

С. А. Игумнов, Н. А. Соболев, Ф. Л. Кутарев, В. А. Рост,
О. С. Петрухина, В. В. Северцев

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВОМ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СПЕКТРА

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России», Москва, Россия

В данной статье представлен клинический случай пациента с патологическим гемблингом и коморбидным ему обсессивно-компульсивным расстройством личности, акцентуированной по шизоидному типу. Дано описание трансформации клинической картины при переходе с офлайн гемблинга на онлайн гемблинг. Пациент был единственным в клинике, кто пребывал столь длительный период реабилитации с игровой зависимостью. Надо отметить, что в клинике Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ больные с нехимической зависимостью – редкость, не более 10 человек за год, в течение последних лет, на фоне в десятки раз превышающего их числа пациентов с химическими аддикциями. Несмотря на то, что на первом месте при терапии расстройств игровой зависимости находится психотерапия, а фармакотерапия рассматривается как имеющая лишь вспомогательный эффект, при сочетании с психотерапией стоит отметить частую встречаемость психической патологии, так и химических аддикций у пациентов с расстройствами игровой зависимости и необходимость ее фармакологического лечения. С учетом стигматизации психических расстройств и психофармакотерапии в целом, что демонстрирует данный случай, пациенты часто ограничиваются лишь одной психотерапией, чего, естественно, часто бывает недостаточно. Авторы считают, что использование современных интернет-технологий для азартных игр требует дополнительного изучения. Вполне возможно, что и выделение онлайн гемблинга в отдельную от офлайн гемблинга рубрификацию в проекте МКБ-11 является вполне оправданным. Отметим, что помимо использования интернета, как фактора, увеличивающего аддиктивный потенциал для той или иной азартной игры, обращает на себя внимание не только то, онлайн или офлайн в неё играют, но и структура самой игры. Так, азартные игры с наиболее простой структурой, где минимум зависит от человека, а максимум от стечения вероятностей, имеющие наиболее сильный визуальный эффект и быстроту одной партии: «фруктовые машины» – слоты, ставки на спорт и т. д., имеют, по всей видимости, больший аддиктивный потенциал, вне зависимости от их онлайн или офлайн формы, при сравнении с иными азартными играми, вроде карт, будь то онлайн или офлайн карточные турниры. Но использование интернета помогает «заострить» их структуру ещё больше. Становится совершенно ясным, что так же, как и физическое пространство несколько лет назад, так интернет пространство должно иметь ряд ограничений для сайтов, предоставляющих клиентам возможность азартных игр. Бесконтрольные азартные игры в интернете ведут к финансовому краху, разрушенным семьям, депрессиям и суицидам в жизни реальной, возможно даже чаще, чем азартные игры офлайн. Фактор религиозности может послужить достаточно сильным терапевтическим ресурсом для лечения игромании, выполнять психогигиеническую роль, помочь в преодолении суицидальных тенденций, которые часто встречаются у лиц с игровой зависимостью. Вместе с тем, при замалчивании или отказе от обсуждения данной тематики в рамках официальной конфессии, за дело немедленно будут браться разного рода религиозные организации с репутацией сомнительной.

Учитывая растущий интерес мирового научного сообщества к проблеме патологической увлеченности азартными играми, новизну проблематики появившихся за последние годы азартных онлайн игр, вопросы коморбидности иной психической и аддиктивной патологии, мы считаем важным уделить внимание подобного рода клиническому случаю, в рамках данной статьи. Отметим, что в планируемой к выходу Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), гемблинг онлайн предполагается включить отдельной категорией, отличной от традиционного гемблинга и интернет-гейминговой зависимости, что заставляет задуматься о необходимости углубленного изучения клиники, дифференциальной диагностики и терапии данного расстройства.

Ключевые слова: МКБ-11, ОКР, патологический гемблинг, коморбидные расстройства, социальная реабилитация, патопсихологическая диагностика.

C. A. Igumnov, N. A. Sobolev, F. L. Kutarev, V. A. Rost, O. S. Petrukhina, V. V. Severtsev

CLINICAL CASE OF GAMING ADDICTION, COMORBID WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE SPECTRUM DISORDER

Taking into account the growing interest of the world scientific community in the problem of pathological gambling addiction, the novelty of the problems of online gambling that have appeared in recent years, the issues of comorbidity and other mental and addictive pathology, we consider it important to pay attention to this kind of clinical case in this article. It should be noted that in the ICD-11 planned for release, online gambling is supposed to be included as a separate category, different from traditional gambling and Internet gaming addiction, which makes us think about the need for an in – depth study of the clinic, differential diagnosis and therapy of this disorder.

