

# Зависимость от азартных игр: клинико-динамические особенности

БУЗИК О.Ж.

к.м.н., заместитель директора Московского научно-практического центра наркологии  
Департамента здравоохранения г. Москвы

*Целью исследования было изучение клинической картины зависимости от азартных игр у больных, страдающих шизофренией, зависимости от азартных игр, сочетающейся с другими зависимостями (алкогольной или героиновой), зависимости от азартных игр у пациентов без коморбидной патологии. Показано, что мотивация к игре, манифестация, становление игровой зависимости, патологическое влечение к азартным играм, начало и окончание игровых «запоев», игровой абстинентный синдром у различных категорий больных имеют свои особенности. Полученные результаты являются важными для разработки терапевтических программ для указанных групп больных.*

## Введение

**П**роблема патологического влечения к азартным играм на сегодняшний день привлекает все большее внимание со стороны исследователей. В связи с активным развитием игорного бизнеса в России все больше пациентов с диагнозом *патологическое влечение к азартным играм* (гэмблинг, лудомания) обращаются за стационарной и амбулаторной помощью.

Патологическое влечение к азартным играм относится к группе психических расстройств. В МКБ-10 основным диагностическим критерием данного заболевания является постоянно повторяющееся участие в азартной игре, которое продолжается и часто усугубляется, несмотря на социальные последствия. За рубежом на проблему игровой зависимости обратили внимание около 30 лет назад [7, 17, 18, 20]. В среднем 60% взрослого населения в развитых странах играют в азартные игры [7]. По общемировой статистике патологическим игроком становится каждый двухсотый игрок. Распространенность игровой зависимости среди населения составляет предположительно 2—3%, преобладают мужчины в возрасте 20—30 лет [6, 7, 9, 14].

В нашей стране игорный бизнес еще молод, и поэтому лиц, обращающихся за медицинской помощью по поводу данного заболевания, сравнительно мало, однако их количество с каждым годом растет. Из-за отсутствия единых диагностических критериев и малой изученности клинических признаков в настоящее время методики лечения больных с игровой зависимостью недостаточно разработаны. Зависимость от азартных игр имеет, как и любая другая зависимость, ряд характерных психопатологических проявлений: патологическое влечение, рост толерантности, абстинентный синдром, клиническую динамику, изменения личности [2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 15]. Следует отметить и неоднородность больных, страдающих игровой за-

висимостью. Часто игровая зависимость сочетается с зависимостью от психоактивных веществ или формируется на фоне психических заболеваний [18, 19].

Все вышеперечисленное, а также устоявшаяся точка зрения, постулирующая единство механизмов зависимости, подчеркивает актуальность поставленной проблемы [1, 12, 13, 16].

Таким образом, *целью настоящей работы* было изучение клинической картины зависимости от азартных игр у различных категорий больных: страдающих только зависимостью от азартных игр; страдающих зависимостью от азартных игр, сочетающейся с другими зависимостями (алкогольной или героиновой); зависимостью от азартных игр, сочетающейся с шизофренией.

## Пациенты и методы исследования

В исследование было включено 169 пациентов, мужчин, у которых была сформирована зависимость от азартных игр, соответствующая критериям МКБ-10 (шифр — F63.0). Все больные проходили стационарное или амбулаторное обследование и лечение в отделениях Московского научно-практического центра наркологии.

Из исследования исключались пациенты со склонностью к азартным играм и заключению пари (Z72.6); маниакально-депрессивным психозом, циклотимией; тяжелым органическим поражением ЦНС; тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Все пациенты были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли больные, у которых была выявлена только зависимость от азартных игр — 32 чел. (19,0% от общего числа больных).

Во вторую группу вошли пациенты, у которых игровая зависимость сочеталась с алкогольной зависимостью (55 чел.) или зависимостью от опиоидов

(39 чел.) — всего 94 чел. (55,6% от общего числа больных).

Третью группу составили больные с зависимостью от азартных игр, страдающие шизофренией — 43 чел. (25,4% от общего числа больных). Все пациенты третьей группы страдали параноидной формой шизофрении с приступообразным типом течения.

Средний возраст больных первой группы составил  $28,8 \pm 2,8$  года, второй —  $32 \pm 3,6$  года, третьей —  $37,5 \pm 4,1$  года.

Использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический, статистический, обсессивно-компульсивная шкала Йеля—Брауна, модифицированная для гэмблинга (PG-YBOCS) [19].

### Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования были установлены достоверные различия в клинической картине зависимости от азартных игр у выделенных групп больных.

Анализ особенностей преморбидной почвы больных первой группы (выявлена только зависимость от азартных игр) показал, что в большинстве случаев (25 чел. — 78,1%) у них наблюдалась в той или иной степени выраженности психический инфантилизм в рамках средне выраженных акцентуаций характера (неустойчивой, возбудимой, истерической, дистимической). Начало игровых эксцессов, срывы игровой зависимости у них напрямую были связаны с фазами декомпенсации и с различными стрессовыми ситуациями.

