

Клиника и динамика психических расстройств у лиц с патологической зависимостью от игры

МАЛЫГИН В.Л.

д.м.н., зав. кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

ЦЫГАНКОВ Б.Д.

зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО,
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Зависимость от игры становится все более серьезной медицинской и социальной проблемой российского общества. В зарубежной научной литературе изучению различных аспектов данной патологии посвящено достаточно много исследований. В то же время в отечественных исследованиях данная проблема остается малоизученной. Проведенная работа позволила выявить, что на момент обращения за помощью психопатологическая симптоматика среди патологических азартных игроков определяется преимущественно депрессивными расстройствами тревожного или астенического спектра с включением в структуру депрессии обсессивно-компульсивных расстройств, паранойяльной симптоматики и фобических нарушений. В большинстве случаев отмечаются признаки измененного сознания, характеризующиеся поглощенностью объектом (игрой), концентрацией внимания на объекте с одновременной отстраненностью от окружающей действительности. Выявлены и описаны следующие клинично-психопатологические периоды игрового цикла: 1) период дистресса, следующий сразу за игрой, 2) период умеренно выраженных тревожно-депрессивных расстройств, 3) период субдепрессивных расстройств с преобладанием астении или апатии, 4) период тревожных и дисфорических расстройств в сочетании с субдепрессией, 5) период суженного сознания (транса игры), предшествующий непосредственно срыву. Выявляемые психопатологические нарушения определяют и тактику терапии. Целью первого этапа является снятие "транса игры", возвращение в реальность, снижение уровня тревоги и депрессивных расстройств, отделение патологического "Я" азартного игрока, реструктуризация собственного "Я", поиск внутренних ресурсов, повышение мотивации на лечение. На втором этапе целью терапии являются обучение методам саморегуляции, выявление факторов риска срыва, создание модели противодействия срыву. С целью редукции психопатологических нарушений, в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом разработана дифференцированная система фармакотерапии с использованием антидепрессантов, нормотимиков и препаратов ноотропного ряда.

Введение

Зависимость от игры становится все более серьезной медицинской и социальной проблемой российского общества. В зарубежной научной литературе изучению различных аспектов данной патологии посвящено достаточно много исследований. Выявлено, что в США, по данным эпидемиологических исследований, большинство людей время от времени играет в азартные игры: среди всего населения 86% когда-нибудь играли на деньги, 68% играли в течение текущего года [19]. На период 1997 г. количество больных, патологически зависимых от игры в США, оценивалось в 7,5 млн взрослых и 7,9 млн юных американцев. По данным National Gambling Impact Study Commission [39], распространенность патологического пристрастия к азартным играм в популяции определяется частотой от 1,4 до 5,1%. Схожие данные приводят N.M. Petry, C. Argentano [42]. Отмечается, что в ряде штатов в США распространенность данной патологии заметно увеличилась после легализации азартных игр [51].

Актуальность проблемы патологической зависимости от игры обусловлена, по крайней мере, тремя причинами:

- серьезные социальные и финансовые проблемы у патологических игроков: 23% игроков имеют серьезные финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке [19; 22];
- распространенность противоправных действий — до 60% среди зависимых от азартных игр совершают правонарушения [50; 30];
- высокий суицидальный риск — от 13 до 20% патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 48—70% отмечаются суицидальные мысли [50; 24].

Существует несколько теорий формирования зависимости от азартной игры. К факторам риска возникновения зависимости относят отягощенную наследствен-

ность. Так Slutske, Eisen [23, 46] обращают внимание на случаи семейного накопления патологической зависимости от игры, предполагая роль генетической наследственности в уязвимости ряда людей к возникновению патологического влечения к азартной игре. Comings et al. [20, 21], изучая полиморфизм 31 гена, вовлеченных в передачу дофамина, серотонина, норадреналина и ГАМК у 139 патологических гемблеров по сравнению с релевантной контрольной группой, выявили наибольшие изменения при генотипировании в генах DRD2, DRD4, DAT1, TRH, ADRA2C, NMDA1 и PS1 по сравнению с группой контроля.

А.О. Бухановский [2] особое значение в формировании болезней зависимого поведения (включая патологическую зависимость от азартной игры) придает органической неполноценности ЦНС (различными церебральными заболеваниями, мозговым травмам и другим повреждениям ЦНС), что способствует слабости тормозных процессов, гипервозбудимости, ригидности и застреванию психических процессов. Отмечается [2] возможная схожесть механизмов формирования патологической зависимости от игры с другими формами патологических влечений (патологией пищевого поведения, сексуальных влечений, патологическим влечением к покупкам и др.). Предполагается, что основным патофизиологическим звеном в формировании зависимого поведения является обсессивно-компульсивное влечение, связанное с гиперактивацией дофамина синапса и генерацией патологически усиленного возбуждения.