Key words: ICD-11, OCD, pathological gambling, comorbid disorders, social rehabilitation, pathopsychological diagnostics.

В ныне действующей МКБ-10 «Патологическое влечение к азартным играм» (шифр F63.0 МКБ-10) относится к расстройствам привычек и влечений и характеризуется повторяющимися эпизодами участия в азартных играх без выгоды для игрока в условиях нарастающего дистресса и ущерба функционированию в повседневной жизни. Индивидуум, в свою очередь, отмечает неконтролируемое влечение к азартным играм и мысленно озабочен процессом игры и всем, что с ней связано. То есть акцент сделан на непреодолимом желании играть, которое имеет компульсивный характер. Однако, за время изучения поведенческих и нейропсихических феноменов (участие системы подкрепления в формировании расстройства, коморбидность с зависимостью от ПАВ, наличие позитивного подкрепления на начальных этапах и негативного впоследствии), наблюдаемых при игровой зависимости, стала очевидна большая схожесть расстройства с зависимостью от ПАВ, нежели с расстройствами влечения [1]. В России и Беларуси, учитывая спецификацию медицинского образования, данный тип пациентов чаще попадает в поле зрения наркологов, психологов, работающих с аддиктивной патологией, нежели врачей – психиатров. Вместе с тем отягощенность психической патологией у таких больных встречается часто [2].

Стоит отметить, что развитие механических технологий, а затем электроники внесло в появившуюся уже в историческую эпоху Древнего мира проблему игровой зависи-

мости свои коррективы. Если Ф. М. Достоевский описывал в своем романе «Игрок» рулетку как игру с наибольшим аддиктивным потенциалом, хотя статистических данных современного научного анализа мы иметь, разумеется, не можем, то в дальнейшем на смену ей пришли механические «фруктовые» – слот машины. По сути дела это – усложненная рулетка, с более простым управлением и отсутствием крупье, где игрок сам является и оператором машины. Прозваны они были за свой рычаг, запускающий механизм и способностью опустошать карманы, «однорукими бандитами». В дальнейшем им на смену пришли электронные слот машины, где рычаг мог присутствовать как дань традиции, а в дальнейшем мог быть заменен красивой кнопкой с интересной подсветкой. Так, известно, что выручка от «фруктовых машин» слотов составляет до 70 % прибыли в казино Лас-Вегаса [3]. Ряд казино, в целях экономии, не имеет в своем штате даже крупье, как следствие, рулетки и карточных столов и профилируется только на слот машинах. Это явление присутствовало и в России в недавнем прошлом, так и таким городам, как ранее упомянутый Лас-Вегас.

Однако, и здесь технический прогресс не стоит на месте. Следующий шаг – ненужность и самого здания с машинами, в целях еще большей экономии, представляется логичным. Так, в настоящее время, по причине развития и повсеместного внедрения интернет-технологий все большую популярность получает онлайн форма гемблинга. По ряду данных

[5, 6, 7] патологический гемблинг онлайн имеет больший аддиктивный потенциал, чем более традиционный гемблинг офлайн. В одном из встретившихся нам исследований [8] выявлено, что частота встречаемости игровой зависимости среди людей, хотя бы раз игравших на деньги, в 10 раз больше среди игравших онлайн, чем среди тех, кто играл только офлайн. Среди причин более высокого аддиктивного потенциала онлайн формы гемблинга выделяют: доступность, из-за широкого распространения и необходимости пользоваться компьютером и мобильными устройствами, большую приватность и возможность держать в тайне факт участия в играх, скорость, с которой может делаться ставка, возможность быстро делать несколько ставок на разных сайтах и платформах одновременно, немедленность ответа, в сочетании с визуальной привлекательностью интерфейса сайта.

