

«ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ»

(лудомания, игромания, патологический
гемблинг)

АКТУАЛЬНОСТЬ:

- I. Открытие игровых заведений в стране за последнее десятилетие, включение России в сферу интересов международного игорного бизнеса.
- II. Развитие гедонистического стремления получить максимальное финансовое благополучие любым доступным путём «здесь и сейчас» среди населения, особенно молодежи.
- III. Поиск средств для игры, несут в себе угрозу не только для сомато-психического, но и для социального здоровья
- IV. По темпам роста распространенности игромания может выйти на одно из ведущих мест, наряду с наркоманией и алкоголизмом

АКТУАЛЬНОСТЬ

- обусловлена тремя основными причинами.
- 1) Возникновением у патологических игроков социальных и финансовых проблем: у 80% нарушены межличностные отношения в браке; 35% разведены; 23% игроков имеют финансовые проблемы (Ciarrocchi, J.W. 2002).
- 2) Распространенностью противоправных действий - до 60% среди зависимых от азартных игр совершают правонарушения (Lesieur HR, Anderson C, 1995).
- 3) Высоким суицидальным риском - у 32-70% отмечаются суицидальные мысли, от 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства (Frank ML, Lester D, Wexler A, 1991).

Распространенность

- распространена во всех странах, где существует легализованный игорный бизнес. По данным исследований, проведенных с 1999 по 2002 гг., распространенность игромании в США, Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии и Австралии составляет 1-1,5%, в Гонконге – 1,9%.
- I. Рост показателей распространенности лудомании в России: среди городского населения составляла от 1,27 до 3,12%, число проблемных игроков составило 10,53%, за первые три месяца 2005г. в лотереи и игровые автоматы играли 8% населения (COMCON)

Эпидемиология

- Распространенность зависимых от азартных игр среди всего населения показывает соотношение мужчин и женщин 2:1 или 3:1.
- -плохая выявляемостью данного расстройства среди женской части популяции.
 - обычно женщины обращаются за помощью по поводу эмоциональных расстройств и проблем в межличностных отношениях
 - специалисты редко расспрашивают об их привычках играть на деньги

Эпидемиология

- женщины позже начинают играть, становление аддикции у них возникает быстрее.
- среди лиц до 21г. встречается в 2-4 раза чаще, чем среди взрослых. Более 3.5% подростков могут быть отнесены к проблемным игрокам, причем гендерных различий по распространенности в подростковой популяции обнаружено не было.
- подростки играют практически в те же игры, что и взрослые, но предпочитают игровые автоматы
- злокачественное развитие ПГ при использовании игровых автоматов отмечается чаще, чем при традиционных формах игры (рулетка, карты, бинго и т.д.)

Диагностические критерии

- В МКБ-10 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте», в рубрике F 60-F 69 «Расстройства привычек и влечений» (F63)
- Патологическое влечение к азартным играм – F 63.0
- «постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и разрушение личной жизни »

Диагностические критерии

- Согласно МКБ-10, диагностическими критериями игромании являются:
- 1. всепоглощающее увлечение азартными играми (неуемное стремление отыграться за проигрыш, добиться реванша, вступить в новую игру или обдумывание способов добывания денег для участия в ней, потребность увеличивать размер ставки, чтобы достичь желаемого возбуждения);
- 2. повторные безуспешные попытки контролировать, ограничить свое участие в игре или отказаться от нее;
- 3. игра, как способ отвлечения от проблем или плохого настроения (при ощущении собственной беспомощности, вины, при тревоге и депрессии);
- 4. обман членов семьи, друзей и др. для сокрытия степени увлечения азартными играми;
- 5. риск потери или действительная потеря значимых социальных взаимоотношений вследствие увлечения азартной игрой.

