

Патологический гемблинг и алкоголизм — коморбидные расстройства

СОЛДАТКИН В.А.

к.м.н., асс. кафедры психиатрии и наркологии, Ростовский государственный медицинский университет

Обследовано 150 пациентов, страдающих патологическим гемблингом (ПГ). Установлено, что клиническая картина ПГ, определяемая синдромами психофизической зависимости, измененной реактивности и последствий, имеет сущностное сходство с клинической картиной алкоголизма; наследственность при ПГ отягощена в первую очередь алкоголизмом; в группе патологических игроков высока частота алкогольной зависимости; у пациентов, не страдающих алкогольной зависимостью, весьма часто отмечаются яркие особенности реагирования на прием спиртного; начало систематической игры часто связано с алкоголизацией (или ее полным прекращением); возобновление алкоголизации играет роль одного из частых факторов срыва ремиссии при ПГ. В целом ПГ при наличии сопутствующего алкоголизма имеет более выраженную клиническую картину, отличается большей прогредиентностью. Полученные данные свидетельствуют о коморбидности ПГ и алкогольной зависимости.

Ключевые слова: гемблинг, алкоголизм, коморбидность

Введение

Патологическое влечение к азартным играм как вариант нехимической зависимости, привлекает внимание в связи как с широкой распространенностью, имеющей по сути эпидемический характер [2, 3, 6], так и значительным количеством нерешенных вопросов, относящихся к трактовке его клинических проявлений, пониманию предрасположения, патогенетических механизмов. Медицинские, социальные, юридические аспекты расстройства имеют существенный социальный резонанс [3, 4, 9].

Связь между различными аддикциями подчеркивали многие авторы [2, 3, 5—7]. На сродство (клиническое, этиологическое, патогенетическое) химической и нехимической зависимости указывали Постнов В.В., Дереча В.А. [7], Тукаев Р.Д., Антипова О.С. [10]. Об определенном единстве химической и нехимической аддикции писали и западные авторы. Так, Hoyle R.H. [13], Orford J. [14] отмечали, что между табакизмом, алкогольной зависимостью, употреблением героина, кокаина, конопли; пищевыми, половыми расстройствами, гемблингом больше сходств, чем различий. Многие авторы [13—15] подчеркивали тесную связь игровой и алкогольной зависимости. Zuckerman M., Kuhlman D.M. [16] не только объединили эти расстройства в одну группу, но и выявили общую для них биологическую «базу», которая, по мнению авторов, проявляется в особенностях дофаминового обмена и активности моноаминоксидазы. Comings D.E. et al. [11] обнаружили общие генетические особенности (полиморфизм DRD4 гена) при ПГ и химической зависимости, продемонстрировав биологическое сродство различных болезней зависимого поведения.

Между тем, в настоящее время нет единства в понимании связи ПГ и алкоголизма, не изучено их вза-

имовлияние. Этот вопрос представляется существенным как в теоретическом плане (изучение механизмов развития зависимости), так и в сугубо практическом (создание индивидуальных программ помощи зависимым пациентам).

В связи с этим целью исследования стало изучение связи ПГ и алкоголизма.

Объект и методы исследования

Критерием включения в исследование был установленный по МКБ-10 (с уточнением по исследовательским критериям ИДК-10) диагноз «патологическое влечение к азартным играм» (F63.0), критерием исключения — наличие иного психического расстройства, кроме болезни зависимого поведения (химической или нехимической зависимости). В исследование включено 150 пациентов. Из них 107 (71,3%) оказались зависимыми от игры в автоматы, 23 (15,3%) — от азартной игры в казино, у 20 пациентов (13,3%) выявлены признаки зависимости от нескольких азартных игр (автоматы, казино, карточные турниры, тотализатор). Преобладали пациенты с игровым стажем 3—5 лет (75; 50,0%). Все пациенты миновали первую фазу игрового цикла (фазу выигрышей), описанную R.L. Custer [12].