Еще одним фактором риска являются личностные особенности (эмоциональная неустойчивость, сниженный самоконтроль, бедность суждений). Roy et al., Z. Steel, A. Blaszczynski [44, 47] выявили среди патологических игроков более высокий уровень нейротизма, импульсивности по сравнению с контрольной группой. В ряде ис-

следований [5, 40] обращается внимание на высокую распространенность нарушений когнитивных функций среди игроков. В.Д. Менделевичем [7] выявлено что патологические азартные игроки имеют более низкую способность к прогнозированию жизненных событий по сравнению с контрольной группой. Автором также отмечается более сниженная волевая деятельность у игроков, что проявляется расстройством преодоления препятствий, смещение профиля личности в сторону экстернальности, находящееся в прямой зависимости от эмоциональной неуравновешенности. В.Д. Папырин отмечает более быстрое формирование игровой зависимости у больных с гипертимными чертами характера по сравнению с пациентами, характеризующимися гипотимными особенностями личности [9]. Напротив, Ю.Ю. Молчанова считает, что механизм формирования зависимости от игры одинаков как для лиц девиациями характера, так и для лиц с "нормальной" психологической predisпозицией и в большей степени обусловлен искажением ценностной иерархии существующей части общества [4].

Коморбидность патологического гэмблинга с другими расстройствами составляет до 50% [22, 29]. Наиболее часто встречаются обсессивно-компульсивные расстройства [33], синдром дефицита внимания [18], тревожные [33, 36] и депрессивные расстройства [12; 14; 36]. Некоторые исследователи [31] считают, что именно эти психические нарушения являются основанием для формирования зависимости от игры. Коморбидность гэмблинга с расстройствами поведения, антисоциальном расстройством личности, алкогольной зависимостью частично объясняется патологическими генами, которые влияют на возникновение как гэмблинга, так и перечисленных психических расстройств [46].

В лечении зависимости от игры наиболее популярным в США, по данным N.M. Petry, C. Armentano [42], является участие в группах взаимопомощи Анонимных Игроков (Gamblers Anonymous — GA). Однако эффективность их невысока. Примерно 70—90% посетителей групп GA выбывают на первых этапах участия в терапии и лишь 10% становятся активными членами, из них только у 10% наблюдается ремиссия в течение года и более [16, 32]. Отмечается [45], что более высокие результаты (до 55%) достигаются при применении комбинированной терапии, включающей индивидуальную психотерапию, групповую терапию и участие в GA. Среди множества методов психотерапии преимущественно используется поведенческая терапия, терапия отвращения, имагинальная десенсибилизация [35, 13], реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов [17, 49, 3]. Психодинамические подходы к терапии основаны на личностных особенностях зависимых, связанных с низкой силой эго в сочетании с нарциссизмом [29]. В области фармакотерапии зависимости от игры имеются данные об эффективности карбамазепина и налтрексона [17, 20, 25, 28]. По результатам плацебо-контролируемых исследований показана эффективность кломипрамина и флувоксамина в редукции обсессивно-компульсивной симптоматики у больных патологическим гэмблингом [26, 27]. Зависимость от игры часто коморбидна биполярному расстройству, в связи с этим рекомендуется назначение препаратов лития [38]. Ряд российских исследователей также отмечает возможную эффективность применения блокаторов опиатных рецепторов и нейрорегуляторов (рисполепта) в терапии патологической зависимости от игры [1, 11]. Однако большинство исследований по фармакотерапии зависимости от игры основано на немногочисленных выборках, как правило, не включает контрольных групп. Не всегда исследуется влияние плацебо-эффекта.

Материал и методы исследования

Цель настоящего исследования — изучение характера психопатологических расстройств у лиц, страдающих патологической зависимостью от азартных игр, особенностей психопатологических проявлений на различных этапах игрового цикла. Диагностическими критериями являлись дефиниции МКБ-10 (класс F 63.0).

