

На протяжении всего периода применения Миртастадина лишь у 4 пациентов отмечались побочные явления в виде утренней слабости и сонливости; однако данная симптоматика при продолжении лечения проходила достаточно быстро, без дополнительной медикаментозной коррекции. Каких-либо осложнений не наблюдалось. Случаев привыкания к препаратам выявлено не было. В течение 8 недель рецидивы отмечены лишь у 6 пациентов.

Обсуждение и опробация результатов

Основные направления действия препарата Миртастадин при терапии алкогольной зависимости — антидепрессивное, анксиолитическое и вегетостабилизирующее. Препарат способен достаточно быстро купировать патологическое влечение к алкоголю, аффективные расстройства в его структуре, неврастеническую симптоматику.

Миртастадин при правильном режиме дозирования не вызывает дневной сонливости, не влияет на работоспособность и концентрацию внимания. При его применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания, что говорит о безопасности препарата.

Полученные результаты имеют большое значение для лечения больных алкоголизмом и позволяют реко-

мендовать использование Миртастадина как достаточно эффективного и безопасного препарата в комплексных терапевтических программах.

Литература

1. Бокій І.В. // Аффективні розлади при алкоголізмі. - Л. - 1983. - С. 5-9.
2. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Дифференцированные методы психотерапии больных алкоголизмом: Методич. рекоменд. - Л. - 1990. - С. 3-16.
3. Иванец Н.Н. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. - М. - 1997. - С. 3-10.
4. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Применение препарата стреплант при лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 2001, № 5. - С. 19-26.
5. Лебедев Д.С., Сова В. А., Беляева О.О. и др. Опыт применения стимула в комплексной терапии постабстинентных состояний у пациентов с алкогольной и опиоидной зависимостью // Новости медицины и фармации, 2006, № 19 (201). - С. 23-24.
6. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності: Методичні рекомендації - Харків - 2003. - С. 3-20.
7. Сосин И.К. Алкогольная депрессия // Здоров'я України, 2005, № 3. - С. 9-11.
8. Loo H., Malka R., Defranct R. et al. // Neuropsychology. - 1988. - №19. - P.79-85.
9. Weismann M.M., Myers J.K. // Am. J. Psychiatry. - 1980. - V. 137 - P. 372-373.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ МІРТАСТАДИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

І. О. Бабюк, О. Є. Табачников, О. Є. Шульц, Ц. Б. Абдрыхімова, Л. А. Гашкова, І. Б. Римар, С. І. Найденко

Проведено амбулаторне лікування на протязі чотирьох тижнів 25 хворих на алкогольну залежність. В комплексному лікуванні використовувались препарат Міртастадин та психотерапія. Основна дія препарату Міртастадин при терапії алкогольної залежності – антидепресивна, анксиолітична та вегетостабілізуюча. Препарат також був спроможний блокувати патологічний потяг до алкоголю. Він добре переноситься хворими. Виявлені результати можуть бути корисні в оптимізації лікування та подальшої розробці програм комплексної терапії хворих на алкогольну залежність.

Ключові слова: алкоголізм, алкогольна залежність, Міртастадин

TREATMENT OF PATIENTS ON ALCOHOL DEPENDENCE BY USED OF MIRTASTADIN

I. A. Babyuk, A. E. Tabachnikov, O. E. Shults, Ts. B. Abdryachimova, L. A. Gashkova, I. B. Rymar, S. I. Naidenko

Ambulance treatment of 25 patients has been running during 4 weeks. Mirtastadin and psychotherapy were used. Basic effects of Mirtastadin – antidepressive, anxiolytic and vegetative stabilization. Medicine able to block pathological alcohol drive. Whole three medicines well tolerated by patients. Discovered results might be useful for treatment improvement and further elaboration of complex therapeutic program for patients on alcohol dependence.

Keywords: alcoholism, alcohol dependence, Mirtastadin

УДК 616.8908-031.76

Е.Н. Харченко, Е.В. Харчук, Г.Е. Трофимчук, Т.В. Синицкая, Е.С. Осуховская СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИГРОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (обзор литературы)

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

Ключевые слова: психоактивные вещества, игровая и алкогольная зависимость, состояние проблемы

Проблема игровой зависимости, в чистом виде или чаще в сочетании с употреблением различных психоактивных веществ (ПАВ), преимущественно алкоголя, на современном этапе является одной из наиболее актуальных проблем как мировой, так и отечественной психиатрии. Имея в своей основе медико-социальную составляющую, сущность данной патологии весьма

многогранна. Как характер действия азартная игра — распространенное и легальное занятие в большинстве культур мира. Это может быть игра со ставкой на что-нибудь ценное (обычно деньги) или на то, что произойдет событие, результат которого непредсказуем и обуславливается случайностью (Ladouceur et al, 2002). Различные типы азартных игр, обычно доступные в

Великобритании, — это национальная лотерея, скретч-карты, азартные игры по Интернет, игры в казино, ставки во время спортивных соревнований, бинго, игральные автоматы и заключение пари в частном порядке. Результаты самого последнего британского исследования по изучению распространенности склонности к азартным играм указывают на то, что почти три четверти взрослого населения участвовали в азартных играх в течение предшествующего года и более половины играли в них в течение последней недели (Sproston *et al*, 2000). Для подавляющего большинства азартная игра — это рекреационное занятие без неблагоприятных последствий. Однако для значимого меньшинства она прогрессирует до патологической склонности к азартным играм, которая определяется в DSM-IV как “стойкое и рецидивирующее дезадаптивное поведение, которое нарушает выполнение личных, семейных или профессиональных обязанностей” (American Psychiatric Association, 1994)[3].