В настоящем представляет интерес вопрос коморбидности и дифференциальной диагностики нехимических зависимостей и психических расстройств. В частности, вызывает интерес коморбидность расстройств обсессивно-компульсивного спектра и нехимических зависимостей. В крупномасштабном метанализе H. Durdle [et al.] обнаружили, что в 18 исследованиях, изученных ими, существует тесная взаимосвязь между расстройствами обсессивно-компульсивного спектра и патологическим гэмблингом [9]. В то же время обнаруживаются особенности течения патологического гемблинга у пациентов с ранее диагностированным обсессивно-компульсивным расстройством личности, что может говорить о различии нейрофизиологических феноменов, лежащих в основе этих расстройств [7].

К обсуждению и анализу представлен клинический случай мужчины 32-х лет, обратившегося с жалобами на невозможность самостоятельно прекратить азартные игры. Для изучения случая были применены следующие методы: сбор анамнеза, клиническая беседа, патопсихологическое обследование, в патопсихологическом исследовании применялись

следующие методики: «10 слов» А. Р. Лурии для исследования слухо-речевого запоминания, методика «отыскивание чисел» (Таблицы Шульте) для исследования темпа сенсомоторных реакций, «исключение предметов», «исключение понятий», «сравнение понятий», «классификация», «пиктограммы», анализ пословиц и поговорок для исследования мыслительной деятельности. Также применялся для исследования личностных особенностей многофакторный тест-опросник MMPI.

Анамнез: Пациент мужчина, 32 лет. Обращается в клинику ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ за помощью впервые. Наследственностьотягощена со стороны отца. Отец оставил семью, когда пациенту было 9 лет. Отец длительное время злоупотреблял алкоголем, но на данный момент придерживается трезвого образа жизни. По характеру авторитарный, ответственный. Любил играть в карты в молодости. Был успешен в картах (со слов пациента, т. к. во время игры хорошо запоминал комбинации, специально мог тренировать зрительную память). Мать по профессии фармацевт, сейчас на пенсии. Мать по характеру импульсивная, эмоциональная, малообщительная. Есть старшая сестра, 35 лет. Проживают вместе с матерью и сестрой, отмечает, что с годами отношения стали портиться. Сестра работает в аптеке, имеет молодого человека, с которым планирует создание семьи.

У матери беременность протекала без осложнений. Роды проходили в срок, без осложнений. В раннем развитии не отставал от сверстников. Посещал ДДУ, общения со сверстниками не избегал, но близких отношений не устанавливал. Со слов матери – был «очень сообразительным», учился на «5» и «4», активно участвовал в общественной жизни школы. Занимался спортом: футболом, бегом, биатлоном, шахматами и иными играми шахматного типа, как шашки и китайская игра Го. В подростковом возрасте получил юношеский разряд по бегу. Придерживался трезвой установки на жизнь, игнорировал предложения «покурить и выпить» от одноклассников.

Отмечал, что в классе был «белой вороной» по этой причине. С детства был брезглив, отмечал периодически возникающую тревогу, мог перепроверять по нескольку раз: закрыли дверь, сделал ли работу, также часто мыл руки. Также с детства был чрезмерно аккуратен: всегда выставлял предметы на столе по одной линии, поддерживал идеальную чистоту, одежду в шкафу складывал по строгой системе. Окончил 11 классов, поступил в вуз, по специальности «эколог». Но бросил учебу на первом курсе, «потому что выбор специальности был сделан под давлением отца», сам же пациент хотел быть экономистом, так как нравилось работать с цифрами. В армии не служил, т. к. не прошел медицинскую комиссию, по соматическим причинам – дефицит веса (вероятнее всего из-за чрезмерной увлеченности бегом). По совету сестры пошел в школу крупье и трижды был исключен руководителями из разных престижных школ без объяснения причин. По словам пациента, «никаких тестов не проваливал, сам по себе просто им чем-то не нравился». Позже закончил обучение в менее престижной школе крупье, стал работать в казино в 19 лет (2006 г.). Примерно в это же время бросает спорт. Объяснял это следующим образом: «Осознал, что профессиональный бегун из меня не выйдет. Я ведь не чернокожий, а с ними очень трудно тягаться, только в марафонской дистанции, но и там сложно». Приблизительно в конце 2007 года стал участвовать в азартных играх уже в качестве игрока. Начинать с простых игровых автоматов, так называемых «фруктовых машин», затем перешел на рулетку. Покер и иные карточные игры интересовали меньше, пробовал их всего несколько раз, ставки на спорт тоже мало интересовали. Придумал свою сложную, малоэффективную в действительности схему игры на игровых автоматах и рулетке. Проверить ее математически не пытался, в большей степени «полагался на опыт». Иногда мог смотреть обучающие видео, по теориям азартных игр и способам игры в них. Игнорировал при этом видео с «нежелательным» содержа-