В группе больных ПГ, помимо основного диагноза, у 37 пациентов (24,7%) установлен диагноз алкоголизм (9 чел.; 6,0% — первая стадия, 28 чел.; 18,7% — вторая). У 31 пациента (20,7%) установлен диагноз «пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя», F10.1. Таким образом, у 68 пациентов (45,3%), страдающих ПГ, потребление алкоголя выходило за границы нормы. Следует отметить, что из этих 68 пациентов 20 чел. (13,3%) в силу разных причин прекратили употребление алкоголя до начала

ПГ, 17 чел. (11,3%) сохранили употребление алкоголя при присоединении нехимической зависимости, а у 31 чел. (20,7%) проблемное употребление алкоголя сформировалось уже после начала ПГ.

Возраст пациентов был в диапазоне от 8 до 42 лет (средний возраст — $24,3 \pm 4,5$ года). Распределение по полу показало, что на 135 мужчин (90,0%) пришлось 15 женщин (10,0%), таким образом, соотношение мужчин к женщинам оказалось 9:1. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: неоконченное среднее — 10 пациентов (6,7%), среднее — 28 (18,7%), среднее специальное — 36 (24,0%), неоконченное высшее — 25 (16,7%), высшее — 45 (30,0%), ученая степень — 6 (4,0%).

В браке (официальном и гражданском) состояли 46 больных (30,7%), при этом свои отношения с супругой (супругом) оценивали как «крепкие, надежные» 30 чел. (20,0%), а в 16 случаях (10,7%) брак был на грани распада. Одинокими оказалось большинство включенных в исследование пациентов — 104 чел. (69,3%). Из них никогда не состояли в браке 54 чел. (36,0%), были разведены 50 пациентов (33,3%). В большинстве случаев (42 чел., 28,0%) причиной развода стала азартная игра пациента, приводящая к развитию тяжелых финансовых, социальных и семейных проблем.

Не учились и не работали, находясь на иждивении близких, 27 из обследованных пациентов (18,0%). Учились 39 пациентов (26,0%). Работали 90 чел. (60,0%). Из них владели собственным мелким и средним бизнесом 28 чел. (18,7%). (Следует отметить, что 19 чел. (67,9%) из них потеряли крупный бизнес вследствие существенных финансовых расходов в связи с игровой зависимостью); работали по найму в сфере частного бизнеса 15 чел. (10,0%); трудился на государственной службе 41 чел. (27,3%); 6 пациентов (4,0%) служили офицерами РА. Двое (1,3%) пациентов трудились в игровом заведении охранниками, еще 9 чел. (6,0%) там работали ранее.

За помощью обратились впервые 118 пациентов (78,7%), остальные ранее уже получали помощь (нетрадиционную — экстрасенсы, гадалки, целители и т.д. — 34 пациента (22,7%), психолога — 11 чел. (7,3%), психотерапевта — 8 чел. (5,3%), психиатра — 8 чел. (5,3%)).

Методы исследования: клинический, математический.

Результаты и их обсуждение

Стержневым, важнейшим компонентом феномена болезни было наличие *патологического влечения к азартной игре*. В одних случаях оно в большей степени проявлялось на обсессивном уровне и сопровож-

далось борьбой мотивов, попытками удержаться от игровой деятельности, частичной критикой, в других — на компульсивном, что проявлялось в непреодолимом стремлении к игре. Однако чаще встречался ундулирующий вариант, сутью которого было чередование этих двух уровней патологического влечения в различные периоды времени.

Анализ этих периодов позволил разделить феномен болезни на 2 составляющие, существенно различающиеся по качественным и количественным характеристикам: игровой эпизод и внеигровой период.

Нами подвергались тщательному анализу 3 последних игровых эпизода у каждого пациента основной группы, таким образом, проанализировано 450 эпизодов. Выявлено, что эпизод мог состоять из одного *экссесса* (период от начала азартной игры до ее завершения в одном игорном заведении) или нескольких, разделенных во времени, но на протяжении одних суток. Как правило, время между экссессами было посвящено процессу «добывания денег» для продолжения игры; пациенты обращались к родственникам и знакомым и под разными предлогами брали деньги в долг или же совершали кражу (дома или на работе), закладывали в ломбарде свои вещи, получали кредит в банке.