Согласно критериям МКБ-10 патологическое влечение к азартным играм включает в себя: А. Два или более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период. Б. Эти эпизоды не приносят выгоды индивидууму, но продолжают несмотря на вызываемый ими дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни.

В. Индивидуум испытывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли. Г. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами с ней связанными [4].

Включаются: — навязчивое влечение к азартным играм; — компульсивное участие в азартных играх [5]. В. А. Солдаткиным, А. О. Бухановским (2007) отстаивается гипотеза о том, что клинико-динамическая модель развития патологического гемблинга (ПГ) обнаруживает сущностное сходство с моделями, описанными для отдельных болезней зависимого поведения, что подтверждает правомерность включения ПГ в группу болезней зависимого поведения на правах отдельной самостоятельной формы [20]. При этом следует уделить внимание дефинициям. В частности, О. Горбунов определяет аддикцию как биосоциопсихическое расстройство, характеризующееся специфическими патофизиологическими изменениями нервной системы, тягой и повторным действием, к чему-либо контрпродуктивному, гедонистическим оттенком на ранних стадиях, а также изменением поведения и образа жизни человека [30]. Особое положение именно игровой зависимости определяется тем, что при данном расстройстве аддиктивный синдром может быть рассмотрен в наиболее явном - «рафинированном» - виде, не затуманенным сопутствующей токсико-органической и вторичной соматогенной симптоматикой, в отличие от химических аддикций, где данная оппортунистическая патология весьма вероятна [18].

Социально-экономическая предпосылка расширения гемблинга, корень которой проистекает в социаль-

ном неравенстве общества. Большинство проявлений девиантности есть закономерный, необходимый и неизбежный результат непомерного разрыва уровня и образа жизни сверх богатого меньшинства («включенных», «*included*») и нищего и полуничего большинства населения («исключенных», «*excluded*»). Этот разрыв, экономически отражаемый децильным коэффициентом и индексом Джини, сопровождается ростом убийств, самоубийств, алкоголизма и других девиаций [22]. Это означает, что именно «исключённые» составляют социальную базу девиаций [23]. Социальное неравенство в условиях экономической нестабильности в обществе с неустоявшимися капиталистическими отношениями порождает известное желание «быстрого обогащения», реализуемое с помощью разного рода мгновенных мероприятий как то: лотереи, «финансовые пирамиды», игорная деятельность и т.д. В условиях общественно-экономической неопределённости аддикция и привлекательна в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления [26]. Высокая криминогенность игровой зависимости также подтверждена некоторыми работами – большинство обследованных пациентов, страдающих ПГ, совершили те или иные противоправные деяния [27]. К тому же, помимо криминогенности также имеет место и виктимность данной категории лиц [28, 29].

Происхождение расстройств зависимого поведения, в частности патологического гемблинга, принято рассматривать с позиций биопсихосоциальной модели, где каждый из этиопатогенетических факторов, либо их сочетание, участвует в формировании болезни [33]. Основными теориями происхождения азартной зависимости являются: психоаналитическая (бессознательное желание проиграть, неразрешенные эдиповы конфликты), теории научения (денежная прибыль и возбуждение, действующие как положительные подкрепляющие стимулы), когнитивные теории (когнитивные искажения, например преувеличение собственных навыков игры в азартные игры, суеверные убеждения, предвзятые интерпретации) и нейромедиаторные теории (дисфункция серотонинергической, норадреналинергической и дофаминергической систем). Сегодня нет ни одной модели, которая полностью объясняла бы сложный и гетерогенный характер патологической склонности к азартным играм. В настоящее время предпочитают считать патологическую склонность к азартным играм полиэтиологическим расстройством, возникающим вследствие сложного взаимодействия психологических, поведенческих, когнитивных и биологических факторов. Что касается органической неполноценности ЦНС, то здесь следует привести, прежде всего, точку зрения А.О. Бухановского, который особое значение в формировании болезней зависимого поведения (включая патологическую зависимость от азартной игры) придает различным церебральным заболеваниям, мозговым травмам и другим повреждениям ЦНС, рассматривая их как факторы,

способствующие ослаблению тормозных процессов с развитием гипертормозимости и ригидности психических процессов.

Преобладающую роль органического поражения головного мозга в генезе игровой зависимости показало исследование, проведенное в 2003 г.; так было установлено, что 81 % испытуемых имел в анамнезе ЧМТ пре- и перинатального периода, более того – среди них преобладали лица с нелевополушарным расположением центра речи (52%) и неправорукие (43 %) [15].

Исследования P. Carlton et al. [25] продемонстрировали наличие высокой частоты встречаемости синдрома дефицита внимания и гиперактивности в детстве у патологических гемблеров.

Важной характеристикой игровой зависимости является то, что при ней не имеется какого-то конкретного биологически значимого стимула, к которому формируется «первичное влечение» (если, конечно, не относить к таковым стяжательство или не выделять в качестве инстинкта азарт). Эта особенность данного расстройства качественно отличает его от наркологических расстройств и нарушений инстинктов. Одновременно это сближает его с иными формами патологических влечений - клептоманией, дромоманией, пироманией, трихотилломанией и др. Однако, в отличие от указанных синдромов, которые обычно расцениваются как клиническая казуистика, игровая зависимость имеет четко выраженную связь с социально-психологическими факторами, а ее распространение имеет несомненный эпидемический характер. Более того, наблюдаемая в клинике сменяемость синдромов зависимости (чаще от игровой к химической) и их высокая коморбидность свидетельствуют об общности патогенетических путей. Все это позволяет высказать предположение о существовании универсальных механизмов формирования патологических зависимостей, которые находят свое клиническое проявление неспецифическим синдромом патологических пристрастий (аддиктивный синдром) [18]. При изучении предрасположенности у патологических гемблеров В.А. Солдаткиным (2008) установлено, что у абсолютного большинства обследованных больных (91,3%) наследственность оказалась отягощенной химической зависимостью, при этом у 66,7% зависимых страдали родственники первой степени родства. Так, у 78,0% наследственность была отягощена алкоголизмом (у 62,0% алкогольной зависимостью страдали родственники первой степени родства). У 13,3% выявлена наследственная отягощенность наркоманией (у 3,3% наркоманией страдали родственники первой степени родства) [19].