нием, где подробно рассказывалось о том, почему в рулетку и прочие азартные игры играть убыточно. Однако, даже в случаи с желаемыми по содержанию видео, редко следовал их рекомендациям, мог «поддаться эмоциям». Стал примерно через год от начала игры проигрывать более крупные суммы, однако, крупных долгов не имел. Во время работы в казино играл в других заведениях, скрывал от работодателей свои проблемы с азартными играми. Часто проигрывал, в надежде «отыграться», всю зарплату. Ухудшились отношения с матерью, близкими. На фоне частых проигрышей стал отмечать снижение настроения, эмоциональную опустошенность, отмечал суточные колебания, с ухудшением настроения в утренние часы. Появились мысли антивиталяного характера, временами возникали интенсивные суицидальные мысли, но совершить суицид не решался, по этическим и религиозным причинам. Стал тревожнее, участилось мытье рук, перестилание постели, проверка закрытости замков. В один из периодов усиления тоски и тревоги, около 2008–2009 годов, пациент познакомился с женщинами, осуществляющими миссионерскую деятельность. Они принадлежали к религиозной организации, которую можно квалифицировать как организацию неопротестантского толка. В данной организации не приветствовалось празднование дней рождений, определенные медицинские вмешательства, служба в рядах Вооруженных Сил. В то же время организация всегда придерживалась пацифистской направленности и отказывалась от насилия. Встреча с ними произвела сильное эмоциональное впечатление. Стал посещать их молитвенные собрания, «изучать Библию», полностью прекратил ругаться матом; улучшилось эмоциональное состояние, уменьшились навязчивости. Стал играть в азартные игры значительно меньше, не более одного – двух раз в месяц. Проиграв «критическую» сумму 5000 рублей, мог уже остановить себя. В рамках своей религиозной общины старался преуменьшать масштабы проигрышей. Члены общины были крайне недовольны

его увлеченностью азартными играми, но остановиться совсем пациент не мог, тем не менее, под их влиянием, играл лишь изредка – около раза – двух в месяц. После изменения законодательства в Российской Федерации, когда все азартные игры стали доступны на территории только в специально отведенных игровых зонах, прекратил азартные игры на длительный период. Привлекался членами своей религиозной общины к так называемой «миссионерской деятельности», разговаривая с прохожими на улице, в большей части случаев с кем-то в паре. Получалось это не слишком хорошо. Испытывал трудности в коммуникации. Большую часть времени «миссионерства» молчал, слушал, что говорил «миссионер»-партнер. Осуществлял попытки сблизиться с женщинами из своей общины, но к успеху это не приводило. Личную жизнь до настоящего момента наладить не смог. Работал на малоквалифицированных должностях: кладовщик, курьер и т.д. Около полугода до госпитализации (2019 год) стал отмечать ухудшение отношений с сестрой и матерью, конфликты с начальством на работе, тяжело переживал отсутствие личной жизни. Увлёкся просмотром сайтов порнографического содержания. Винил себя за это, т. к. считал, что «совершает грех». Отметил ухудшение эмоционального состояния, усиление тревожности, усиление навязчивостей. Предельно раздражался «нечистоплотностью» родственников, устраивал сестре скандал, если та не почистила раковину после чистки зубов или не вытерла пол в ванной комнате. Вновь вернулся к азартным играм тогда же. Случайно на одном из сайтов увидел рекламу виртуального казино. Начал делать уже ставки в виртуальном пространстве. Удачные ставки и выигрыши провоцировали стремление играть дальше. Несмотря на сильное стремление продолжать игру, пациент мысленно желал себе проигрыша, чтобы остановиться. Был убежден в греховности своих действий. Стал занимать крупные суммы денег у друзей, брать ссуды в банках, чего ранее не делал. К настоящему времени сумма денежного долга составляет около одного

миллиона рублей. Работал последнее время курьером, недавно уволился. Ситуацию дошла до той точки, когда скрывать свои долги в силу их величины более не смог от родственников. После чего решил обратиться к специалистам медицинского профиля за помощью.

