардія, гіперемія обличчя, речове збудження, легкий тремор у руках), різке посилення потреби в холіноміметиках (нікотині), симптоми дереалізації, зміна ритму участі в іграх, симптом втрати контролю. Синдром відміни у патологічних гравців розвивається вже на 3-5 добу від моменту останньої участі в грі або «спілкування» з ігровими автоматами та проявляється як: непереборний потяг до звичної гри, дратівливість і внутрішній дискомфорт, аутизація особистості, виражені ознаки тривожної депресії, надцінні ідеї ущербу, ілюзорне сприйняття оточуючого, інсомнія, серцебиття, загострення захворювань із хронічним перебігом і посилення уваги суб'єкта до симптомів цих захворювань, кошмарні сновидіння.

Зарубіжні автори гемблінг вважають поліетіологічним розладом, що виникає через складну взаємодію психологічних, поведінкових, когнітивних і біологічних факторів. Виділяють певні провідні компоненти особистості, що формують адиктивну поведінку: задоволення соціально-біологічних потреб, соціально-духовна спрямованість і самореалізація особистості, здатність інтелектуально-аналітичної регуляції поведінки, наявність емоційно-вольової регуляції поведінки [10]. Ризик адикції зростає у фрустрованої особистості, яка має на меті послабити фрустрацію шляхом формування індивідуально-гедоністичної направленості. Виникає порочне коло поступового руйнування механізмів саморегуляції, соціальної адаптації з наступним руйнування особистості. Спостереження показали, що у адиктивних пацієнтів афекти недиференційовані і в більшості випадків спостерігається лише фізіологічний компонент емоції на травмуючі обставини або спогади. У цьому відношенні вони нагадують алекситимічних пацієнтів із психосоматичною патологією. Так стає зрозумілою думка про адиктивних пацієнтів як гедоністичних натур, схильних до пошуку задоволення. Нас насамперед цікавить, чому деякі люди обмежують свій досвід втішними, але неприродними й такими, що призводять до виснаження, відносинами з чимось зовнішнім по відношенню до себе. Вибір об'єкту не такий вже й важливий для універсального процесу становлення залежності. Все, що люди використовують для зменшення усвідомлення дійсності, може бути об'єктом адиктивного зловживання.

Деякі автори приділяють особливу увагу так названім «помилкам мислення», які формують ірраціональні установки гемблерів. Такі помилки бувають стратегічними, що обумовлюють загальне позитивне відношення до своєї залежності, та тактичними, які запускають і підтримують механізм «ігрового трансю». Для ефективної корекції адикції велике значення має відношення хворого до своєї хвороби, до оточення і до самого себе. Раніше це розглядалося як функція несвідомого, але з позицій психології взаємовідносин слід визнати, що це відношення частіше все-таки усвідомлюється хворими, а те, що не усвідомлено, може стати усвідомленим. Відношення до хвороби, до всього, що з нею пов'язане і на що вона впливає, визначається трьома важливими факторами: природою самого за-

хворювання; типом особистості; відношенням до даного захворювання у тих, значимих для особистості обставинах, у тому мікросоціальному середовищі, до якого людина належить. Під їхнім впливом будується відношення до хвороби, лікуванню, лікарям, своєму майбутньому у зв'язку із захворюванням, до роботи, рідних і близьких, до оточуючих.

Терапевтичні підходи у лікуванні гемблінгу мають напрямок, загальний для всіх адикцій: застосування різних груп медикаментів залежно від симптоматики, ізоляція у лікувальних центрах із застосуванням фізіо-рефлексотерапії, фізичної культури та психокорекції, спільноти за прикладом анонімних алкоголіків, взаємодія суспільних організацій із родинами залежних, різні види психотерапії.