Классификация

- Согласно зарубежным авторам: Е. Moran выделил пять типов : **субкультуральный** (социальная среда); **невротический** (игра-способ избежать эмоциональный дискомфорт, подростки); **импульсивный**; **психопатический**; **симптоматическая** (игра в рамках основного психического заболевания);

Классификация

- Custer R.L выделил 6 типов игроков:
- Профессиональные
- **Антисоциальные**
- Случайные
- **Серьёзные социальные**
- Симптоматические
- Компульсивные

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ

- по Custer R.L. Стадии развития болезни
- *подготовительный период*
- *стадия выигрыша*
- *стадия проигрышей*
- *стадия отчаяния*
- *стадия безнадёжности*
- Стадии периода выздоровления: *критическая, восстановления, роста*

Типология

- Согласно медицинской модели:
- Доклиническая стадия
- Первая стадия клинической зависимости
- Вторая стадия клинической зависимости
- Стадия структурных изменений личности

Классификация

- Психотический уровень (наиболее часто сочетается с: алкоголизмом (F10), расстройством личности и поведения, обусловленными болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F7), расстройствами личности (F 60), шизофренией (F 20).
- Психогенный уровень (перенесенные психогении, перерастающие в стрессовые расстройства (в том числе индивидуальные стрессовые ситуации), расстройства адаптации (мигранты), ПТСР (участники боевых действий, терактов, сотрудники спецподразделений, представители опасных профессий)

Биологические маркеры:

- - наследственная отягощенность алкоголизмом
- - нарушение катехоламиновой и индоламиновой нейромедиации
- - снижение дифференциация между полушариями ГМ, выявленное при нейрофизиологическом исследовании
- - наличие изменения амплитуды волны Р300 у патологических игроков. Функциональные особенности мозга при игровой зависимости

Социальные факторы риска:

- Воспитание в неполной семье;
- Алкоголизм родителя/ родителей;
- Отсутствие эмоциональных привязанностей и сплоченности между членами семьи, конфликты;
- Преобладание гиперопеки в воспитании;
- Терпимое отношение и/ или поощрение асоциального поведения окружающими;
- Хаотичный уклад жизни семьи без соблюдения ритуалов и традиций.

Основные преморбидные черты:

- Синдром гиперактивности и/ или дефицита внимания в детском возрасте;
- Патохарактерологическое формирование личности (вследствие видоизменения СГВД);
- Девиации в поведении, юношеская делинквентность;
- Психопатическая структура личности со склонностью к агрессии, асоциальным поступкам, импульсивным действиям, риску.

Коморбидность

- Характер сочетанной психической патологии с игровой зависимостью оказывает существенное влияние на течения последней.
- Патологическое влечение к азартным играм наиболее часто сочетается с: алкоголизмом (F10), расстройством личности и поведения, обусловленными болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F7), расстройствами личности (F 60), шизофренией (F 20).
- Особенно усиливают симптомы игромании алкоголизм (F10), расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F7), расстройства личности (F 60).
- На фоне активно прогрессирующей игровой зависимости симптомы других заболеваний, безусловно, усиливаются, но все же остаются на втором плане.

- При шизофрении патологическое влечение к азартным играм, может оказаться провокатором приступа или началом непрерывно-прогредиентного течения.
- В случаях сочетания шизофрении и игромании, последняя является одним из проявлений волевых расстройств эндогенной природы
- При маниакально-депрессивном психозе (МДП) азартные игры провоцируют маниакальную фазу. Однако попытка больных избавиться от депрессии в депрессивную фазу с помощью игры лишь ухудшает настроение

- При постконтузионном синдроме (F 07.2) течение игромании чаще всего носит злокачественный характер. В периоды вынужденного отказа от игры наблюдаются дисфории или эйфория перемежается с эксплозивностью. Аффективно-суженное сознание, которое отмечается во время игры у большинства зависимых на последних этапах болезни, при данной патологии возникает практически в первых эпизодах игры.
- При расстройствах личности игровая зависимость, в ходе развития патологии, резко усиливает психопатологические симптомы.