У пациентов второй группы (игровая зависимость сочеталась с алкогольной зависимостью или зависимостью от опиоидов) вне связи с личностными особенностями игровая зависимость манифестировала и рецидивировала в ремиссионный период химической зависимости по принципу сообщающихся сосудов. Больные полностью прекращали употреблять алкоголь или наркотик и только играли. Следует отметить, что у больных с зависимостью от алкоголя игровые «запой» чаще проводили алкогольные срывы и рецидивы по сравнению с больными опиоидной зависимостью. У пациентов этой группы в 92,5% (87 чел.) наблюдалась наследственная отягощенность болезнями зависимости, высокая плотность психопатологической отягощенности, что заметно превышает этот показатель по сравнению с другими группами. Были выявлены достоверные различия ( $p \geq 0,05$ ) по такому параметру, как наследственная отягощенность игроманией по линии отца.

У всех пациентов третьей группы (зависимость от азартных игр сформировалась на фоне шизофрении) проявления игровой зависимости наблюдались в межприступных периодах эндогенного заболевания. Клиническая картина межприступных периодов характеризовалась неврозоподобными и психопатоподобны-

ми проявлениями (неустойчивость настроения, невыраженная тревога, раздражительность, конфликтность и др.). Прогрессиентность эндогенного процесса у этих больных проявлялась в основном утяжелением психопатоподобных картин с расторможенностью влечений.

Проведенное исследование показало, что у больных, страдающих игровой зависимостью без коморбидной патологии, игровая зависимость манифестировала достоверно раньше ( $p < 0,05$ ) — в  $21,1 \pm 4,2$  года. У больных с зависимостью от психоактивных веществ манифестация игровой зависимости возникала в возрасте  $27,5 \pm 2,7$  года. У больных, страдающих шизофренией, манифестация игровой зависимости возникала позже ( $34,5 \pm 3,8$  года) по сравнению с пациентами других групп.

У пациентов первой группы становление игровой зависимости зависело от частоты игровых эпизодов, материального состояния и социального благополучия. В среднем осознанное влечение пациенты испытывали через 1,5—2 года от начала систематической игры. У этой группы больных отмечались наиболее длительные игровые «запой» —  $13,5 \pm 4,1$  дня. «Запой» обрывался в связи с отсутствием денег или полным психическим и физическим истощением. Игровой абстинентный синдром был представлен выраженными астеническими, депрессивными, инсомническими расстройствами.

У пациентов второй группы патологическое влечение к игре сформировывалось молниеносно, после первых проб игры. У одной трети пациентов игровые эпизоды проходили на фоне алкогольного или наркотического опьянения. У двух третей пациентов этой группы игровая зависимость рецидивировала во время ремиссии химической зависимости. Игровые запои варьировали по продолжительности от 2 до 7 дней, в среднем  $5 \pm 2,1$  дня. Игровой абстинентный синдром отличался выраженным соматовегетативным компонентом с тревогой и чувством вины. Пациенты с алкогольной зависимостью идентифицировали игровой абстинентный синдром с алкогольным.

Становление игровой зависимости в третьей группе происходило быстрее, чем в первой, но не так молниеносно, как во второй. Осознанное влечение к игре появлялось после первых же эпизодов игры, игровое поведение довольно быстро становилось систематическим, однако игровой абстинентный синдром был стертым и характеризовался в основном невыраженными астено-депрессивными проявлениями. Форма проявления игровой зависимости чаще носила постоянный характер, но напрямую зависела от наличия свободных средств. Больные редко шли на правонарушения с целью добыть денег на игру, как правило, их материальный ресурс ограничивался зарплатой или

пенсией. Эти больные редко самостоятельно обращались за медицинской помощью, об игровой зависимости рассказывали только после купирования очередного приступа шизофрении.

Анализ структурных особенностей синдрома патологического влечения к азартным играм также показал различия в группах. У больных первой группы патологическое влечение к азартным играм было наиболее интенсивное, генерализованное. В структуре патологического влечения ведущим был идеаторный компонент. Это выражалось в стойких ложных убеждениях: вера в игровые «системы», вера в особый навык в игре, иллюзия контроля над выигрышем, в восприятии игры как способа зарабатывания денег, оптимизм относительно выигрыша.

Вторая группа пациентов характеризовалась также интенсивным (по сравнению с первой группой) патологическим влечением к игре. Однако оно максимально проявлялось во время ремиссий алкогольной или героиновой зависимости. В структуре патологического влечения к игре также был выражен идеаторный компонент, но он проявлялся в отрицании патологической зависимости от игры как проблемы. Осознавая проблемность алкогольной или наркотической зависимости, они расценивали игру как «забаву», «отдых», «разрядку».

У больных шизофренией патологическое влечение к азартным играм было менее интенсивным, чаще сопровождалось борьбой мотивов. У 20 пациентов (46,5%) были выявлены элементы психического (моторного) автоматизма: «как будто ноги помимо моей воли несут меня к игровым автоматам». Подобные проявления окрашивали и сам процесс игры: «руки сами нажимают на кнопки». Игровые «запой» начинались, продолжались и заканчивались вне связи с внешними обстоятельствами (отсутствие провоцирующих внешних ситуационных влияний).