При проведенні психокорекції ми спираємось на екзистенціальну парадигму, згідно з якою намагаємось наділити індивідуума відповідальністю за власне життя, свої дії і т.д., обходячись без передачі власної відповідальності вищим силам, таким як Бог, релігія, суспільство чи батьки. Згідно з цими поглядами кожна людина – вільний діяч, який формує своє життя, робить фундаментальні вибори. Він – це той, кого він робить із самого себе. Його життя – нерозгорнутий процес самореалізації, зв'язаний із мінливими обставинами його оточення. Лікування гемблінгу, як і ряду інших залежностей, може зводитись до переведення його в соціально прийнятну форму (роботою, релігійну, спортивну й т.п.). В основі реабілітації повинен стояти індивідуальний пошук, а втім – закріплення іншої форми замісної залежності. За кордоном існують групи само- і взаємодопомоги – Анонімних азартних гравців, що є популярною й широкодоступною моделлю лікування гемблінгу, в яких метою лікування вважається повне утримання від азартних ігор. Але для нашого суспільства така форма не є оптимальною; це пов'язано, на нашу думку, з особливостями ментального простору (високий рівень «соціальної аутизації»).

Враховуючи, що нехімічні адикції часто зустрічаються поряд з іншою психічною патологією – афективними, обсесивно-компульсивними розладами, розладами особистості, невротами та хімічними залежностями, – їх терапевтична корекція має враховувати не тільки вказані коморбідні співвідношення, але і тенденцію до переключення форм адиктивної поведінки з одної на іншу. У віці після 40 років, коли накопичуються життєві проблеми та розчарування, підвищується увага до стану свого здоров'я, виникають певні гормональні зрушення в організмі, ми намагаємось «переключити» компенсаторну ігрову залежність, як реакцію особистості на екзистенціальну кризу, на креативні види залежності. Перевагу віддаємо фізичній культурі у формі регулярних занять з ритмічними навантаженнями. Допомогаємо відповідною роз'яснювальною роботою з хворими усунути сором'язливість та опасання за своє здоров'я у зв'язку з тренуваннями, запевняємо у небезпеці таких занять під наглядом тренера-лікаря за фахом.

**Наведено клінічний приклад.** Хвора Р, 48 років, до виходу на пенсію працювала адміністратором на пасажирському судні, де завжди охоче грала у покер з іншими офіцерами. Вважала своє захоплення «несерйозним», під час перебуван-

ня вдома ніколи не думала про гру, але, як тільки починався рейс, нетерпляче чекала вечора, щоб можна було «убити вечір» за покером. Після виходу на пенсію відчувала себе дискомфортно, «спустошено». Швидко знайшла партнерів по грі, з якими проводила майже усі вечори. Якщо з тої чи іншої причини не вдавалося зустрітися за «зеленим сукном», ставала драгівливою, хмурою, «не знаходила собі місця». Рік тому почалися порушення оваріально-менструального циклу, які супроводжувались вегетативною дисфункцією (приливи, тремтіння у долонях, запаморочення, порушення сну – після проведеного за грою у покер вечора довго не засинала, згадуючи усі партії).

Звернулась зі скаргами на часті головні болі, які починались у потиличній ділянці та розширювались на скроневу та тім'яну, переважно зліва, непереборний потяг до гри у покер, який позбавляє її можливості жити «повноцінним життям». Головний біль співіснує з болями у шиї, посилюється при поворотах голови, супроводжується головокружінням, нудотою, дзвоном та шумом у лівому вусі. Відмічає пригнічений настрій, послаблення пам'яті на поточні події. Протягом останнього місяця всі ці симптоми не проходять навіть під час захоплюючої гри. Періодично, протягом останнього року відчувала болі у шийно-грудному відділі хребта, а в останні півроку – оніміння та інші неприємні відчуття у лівій руці. Турбує відчуття скутості м'язів шийно-потилічної ділянки, чіткий хруст шийних хребців при поворотах голови. На цьому тлі виникають болі давлячого характеру у лівій половині грудної клітки, як правило, після фізичного навантаження або різких рухів. Напади болю тривають півгодини та не усуваються прийомом нітрогліцерину.