На основании исследования игрового поведения Eisen et al., 2001 пришли к следующим выводам: 1) наследственные факторы объясняют существенную часть разнообразия симптомов гемблинга; 2) существует единый континуум генетических дефектов, лежащий в основе разных вариантов гемблинга; 3) коморбидность гемблинга с расстройствами поведения, антисоциальным расстройством личности, алко-

гольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, влияющими на возникновение как гемблинга, так и перечисленных психических расстройств [33, 34].

Окончательное оформление аддиктивного поведения происходит при встрече биологически предрасполагающей «почвы» в виде наследственности, тех или иных личностных аномалий, с ситуацией, связанной с напряжением [24]. Ц.П. Короленко и Е.Н. Загоруйко (2002) считают, что любая аддикция начинается с фиксации или «прилипания» к тому или иному аддиктивному агенту, встреча с которым привела к сверхсильному изменению эмоционального состояния. Человек, испытавший его, фиксирует контраст между субъективным состоянием, предшествующим встрече, и развившимся в результате нее. Момент фиксации в ассоциативной коре этого переживания сопровождается чувством вдохновения, радости и ощущением возможности контролировать, независимо от многих внешних обстоятельств, свое состояние, что в дальнейшем приводит к повторению аддиктивного опыта.

По мнению А. О. Бухановского, существует две основные формы возникновения БЗП (болезней зависимого поведения) – оперантное научение и реактивный импринтинг (реакция запечатления). Порой встречается их сочетание. Оперантное научение происходит постепенно по типу повторных подкреплений, “заучивания”, развития. Патогенная ситуация воздействует через систему слабых, но регулярных, постоянных или частых воздействий по типу киндлинга (англ. kindling - зажигание, возгорание - стойкое изменение функционального состояния (возбудимости) отдельных зон головного мозга, возникающее в результате их постоянной подпороговой стимуляции). Вследствие кумулятивных пластических процессов эти воздействия постепенно формируют устойчивое нарушение в предрасположенной к тому высшей нервной деятельности. Так возникает и развивается большая часть случаев ПГ, ухода в виртуальную реальность и некоторых иных. Реактивный импринтинг вызывается внезапным чрезмерным по интенсивности стрессовым воздействием. Он возникает остро в виде реакции запечатления необычного переживания, подкрепляемого интенсивной психоэмоциональной реакцией. Особенно облегченно это происходит у индивидов с высокой степенью предрасположенности и со слабым типом нервной системы [24].

Ц.П.Короленко, Е.Н. Загоруйко (2006 г.) отметили, что психологические механизмы при формировании аддиктивного поведения начинаются с фиксации или “привязанности” (attachment) к тому или иному аддиктивному агенту. Фиксация возникает тогда, когда встреча с аддиктивным агентом приводит к резкому изменению эмоционального состояния. Человек, испытавший это изменение, фиксирует контраст между своим состоянием, предшествующим встрече и развившимся в результате ее. Переживание этого контраста остается в сознании и частично вытесняется в

бессознательное, оставаясь в последнем как глубокая, постоянная память (т.е. по сути речь также идет об импринтинге). Фиксация сопровождается чувством радости, вдохновения, что связано с открытием для себя возможности контролировать свое психологическое состояние независимо от многих внешних обстоятельств. При резком контрасте с исходным состоянием фиксация может быть очень сильной и привести сразу же к повторению аддиктивной реализации. В менее выраженных вариантах процесс фиксации может затягиваться. В ряде случаев окончательная фиксация происходит при повторной встрече с аддиктивным агентом, которая наступает лишь через несколько лет, когда воспоминания о первой встрече в условиях нового опыта оживают с удвоенной силой. В рамках описания комплексных концепций нельзя не остановиться на важнейшем вопросе – коморбидности ПГ с другими расстройствами. Ряд авторов высокую частоту коморбидных расстройств трактуют как доказательство “вторичности” происхождения ПГ, воспринимая это расстройство по сути как симптоматическое [24].

В. А. Солдаткин выделяет несколько групп концепций происхождения зависимого поведения (на модели патологического гемблинга): психологические и психоаналитические, биологические, социальные и комплексные [25].

Существует эмоциональное состояние, объединяющее различные (фармакологические и нефармакологические) аддикции. В основе его находится свойственное человеку стремление к психологическому комфорту. В нормальных условиях психологический комфорт достигается различными путями: преодолением препятствий, удовлетворением любопытства, реализацией исследовательского интереса, проявлением симпатии к другим людям, оказанием им помощи, следованием религиозному опыту и переживаниям, занятиям спортом, психологическими упражнениями, уходом в мир воображения и фантазий и др. В случаях формирования аддикций этот множественный выбор резко сужается: происходит фиксация на каком-нибудь одном способе достижения комфорта, все другие исключаются или отодвигаются на второй план и используются все реже. Этот процесс авторы назвали конвергенцией эмоционального комфорта, отметив резкое ограничение используемых способов его достижения. Появлению критического отношения обычно мешает аддиктивная рационализация, в процессе которой аддикт пытается найти логически приемлемое для самого себя, а в случае необходимости и для окружающих, объяснение своего поведения. Аддиктивная рационализация становится особенно необходимой в тех случаях, когда появляется чувство внутреннего принуждения действовать в аддиктивном русле. В промежутках между аддиктивной деятельностью развивается выраженный дискомфорт, что провоцирует следующие реализации патологического влечения. В этом процессе аддикт проигрывает, что приводит к чувству неудовлетворенности собой, а в последующем – к сниженной

самооценке, стыду, комплексу неполноценности, потере самоконтроля.