Психический статус при поступлении

Одет опрятно, аккуратно. Ориентирован правильно. После приглашения врача пройти в кабинет отвечает: «Сейчас, доктор, в уборную отойду!» После чего уходит в туалет минут на 7, возвращается с вымытым лицом и руками. Сидит в закрытой позе, скрестив руки, во время разговора позу меняет на более открытую. Сообщает о том, что проиграл крупную сумму денег. Играл, сидя дома, на смартфоне, преимущественно в игровые слоты. На данный момент ощущает вину, раскаяние. Отмечает, что стал «брезгливее обычного» – часто моет руки. Жалуется на тревогу, сниженное настроение, связывает это с проигрышами по-крупному и конфликтами с сестрой и матерью. Жалуется на сестру, считая ее «нечистоплотной», говорит, «что она ведет себя невоспитанно». Дома поддерживает идеальную чистоту. За последнее время с ухудшением психического состояния отмечает, что по несколько раз может перестилать кровать, перепроверять, закрыл ли выходную дверь квартиры. Суицидальные мысли отрицает. Продуктивная психопатологическая симптоматика не выявляется. Мышление специфическое, иногда с парадоксальными выводами. Употребление алкоголя и других ПАВ категорически отрицает. Мочеиспускание учащенное, отмечает, что ранее неоднократно обследовался у урологов, безрезультатно.

Из исследования становится очевидным, что у пациента имеются специфические нарушения в мыслительной деятельности. Пациенту доступно обобщение предметов по основным (явным) признакам – так пациент правильно выбирал живой объект из неживых. Также пациент в некоторых ситуациях выбирал предметы по латентным (скрытым, не явным)

признакам (шкаф, тумбочка, стеллаж и кровать – пациент правильно выбрал кровать, объяснив при этом, что во все остальные предметы можно положить вещи, а на кровать нет). Пациент очень своеобразно оценивает живой мир (природу). Например, не знает или не помнит, что такое «почка» на дереве. Также пациент долго вспоминал, что такое зерно, что из этого вырастает, подумал, что дерево (сравнение понятий – «яйцо-зерно»). Пациент плохо разбирается в несложных бытовых вопросах, хотя при этом достаточно самостоятелен (может прожить один, внешний вид опрятный). У пациента обнаруживается конкретность суждений, так, например, он часто объединяет предметы по какой-либо ситуации, где они могли бы применяться вместе. Так, например, пациент правильно выделил «лишний предмет» – «журавль», объединив очки, молоток и стол по конкретно-ситуационному признаку – «надеть очки, взять молоток и сделать стол». «Машина, самолет, пароход, воздушный шар» – лишнее пароход, так как «машина ездит по земле, самолет и воздушный шар взлетают с Земли, а пароход никогда не будет на земле...». В методике «пиктограммы» выбранные для запоминания слов образы схематичны. Словосочетаний для запоминания было 12. Все, кроме словосочетания «голодный ребенок», впоследствии были воспроизведены верно, что говорит об отсутствии снижения образно-смысловой памяти. Слова и словосочетания – «вкусный ужин», «темная ночь», «голодный ребенок», «справедливость», «любовь», «разлука», «болезнь», «смерть», «тяжелая работа», «счастье», «развитие», «возмездие». Предъявляемая для интерпретации пословица «Лес рубят – щепки летят». Интерпретация пациента: «Лес – большой, много деревьев. Работают пилой, щепки мелкие – это важный момент. Как это в жизни применимо? – взаимосвязь есть. Лес большой – щепки маленькие. Лес – это общество, а щепки – это конкретный человек...». Следующая предъявляемая пословица – «Цыплят по осени считают». Интерпретация пациента: «Почему? Связано с дачей, с урожаем...

Сажая, потом все достают... У меня нет дачи...» Здесь можно заметить выраженную конкретность суждений и уже отмеченную ранее мозаичность знаний об окружающем мире, природе, взаимосвязи событий. Внимание исследовалось с помощью методики «отыскание чисел» (таблицы Шульте). Результат: 28, 29, 31, 29, 30 в секундах. По данным исследования можно сделать вывод о высоком темпе сенсомоторных реакций, устойчивости активного внимания, его достаточной концентрации.

