

В.С. Битенский, д.м.н., профессор, В.А. Пахмурный, К.В. Аймедов, кафедра психиатрии Одесского государственного медицинского университета

Патологическая склонность к азартным играм и тревожные состояния

Ситуация, связанная с зависимостями (аддикциями), сегодня является проблемной для Украины, России и других стран СНГ. Несмотря на активную разработку и внедрение различных медикаментозных и немедикаментозных методов лечения зависимости, клинических, профилактических и реабилитационных направлений наркологии, количество зависимых лиц в указанных странах не уменьшается [1, 2].

Традиционным стало деление зависимости на химическую и нехимическую, причем большинство авторов единодушно считают, что механизмы формирования как одних, так и других принципиально схожи. Это важно, потому что поиск эффективных методов лечения и реабилитации должен проводиться в одном направлении. Характерным для нашего ментального пространства сегодня является постепенное смещение акцентов с распространенной в прошлые десятилетия зависимости от алкоголя и наркотиков в сторону так называемых информационных вариантов зависимости — компьютеромании (интернетомании), патологического гемблинга, замещающего шума, зависимости от «телевизионного пульта» и т.д. [3, 4].

Из встречающихся в литературе патогенетических механизмов, объясняющих явление зависимости, целесообразно остановиться на некоторых наиболее общих, в частности на активационной теории болезни зависимости и роли киндлинга в процессах аддиктивной направленности. Первая основана на анализе нейрофизиологических и нейрохимических аспектов патогенеза наркологических заболеваний [5]. В ней представлено участие активационной и подкрепляющей системы мозга в различных аддиктивных реализациях на различных этапах формирования патологической зависимости. Состояние активности стволовых структур мозга рассматривается как базовое, витальное. С этих позиций не имеет принципиального значения, химические или информационные стимулы обуславливают дополнительную их стимуляцию. Еще более универсальной в этом смысле является теория киндлинга применительно к наркологии (аддиктологии). В.С. Битенский и его школой подробно описаны киндлинговые механизмы и отмечено сходство данных патологических процессов при зависимости от психоактивных веществ и/или патологической деятельности (компьютеромании, патологический гемблинг) [6, 7]. Необходимо отметить, что мезолимбический дофаминовый путь является ключевым звеном активационной системы мозга. Поэтому закономерно ожидать реципрокности киндлинговых механизмов и функционального состояния активационной системы мозга, а, стало быть, психических и поведенческих расстройств, включая аддиктивные. В клинике это проявляется тем, что все болезни зависимости предполагают в своем развитии донозологический этап, характеризующийся подпороговыми стимулами. Например, классическое для отечественной наркологии 1980-х годов изучение донозологического этапа алкогольной зависимости — бытового пьянства — фактически подтверждало участие киндлинговых механизмов в становлении алкоголизма как заболевания. Аддиктивному переизданию предшествует начальный этап культа еды, когда единичные эксцессы гурманов имеют гедонистический либо атарактический мотив и сами по себе не могут расцениваться как проявление патологического влечения к пище. Но они уже — те подпороговые стимулы, которые в недалеком будущем, накопившись, приведут к «возгоранию», то есть обуславят синдром патологической зависимости от пищи.

Нетрудно заметить, что в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) не вполне логично разделены принципиально родственные состояния зависимости по разным рубрикам. Более того, в МКБ-10 нет всех вариантов зависимости, наблюдаемых сегодня в клинической практике, таких как компьютеромания, трудоголизм, патологический гемблинг (рассматривается в МКБ-10 не как зависимость, а как личностно-поведенческое расстройство),

шопингомания, гаджетзависимость и многие другие [8]. Учитывая, что давность создания данной редакции составляет порядка 20 лет, мы вправе ожидать от нового пересмотра большей логичности и емкости в этом плане.