Когда речь идет о психоактивных веществах (Ц.П.Короленко, 1991, 1993; В.Д.Менделевич, 1999; А.В.Худяков, 2003), среди вариантов первичных мотивов обращения к ним принято выделять 5 наиболее значимых: гедонистический (включающий в себя любопытство), субмиссивный (закрывающийся в конформном следовании традициям микросоциального окружения), коммуникативный (для облегчения общения), детензивный или атарактический (устранение неприятных эмоций) и протестно-демонстративный (сопротивление требованиям окружающих, например, “назло родителям”). Менее исследованы мотивы обращения к игре. Наиболее часто отмечается желание получить удовольствие (92,3%), ощущение азартного волнения (92,3%), желание сделать деньги (87,7%), т.е. гедонистический мотив и близкий к нему мотив с гиперактивацией поведения, а также на последующих этапах развертывания болезни детензивная (снятие напряжения) мотивация (В.Л.Малыгин, Б.Д.Цыганков, 2005; [8] J.Rotter, 2004).

N.Skokauskas, R.Satkevidute, V.Burba (2003 г.) выделили две основные формы патологического влечения к азартным играм: игроки “действия” (первый тип) и игроки, “бегущие от реальности” (второй тип). Представителям первой клинической формы свойственны относительно высокий интеллект, значимое социальное положение, нарциссизм, стремление доминировать, рисковать, манипулировать другими. Такие игроки отдают предпочтение азартным играм, требующим мастерства, навыка (покер, блэк-джек и др.). Чаще всего игроками данного типа являются представители мужского пола, начавшие карьеру игрока еще в подростковом возрасте. Они склонны представлять себя как коммуникабельных, энергичных, надежных личностей, хотя в психологических тестах у них часто выявляется низкая самооценка. Игра для этих людей является способом доказать свое превосходство над другими соперниками в игре, а иногда даже над всей игровой системой. Игроки второго типа становятся патологическими, “убегая” от проблем, неудач, болезненных потерь, проигрышей в реальной жизни. По этой причине авторы их называют “убегающими от реальности” игроками. У женщин чаще всего появляется именно эта форма патологической игры, и они “бегут” в мир азартных игр, желая забыть неудачи в личной жизни, болезненные разлуки. Игроки второго типа выбирают азартные игры, в которых не требуется большого мастерства, навыка и вместе с тем усилия для достижения выигрыша не велики (например, надо лишь дернуть ручку игрового автомата или нажать кнопку). Играя, такие люди не чувствуют ни эмоциональной, ни физической боли. Некоторые авторы такое состояние расценивают как близкое к гипнозу (T.Galski, 1987). Нет такого выигрыша, который бы удовлетворил, “насытил” их, поскольку основным вопросом является, не “когда и сколько я выиграю”, а “как долго

я смогу играть”, т.е. насколько долго смогу убежать от проблем.

Среди биологических концепций существенную роль играют *генетические* факторы. Особое патогенетическое воздействие на возникновение аддиктивных расстройств имеет наследственность. Наличие наследственной предрасположенности к возникновению химических зависимостей является известным наблюдением, неоднократно описанным ранее (О. Е. Рыбаков, 1910; Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, 2002 и др.). Учитывая единый патогенетический механизм как химических, так и нехимических, аддикций следует учитывать наследственные факторы также и у лиц с игровой зависимостью. Существует единый континуум генетических дефектов, который лежит в основе разных вариантов гемблинга; коморбидность гемблинга с расстройствами поведения, антисоциальным расстройством личности, алкогольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, которые влияют на возникновение как гемблинга, так и перечисленных психических расстройств [24]. Следующим значимым биологическим фактором является *нейрохимический*. По данным Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной (2002 г.) основой для развития зависимых состояний является воздействие ПАВ или иного аддиктивного агента на лимбическую систему головного мозга, являющуюся центральным звеном в биообмене катехоламинов, в первую очередь дофамина. Дефицит одного корректируется приёмом аддиктивного вещества, что даёт временный улучшающий эффект за счёт выброса из депо данного нейромедиатора. В исследованиях S.Pallanti и соавт. (2007 г.) доказано наличие серотонин- и адренергической дисфункции ЦНС у пациентов, страдающих ПГ [24]. Существенную роль катехоламиновых структур в формировании гемблинга подтверждают и данные M. Zack, K. Poulos (2004) о резком усилении тяги к игре после приёма психостимуляторов (амфетамина) у проблемных гемблеров [35].

Кроме того, следует учитывать морфофункциональные и патофизиологические аспекты. Установлено, что аддиктивное поведение нередко формируется у лиц с различными аномалиями характера. Наиболее вероятно его возникновение у лиц с неустойчивыми, epileptoидными, конформными чертами, а также с гипертимным и истероидным характерологическим радикалом [6].

По данным А. Бухановского и соавторов для гемблеров характерно преобладание экстраверсии (84 %), сочетание неустойчивости и гипертимности (46% и 32,7%), низкая склонность к эмпатии (37,3%), склонность к эмоциональному пресыщению (72%).