Об'єктивно виглядає відповідно своєму віку, але має біля 20 кг зайвої маси тіла. Тони серця – гучні, ритмічні. Пульс – 72/хв. АД – 130/80 мм рт. ст. Обмеженість рухів у шийному відділі хребта. Функціональні блокатори хребтових сегментів C5 – C6, C7 – Th1. Больова гіперчутливість у зоні Th3 – Th4 зліва. Паравертебральні точки та межостисті зв'язки Th3 – Th4 чутливі при пальпації. На рентгенограмі шийного та грудного відділів хребта наявні ознаки остеохондрозу, більше виражені на рівні C5 – C7 та Th3 – Th5 хребців (потовщення та нерівність замикаючих платівок, передні та задні крайові остеофіти). На ЕКГ – синусовий ритм, горизонтальне положення ЕВС, сплюснення зубця Т у відведеннях V4 та V5, інверсія зубця Т у відведення V3. Велоергометрія та ехокардіографія патології з боку серця не продемонстрували. Транскраніальна доплерографія: зниження кровообігу по ПА зліва на 40% та ПА справа на 25%, зниження кровообігу по ОА на 36%, збільшення кровообігу по ЗМА зліва на 27%, справа – зниження кровообігу по ЗМА на 29%. Встановлено діагноз: Патологічна схильність до азартних ігор. Остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. Синдром хребтової артерії зліва. Кардіоалгічний синдром.

Проводилось комплексне лікування, яке було розбите на низку етапів. У перші два тижні застосували такі мануальні прийоми, як мобілізація та аутомобілізація за допомогою постізометричної релаксації та тракції. У подальшому після покращення стану хворої були проведені три маніпуляції переважно на нижніх шийних та верхніх грудних сегментах хребта. У перервах між маніпуляціями хвора самостійно робила прийоми постізометричної релаксації. Додатково застосовувались методи фізіотерапії: дарсонвілізація шийно-грудного відділу хребта та ділянки серця, електрофорез, йодно-бромні ванни. Після закінчення курсу мануальної терапії хворій були рекомендовані регулярні заняття лікувальною гімнастикою (включно з тренажерами) під керівництвом досвідчених лікарів-тренерів; був підібраний індивідуальний фізичний комплекс за нашою методикою. Все це супроводжувалося активної психотерапевтичною роботою по переорієнтації життєвих цінностей хворої, формуванню нових цінностей.

У результаті лікування через три місяця больовий синд-

ром шийно-грудної локалізації та вертебральна симптоматика регресували, значно зменшилась частота та інтенсивність головних болів, повністю припинилися напади серцевих болів, зникли головокружіння та шум у лівому вусі. Поліпшилися настрої, пам'ять, нормалізувався сон. На електрокардіограмі після лікування відмічається покращення коронарного кровопостачання передньо-бокової стінки лівого шлуночка (зубці Т у відведеннях V3, V4, V5 стали виражено позитивними). На транскраніальній доплерографії зареєстровано виражене покращення гемодинаміки: зліва по ПА – зниження кровообігу на 23%, справа по ПА – на 16%, зниження кровообігу по ОА – на 18%, збільшення кровообігу по ЗМА зліва – на 17%, справа – зниження кровообігу по ЗМА на 15%.

Хвора знаходиться під наглядом Центру практичної ноетички, психопрофілактики, психіатричної та медико-психологічної допомоги Клініки Одеського державного медичного університету протягом року. Регулярно займається лікувальною гімнастикою у тренажерному залі за розробленою нами методикою, пройшла повторний курс мануальної терапії. Почувається добре, зменшила масу тіла на 16 кг. Щодо потягу до азартних ігор, то вона вважає цю проблему вже неактуальною для себе. З захопленням 4-5 разів на тиждень ходить на фізкультурні заняття тривалістю 50-70 хвилин до спортивного залу. Характеризує себе як врівноважену, доброзичливу, відмічає постійний потяг до тренувань: «Я стала фанаткою фізичної культури, відчуваю після неї емоційний підйом».

Оскільки вегетативні порушення призводять до нейрохімічних зсувів у різних ланках, що, в свою чергу, призводить до остеопорозу, дегенерації міжхребетних дисків, підвиху та виху хребетних суглобів, це зумовлює хронічну недостатність кровопостачання мозку. Вона підсилюється під час довгого перебування в одній, часто незручній позі. У гравців це клінічно проявляється поступовою втратою критики під час гри, що спостерігається доволі часто: гравці не спроможні зупинитись та припинити серію програвшів.