Смена аддикций — одно из ключевых, на наш взгляд, явлений аддиктологии, которое устойчиво проявляет себя в разных ситуациях и сочетаниях и побуждает нас к уточнению и развитию понятия «аддиктивный радикал личности» («аддиктивная ось»). С этим явлением тесно перекликается укоренившийся в отечественной наркологии термин «полинаркомания» [9], представляющая собой, по нашему мнению, один из вариантов смены аддикций, причем смены не в традиционном понимании (например, появление новой зависимости в периоде ремиссии изначальной), а в «мерцающем» режиме, то есть чередующихся друг за другом или даже накладывающихся друг на друга отрезков времени (пароксизмальный, квантовый тип активности мозга) [10].

Второе ключевое явление — это коморбидность в аддиктологии; здесь она проявляется с явной отчетливостью. Чаще всего мы наблюдаем одновременное сосуществование в клинической картине у конкретного больного того или иного аддиктивного расстройства (алкоголизма, лудомании, патологического шопинга и др.) и расстройства личности (по типу зависимой, эмоционально неустойчивой, диссоциальной и др.), синдрома дефицита внимания с гиперактивностью; генерализованного тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, расстройства адаптации. Кроме того, аддиктивные расстройства почти всегда развиваются у акцентуированных личностей, склонных к фантазированию по поводу своей исключительности; повышено ранимых, чувствительных к критике, ищущих новых ощущений и переживаний, отличающихся низкой фрустрационной толерантностью.

Особое внимание следует обратить на универсальность механизма тревожной депрессии, по сути глубокой тревоги, «надевающей маску» депрессии. Сегодня эта форма адаптации на патологическом уровне повсеместно распространена в странах с высоким темпом жизни, экзистенциальной нестабильностью, «замусоренностью» информационного пространства шумовыми сигналами. Страны СНГ, в том числе и Украина, именно этими параметрами и характеризуются [11]. Коморбидность с тревогой дополняется третьим патологическим звеном — конверсионными расстройствами. В эпоху Интернета и расширения поля коллективного сознания это приводит к клиническому патоморфозу тревожных расстройств — их чрезвычайно высокой соматизации и вегетативной насыщенности проявлений [12]. Сомато-вегетативные проявления (головокружение, сердцебиение, тахикардия, тремор, потливость, чувство удушья и т.д.), как правило, выходят на передний план при встрече такого пациента и лечащего врача. Терапевт (семейный врач) находится на переднем рубеже контакта с больным, обнаруживающим явные признаки аддиктивного или (и) тревожного расстройства, но обращающегося по поводу соматических эквивалентов последних. Ошибки в диагнозе ведут к ошибкам выбора стратегии лечения, а это только усугубляет ситуацию больного.

Проведенное нами исследование 420 лиц, страдающих лудоманией, обнаружило определенное распределение коморбидных психических и поведенческих расстройств (мы выделяли в качестве ведущей проблемы больного склонность к азартным играм). Данные, приведенные нами, систематизированы в таблице 1.

как агорафобия без панического расстройства, психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака, ужасы во время сна и др. Приведенная ниже схема (табл. 2) показывает возможные варианты наиболее часто встречающихся сочетаний.

В таблице 2 приведены встречавшиеся в нашем исследовании сочетания коморбидных расстройств 2-го, 3-го и более высоких порядков.

Таким образом, у наших пациентов наблюдалось одновременно до пяти сосуществующих психиатрических диагнозов, коморбидных между собой. Это требовало учета всех расстройств психики и поведения при построении лечебных программ. Кроме того, мы должны помнить, что обращение к терапевту или семейному врачу может иметь место по поводу одного из коморбидных состояний.

Продолжение на стр. 34.