В. Д. Папырин (2005)[12] отмечает более быстрое формирование игровой зависимости у лиц с гипертимными чертами характера по сравнению с гипотимными лицами. У лиц с гемблинг-аддикцией достоверно чаще, чем в популяции встречается наследственная отягощённость алкогольной зависимостью (53,6 %), что может свидетельствовать об аддиктивной предрас-

положенности, закреплённой на органическом уровне [8].

Выявлено, что патологическими игроками наиболее часто использовались такие механизмы психологической защиты, как вытеснение, регрессия, отрицание и проекция [8].

Согласно Л. Н. Юрьевой существуют 3 наиболее значимых групп факторов, способствующих развитию аддиктивного поведения: 1. Воспитание в детстве (формирование ранней тревоги в связи с эмоциональным напряжением и тревожностью матери; психологические травмы в детстве – насилие, жестокое обращение, материнская и патеральная депривация); 2. Особенности личности (сниженная способность трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление говорить неправду; внешний локус контроля; стремление уходить от ответственности; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность); 3. Социальные факторы (дезинтеграция общества; дискриминация по половому, национальному, экономическому и др. признакам) [9].

Кроме того, В. Д. Менделевич и соавт. (2007) выделяют 3 подгруппы проблемных гемблеров: 1) с нарушением поведения; 2) эмоционально неустойчивых; 3) антисоциальных гемблеров, склонных к импульсивным поступкам, подчеркивая тем самым неоднородность группы аддиктов [33].

Начало расстройства, как правило, у мужчин совпадает с подростковым возрастом, а у женщин приходится на 2-ую половину жизни [9].

Для аддиктивных подростков свойственно наличие когнитивных искажений – т.н. «аффективная логика», которая включает в себя сверхожидание от других, эскапизм, «эмоциональные блоки», построение умозаключений, основанных на деталях, вырванных из контекста, философия типа «всё или ничего», перфекционизм, формирование выводов при отсутствии аргументов в их поддержку, преувеличение значимости негативных событий и преуменьшение позитивных, что ведёт к преобладанию «мрачных тонов» в мировосприятии [10]. Причем именно азарт как эмоциональное переживание оказывался эффективной альтернативой тревоге и депрессии [18].

Особенность протекания заболевания являлось то, что оно начинается по типу «оперантного научения». На клиническом этапе картина достигла своей структурной завершенности и приобретает сходство с “большим наркоманическим синдромом”. Со временем тяга к игре становится трудно контролируемой, при её отсутствии возникает стойкий и тягостный дискомфорт, который может снять только повторный игровой эксцесс. Таким образом формируется психическая зависимость от азартных игр, что делает

потребность в игре непреодолимой, а поведение принудительным [11].

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) описывают игровой цикл, состоящий из следующих фаз [17]. Фаза *воздержания* - обусловлена отсутствием денег, давлением окружающих или подавленностью после проигрыша. Фаза *“автоматических фантазий”* характеризуется проигрыванием в воображении состояния азарта в предвкушении выигрыша; эти фантазии или воспоминания возникают спонтанно или под влиянием косвенных стимулов. Фаза *нарастания эмоционального напряжения*, чаще дисфорического характера, которое сопровождается учащением фантазий об игре или повышением сексуального влечения, стремлением к интенсивным физическим и интеллектуальным нагрузкам, нецеленаправленной активностью. Фаза *принятия решения* - на 1-й стадии болезни проявляется в лихорадочном, схематичном планировании варианта выигрыша под влиянием нарастающих фантазий; на более поздних этапах решение отыгратья приходит сразу после проигрыша. Фаза *вытеснения принятого решения* заключается в появлении иллюзии контроля над своим поведением, в результате игрок идет навстречу угрозе срыва, не осознавая риска: получает большую сумму денег, выпивает, пытается сыграть ради развлечения. Фаза *реализации принятого решения* сопровождается сильным эмоциональным возбуждением, больного одолевают фантазии о предстоящей игре; он впадает в транс, в котором находится до тех пор, пока не останется без денег. После игры индивид пребывает в подавленном состоянии, критикует себя и обещает больше не играть. В результате наступает эмоциональная разрядка, он прощает себя за данный игровой эпизод [1]. Злокачественное развитие патологического гемблинга чаще отмечается при использовании игровых автоматов, чем при традиционных формах игры (рулетка, карты, бинго и др.) [21], [36].

В. А. Солдаткин (2008) отмечает следующие виды компульсивного влечения к игре: 1. Внеэпизодная компульсия, предшествовавшая эпизоду аномального поведения. 2. Внутриэпизодная компульсия возникает с начала реализации патологической потребности и проявляется в неодолимом стремлении продолжать или повторять действия в начавшемся эпизоде со всевозрастающей степенью отклоняющегося поведения, что напоминает симптом «потеря количественного контроля» в наркологии [19].

Актуализация влечения происходит у пациентов по следующим поводам:

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

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

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

В. А. Солдаткиным [19] также выявлен 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 т.н. «большим наркоманическим синдромом», описанном Пятницкой И.Н. (1994) [19].