Продолжительность игрового эпизода могла составить несколько суток, и тогда по своим характеристикам (охваченность игровой деятельностью, выраженное, непреодолимое влечение к игре) он приближался к алкогольному запою, что позволяло его обозначить как *игровой запой* (сами пациенты его чаще называли *шпиль*).

Важнейшей клинической характеристикой игрового эпизода являлось наличие компульсивного влечения, которое проявлялось в трудно- или непреодолимом стремлении к азартной игре. Степень выраженности этого влечения достигала витального уровня, сравнимого с чувствами голода и жажды; в ряде случаев компульсивное влечение конкурировало с физиологическими витальными влечениями, подавляя их. На высоте реализации патологического влечения блокировалась потребность в пище, сне, половых контактах и пр. Компульсивное влечение полностью поглощало (суживало) сознание пациента, не оставляя места для иных переживаний и представлений. Оно определяло не только настроение, но и поведение больного, подавляя контроль и конкурентные мотивы поведения, при этом борьба мотивов исчезала. Мы выделяли у пациентов следующие виды компульсивного влечения к игре:

- 1) внеэпизодная компульсия, предшествовавшая эпизоду аномального поведения;
- 2) внутриэпизодная компульсия, возникавшая с начала реализации патологической потребности и проявлявшаяся в непреодолимом стремлении продолжать или по-

вторять действия в начавшемся эпизоде со всевозрастающей степенью отклоняющегося поведения, что напоминает симптом «потеря количественного контроля» в наркологии).

Актуализация влечения происходила у пациентов по следующим поводам:

а) ситуационно и/или психогенно (312 эпизодов, 69,3%) — употребление алкоголя (113; 25,1%), ситуация одиночества, сексуальная абстиненция, конфликты в значимой сфере и т.п.;

б) метеотропно (66, 14,7%) — в связи с метеорологическими факторами;

в) аутохтонно (72, 16,0%) — без видимого, заметного и понятного повода.

Патологическое влечение было неразрывно связано еще с одним проявлением феномена болезни: состоянием комфорта при реализации влечения и дискомфорта при невозможности этого действия. Единение обсессивного влечения и психического комфорта/дискомфорта составляло синдром психической зависимости от азартной игры, компульсии и физического комфорта/дискомфорта — синдром физической зависимости. Явление выраженного физического дискомфорта с активизацией компульсивного влечения, дисфорическими, гипотимными проявлениями и вегетативной дисфункцией (абстиненция) ярко проявлялось при невозможности реализации патологического влечения к азартной игре. По мере развития расстройства отмечалось постепенное угасание первичного психотропного эффекта игры, была заметной постепенная его трансформация. С течением времени первичный психотропный эффект замещается релаксирующим, гомеостабилизирующим, тонизирующим и прочими компонентами. Изменялись частота, мотивация и поводы реализации влечения, при этом поведение явно «уходило» от изначальных социально-психологических условий и диктовалось законами болезни), происходил переход от групповой игры к одиночному выполнению патологической потребности. Если на ранних этапах отклоняющееся поведение было представлено отдельными эксцессами, то с течением времени они учащались и могли приобрести характер периодических, циклических, систематических, постоянных или смешанных эпизодов. Эта часть феномена была типирована нами в основной группе как симптом «изменение форм исполнения» по аналогии с описанным в наркологии симптомом «изменение форм потребления психоактивных веществ». Производным угасания первичного психотропного эффекта было возрастание толерантности к азартной игре. Компульсивное влечение служило базой для появления двух симптомов: исчезновения количественного контроля и исчезновения «защитных знаков». В целом, симптомы изменения психотропного эффекта при реализации патологического влечения, рост толерантности, симптомы изменения форм осуществления патологического влечения и исчезновения защитных знаков имели патогенетическую общность и могли быть объединены в синдром измененной реактивности. Вы-

явлен синдром последствий длительной реализации патологического влечения. Он состоял в нарастающих личностных изменениях, которые развивались по следующему стереотипу: заострение личностных черт — деформация личности — оскудение личности с нарастанием психосоциальной дезадаптации. Таким образом, синдромальная характеристика ПГ имела сущностное сходство с так называемым большим наркоманическим синдромом, описанным И.Н. Пятницкой [8].