Таблица 1. Распределение расстройств, коморбидных с патологической склонностью к азартным играм (F63.0)

№№	Тип расстройства у обследованных лудоманов	Количество пациентов	Процент от общего числа
1	Агорафобия без панического расстройства	2	0,5
2	Паническое расстройство	13	3,1
3	Социальная фобия	8	1,9
4	Изолированные фобии (арахнофобия, клаустрофобия и др.)	4	1,0
5	Генерализованное тревожное расстройство	22	5,2
6	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	35	8,3
7	Обсессивно-компульсивное расстройство	7	1,7
8	Диссоциативные расстройства	2	0,5
9	Расстройство адаптации	2	0,5
10	Неврастения	3	0,7
11	Соматизированное расстройство	11	2,6
12	Ипохондрическое расстройство	21	5,0
13	Соматоформная вегетативная дисфункция	6	1,4
14	Шизоидное расстройство личности	11	2,6
15	Диссоциальное расстройство личности	7	1,7
16	Импulsive расстройство личности	6	1,4
17	Пограничное расстройство личности	4	1,0
18	Истерическое расстройство личности	4	1,0
19	Зависимое расстройство личности	3	0,7
20	Хроническое изменение личности после пережитой катастрофы	1	0,2
21	Хроническое изменение личности после психической болезни	1	0,2
22	Патологическое воровство	1	0,2
23	Вуайеризм	1	0,2
24	Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам	4	1,0
25	Транзиторное тикозное расстройство	6	1,4
26	Несоциализированное расстройство поведения у детей и подростков	5	1,2
27	Синдром нарушенного внимания с гиперактивностью у детей и подростков	5	1,2
28	Расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы	6	1,4
29	Снохождение	4	1,0
30	Кошмарные сновидения	2	0,5
31	Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения	3	0,7
32	Преждевременная эякуляция	1	0,2
33	Диспареуния неорганической природы	1	0,2
34	Органическое расстройство личности	13	3,1
35	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя	16	3,9
36	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления стимуляторов	9	2,1
37	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака	27	6,4
38	Шизофрения	2	0,5
39	Циклотимия	8	1,9
40	Эпилепсия	2	0,5
41	Без диагностированных коморбидных расстройств	131	31,2
	Всего	420	100,0

В.С. Битенский, д.м.н., профессор, **В.А. Пахмурный**, **К.В. Аймедов**, кафедра психиатрии Одесского государственного медицинского университета

Патологическая склонность к азартным играм и тревожные состояния

Продолжение. Начало на стр. 33.

Если мы будем игнорировать наличие таких связей в анамнезе, то ведущая проблема личности — патологическая склонность к азартным играм — останется «за кадром», выпустив на передний план сомато-вегетативную симптоматику.

Наиболее частыми в нашем исследовании были такие сочетания, как зависимость от азартных игр, различные варианты расстройств личности и поведения у взрослых, легкая циклотимия, агорафобия без панического расстройства, а также кошмарные сновидения и поведенческие расстройства в результате употребления табака. На втором месте следует патологический гемблинг с паническим расстройством. Им сопутствовали расстройство режима сна-бодрствования, а также увеличение физических симптомов по психологическим причинам и опять-таки поведенческие расстройства в результате употребления табака. В ряде случаев уже упомянутое паническое расстройство сочеталось с агорафобией, транзиторными тикозными расстройствами, психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя. У части больных зависимость от азартных игр сочеталась с шизоидным расстройством личности, обсессивно-компульсивным

и ипохондрическими расстройствами. Это позволяет думать, что у данной группы обследованных заболевание, по-видимому, компенсировалось психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления стимуляторов (кустарные производные эфедрина). Требуется дальнейшего уточнения приведенные нами данные, которые можно трактовать и как коморбидность различных расстройств, и как стадии формирования гемблингового поведения. Нам видится, что патологический гемблинг, учитывая его высокую социальную распространенность, является все-таки основным нарушением и следствием вышеозначенных психических и поведенческих нарушений. Приведенные нами рассуждения сведены в таблице 3.