Методы исследования: клинический, клинико-психологический. Для уточнения распространенности и глубины психопатологических нарушений использован "Опросник выраженности психопатологической симптоматики" SCL-90R, адаптированный в России Н.В. Тарабриной [10]. Основные дефиниции опросника: шкала соматизации; шкала обсессивно-компульсивных расстройств; шкала межличностной сензитивности; шкала депрессии; шкала тревожности; шкала враждебности; шкала фобической тревожности; паранойяльные симптомы; психотизм. В SCL-90 R имеется также два обобщенных индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (GSI) и наличие симптоматического дистресса (PSDI). Механизмы психологических защит оценивались с помощью опросника "Индекс жизненного стиля". Для выявления ведущих копинг-стратегий применялся опросник Лазаруса.

С сентября 2004 г. по декабрь 2005 г. нами было обследовано 96 пациентов, обратившихся за помощью в связи с патологической зависимостью от игры в игровые автоматы. Для сравнения распространенности и степени выраженности психопатологической симптоматики среди патологических азартных игроков была создана контрольная группа (n = 77) из лиц, обратившихся в поликлинику на медосмотр для получения прав на вождение автомобиля, сходная по возрасту, полу и полученному образованию.

Данные анализировались статистически с использованием критерия Стьюдента, метода ², критерия Манна—Уитни.

Результаты исследования

В результате исследования было выявлено, что в момент обращения пациентов за помощью (n = 73), на этапе прерывания игрового цикла, 93,2% больных (n = 68) находилось в состоянии глубокого дистресса, с преобладанием в структуре психопатологических нарушений депрессивных расстройств (чувством вины за создавшуюся ситуацию, ощущением, что будущее безнадежно, и чувством собственной никчемности, вплоть до наличия суицидальных мыслей); высоким уровнем тревоги; обсессивно-компульсивными расстройствами (неприятными неотвязными мыслями, связанными с проблемами, вызванными игрой), враждебностью и паранойяльностью (легко возникающим раздражением, неконтролируемыми вспышками гнева, порой импульсивным желанием причинить телесные повреждения кому-либо, ощущением, что другие люди наблюдают за ними или говорят о них).

У большинства пациентов (82,2%) в период обострения патологической зависимости от игры отмечалось состояние своеобразного гипнотического транса — отрешенность от повседневных забот, чувственная притупленность и погруженность в мир собственных переживаний, связанных с игрой. Данная психопатологическая симптоматика, может быть расценена как состояние измененного (суженного) сознания.

По данным выбора ответов на вопросы применявшегося опросника SCL-90R, депрессивные симптомы характеризовались пациентами как ощущение чувства вины за создавшуюся ситуацию, чрезмерное беспокойство по разным поводам или, наоборот, чувством апатии, ощущением, что будущее безнадежно и чувством собственной никчемности. В 15 случаях (20,5 %) обследованные отмечали

наличие суицидальных мыслей. У 36 наблюдавшихся (49,3%) имелись астенические расстройства, выявляемые по шкале соматизации опросника — слабость, головокружение, реже — затруднение дыхания, приступы жара или озноба.

Тревожные симптомы характеризовались пациентами как нервозность, внутренняя дрожь, невозможность усидеть на месте, порой ощущением, что может случиться что-то плохое. Обсессивно-компульсивные нарушения проявлялись повторяющимися неприятными навязчивыми мыслями, связанными с проблемами, вызванными игрой, проблемами с памятью, иногда затруднениями сосредоточения. Враждебность характеризовалась легко возникающим раздражением, частым желанием вступить в спор, порой неконтролируемыми вспышками гнева, а в 15 случаях (20,5%) — импульсивным желанием причинить телесные повреждения кому-либо. Паранойальные расстройства определялись по данным опросника двумя симптомами: "другие люди недооценивают мои достижения" и ощущением, что "другие люди наблюдают за мной или говорят обо мне". В данном случае речь идет скорее о формировании сверхценных идей отношения на фоне стрессовой ситуации. Основными симптомами по шкале психотизма, имеющейся в опроснике SCL 90R, было ощущение, что "с рассудком творится что-то неладное", мыслями о наказании за грехи и чувством одиночества, которые сочетались с симптомами высокой тревоги и затруднениями сосредоточения, выявляемыми по другим шкалам. Галлюцинаторная и бредовая симптоматика по данным опросника и клинического наблюдения выявлены не были. В зависимости от клинического сочетания симптомов выделены следующие синдромы. Тревожно-депрессивный — 37 случаев (50,7%); астено-депрессивный — 29 наблюдений (39,7%); депрессия с преобладанием апатии — в семи случаях (9,6%). У 66 пациентов (90,4%) тревожные расстройства сочетались с идеями отношения, обусловленными психотравмирующей ситуацией, а в 20 случаях (27,3%) в структуре депрессии значительное место занимали фобии. Фобическая симптоматика была тесно спаяна с психотравмирующими факторами (в частности, с наличием долгов) и проявлялась необходимостью избегать некоторых мест или действий, иногда чувством страха на улице (также обусловленного долгами или конфликтными отношениями).