- Алкоголизм наиболее часто сочетается с игровой зависимостью.
- Является замещающим влечением на период отказа от алкоголя.
- Периоды запоев перемежаются с периодами игры.
- Прием алкоголя всегда усиливает не только влечение к азартным играм, но и потерю контроля над ситуацией (в отличие от патологических игроков, не страдающих алкоголизмом).
- Аффективно-суженное сознание во время игры выявляется на ранних этапах болезни.

- В случае сочетания наркомании и патологического влечения к азартным играм, симптомы наркотической зависимости всегда являются ведущими.
- В настоящем исследовании не отмечены больные наркоманией
- В 16,7% случаев в анамнезе лиц с симптомами игромании, отмечены перенесенные психогении, перерастающие в стрессовые расстройства, расстройства адаптации (мигранты), ПТСР (участники боевых действий, терактов, сотрудники спецподразделений, представители опасных профессий)

Лечение и профилактика

- Положительный результат в случае применения комплексной программы лечения, включающей психофармакотерапию и психотерапию
 - Психофармакотерапия: нейролептики, серотонинэргические антидепрессанты.
 - Первичная профилактика:
 - учебная программа для психологов-консультантов, социальных психологов;
 - предотвращение распространения игромании среди детей и подростков, учебная программа для педагогов-психологов, работающих в учебных заведениях (школы, колледжи).
- Методическое пособие для врачей-психиатров.

■ Спасибо за внимание!

Маркеры для диагностики предрасположенности к злоупотреблению ПАВ (12)

- Наличие 2-х или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманией;
- Синдром гиперактивности и дефицита внимания (СДГВ);
- Эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям;
- Трудный пубертат с преобладанием психического инфантилизма;
- Чувство неудовлетворенности, поиск новизны;
- Низкая амплитуда или отсутствие волны Р3 (Р300) в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале;
- Низкая концентрация в биологических жидкостях ДА, чему, как правило сопутствует низкий уровень ДОФА и высокое содержание ДОФУК.

Руководство по наркологии под ред. член-корр.
Н.Н. Иванца

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

- Анализ зарубежных исследований, посвященных изучению патологического влечения к азартным играм
- Анализ результатов, полученных при обследовании 300 больных игровой зависимостью (КДО Центра).
Психодиагностический, нейрохимический и нейрофизиологический методы исследования

Цель изучения биологических механизмов игромании – доказать или опровергнуть идентичность механизмов развития зависимостей от психо-активных веществ (ПАВ) и азартных игр.

1. Патологическое влечение к азартным играм вызвано, прежде всего, нейрохимическим дисбалансом
2. Нарушение моноаминэргической медиации приводит к формированию и развитию аффективных расстройств, которые непосредственно связаны с ретикулярной формацией (РФ), работающей в процессе прохождения импульсов, как возбуждающий механизм.
3. В состоянии дисбаланса, РФ повышает кортикальную активность, усиливая любые возбуждающие сигналы, получаемые извне, перед тем, как передавать их в другие отделы головного мозга

- Состояние, вызванное дисбалансом ретикулярной формации выражается:
- - импульсивном поведении;
- -повышенной активности;
- - сложности в поддержании внимания;
- - отвлекаемости, склонности к скуке, фрустрации и раздражительности
- -плохой успеваемости в школе

В детском возрасте дисфункция РФ приводит к синдрому гиперактивности и дефициту внимания (СДГВ), согласно МКБ-10 – «Нарушению активности и внимания»

В подростковом возрасте СДГВ может проявляться эмоциональной нестабильностью
повышенной возбудимостью
театральностью
пассивно-агрессивным поведением
асоциальным поведением
злоупотреблением ПАВ

Д-р Рассель А. Баркли, Государственный Университет штата Нью-Йорк, 2005.