Данный материал, адресованный прежде всего неврологам, семейным врачам и специалистам соматического профиля, должен вызвать у них определенную настороженность в отношении патологического гемблинга и побудить к сотрудничеству со специалистами соответствующего профиля. Безусловно, исходя из вышеизложенного, применение антидепрессантов — селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) — для лечения таких пациентов становится очевидным. Их предпочтительность перед часто применяемыми сегодня

бензодиазепиновыми транквилизаторами или другими седативными препаратами, в частности растительного происхождения или содержащих барбитураты, диктуется целым рядом неоспоримых соображений. Лечение тревожности у врачей соматического профиля часто ассоциируется с бензодиазепинами, которые, как известно, были введены в психиатрическую практику в 50-60-е годы. К концу 70-х они стали настолько популярны, что до 80% лекарственных средств, приобретаемых в аптечной сети развитых стран (по данным различных авторов), составляли именно эти препараты. Конец 80-х ознаменовался появлением на рынке первых СИОЗС, которые заставили пересмотреть отношение к традиционным транквилизаторам (диазепаму, оксазепаму, нитразепаму, хлордиазепоксиду и др.). В конце XX века был разработан СИОЗС с ярко выраженной анксиолитической активностью — пароксетин.

Таким образом, все расстройства, относимые либо официально, либо неофициально к расстройствам зависимости, так или иначе имеют выход на повышенную тревожность как базовую характеристику личности.

Наша трактовка описанного выше явления делает совершенно очевидной тактику применения пароксетина и других СИОЗС при аддитивных состояниях, в частности патологическом гемблинге.

В итоге уже к 2000 году в мире стали отказываться от весьма небезопасных бензодиазепинов и все больше склоняться к использованию в качестве корректоров тревожности СИОЗС, среди которых доминировал пароксетин.

Главные недостатки бензодиазепиновых анксиолитиков общеизвестны — это и зависимость от них, и негативное влияние на когнитивные функции, в первую очередь память, и необходимость перманентно наращивать дозу, и рикошет-симптомы, и ряд других. О препаратах, содержащих барбитураты, говорить вообще не будем, так как их энцефалотоксическое действие очевидно. Анксиолитики растительного происхождения — заманчивая альтернатива с точки зрения безопасности, но по сути они — тот случай, когда желаемое выдается за действительное. О пользе гомеопатии или психоанализа при лечении тревоги говорить тоже не будем. Есть еще транквилизаторы небензодиазепинового ряда — мепробамат, триоксазин, мебикар, афобазол и прочие, — но, по нашим наблюдениям, они малоэффективны при тревоге у лиц, страдающих игровой зависимостью.

В результате обследования 420 лудоманов г. Одессы у 219 из них мы обнаружили симптомы тревоги, значительно превышающие средний уровень по шкале Спилбергера-Ханина. Депрессивная симптоматика выявлена с помощью шкалы Гамильтон у 143 человек. У 73 из них депрессивные и тревожные расстройства присутствовали одновременно (рис.).

Таким образом, включение нами пароксетина (Рексетина) в комплексную схему лечения лиц, страдавших патологической склонностью к азартным играм в сочетании с тревогой и депрессией, было обоснованным как с позиций патогенеза аддитивных заболеваний, так и с точки зрения клиники. Курс лечения предусматривал однократный ежедневный прием 20-30 мг (в 4,5% всех случаев суточную дозу повышали до 40 мг) Рексетина на протяжении 4-6 месяцев. Повторно по указанной методике обследовано 407 пациентов (13 человек выбыли или не явились). Получены обнадеживающие результаты, выразившиеся в первую очередь лучшей «доступностью» пациентов специальным, разработанным нами психокоррекционным мероприятиям (табл. 4).

Практически у всех пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой после курса лечения состояние улучшилось, количество лиц без нарушений после лечения увеличилось практически в 2 раза (с 13,8% до 26,4%).

Отметим попутно неоспоримое удобство применения Рексетина как ведущего анксиолитика в классе СИОЗС: лечение им удобно проводить курсами средней длительности (до 6 месяцев), не опасаясь развития рикошет-симптомов, он сочетается практически со всеми наиболее часто назначаемыми врачами соматического профиля препаратами для лечения сопутствующих заболеваний.