Следует отметить, что в 61 случае (92,4%) степень выраженности расстройств, по данным опросника SCL 90R, достигала уровня дистресса, что свидетельствует о значительной глубине нарушений, вызванных действием стресса.

В процессе клинико-психопатологического обследования у 23 пациентов (31,5%) выявлялись симптомы, которые, очевидно, следует расценивать как явления деперсонализации — ощущение измененности и отчужденности собственного "Я", ощущения, что "кто-то другой играет в эту игру, а не я". В семи случаях (9,6%) на момент обращения за помощью выявлена непроизвольная загруженность навязчивыми образами картинок, предъявляемых игровым автоматом во время игры, возникавшая сразу же в момент закрытия глаз, что может быть расценено как гипнагогические галлюцинации. У троих пациентов (4,1%) на фоне явлений депрессии, обусловленной крупными материальными потерями и разрушением семьи, отмечались симптомы, соответствующие посттравматическому стрессовому расстройству: яркие, красочные воспомина-

ния (в период засыпания или во сне) об участии в игре, заканчивающейся крупным проигрышем, сопровождающиеся переживанием тревоги; избегание мест, напоминающих о стрессовой ситуации (в частности, здания банка, где взят кредит под игру); повышенная раздражительность, нарушение засыпания. Большинство пациентов (n=60, 82,2%) на момент обращения за помощью отмечало своеобразную отрешенность от повседневных забот, чувственную притупленность и погруженность в мир собственных переживаний, связанных с игрой, описывая это как своеобразную "заколдованность" или состояние гипноза, транса. Возникновение данного состояния отмечалось пациентами непосредственно (в течение 1—2 сут.) перед игрой, в период игры и в первые дни после окончания игры. J.C. Rotter [43] приводит близкое описание пациентами, зависимыми от игры, этого состояния: "чувствую себя как другой человек", "во время игры нахожусь как будто в трансе", "иногда есть пропуски памяти". Данная психопатологическая симптоматика, возможно, может быть расценена как состояние измененного (суженного) сознания с характерной для него концентрацией внимания на избранном объекте, поглощенность объектом внимания с одновременной отстраненностью от окружающей действительности.

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина [5], описывая развитие фаз и поведение пациентов, составляющих так называемый игровой цикл, выделяют следующие фазы:

- воздержания;
- "автоматических фантазий", когда учащаются спонтанные фантазии об игре;
- нарастания эмоционального напряжения;
- принятия решения играть;
- вытеснения принятого решения;
- реализации принятого решения.

Менее изучены клинико-психопатологические феномены, сопровождающие выделенные этапы.

Проведенное нами исследование 23 пациентов, совершивших в период терапии от одного до трех игровых циклов, позволило выявить и описать своеобразие динамики психопатологических феноменов на различных этапах игрового цикла. Так, вслед за описанным нами этапом дистресса, проявлявшегося сложным психопатологическим комплексом (сочетание тревожно-депрессивных, обсессивно-компульсивных и паранойальных симптомов) следовал период умеренно-выраженных депрессивных расстройств с постепенной редукцией тревожных и обсессивно-компульсивных нарушений. Спустя 10—20 дней (14,6 ± 8,2) с момента обращения за помощью психическое состояние характеризовалось стойкими субдепрессивными расстройствами, характеризующимися неглубокими астеническими или апатическими симптомами и описываемыми пациентами как состояние "скуки". В последующем астенические и апатические симптомы в рамках субдепрессивных расстройств сменялись симптомами тревоги и умеренной дисфории. Именно в этот период вновь появлялась обсессивно-компульсивная симптоматика в виде навязчивых мыслей и представлений об игре, вплоть до гипнагогических галлюцинаций (неконтролируемого калейдоскопа картинок игры, при закрытии глаз). В момент срыва состояние описывалось пациентами как ощущение полной погруженности в представление о предстоящей игре, с отрешенностью от окружающей действительности.