При изучении предрасположенности установлено, что у абсолютного большинства обследованных больных — 137 пациентов (91,3%) — наследственность оказалась отягощенной химической зависимостью, при этом у 100 (66,7%) из них химической зависимостью страдали родственники первой степени родства. У 117 пациентов (78,0%) наследственность была отягощена алкоголизмом (у 93 чел. (62,0%) алкогольной зависимостью страдали родственники первой степени родства). У 20 больных (13,3%) выявлена наследственная отягощенность наркоманией (у 5 пациентов (3,3%) наркоманией страдали родственники первой степени родства).

Изучение развития самого заболевания позволило выявить определенные закономерности. Представляется важным, что первое знакомство с азартной игрой происходило, чаще всего, на фоне заметного изменения жизненного уклада у большинства пациентов. Так, 28 чел. (18,7%) незадолго до начала игры «приобрели свободу от родителей», переехав для учебы и работы в другой город; 21 пациент (14,0%) находился в состоянии острого, тяжелого, крайне значимого интра- или интерперсонального конфликта (измена супруга, предательство близкого человека, внезапное увольнение); 20 чел. (13,3%) перестали злоупотреблять психоактивными веществами в силу тех или иных причин, и их состояние определялось «скукой, серостью жизни»; 15 чел. (10,0%) стали больше зарабатывать, «появились свободные деньги», у 13 пациентов (8,7%) была «скучная, монотонная» работа или учеба; у 11 чел. (7,3%) существовала затяжная конфликтная ситуация в семье; 9 чел. (6,0%) прекратили спортивную, в прошлом успешную, карьеру; 6 чел. (4,0%) испытывали существенный для них дискомфорт из-за беременности жены или появления в семье ребенка; 5 чел. (3,3%) находились в непривычных финансовых затруднениях (долги). Эти ситуации, несомненно, облегчавшие возникновение ПГ, понимаются нами как условие (а не причина) развития расстройства.

Изучение синдрома кинеза и синдрома таксиса позволило четко выделить 2 этапа развития ПГ: инициальный и этап развернутой клинической картины.

После знакомства с игровой деятельностью у обследованных пациентов начинался инициальный этап болезни, проявлявшийся постепенным учащением эпизодов игры, некоторым ростом ставок (свидетельствовавшим о некотором росте толерантности).

Происходящее, впрочем, не приводило к заметным финансовым или социальным проблемам. Игра доставляла удовольствие, воспринималась как «отдых», «развлечение». У пациентов не утрачивался количественный и ситуационный контроль. Продолжительность инициального этапа в обследованной группе — $1,2 \pm 0,4$ года.

Постепенное формирование синдрома психофизической зависимости означало переход от инициального этапа к этапу развернутой клинической картины расстройства. У некоторых больных (29, 19,3%) можно было выделить первую стадию болезни, характеризующуюся преобладанием синдрома психической зависимости (наиболее яркими симптомами были обсессивное влечение к игре с борьбой мотивов, психический комфорт в состоянии игры и заметный дискомфорт вне ее). У большинства же больных первую и вторую стадии разделить затруднительно, у них быстро формировалась психофизическая зависимость с мощным компульсивным влечением.

Клинический метод позволил прийти к выводу о том, что ПГ имеет прогрессирующее течение. Подтверждают этот вывод выявленные закономерности: ведущая роль психологических факторов в возникновении болезни с постепенным снижением их значимости по мере развития расстройства; наличие этапов и стадий болезни; возрастание выраженности не только психопатологических продуктивных (постепенное формирование патологического влечения с переходом от обсессивного к компульсивному, состояния психофизического комфорта/дискомфорта, изменение первичного психотропного эффекта, рост толерантности, изменение способов осуществления патологического влечения, исчезновение защитных знаков), но и личностных (негативных) расстройств.