В исследованиях у патологических азартных игроков последовательно отмечалась очень высокая частота сопутствующих расстройств осей I и II. У лиц с проблемной или с патологической склонностью к азартным играм значительно чаще, чем в остальном населении, отмечаются серьезные психические расстройства: тяжелая (большая) депрессия, антисоциальное расстройство личности, фобии и злоупотребление алкоголем. Депрессия - это наиболее распространенное психическое расстройство, которое сопутствует патологической склонности к азартным играм. Было выдвинуто две теории для объяснения связи между склонностью к азартным играм и депрессией: в соответствии с первой - к депрессии приводят связанные с азартной игрой потери и другие неблагоприятные последствия, в соответствии со второй - азартные игры облегчают депрессивное состояние, т. е. действуют как “антидепрессант”. Суицидальные мысли, суицидальные попытки и случаи завершеного самоубийства в большей степени распространены среди патологических азартных игроков, чем в остальном населении. Частота суицидальных мыслей среди патологических азартных игроков колеблется в пределах от 20 до 80%, а суицидальных попыток - от 4 до 40% [3]. Выраженная склонность к азартным играм, крупные долги, сопутствующие психические расстройства и употребление психоактивных веществ ассоциируются с повышенным риском совершения самоубийства. Black и Moyet (1998) в исследовании по изучению 30 патологических азартных игроков установили, что 64% в течение жизни устанавливали диагноз “злоупотребление психоактивными веществами”. В ретроспективном анализе карт 113 патологических азартных игроков Kausch (2003) отметил, что у 66,4% на протяжении жизни диагностировалось злоупотребление психоактивными веществами или синдром зависимости. Среди других расстройств, которые обычно сопутствуют патологической склонности к азартным играм чаще встречались - расстройства контроля над побуждениями, тревожные расстройства и гиперактивное расстройство с дефицитом внимания. Обстоятельный обзор исследований по изучению сопутствующих психических расстройств у патологических азартных игроков составлен Crockford и El-Guebaly (1998) [32].

Среди всех психоактивных веществ наиболее распространенным является алкоголь. Следовательно, изучение взаимосвязи игровой и алкогольной зависимостей представляется проблемой с достаточной степенью актуальности. Zuckerman M., Kuhlman D.M.

(2000) [31] 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. (1999) [32] обнаружили общие генетические особенности (полиморфизм DRD4 гена) при патологическом гемблинге и химической зависимости, продемонстрировав биологическое сродство различных болезней зависимого поведения [19].

Согласно данным исследования, проведенного в РФ [14], сопутствующие психические расстройства были выявлены у 94,3% испытуемых лиц с зависимостью от азартных игр. У 58,6% пациента выявлялись расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Второе место по частоте занимали депрессивные состояния, которые отмечались у 55,7% больных. Затем шли специфические расстройства личности (51,4%), а также невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (40%). Кроме этого, обнаружена высокая частота резидуально-органических и диссоциативных нарушений. Выдвигается предположение о вторичном характере ПГ, которое развивается на тимопатическом фоне в виде двух основных вариантов: одного, связанного со стрессовыми расстройствами, и другого, сопряженно с наркологическими расстройствами [14].

В свою очередь, у зависимых от ПАВ гемблинг как коморбидная патология — тоже не редкость. У хронических алкоголиков гемблинг как коморбидная патология встречается достаточно часто. Как показали исследования Sellman et al. (2002), у 80% амбулаторных пациентов-алкоголиков в течение предыдущих 6 месяцев перед обследованием отмечались эпизоды гемблинга, а у 30% — в течение предшествующей недели. Пятая часть пациентов-алкоголиков отвечала критериям проблемного гемблинга [33].

Исследования проведенные среди учащейся молодежи г. Томска также показали наличие связи азартной игры со склонностью к употреблению алкоголя [7].

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 отмечали, что алкоголь резко усиливал влечение к игре, снижая возможность количественного контроля [19].

У не страдающих химической зависимостью (и не злоупотребляющих алкоголем) пациентов выявлена высокая частота заметных особенностей реагирования на прием алкоголя [19].

В исследованиях В. А. Солдаткина подтверждается коморбидность химических и нехимических аддикций с помощью опросника СМИЛ, более того — существует прямо пропорциональная зависимость между показателем по шкале «алкоголизация» и выраженностью патологического влечения к алкоголю [27].

Исходя из концепции БЗП — болезней зависимого

поведения, А. О. Бухановский наряду с ПГ как самостоятельным расстройством выделяет сочетанные варианты с иными аддикциями, в том числе химическими, а также переход к ПГ из другого варианта зависимого состояния, а также исход ПГ в другую зависимость [28]. Это говорит в пользу того, что игровую зависимость стоит рассматривать не как отдельную нозологическую форму, а как состояние, которое «по умолчанию» коморбидно с иными формами аддикций либо на данный момент, либо в перспективе.

В. А. Солдаткин определяет следующие закономерности взаимовлияния игровой и алкогольной зависимостей [19]: 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.

Терапия. Общепринятым методом лечения игровой зависимости является комбинированная терапия, включающая в себя индивидуальную и групповую психотерапию, а также участие в программе взаимопомощи Анонимных Игроков. Тем не менее, эффективность этого метода составляет не более 55% [33].

Концептуализация патологической склонности к азартным играм либо как расстройства контроля над побуждениями, либо как расстройства обсессивно-компульсивного спектра предусматривает, что в ее этиологии участвует серотонинергическая система. Получены также убедительные нейробиологические данные, подтверждающие дисфункцию системы серотонина (5-НТ) при патологической склонности к азартным играм. Поэтому было проведено испытание эффективности флувоксамина, циталопрама, пароксетина, и флуоксетина в лечении патологической склонности к азартным играм, при этом удалось достичь некоторого успеха. В то же время сертралин не дал результатов, сколь либо отличных от плацебо.

Налтрексон, антагонист μ -опиоидных рецепторов, эффективен в лечении некоторых проявлений импульсивного поведения расстройства побуждений, таких как клептомания, самоповреждения и пограничное расстройство личности. Он также заметно уменьшает сильное влечение и болезненное пристрастие у лиц с алкогольной и героиновой зависимостью. Существуют данные об эффективности налтрексона у лиц с игровой зависимостью.