У пациентов с игровой зависимостью без коморбидной патологии начало игрового «запоя» в большинстве случаев связывалось с внешними провоцирующими факторами (чаще стрессогенного характера). Необходимо отметить, что пациенты этой группы проигрывали значительные суммы денег и при поступлении в наркологический стационар имели большие долги (от 30 тыс. руб. до 100 тыс. долл.).

У пациентов второй группы игровые «запой» чаще возникали самостоятельно в период ремиссии химической зависимости. Материальные потери этой категории больных разнились внутри группы и составляли от нескольких тысяч рублей до нескольких тысяч долларов.

У пациентов третьей группы, как правило, долгов либо не было вообще (проигрывали зарплату или пенсию по инвалидности и не занимали больше), либо долг составлял несколько тысяч рублей.

Таким образом, в результате проведенного исследования отмечены различия в клинической картине игровой зависимости у пациентов без коморбидной патологии, страдающих химической зависимостью и страдающих шизофренией. Эти различия касаются манифестации, становления игровой зависимости, а также структуры патологического влечения к игре, начала и окончания игровых «запоев». Полученные результаты являются важными для разработки терапевтических программ указанных групп больных.

### Список литературы

1. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // *Вопр. наркологии*. — 1995. — №2. — С. 27—31.
2. Асанов А.О. Некоторые аспекты психологических механизмов развития патологической игровой зависимости // *Материалы XIV съезда психиатров России*. — М., 2005. — С. 327.
3. Бондаренко С.Н., Дудко Т.Н. Особенности клиники и лечебно-реабилитационного процесса у больных игровой зависимостью // *Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии»*. — М., 2005. — С. 35—36.
4. Валеева А.М., Карпов А.М., Яковлева С.В. Сочетание фармако- и психотерапии при лечении игровой зависимости // *Материалы XIV съезда психиатров России*. — М., 2005. — С. 334.
5. Галкин К.Ю. Копинг-поведение при патологическом влечении к азартным играм // *Материалы XIV съезда психиатров России*. — М., 2005. — С. 336.
6. Даренский И.Д. Зависимость от азартных игр // *Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии»*. — М., 2005. — С. 44—45.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Том 1 / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — С. 575—578.
8. Малыгин В.А., Цыганков Б.Д. Психопатология расстройств у зависимых от игры // *Материалы XIV съезда психиатров России*. — М., 2005. — С. 356—357.
9. Менделевич В.Д. От наркологии к аддиктологии // *Материалы XIV съезда психиатров России*. — М., 2005. — С. 357.
10. Молчанова Ю.Ю. К вопросу о психологических особенностях личности игроков // *Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии»*. — М., 2005. — С. 80—81.
11. Папырин В.Д. К вопросу зависимости от азартных игр // *Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии»*. — М., 2005. — С. 87—88.
12. Сафина Г.Д., Менделевич В.Д. Специфика прогностической (антиципационной) и волевой деятельности гемблеров // *Материалы XIV съезда психиатров России*. — М., 2005. — С. 367—368.
13. Скобелин В.В. Дефицитарность социального и эмоционального интеллекта у лиц, страдающих зависимостью от азартных игр, коморбидной с алкоголизмом // *Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии»*. — М., 2005. — С. 98—99.
14. Солдаткин В.А., Бухановский А.О. Патологическое влечение к азартным играм: клиничко-динамическая модель развития // *Материалы XIV съезда психиатров России*. — М., 2005. — С. 370—371.
15. Ханыков В.В. Рисполепт в лечении игровой зависимости // *Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии»*. — М., 2005. — С. 107—108.

16. Шемчук Н.В., Ошевский Д.С. О комплексном клинико-психологическом подходе к игровой зависимости // Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 378.
17. Grant J.E., Potenza M.N. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation // Int. Clin. Psychopharmacol. — 2006. — Vol. 21, №4. — P. 203—209.
18. Hollander E., Pallanti S., Allen A., Sood E., Baldini R.N. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? // Am. J. Psychiatry. — 2005. — Vol. 162, №1. — P. 137—145.
19. Pallanti S., Decaria C.M., Grant J.E., Urpe M., Hollander E. Reliability and validity of the pathological gambling adaptation of the Yale—Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS) // J. Gambl. Stud. — 2005. — Vol. 21, №4. — P. 431—443.
20. Powell J., Hardoon K., Derevensky J.L. Gambling and risk-taking behavior among university students // Subst. Use Misuse. — 1999. — Vol. 34, №8. — P. 1167—1184.

## GAMBLING ADDICTION: CLINICAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS

**BUZIK O.J.** Cand. Med. Sc., Acting Director of The National Research and Practice Center On Addictions, Department of Health of Moscow

*The aim of the research was to investigate the clinical picture of gambling addiction at the patients with schizophrenia; gambling addiction in combination with other addictions (alcohol or heroin); addiction at the patients without comorbidities. It was revealed that high motivation for gambling, manifestation, addiction formation, pathological craving for gambling, on-set and ending of game «hard drinking», game withdrawal syndrome had specific characteristics at different types of patients. The findings received are very important for the development of the treatment programs for the categories of patients mentioned.*