A.P. Noyes і L.C. Kolb виділяють такі риси осіб, що переходять у другу половину життя: тривожність, невпевненість в собі, серйозність, брак почуття гумору, сумлінність, ригідність, педантизм, ощадливість і скупість [11].

Під нашим спостереженням знаходилось 33 хворих на патологічну схильність до азартних ігор у зрілому віці – 45-60 років (27 чоловіків та 6 жінок). Вік, у якому почалося часте звернення пацієнтів до ігрової діяльності, коливався у широких межах – 18-56 років – і був значною мірою пов'язаний з установками та способом життя індивідуума: ті, хто починав своє захоплення грою у більш молодому віці, відрізнялись підвищеною імпульсивністю, прагненням добре заробляти за будь-яку свою діяльність, частими конфліктами за місцем роботи та частою його зміною. Особи, які «пірнали» у гру у періоди більш пізні, відрізнялись спокійною, врівноваженою поведінкою, схильністю давати поглиблену оцінку навколишнім подіям, відносною стабільністю у професійному та особистому житті. Ми розділили всіх наших пацієнтів на 2 групи – тих, хто починав грати до 35 роки (1 група), і тих, хто починав після 35 років. Цей межовий вік вибрано у зв'язку з тим, що до 35 років завершується, як правило, формування особистості, її головних цінностей і життєвих переваг [12]. Дані про розподіл пацієнтів по групах представлено у таблиці 1.

Таблиця 1.

## Віковий розподіл пацієнтів

	Пацієнти 1 групи	Пацієнти 2 групи
Чоловіки:	14	13
- з них – до 50 років	4	4
- з них – 50-55 років	5	3
- з них – 56-60 років	5	6
Жінки:	2	4
- з них – до 50 років	1	1
- з них – 50-55 років	-	2
- з них – 56-60 років	1	1
В с ь о г о:	16	17

У пацієнтів 1 групи вдвічі частіше, ніж у пацієнтів 2 групи (відповідно – 10 та 5), серед близьких родичів зустрічались патологічні гравці, хворі на наркоманію і алкоголізм, засуджені за кримінальні злочини, раптово зниклі особи, в той час, як серед родичів пацієнтів 2 групи частіше (відповідно 8 та 3) зустрічались хворі на шизофренію, афективні розлади настрою та неврози, суїциденти.

Мотиви гри, визначені за розробленою нами методикою, суттєво відрізнялись у двох групах – у 1-й групі переважали гедоністичний та атарактичний мотиви, а також мотиви, пов'язані з самооцінкою та оцінкою особистості соціальним оточенням, набуття якогось надзвичайного іміджу успішної людини (наприклад, досвідчений гравець казино); у 2-й групі частіше зустрічались мотиви субмісивний (що не є характерним для залежних від психоактивних речовин, де субмісивний мотив є притаманним молодому вікові) та вікарний (заповнення інформаційної пустоти внаслідок радикальних змін у соціальному статусі пробанда). Щодо субмісивного мотиву, то він, як правило, також пов'язаний із екзистенціальними чинниками – ранній вихід на пенсію, захворювання, яке вимушує полишити відповідальну роботу, скорочення за місцем роботи, вимоги дітей залишити роботу та доглядати за онуками.

Відрізнялись також пристрасті до тієї чи іншої ігрової діяльності у групах пацієнтів. Якщо у 1 групі спостерігалося значне розкидання уподобань від звичної гри у клябор чи покер з різними партнерами до ігор On-line або у казино, то у 2 групі перевага віддавалась, як правило, «безпечним» варіантам гри: преферанс у вузькому колі, вуличні автомати, ігри на персональному комп'ютері, тоталізатор тощо. Як висловився один з наших пацієнтів (2 група), – «я граю за азарт, а не за гроші...». Електроенцефалографічне дослідження, проведене у двох групах, продемонструвало статистично значиме зниження електричної активності мозку у 2 групі порівняно з 1-ю. Це дає підстави розглядати ігрову діяльність у пацієнтів 1 групи як відбиття їхнього прагнення до матеріального добробуту, в той час як у пацієнтів 2 групи гра виконувала функцію додаткового стимулятора, необхідного для підтримання психологічного комфорту.