Некоторые исследователи концептуализировали

патологическую склонность к азартным играм как расстройство, относящееся к спектру биполярных аффективных расстройств из-за такой общей характеристики, как импульсивность. Поскольку проявления импульсивного поведения эффективно устраняют с помощью стабилизаторов настроения, было высказано предположение, что они могут быть также эффективными в лечении патологической склонности к азартным играм. Доказана эффективность вальпроатов, препаратов лития, карбамазепина.

Среди других лекарственных препаратов, с некоторым успехом используемых в лечении патологической склонности к азартным играм, можно выделить оланзапин, бупропион, топирамат и др.

Техники поведенческой и когнитивной терапии. Теоретики поведенческой терапии рассматривают склонность к азартным играм как усвоенное дезадаптивное поведение, от которого можно отучить с помощью техник поведенческой терапии, разработанных на основе классической и оперантной теорий научения. Было установлено, что ряд техник поведенческой терапии эффективны в лечении патологической склонности к азартным играм, однако в настоящее время эти методы чаще используются в сочетании с когнитивной терапией как пакет когнитивно-поведенческой терапии.

Когнитивные ошибки, например вера азартных игроков в случайность и в шанс, а также ложное представление о том, что они могут контролировать и прогнозировать результат, играют ключевую роль в развитии и поддержании склонности к азартным играм. Когнитивная терапия нацелена на корректирование этих когнитивных ошибок, которое снижает мотивацию к азартной игре.

Как упоминалось, в клинической практике когнитивная терапия проводится как часть пакета когнитивно-поведенческой терапии.

Таким образом, полученные данные литературного обзора характеризуют проблему игровой и алкогольной зависимости как одну из наиболее значимых в медико-социальном плане на современном этапе. С учетом многогранности темы недостаточность единств в теоретическом и практическом понимании вопросов связанных с этипатогенезом, личностными особенностями больных клиническими проявлениями продолжить активную разработку данной проблемы.

Литература

1. Г. В. Старшенбаум. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М., 2006 – 367 с.
2. В. Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков. Особенности психических нарушений у лиц с патологической зависимостью от игры // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2006 - №5 – С. 16 -19
3. Sanju George & Vijaya Murali. Патологическая склонность к азартным играм: Оценка и лечение // *Advances in Psychiatric Treatment*. - 2006; 12: 221–227
4. МКБ-10. Исследовательские и диагностические критерии.
5. Классификация психических расстройств МКБ-10. Клинические описания и диагностические указания.
6. А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин, И.В. Баранова. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу // Журнал неврологии и

психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. - № 10. – С. 20-25.

7. Исследование азартного игрового поведения среди студентов. Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии Сибирского государственного медицинского университета// Сборник статей по материалам 66-й Международной студенческой научной конференции им. Н.И. Пирогова. – Томск. – 2007.
8. В. Л. Малыгин, б.д. Цыганков, хвостиков г.с., малыгин я.в. Патологический гемблинг: особенности личностных свойств как факторы риска формирования зависимости от азартной игры// медицинская психология в россии. – 2009. - №1
9. Л. Н. Юрьева. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К. – 2002. – 224 с.
10. А. В. Гоголева. Аддиктивное поведение и его профилактика. // М. - 2003. - 111 с.
11. Н. А. Зорин. Игромания (гемблинг, или лудомания). Часть I// Психиатрия и психофармакотерапия. – Т.8 - №4 – 2006 -
12. Папырин В.Д. К вопросу зависимости от азартных игр. Современные достижения наркологии. Конференция, посвященная 20-летию Национального научного центра наркологии: Материалы. М 2005; 87-88.
13. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.
14. Кузнецова-Морева Е. А., Бобров А. Е. Сопутствующие психические нарушения при азартном расстройстве: клиничко-статистическое изучение больных, обратившихся за помощью // Наркология. – 2010 - №1. – С.
15. Regard M, Knoch D, Getling E, Landis T. Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathologic gamblers. *Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*, 2003;16 (1): 47–53
16. Зорин Н.А. Игромания (гемблинг, или лудомания). Часть II // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006; №5. - 64–67.
17. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. - СПб., Изд. дом «Нева». - 2003. - 128 с.
18. А.Е. Бобров, Е.А. Кузнецова-Морева. Игровая зависимость: старая или новая проблема психиатрии? // Московский НИИ психиатрии. – 2007 - <http://www.mniip.org/news/index.php?ID=41>
19. В. А. Солдаткин. Патологический гемблинг и алкоголизм – коморбидные расстройства. – 2008. - http://centerphoenix.ru/papers.php?cat_id=1
20. В. А. Солдаткин, А. О. Бухановский. Клиничко-динамическая модель развития патологического гемблинга – 2007. - http://centerphoenix.ru/papers.php?cat_id=1
21. Зайцев В.В. Патологическая склонность к азартным играм – новая проблема российской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - № 3. – С 52-58.
22. Гилинский Я. И. Игровая зависимость: альтернатива наркотической? // Онлайн исследования в России: тенденции и перспективы. М.: ИС РАН, 2007 С. 81-90.
23. Гилинский Я. «Исключенность» как глобальная проблема и социальная база преступности, наркотизма, терроризма и иных девиаций// Труды СПб юридического института Ген. прокуратуры РФ, 2004, ?6.
24. В.А.Солдаткин. Концепции происхождения зависимого поведения (на модели патологического гемблинга) //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. - №3 - <http://con-med.ru/>
25. Carltan P. L., Manowitz P., McBride H. et al. Attention deficit disorder and pathological gambling. *J Clin Psychiat* 1987; 48; 12; 487-488.
26. Соловьёва С. Л. Аддиктивное поведение как способ компенсации эмоционального дефицита // Медицинская психология в России. – 2009. - №1 - http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2009-1-1/index.php
27. В. А. Солдаткин, Д. Ч. Мавани, А. О. Бухановский, И. В. Баранова. Личностные характеристики больных патологическим гемблингом – 2008 – <http://centerphoenix.ru/print.php?id=351>
28. В. А. Солдаткин, А. О. Бухановский. Подход к классификации патологического гемблинга – 2008 - <http://centerphoenix.ru/print.php?id=350>
29. А. С. Андреев, А. О. Бухановский, Е. В. Дони. Патологический гемблинг как частный вариант болезни зависимого поведения – 2007