Литература

1. Минко А.И., Линский И.В., Шалашов В.В., Гапонов К.Д. Индивидуально-личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. // Украинский вестник психоневрологии. — Т. 10, вып. 2 (31), 2002. — С. 22-23.
2. Егоров А.Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии // Психическое здоровье. 2006. № 9. С. 33-37.
3. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца — М.: ИД медпрактика—М, 2002, 504 с.
4. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология (Монография). — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
5. Мельник Э.В. Активационная теория наркологических заболеваний // Вісник психічного здоров'я. — 2001. — № 1-2. — С. 23-27.
6. Битенський В.С. Клініко-патогенетичні аспекти алкохолізму й наркоманії. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — № 1(11), 2007. — С. 7-11.
7. Битенський В.С., Мельник Е.В., Панайотов О.І., Аймедов К.В. Кіндлінг у патогенезі наркологічних захворювань // Одеський медичний журнал. — 2003. — 6(80). — С. 45-48.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — С.-Петербург, 1994. — 300 с.
9. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация. — С.Пб: Лань, 2000. — 368 с.
10. Битенський В.С., Аймедов К.В., Пахмурный В.А. Клинико-психопатические аспекты трансформации аддитивного поведения в условиях «информационного взрыва» // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — № 1-2(9-10), 2006. — С. 161-168.
11. Юрьева Л.Н., Большот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика (Монография). — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 12-15 с.
12. Маркозова М.Л., Туманова В.В., Пайкова Л.Н. Клинико-катамнестическое исследование лиц молодого возраста с аддитивным поведением // Український медичний альманах. — 2004. — № 4. — С. 78-79.

Таблица 2. Некоторые варианты сочетаний коморбидности

1 ряд	Зависимость от азартных игр			
2 ряд	Циклотимия	Паническое расстройство	Паническое расстройство	Шизоидное расстройство личности
3 ряд	Агорафобия без панического расстройства	Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам	Агорафобия	Обсессивно-компульсивное расстройство
4 ряд	Кошмарные сновидения	Расстройство режима сна-бодрствования	Транзиторное тикозное расстройство	Ипохондрическое расстройство
5 ряд	Поведенческое расстройство в результате употребления табака	Поведенческое расстройство в результате употребления табака	Психическое и поведенческое расстройство в результате употребления алкоголя	Психическое и поведенческое расстройство в результате употребления стимуляторов

Таблица 3. Наиболее частые сочетания патологического гемблинга с другими расстройствами психики и поведения

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Паническое расстройство	0	+	+	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+
2 Социальная фобия	+	0	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-	-	-
3 Генерализованное тревожное расстройство	+	+	0	-	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-
4 Обсессивно-компульсивное расстройство	-	-	-	0	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-
5 Соматизированное расстройство	+	+	+	+	0	+	-	-	+	+	+	-	-	+
6 Ипохондрическое расстройство	+	+	+	+	+	0	-	-	-	+	+	-	-	+
7 Шизоидное расстройство личности	-	+	-	-	-	-	0	+	-	+	+	+	+	-
8 Диссоциальное расстройство личности	-	-	-	-	-	-	+	0	-	+	+	+	+	+
9 Зависимое расстройство личности	+	+	-	-	+	-	-	-	0	-	+	-	+	+
10 Органическое расстройство личности	+	-	+	+	+	+	+	+	-	0	+	+	+	+
11 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	-	+	+
12 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления стимуляторов	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	0	+	+
13 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	0	+
14 Циклотимия	+	-	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	0

Таблица 4. Влияние терапии Рексетином на состояние пациентов

	Без нарушений (%)	Депрессия (%)	Тревога (%)	Тревога + депрессия (%)
До лечения (n=420)	13,8	40,7	28,1	17,4
После курса Рексетина (n=407)	26,4	37,3	24,8	11,5
p	p<0,01	p>0,1	p<0,1	p<0,05



Рис. Характеристика обследованных пациентов