Наведемо ще один клінічний приклад. С., 53 роки, інженер-електронщик, до 43 років взагалі не вважав себе азартною людиною. У цьому віці він поїхав з дружиною та 16-річною донькою на відпочинок у Лебедівку, що знаходиться на березі моря поодаль від населених пунктів з розвинутою інфраструктурою. Тому навчив своїх близьких преферансу та щовечора грав з ними, «вбиваючи час». Невдовзі познайомився з колегами-любителями преферансу та став проводити з ними вечори; грали по 5 копійок за віст, виграші, як і програші, не були відчутними для бюджету сім'ї; задоволення отримували від процесу гри. Але через короткий час коло розпалося через раптову смерть одного з учасників гри та переїзд іншого за межі міста. На певний час забув про преферанс, але через 2 роки після реорганізації підприємства, в результаті якої С. перейшов у інший відділ з меншою оплатою та меншою відповідальністю, помітив, що звільнилось багато часу. Спробував себе у рибній ловлі, на певний час захопився цим заняттям. Цікавила не сама здобич у її матеріальному вимірі, а можливість «вести з рибою віртуальну гру». Взимку рибалка припинилась, довгими вечорами грав у преферанс з жінкою та двома сусідами, доки їм не надоїли ці «пустощі». Відчував свою нікчемність, тим більше, що дружина і дочка заробляли більше, ніж він, і ніколи йому не дорікали низькою платнею. Спробував влаштуватися на додаткову роботу по вечорах, але був змушений через півроку її полишити, оскільки дуже втомлювався, почався головний біль, труднощі засинання. Одного разу супроводжував приятеля, який на автобусній зупинці вирішив пограти на автоматі, а згодом запропонував і С. Останній ніколи не замислювався над можливістю грати на автоматі, тому з цікавості трохи пограв. Отримав невеличкий виграш. Наступного дня пішов уже самостійно до найближчого автомату та знову виграв. Відтоді щоденно грає. Коли програє і не має, де взяти гроші для продовження, стає дратівливим, може кинути чимось у жінку, одного разу навіть наніс їй поранення. Програє усю свою заробітну плату, інколи краде гроші з сімейного бюджету, позичає у сусідів. На прийом прийшов у супроводі дружини.

Незважаючи на відвертість у співбесіді, дт овго не визнавав себе залежним від гральних автоматів, скаржився на часті головні болі, які починались у потиличній ділянці та розширювались на скроневи та тім'яну. Вважав себе «глибоким старцем, якого вже не варто лікувати». Не відчував «радість від життя». Швидко втомлювався навіть при невеликих навантаженнях, які потребували витримки та концентрації уваги, ставав дратівливим. Відмічав надзвичайну мінливість настрою, значне послаблення пам'яті. Мали місце труднощі засинання та сонливість у денний час. При цьому не був здібний розслабитись, відволіктись від песимістичних думок. Статевим життям перестав цікавитись більше року тому. Як і в попередньому прикладі, головний біль співіснував з болями у шиї, посилювався при поворотах голови, супроводжувався головокружінням, нудотою, шумом у вухах. Періодично відчував болі у шийно-грудному відділі хребта, а в останнім часом – оніміння у долонях. Турбував хруст шийних хребців при поворотах голови.