– <http://centerphoenix.ru/print.php?id=89>

30. О. Горбунов. О зависимости: маниах и измах, междисциплинарный подход. – 2007 – <http://myscaner.ru/text/add/tetos.pdf>

31. Zuckerman M; Kuhlman DM. Personality and risk-taking: common biosocial factors // *J. Pers.* –2000 - Vol. 68(6). –pp. 999-1029.

32. Comings D.E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N. et al. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling // *Clin Genet* - 2001 - 60: 2 –P. 107-116.

33. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

34. Eisen S. A., Slutske W. S., Lyons M. J., Lassman J., Xian H., Toomey R., Chantarujikapong S., Tsuang M. T. The genetics of pathological

gambling // *Semin. Clin. Neuropsychiatry. Jul. V. 6. ? 3. 2001.*

35. Zack M., Poulos K. Amphetamine Primes Motivation to Gamble and Gambling-Related Semantic Networks in Problem Gamblers // *Neuropsychopharmacology*, 2004. V. 29. 2002.

36. Breen R. B., Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers // *J. Gambl. Stud.* V. 18,? 1.2002.

37. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., et al (2002) *Understanding and Treating the Pathological Gambler*. Chichester: John Wiley & Sons.

38. Sproston, K., Erens, B. & Orford, J. (2000) *Gambling Behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey*. London: National Centre for Social Research.

Стан проблеми ігрової та алкогольної залежності на сучасному етапі (огляд літератури)

Є.М. Харченко, Є.В. Харчук, О.С. Осуховська, Г.Є. Трофімчук, Т.В. Синицька

Розглядаються різні медико-соціальні аспекти хімічної та нехімічної аддикцій (на моделі ігрової та алкогольної залежності), зокрема етіо-патогенез, особистісні прояви, клінічні особливості, методи терапії, профілактики та інш. Ставляться питання о поглибленні процесу дослідження проблеми.

Ключові слова: психоактивні речовини, ігрова та алкогольна залежність, стан проблеми

State of problem of playing and alcoholic dependence at the present stage (Literature review)

Є.М. Harchenko, E.V. Harchuk, O.S. Osuhovska, G.E. Trofimchuk, T.V. Synytska

Different medical-social aspects of chemical and unchemical addiction (on the model of playing and alcoholic dependence) are examined, in particular etiopathogenesis, personality displays, clinical features, methods of therapy, prophylaxis, and other. Questions on extending the problem research process are raised.

Keywords: psychoactive matters, play-ing and alcoholic dependence, state of problem

УДК: 616.89

И.А. Бабюк, Н.В.Побережная, А.Е. Табачников

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВОМ ЛИЦАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: злоупотребление пивом, подростки

В последние годы рост употребления пива лицами молодого возраста становится актуальной проблемой как в Украине, так и в других странах [1]. Так, по данным отдельных исследований, до 76% подростков в возрасте 14-16 лет имеют опыт употребления алкоголя, в основном низкой крепости [2, 4]. В документах Всемирной организации здравоохранения указывается, что Украина является абсолютным лидером среди 40 стран Европы по количеству подростков, которые регулярно употребляют алкоголь, особенно слабоалкогольные напитки. С 1993 года по 2003 год число подростков, впервые в жизни перенесших алкогольный психоз, увеличилось в 3.7 раза (возрастная группа 15-17 лет), число молодых людей – почти в 8 раз (возрастная группа 18-19 лет) [3]. Даже среди детей 12–13 лет 1% ежедневно употребляют алкоголь – чаще всего слабоалкогольные напитки и пиво [5,7]. Неудивительно, что наша страна занимает первое место по уровню детского алкоголизма в мире. От 700 до 900 тысяч лиц находятся на учёте как больные алкоголизмом, однако реальная цифра в 3–5 раз выше. Среди тех, кто обращается за помощью к наркологам, приблизительно 15-20% болеют пивным алкоголизмом [6]. Каждый

житель нашей страны на протяжении года выпивает больше 60 литров пива. За последние годы употребление пива возросло в 10 раз [9,10]. В соседней России анонимные опросы, регулярно проводящиеся в школах, свидетельствуют о том, что средний возраст начала употребления пива снизился до 10 лет. Пиво превращается в повседневный напиток. По данным ГУВД по г. Москве, только за первую половину 2009 года сотрудниками органов внутренних дел было задержано более 13 тысяч несовершеннолетних, употребляющих пиво [11].

Из-за чего же сложилась такая ситуация? Среди основных причин взрывного роста потребления пива среди подростков можно выделить его высокую доступность, в отличие от крепких алкогольных напитков и вина, влияние рекламы, отсутствие выраженных нарушений поведения и работоспособности при употреблении пива, убежденность значительной части населения в безопасности и даже полезности этого напитка, лояльное отношение к нему в обществе [12].

Характерным для ранней алкоголизации подростков является групповое употребление алкоголя. Побудительными (начальными) мотивами в этом слу-