СДГВ у взрослых

- -гиперактивность сменяется внутренним беспокойством;
- - проявления импульсивности в детстве приводят к склонности к появлению зависимостей;
- -отмечаются нарушение деятельности, снижение способности решать проблемы и поддерживать мотивацию к работе;
- -склонность к неадекватной самооценке;
- -нарушение саморегуляции психической деятельности.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

СДВГ, расстройство в семье:

- 25-35% - родные братья и сестры;
- 78-92% - однояйцовые близнецы;
- 15-20% - матери;
- 25-30% - отцы.

Если у одного из родителей СДВГ, он есть у 20-54% потомков

Больные алкоголизмом достоверно чаще имеют в анамнезе СДГВ

Сыновья родителей, страдающих тяжелой формой алкоголизма, подвержены и алкоголизму, и СДГВ.

Нейрохимические показатели больных алкоголизмом с СДГВ указывают на дисбаланс РФ.

Cantwell D. P. Pihl R.O, Peterson J.V., Finn P Wood D., Wender R.H., Reimherr F.W.

- Алкоголизм и СДВГ имеют общие генетические импринтинги
- СДВГ предшествует развитию зависимости
- СДВГ увеличивает риск возникновения расстройств влечения;
- Дети с диагнозом СДВГ больше подвержены риску развития патологической зависимости

Результаты исследования

- У 83,3 % обследованных в анамнезе выявлены симптомы СДВГ в детском и подростковом возрасте
- У всех обследованных с диагнозом игромания (F 63.0) на момент обследования выявлены симптомы дефицита внимания (опросник П.Вендера и Ф.Райхерра)
- В 91,33% случаев наследственность отягощена хроническим алкоголизмом
- В 52% случаев отмечена полизависимость
- Незначительное число родственников с игровой зависимостью (5%)

Нейрофизиологическое исследование

- Химическим зависимостям соответствует определенный паттерн волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале (волна Р 300)
- Данный феномен в большей степени носит наследственный характер, в меньшей степени является реакцией на длительное злоупотребление ПАВ
- По данным зарубежных исследований, при игровой зависимости, также отмечается измененная волна Р300 (Mikal Aasved? 2003)

Нейрофизиологическое исследование

- Исследование, проведенное в Центре показало:
- У зависимых от азартных игр определяется смешанный профиль функциональной межполушарной асимметрии с преобладанием «левшества»
Это подтверждает факт высокой активации ретикулярной формации, которая повышает кортикальную активность
- Отмечено ослабление зональных различий, что характерно и для больных алкоголизмом, и для СДВГ
- Измененная волна Р300, в условиях вне игры, не отмечена. Можно предположить наличие функциональных особенностей ГМ при патологическом влечении к азартным играм.

Нейрохимическое исследование

Предварительный анализ результатов нейрохимического исследования показал:

- У зависимых от азартных игр, в 66% случаев, отмечается дисбаланс катехоламиновой системы.
- В 33% случаев - снижение уровня ДА
- В 33% случаев – повышение уровня ДА
- В 34% - отклонения от средней нормы не отмечено
- Подтверждением заинтересованности моноаминовой системы в формировании игровой зависимости может служить выраженный положительный эффект терапии с применением серотонинэргических антидепрессантов и нейрорептиков из группы производных бутирофенона.

Биологические маркеры зависимостей от ПАВ

- Наличие 2-х или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманией;
- Синдром гиперактивности и дефицита внимания (СДГВ);
- Эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям;
- Трудный пубертат с преобладанием психического инфантилизма;
- Чувство неудовлетворенности, поиск новизны;
- Низкая амплитуда или отсутствие волны Р3 (Р300) в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале;
- Низкая концентрация в биологических жидкостях ДА, чему, как правило сопутствует низкий уровень ДОФА и высокое содержание ДОФУК.