Об'єктивно виглядає старше свого віку на 5-7 років. Тони серця – гучні, ритмічні. Пульс – 78/хв. АД – 140/80 мм рт. ст. Обмеженість рухів у шийному відділі хребта. Функціональні блокатори хребтових сегментів С4 – С6, С7 – Th1. Больова гіперчутливість у зоні Th3 – Th4 з обох сторін. Паравертебральні точки та межостисті зв'язки Th3 – Th4 чутливі при пальпації. На рентгенограмі шийного та грудного відділів хребта наявні ознаки остеохондрозу, більше виражені на рівні С4 – С7 та Th3 – Th4 хребців (потовщення та нерівність замикаючих платівок, передні та задні крайові остеофіти). На ЕКГ – синусовий ритм, нормальне положення ЕВС, невеличке сплюснення зубця Т у відведен-

нях V3 та V4. Велоергометрія та ехокардіографія патології з боку серця не продемонстрували (норма для даного віку). Транскраніальна доплерографія: зниження кровообігу по ПА зліва на 20% та ПА справа на 14%, зниження кровообігу по ОА на 29%, збільшення кровообігу по ЗМА зліва на 22%, справа - зниження кровообігу по ЗМА на 22%. Встановлено діагноз: Патологічна схильність до азартних ігор (вуличні автомати). Остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. Неврастенія.

У цьому випадку також проводилось комплексне лікування, яке було розбите на низку етапів. У перші два тижні застосували такі мануальні прийоми як мобілізація та аутомобілізація за допомогою постізометричної релаксації та тракції. У подальшому після покращення стану хворого були проведені три маніпуляції переважно на нижніх шийних та верхніх грудних сегментах хребта. У перервах між маніпуляціями хворий самостійно робив прийоми постізометричної релаксації. Додатково застосовувались методи фізіотерапії: дарсонвалізація шийно-грудного відділу хребта, електрофорез, йодно-бромні ванни. Після закінчення курсу мануальної терапії хворому були рекомендовані регулярні заняття лікувальною гімнастикою (включно з тренажерами) під керівництвом досвідчених лікарів-тренерів; був підібраний індивідуальний фізичний комплекс за нашою методикою. Все це супроводжувалось активною психотерапевтичною роботою по переорієнтації життєвих цінностей хворого (логотерапія за В. Франклом), формуванню нових цінностей.

У результаті лікування через три місяця больовий синдром шийно-грудної локалізації та вертебральна симптоматика регресували, значно зменшилась частота та інтенсивність головних болів, зникли головокружіння та шум у вухах. Поліпшилися настрої, пам'ять, нормалізувався сон, з'явився інтерес до життя, влаштувався на додаткову роботу за фахом, де знадобились його знання та досвід. За висловом дружини, «перестав тероризувати близьких своїми скаргами на нудотне життя та втому». На електрокардіограмі після лікування відмічено повне відновлення нормальної роботи серця. На транскраніальній доплерографії зареєстровано виражене покращення гемодинаміки.

Хворий знаходиться під наглядом Центру практичної ноеттики, психопрофілактики, психіатричної та медико-психологічної допомоги Клініки Одеського державного медичного університету протягом року. Регулярно займається лікувальною гімнастикою у тренажерному залі за розробленою нами методикою, пройшов повторний курс мануальної терапії. Щодо потягу до азартних ігор, то визнав повністю своє захоплення вуличними автоматами як тяжку хворобу, що потребує лікування («...як би не ви, то не знаю, до чого би дійшло»). Захопився запропонованим йому комплексом фізичних вправ, які були спрямовані на різні групи м'язів – біцепс, трицепс, дельтоїд, шийні, черевні та спинні м'язи тощо. Став регулярно три рази на тиждень відвідувати тренажерний зал, де годину робить 8 різних вправ по три підходи у вправі. Пишається своїм здоров'ям, привів у спортивний зал ще двох своїх приятелів 55-річного віку, захоплено пропагує переваги фізично активного способу життя. До комплексу вправ за власною ініціативою додав щоранкові пробіжки по 2-3 км. Кинув палити, не застосовуючи спеціальних лікувальних заходів («...коли не палиш, більше «кайфу» від фізичних навантажень»). Грати у будь-які азартні гри «не тягне», каже, що «став байдужим до них».

Повертаючись до внутрішніх переваг пацієнтів обох груп, ми вважаємо за доцільне навести дані нашого дослідження у таблиці 2.

Таблиця 2.