Следует отметить, что употребление алкоголя во многих случаях играло существенную роль как в совершении отдельного игрового эксцесса, так и в длиннике болезни в целом. Практически все обследованные пациенты (138, 92,0%) отмечали, что алкоголь резко усиливал влечение к игре, снижал и так нарушенную возможность количественного контроля (именно поэтому 79 пациентов (52,7%) играли исключительно трезвыми).

Значимость употребления алкоголя в длиннике заболевания подчеркивается следующими фактами: у 20 пациентов (13,3%) ПГ начал свое развитие после прекращения алкоголизации; у 31 пациента (20,7%) алкоголизация присоединилась уже во время существования ПГ. Для 6 пациентов (4,0%) оказался характерным перемежающийся тип сочетания ПГ и алкоголизма: при развитии ремиссии одного заболевания резко обострялось другое; 17 пациентов (11,3%) злоупотребляли алкоголем до начала ПГ, и клиническая картина алкоголизма сохранилась после развития нехимической зависимости. Таким образом, лишь половина (82, 54,7%) пациентов основной группы

употребляла алкоголь без признаков злоупотребления или зависимости.

У не страдающих химической зависимостью (и не злоупотребляющих алкоголем) пациентов выявлена высокая частота (33 пациента, 44,0%) заметных особенностей реагирования на прием алкоголя. Так, 16 пациентов (10,7%) были абстинентами (совершенно не употребляли спиртные напитки). 19 пациентов (12,7%) употребляли спиртное крайне редко и в малых дозах, отмечая, что алкогольное (и гашишное) опьянение им субъективно крайне неприятно вследствие ощущения «одурманенности, потери контроля»; 12 пациентов (8,0%) реагировали на прием спиртного взрывчатой формой опьянения. Отличались изначально высокой толерантностью 14 пациентов (9,3%), изначально низкой — 9 (6,0%). Выявленные особенности имеют значение предиспозиционного фактора, поскольку косвенно свидетельствуют об особенностях нейрохимии пациентов, страдающих ПГ [1].

Итак, клиническая картина и модель развития ПГ имеют определенные взаимосвязи с потреблением алкоголя:

1. Клиническая картина ПГ, определяемая синдромами психофизической зависимости, измененной реактивности и последствий, имеет сущностное сходство с клинической картиной алкоголизма;
2. Наследственность при ПГ отягощена в первую очередь алкоголизмом;
3. В группе патологических игроков высока частота алкогольной зависимости;
4. У пациентов, не страдающих алкогольной зависимостью, весьма часто отмечаются яркие особенности реагирования на прием спиртного;
5. Начало систематической игры часто связано с алкоголизацией (или ее полным прекращением);
6. Возобновление алкоголизации играет роль одного из частых факторов срыва ремиссии при ПГ;
7. В целом ПГ при наличии сопутствующего алкоголизма имеет более выраженную клиническую картину, отличается большей прогрессивностью.

Полученные данные свидетельствуют о наличии коморбидности патологической зависимости от игры и алкогольной зависимости.

Диагностика ПГ, закрепленная в МКБ-10, с нашей точки зрения, не определяет клинического разнообразия вариантов этого расстройства (и, в частности, его связи с другими расстройствами). Считаем целесообразным выделить следующие варианты ПГ:

1. По соотношению с иной психической патологией:
 - 1.1 — первичный (развивается у изначально психически здорового человека);
 - 1.2 — вторичный (возникает у лиц, уже страдающих иными психическими расстройствами, в частности, химической зависимостью; в этой ситуации чаще всего игровая деятельность приобретает характер «иллюзорно-компенсаторного поведения», приносит

щего иллюзию решения проблем и ухода от фрустраций). Вторичный ПГ может быть:

1.2.1 — симптоматическим (ПГ является симптомом основного расстройства);

1.2.2 — истинным (самостоятельным, вторым заболеванием).