Исследование личностных особенностей проводилось с помощью метода наблюдений, клинической беседы и многофакторной методики MMPI. Выявлен пик профиля по шкале «Паранойяльность» – 79 баллов. Черты личности: сочетание сензитивности и обидчивости с жалобами на недостатки окружающих, их враждебные действия, утверждение моральных устоев, склонность к идеаторной разработке ситуации. Ригидность аффекта обычно связана с эгоистическими побуждениями. Сопровождается интенсивной разработкой концепции, которая призвана объяснить его возникновение и в то же время сохранить приемлемое для индивида представление о собственной личности. Эта вторичная идеаторная разработка создает впечатление независимой позиции, верности своим критериям. Однако в действительности поступки определяются внешним воздействием, так как они являются ответом на действия окружающих, воспринимаемых аффективно, как ущемляющие личность. Рассуждения внутренне логичны. С ригидностью аффекта связано также длительное переживание собственных успехов, причем это переживание включает гордость своей ценностью, повышенное себялюбие и недовольство отсутствием признания со стороны окружающих. Возможно наличие сверхценных идей и концепций. Пациент имеет множество неразрешенных внутриличностных конфликтов, склонен к раздражительности, но постоянно подавляет в себе эти эмоции. У пациента прослеживаются ананкастные черты личности – перфекционизм, навязчивые

мысли, действия. Пациент очень восприимчив к внушению, склонен к зависимому поведению. Раздражителен, любит учить других людей, «как правильно жить», давать советы, есть потребность контролировать других людей. Прослеживается сужение круга социальных контактов.

Психический статус в динамике

За время пребывания в реабилитационном наркологическом отделении, первое время от назначения фармакотерапии отказывался категорически, желая ограничить лечение лишь психотерапией. Однако, в дальнейшем согласился на назначение антипсихотического препарата Кветиапина в малых дозах, т. к. боялся побочных эффектов. С его назначением, на фоне одновременной психокоррекционной работы – пациент стал спокойнее, наладил контакт с другими пациентами, стал старостой отделения. Мотивирует остальных больных к посещению лекций и психотерапевтических занятий. Отмечает уменьшение тяги к азартным играм. Общается с родственниками, другими пациентами, ходит на прогулки. Попыток «миссионерствовать» в отделении не принимал. Но охотно рассказывал о религии, если его об этом спрашивали, с оттенком морализаторства. В то же время конкретных планов на жизнь не имеет. Хотя и уменьшились, но сохраняются навязчивости в виде мытья рук, расставления предметов по одной линии. Часто, после общения с врачом бежит в туалет, при этом, никаких соматических причин для учащенного мочеиспускания не выявлено. После туалета до 2–3 раз моет руки. Каждый поход в туалет может занимать по 10–15 минут. Пациент пребыванием в отделении не тяготится в течение всех четырех месяцев, не смотря на исключительно долгий срок пребывания для пациентов с игровой зависимостью.

Результаты и обсуждение

В анамнезе обращает на себя внимание наследственная отягощенность. Исследования семей пробандов с игроманией, клептоманией, а также компульсивным шопингом

обнаружили, что среди родственников первой степени родства отмечалось значимо более высокий уровень потребления алкоголя и других ПАВ, а также депрессии и другие психические расстройства, чем у контрольной группы. Лудииомания (игромания) сочетается часто с психической патологией, в том числе с ОКР [11]. Личность пациента характеризуется чертами ананкастности, сензитивности, внушаемости паранойяльности, мышление – своеобразием, с чертами паралогичности, не доходящими до степени выраженной патологии. Обращает на себя внимание слабая социализированность. Нахождение пациента в религиозной организации нетрадиционного толка играло в большей степени отрицательную роль в его жизни, демотивируя получать высшее образование, потенциально запрещающая некоторые виды медицинской помощи, отгораживало от нормальной трудовой и социальной жизни гражданина Российской Федерации, замыкая его в рамках своего узкого, нетерпимого к критической оценке извне мирка. Однако, стоит быть объективным, отмечая и положительные черты его пребывания в рамках этой общины. Во всяком случае, какое-то время оно удерживало его от азартных игр, безусловно, сыграло свою роль и изменение в законодательстве, направленные на борьбу с азартными играми. Таким образом, пациент не имел длительное время и физического доступа к азартным играм. Сам же факт увлеченности пациента религией можно до некоторой степени считать «подушкой безопасности», в случае обострения суицидальных мыслей во время потенциального срыва. Которые хотя и присутствовали в прошлом, но пациент не имел планов по их реализации, считая греховными. Отметим, интересный с точки зрения клиники возраст, в котором находится больной. Так, изначально, принадлежа к поколению, которое застало зарю развития сетевых технологий и мобильных устройств, он начинал с офлайн гемблинга, а затем перешёл на онлайн гемблинг. Финансовые трудности пациента при этом многократно возросли.