## Внутрішні переваги патологічних гравців

Різновиди ігрової діяльності	Хворі 1 групи	Хворі 2 групи
Гра у покер On-line	2	-
Карточна гра переважно з випадковими партнерами	2	-
Гра на біржових ринках з Fogex включно	2	-
Гра на ігрових автоматах	2	3
Тоталізатор спортивних змагань	2	3
Національна лотерея та інші лотереї	3	3
Казино (рулетка)	3	1
Карточна гра у стабільному колі партнерів	-	3
Гра у комп'ютерні ігри Off-line	-	3
Гра у комп'ютерні ігри On-line (різні стратегії)	-	1
В сь о г о:	16	17

Як видно з наведеної таблиці, пацієнти 1 групи, тобто ті хто виявляв нахил до азартних ігор ще у молоді роки, у зрілому віці віддавали перевагу грі у покер у сітці Інтернет, грі на біржових ринках (в нашій країні поширеним є Fogex), казино, картам у випадковому колі партнерів, які рідко зустрічались або не зустрічались зовсім серед пацієнтів 2 групи. Натомість, серед пацієнтів 2 групи, у яких ігрова діяльність спостерігалась як вікарний патерн поведінки, воліли грати у карти, але в стабільному колі партнерів із стабільними ставками, а також у різні комп'ютерні ігри. І ті, і другі майже однаково часто приймали участь у тоталізаторі, спортивних лотереях, а також ставали прихильниками ігрових автоматів.

Пацієнти другої групи були більш відвертими під час співбесіди із своїм лікарем; якщо не дотримувались обіцянки, то відчували почуття провини. За даними тесту на тривожність Спілбергера-Ханіна вони виявляли ознаки підвищеної тривожності. За даними Торонтського алкситимічного тесту рівень алкситимії у них перевищував 75 балів. Частими у висловлюваннях цих пацієнтів були відсутність життєвого плану, перспективи у подальшому житті, відчуття швидкого постаріння, стійкий понижений настрій. Психотерапія проводилась з елементами нейро-лінгвістичного програмування. В лікувальний комплекс було включено фізичні вправи у вигляді тренувань у тренажерному залі 3 рази на тиждень. Паралельно проводилась мануальна терапія. Такий комплексний підхід забезпечував не тільки покращення загального самопочуття та поліпшення мозкового кровообігу, але і давав змогу пацієнтам відчуті власні можливості, а через вплив фізичного навантаження на норадренергічну та серотонінергічну нейромедіаторні системи дозволяв швидко позбутися депресії (тобто необхідності додаткового призначення інгібіторів зворотного захоплення серотоніну). Ще одним суттєвим мотивом для активізації пацієнтів ставало роз'яснення процесів, які проходять у суглобах при

старінні, та можливість їх гальмування засобами фізичної культури, зокрема, ритмічним навантаженням на суглоби під час силових рухів. Всі наші пацієнти через 2-4 місяці від початку лікування фізичними навантаженнями починали відмічати у себе ознаки ейфорії після силової гімнастики. Суб'єктивно вона була для них приємнішою, ніж ейфорія від гри.

Для чоловіків, які страждали на ігрову залежність, пропонувалось 2 комплекси вправ по 4 вправи у кожному.

### **I комплекс.**

1. Жим лежачі – 4 підходи по 5-8 повних циклів.
2. Вправа на турнікові для м'язів передньої черевної стінки.
3. Станова тяга – 4 підходи по 6-8 повних циклів.
4. Вправа для біцепсів стоячи з прямим або погнутих грифом.

### **II комплекс.**

1. Жим з-за голови – 4 підходи по 5-8 повних циклів.
2. Вправа на похилій дошці для м'язів передньої черевної стінки.
3. Вправа на тренажері для м'язів спини.
4. Вправа для трьохглавого м'язу верхньої кінцівки з навантаженням – 4 підходи по 6-8 повних циклів.

Для жінок було підібрано вправи з меншим навантаженням та акцентом на м'язи нижньої половини тіла, а також – м'язи шиї.