2. По соотношению с другими вариантами зависимости:

2.1 — ПГ как самостоятельное расстройство;

2.2 — комплексный вариант (сочетание различных вариантов зависимого поведения — химическая/нехимическая зависимость). При комплексном варианте возможны:

2.2.1 переход к ПГ от алкоголизма,

2.2.2 присоединение ПГ к алкоголизму,

2.2.3 перемежающийся вариант,

2.2.4 переход ПГ в алкоголизм.

Выводы

1. Клиническая картина ПГ определяется синдромами психофизической зависимости от азартной игры, измененной реактивности и последствий. ПГ имеет прогрессирующее течение.

2. ПГ и алкоголизм являются коморбидными расстройствами, что подтверждается сущностным сходством клинической картины ПГ и алкоголизма; значительной (78,0%) наследственной отягощенностью алкоголизмом при ПГ; высокой частотой алкогольной зависимости в группе патологических игроков; наличием связи начала систематической игры с алкоголизацией (или ее полным прекращением); а также доказанной провоцирующей и ускоряющей развитие ПГ ролью алкоголизации. ПГ при наличии сопутствующего алкоголизма имеет более выраженную клиническую картину, отличается большей прогрессивностью.

3. Сочетание и взаимовлияние ПГ и алкоголизма целесообразно учитывать в классификации обоих расстройств.

Список литературы

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости: Руководство по наркологии. — М., 2002. — 205 с.
2. Бухановский А.О. и соавт. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. — Ростов-на-Дону, 2002. — 60 с.
3. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Патологический гемблинг: клиничко-патогенетические аспекты // Российский психиатрический журнал. — 2007. — №5. — С. 35—43.
4. Малыгин В.А., Цыганков Б.Д. Особенности психических нарушений у лиц с патологической зависимостью от игры // Журнал неврологии и психиатрии. — 2006. — №5. — С. 16—19.
5. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебн. пособ. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
6. Менделевич В.Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал. — 2003. — №1. — С. 5—9.
7. Постнов В.В., Дереча В.А. Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии // Новые методы лечения и реабилитации в наркологии: Сб. мат. междунар. конф. / Под. общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. — Казань, 2004. — С. 287—291.
8. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.
9. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство. — М.: МЕДпресс-Информ, 2006. — 720 с.
10. Тукаев Р.Д., Антипова О.С. Гемблинг: клинические варианты и подходы к психотерапии // Материалы международной конференции «Игровая зависимость: мифы и реальность». — М., 2006. — С. 132—137.
11. Comings D.E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N. et al. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling // Clin. Genet. — 2001. — Vol. 60, №2. — P. 107—116.
12. Custer R.L. Profile of the pathological gambler // J. Clin. Psychiatry. — 1984. — Vol. 45, №12. — Pt 2. — P. 35—38.
13. Hoyle R.H. Personality processes and problem behavior // J. Pers. — 2000. — Vol. 68(6). — P. 953—966.
14. Orford J. Addiction as excessive appetite // Addiction. — 2001. — Vol. 96(1). — P. 15—31.
15. Slutske W.S., Eisen S., True W.R. et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men // Arch. Gen. Psychiat. — 2000. — Vol. 57. — P. 666—673.
16. Zuckerman M., Kuhlman D.M. Personality and risk-taking: common biosocial factors // J. Pers. — 2000. — Vol. 68(6). — P. 999—1029.

PATHOLOGICAL GAMBLING AND ALCOHOLISM AS COMORBID DISORDERS

SOLDATKIN V.A.

Rostov State Medical University, dept. of psychiatry and narcology

We have examined 150 patients suffering from pathological gambling (PG). It was determined that the clinical presentation of this disorder defined by psychophysical dependence, modified reactivity and consequences, is essentially the same as that of dipsomania; in case of PG, heredity is primarily overburdened with dipsomania; pathological gamblers are often alcohol dependent; the patients free from this dependence rather frequently show bright, specific reactions to alcohol; the starting phase of systematic gambling is frequently associated with alcoholization (or its complete interruption); alcoholization renewal plays the part of a frequent factor in the PG remission failure. As a whole, in case of accompanying dipsomania PG has a more frank clinical presentation as it is noted for greater progression. The data obtained testify to PG comorbidity and alcohol dependence.