Руководство по наркологии под ред. член-корр.
Н.Н. Иванца

Результаты исследования

Биологические маркеры:

- - наследственная отягощенность алкоголизмом
- - нарушение катехоламиновой и индоламиновой нейромедиации
- - снижение дифференциация между полушариями ГМ, выявленное при нейрофизиологическом исследовании
- - отсутствие изменения амплитуды волны Р300 у патологических игроков, в отличие от больных алкоголизмом. Функциональные особенности мозга при игровой зависимости

Результаты исследования

Социальные факторы риска:

- Воспитание в неполной семье;
- Алкоголизм родителя/ родителей;
- Отсутствие эмоциональных привязанностей и сплоченности между членами семьи, конфликты;
- Преобладание гиперопеки в воспитании;
- Терпимое отношение и/ или поощрение асоциального поведения окружающими;
- Хаотичный уклад жизни семьи без соблюдения ритуалов и традиций.

Результаты исследования

Основные преморбидные черты:

- Синдром гиперактивности и/ или дефицита внимания в детском возрасте;
- Патохарактерологическое формирование личности (вследствие видоизменения СГВД);
- Девиации в поведении, юношеская делинквентность;
- Психопатическая структура личности со склонностью к агрессии, асоциальным поступкам, импульсивным действиям, риску.

Результаты исследования:

- Характер сочетанной психической патологии с игровой зависимостью оказывает существенное влияние на течения последней.
- Патологическое влечение к азартным играм наиболее часто сочетается с: алкоголизмом (F10), расстройством личности и поведения, обусловленным болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F7), расстройствами личности (F 60), шизофренией (F 20).
- Особенно усиливают симптомы игромании алкоголизм (F10), расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F7), расстройства личности (F 60).
- На фоне активно прогрессирующей игровой зависимости симптомы других заболеваний, безусловно, усиливаются, но все же остаются на втором плане.

Результаты исследования:

- При шизофрении патологическое влечение к азартным играм, может оказаться провокатором приступа или началом непрерывно-прогредиентного течения.
- В случаях сочетания шизофрении и игромании, последняя является одним из проявлений волевых расстройств эндогенной природы
- При маниакально-депрессивном психозе (МДП) азартные игры провоцируют маниакальную фазу. Однако попытка больных избавиться от депрессии в депрессивную фазу с помощью игры лишь ухудшает настроение

Результаты исследования:

- При постконтузионном синдроме (F 07.2) течение игромании чаще всего носит злокачественный характер. В периоды вынужденного отказа от игры наблюдаются дисфории или эйфория перемежается с эксплозивностью. Аффективно-суженное сознание, которое отмечается во время игры у большинства зависимых на последних этапах болезни, при данной патологии возникает практически в первых эпизодах игры.
- При расстройствах личности игровая зависимость, в ходе развития патологии, резко усиливает психопатологические симптомы.

Результаты исследования:

- Алкоголизм наиболее часто сочетается с игровой зависимостью.
- Является замещающим влечением на период отказа от алкоголя.
- Периоды запоев перемежаются с периодами игры.
- Прием алкоголя всегда усиливает не только влечение к азартным играм, но и потерю контроля над ситуацией (в отличие от патологических игроков, не страдающих алкоголизмом).
- Аффективно-суженное сознание во время игры выявляется на ранних этапах болезни.

Результаты исследования:

- В случае сочетания наркомании и патологического влечения к азартным играм, симптомы наркотической зависимости всегда являются ведущими.
- В настоящем исследовании не отмечены больные наркоманией
- В 16,7% случаев в анамнезе лиц с симптомами игромании, отмечены перенесенные психогении, перерастающие в стрессовые расстройства, расстройства адаптации (мигранты), ПТСР (участники боевых действий, терактов, сотрудники спецподразделений, представители опасных профессий)

Лечение и профилактика

- Положительный результат в случае применения комплексной программы лечения, включающей психофармакотерапию и психотерапию
 - Психофармакотерапия: нейролептики, серотонинэргические антидепрессанты.
 - Первичная профилактика:
 - учебная программа для психологов-консультантов, социальных психологов;
 - предотвращение распространения игромании среди детей и подростков, учебная программа для педагогов-психологов, работающих в учебных заведениях (школы, колледжи).
- Методическое пособие для врачей-психиатров.