У процесі когнітивно-біхевіоральної та екзистенційно орієнтованої терапії ми намагались усунути ірраціональні переконання суб'єкта, які були сформовані на тлі залежності та самі по собі підтримували процес у напрямі руйнування особистості:

- я вже настільки звик до гри, що зупинитись не можу;

- я часто ставив своїх близьких у скрутне матеріальне становище, і тепер вони будуть ненавидіти мене до кінця життя;

- якщо я втратив контроль над своїми емоціями та волею, то мені вже нічого не допоможе;

- усе життя – це гра, як же людина може не грати?;

- необхідно чітко і відразу вирішити проблему гри, а якщо ні, то це означатиме катастрофу у моєму житті;

- мені байдуже, що коїться з іншими людьми, мені б свою проблему вирішити;

- попередня історія життя будь-кого впливає на його теперішній стан;

- у сучасному житті все вирішують тільки гроші; людські стосунки не можуть бути відвертими;

- легше обминати життєві труднощі, ніж нести за них відповідальність;

- все наше життя це – ризик;

- всі мої негаразди зумовлені зовнішніми силами, а можливість їх контролювати є вкрай обмеженими.

### **Висновки:**

1. Психологічні особливості середнього віку є фактором, що сприяє швидкому формуванню залежності від азартних ігор.

2. Особи, які виявляли у себе схильність до азартних ігор у молоді роки, у середньому віці віддають перевагу «більш ризикованим» грам, переважним мотивом для них залишається можливість заробити на грі.

3. Особи, які до наступу віку зрілості не виявляли у себе ознак пристрасті до азартних ігор, частіше використовували гемблінг як активізуючий щодо вітальної активності фактор; вони грали переважно у вузькому колі добре знайомих людей або на вуличних автоматах.

4. Лікування патологічного гемблінгу у середньому віці має бути комплексним та включати в себе заходи, які покращують загальні показники життєдіяльності, у тому числі – мозкового кровообігу, зокрема фізіотерапію та мануальну терапію.

5. Використання у лікувальному процесі силової гімнастики спрямоване, з одного боку, на переключення на інший вид діяльності, яка може навіть носити адиктивний характер (креативна адикція), а, з іншого боку сприяє вирішенню емоційних проблем пацієнта.

### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. В.Л. Малыгин, И.М. Гуревский, И.В. Ежов. Диагностика и коррекция факторов риска аддиктивного поведения. Новые перспективы // Актуальные вопр. психиатр., нарколог. и мед. психолог. Сб. научн. тр. – Воронеж, 2006. – С.188-193.
2. В.С. Бітенський, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурний. Клініко-психопатичні аспекти трансформації адиктивної поведінки в умовах «інформаційного вибуху» // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - № 1-2 (9-10), 2006. - с. 161-168.
3. G. Sanju, M. Vijiya. Pathological gambling: an overview of assessment and treatment // Advances in Psychiatric Treatment. – 2006. – N 12. – P221-227.
4. Л. Вермесер. Компульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения. – Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. – М. Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
5. Ц.П. Короленко Аддиктивное поведение, общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и мед.психологии. – 1991. - № 3. – С.8-15.

6. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. Клінічні описи і вказівки по діагностиці. - С.Петербург, 1994.- 300 с.
7. В.В. Зайцев, А.Ф. Шайдулина. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. - СПб., Изд. дом «Нева». - 2003. - 128 с.
8. В.С. Бітенський, Е.В. Мельник, О.І. Панайотов, К.В. Аймедов. Кіндлінг у патогенезі наркологічних захворювань // Одеський медичний журнал. - 2003. – 6(80). - с. 45-48.
9. А.Р. Назмутдинов. Особенности коррекции невротических расстройств в сочетании с нефармакологическим аддиктивным поведением // Мат-лы конф. Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств / Под ред. Н.Е. Буториной. - Челябинск - 2000.
10. А.Ю. Егоров, Д.А. Уголев, С.П. Евсеев. Прыжок от наркотиков // Адаптивная физическая культура. - 2001. - № 1 (5). - С.28-29.
11. A.P. Noyes, L.C. Kolb (1960). Modern clinical psychiatry. Philadelphia and London, W B Saunders and Co.
12. М.М. Пустовойт. Роль особистісного фактору в генезі інволюційних психозів // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - № 1 (13), 2008. - с. 45-59.