При поступлении статус характеризовался преобладанием патологического влечения, в сочетании с навязчивостями и аффективными расстройствами в виде снижения настроения и тревоги. В динамике психического статуса отмечается практически полная редукция влечения к азартным играм, совместно с редукцией тревожно-депрессивной симптоматики и частичным уменьшением навязчивостей, несмотря на малые дозы психофармакотерапии. Пациент смог хотя и с трудностями налаживать социальные контакты, при проведении должной психотерапевтической и психореабилитационной работы в отделении. Возможно, что отделение служило ему терапевтической средой, в которой он комфортно пребывал, удовлетворяя свою потребность как в социализации, так и чувствовал защищенность от потенциального игрового срыва.

Данный клинический случай демонстрирует нам возможность сосуществования разнообразной психопатологической симптоматики, ставя вопрос об относительной и абсолютной коморбидности игровой зависимости с ОКР и других психическими расстройствами. Он наглядно демонстрирует нам особенности гемблинга онлайн, который, вполне возможно, в будущем проекте МКБ-11, правомочно выделяет в отдельную от обычного гемблинга категорию, в силу его куда как большего аддиктивного потенциала, так и иных причин [12].

Таким образом, для решения проблем, которые ставит перед обществом онлайн гемблинг, требуется длительная, совместная работа врачей: психиатров, психиатров – наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, физиологов и генетиков, с безусловным привлечением специалистов в сфере компьютерных и интернет-технологий, но также авторам видится, не лишним было бы и привлечение представителей духовенства, различных религиозных конфессий для совместной с ними работы.

Литература

1. Fauth-Bühler, M., Mann, K., & Potenza, M. N. (2016). Pathological gambling: A review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addiction Biology*, 22(4), 885–897. doi:10.1111/adb.12378
2. Håkansson, A., Mårdhed, E., & Zaar, M. (2017). Who Seeks Treatment When Medicine Opens the Door to Pathological Gambling Patients—Psychiatric Comorbidity and Heavy Predominance of Online Gambling. *Frontiers in Psychiatry*, 8. doi:10.3389/fpsy.2017.00255
3. Cooper, Marc. «Sit and spin. How slot machines give gamblers the business». *Atlantic Monthly* 296.5 (2005): 121 <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2005/12/sit-and-spin/304392/>
4. Petry, N. M. (2006). Internet gambling: An emerging concern in family practice medicine? *Family Practice*, 23(4), 421–426. doi:10.1093/fampra/cml005
5. McBride, J., & Derevensky, J. (2008). Internet Gambling Behavior in a Sample of Online Gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1), 149–167. doi:10.1007/s11469-008-9169-x
6. Griffiths, M. (2003). Internet Gambling: Issues, Concerns and Recommendations. *CyberPsychology & Behavior*, 6(6), 557–568. doi:10.1089/109493103322725333
7. Chóliz, M. (2015). The Challenge of Online Gambling: The Effect of Legalization on the Increase in Online Gambling Addiction. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 749–756. doi:10.1007/s10899-015-9558-6
8. Chóliz M., Marcos M., & Lázaro-Mateo, J. (2019). The Risk of Online Gambling: A Study of Gambling Disorder Prevalence Rates in Spain. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-019-00067-4
9. Durdle, H., Gorey, K. M., & Stewart, S. H. (2008). A Meta-Analysis Examining the Relations among Pathological Gambling, Obsessive-Compulsive Disorder, and Obsessive-Compulsive Traits. *Psychological Reports*, 103(2), 485–498. doi:10.2466/pr0.103.2.485-498
10. Medeiros, G. C., & Grant, J. E. (2018). Gambling disorder and obsessive-compulsive personality disorder: A frequent but understudied comorbidity. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 366–374. doi:10.1556/2006.7.2018.50
11. Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2010). Impulse control disorders. *Cognitive-behavioral Therapy for Refractory Cases: Turning Failure into Success.*, 231–254. doi:10.1037/12070-011
12. Reed, G. M., et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. doi:10.1002/wps.20611

Поступила 21.09.2020 г.