Таким образом, можно выделить следующие клинико-психопатологические периоды игрового цикла:

- дистресса, следующий сразу за игрой;
- умеренно выраженных тревожно-депрессивных расстройств;
- субдепрессивных расстройств с преобладанием астении или апатии;
- тревожных и дисфорических расстройств в сочетании с субдепрессией;
- суженного сознания (транса игры), предшествующего непосредственно срыву.

Анализ динамики механизмов психологической защиты и копинг стратегий поведения выявил следующее. В момент обращения за помощью наиболее часто (81,5%) использовалось отрицание, вытеснение (76%), проекция (72%) и регрессия (70%). Выявлена тесная взаимосвязь между уровнем дистресса и напряженностью психологических защит ($r = 0,8$). Наиболее распространенными копинг-стратегиями являлись принятие ответственности, планирование решения проблемы, сочетавшиеся с конфронтационным копингом, что отражает противоречивость мотивов и выбираемых стратегий поведения в момент обращения за помощью. Характерно, что в 4-м периоде игрового цикла, предшествующем срыву (нарастание тревожных и дисфорических расстройств), отмечалось усиление механизмов психологической защиты по типу отрицания (92%) и вытеснения (85%), с одновременным снижением проекции (65%) и регрессии (56%). Динамика копинг-стратегий отражала преобладание стратегий дистанцирования и конфронтационного копинга, с одновременным снижением показателей копинг-стратегий, принятия ответственности и планирования решения проблемы.

Заключение

Таким образом, психопатологическая симптоматика среди патологических азартных игроков на момент обращения за помощью определяется преимущественно депрессивными расстройствами тревожного или астенического спектра с включением в структуру депрессии обсессивно-компульсивных расстройств, паранойяльной симптоматики и фобических нарушений. В большинстве случаев отмечаются признаки измененного сознания, характеризующиеся поглощенностью объектом (игрой), концентрацией внимания на объекте с одновременной отстраненностью от окружающей действительности. Проведенное исследование позволяет выделить следующие клинико-психопатологические периоды игрового цикла:

- 1) дистресса, следующий сразу за игрой;
- 2) умеренно выраженных тревожно-депрессивных расстройств;
- 3) субдепрессивных расстройств с преобладанием астении или апатии;
- 4) тревожных и дисфорических расстройств в сочетании с субдепрессией;
- 5) суженного сознания (транса игры), предшествующий непосредственно срыву.

Выявленные психопатологические нарушения определяют и тактику терапии.

Целью первого этапа является снятие "транса игры", возвращение в реальность, снижение уровня тревоги и депрессивных расстройств, отделение патологического "Я" азартного игрока, реструктуризация собственного "Я", поиск внутренних ресурсов, повышение мотивации на лечение.

На втором этапе целью терапии является обучение методам саморегуляции, выявление факторов риска срыва, создание модели противодействия срыву.

С целью редукции психопатологических нарушений, в соответствии с ведущим психопатологическим синдромом, разработана дифференцированная система фармакотерапии с использованием антидепрессантов, нормотимиков и препаратов ноотропного ряда.

Список литературы

1. Бондаренко С.Н., Дудко Т.Н. Особенности клиники и лечебно-реабилитационного процесса у больных игровой зависимостью// Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20 летию Национального научного центра наркологии. — М., 2005. — С. 35—36.
2. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. — Ростов на Дону, 2002.
3. Даренский И.Д. Зависимость от азартных игр// Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. — М., 2005. — С. 44—45.
4. Молчанова Ю.Ю. К вопросу о психологических особенностях личности игроков// Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. — М., 2005. — С. 80—81.
5. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. — СПб: Нева, 2003.
6. Зайцев В.В. Патологическая склонность к азартным играм — новая проблема российской психиатрии// Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — №1. — С. 52—56.
7. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: Медпресс-информ, 2003. — С. 176—194
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М., 1997.
9. Папырин В.Д. К вопросу зависимости от азартных игр// Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. — М., 2005. — С. 87—88.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — М., 2001. — 268 с.
11. Ханьков В.В. Рисполепт в лечении игровой зависимости// Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. — М., 2005. — С. 107—108.
12. Bergh C, Kuhlhorn E. Social, psychological, and physical consequences of pathological gambling in Sweden// Journal of Gambling Studies. — 1994. — Vol. 10. — P. 275—285.
13. Blaszczynski A.P., McConaghy N., Frankova A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two- to nine-year follow-up// Br. J. of Addiction. — 1991. — Vol. 86. — P. 299—306.
14. Blaszczynski A.P., McConaghy N. Anxiety and or depression in the pathogenesis of pathological gambling// Int. J. of the Addictions. — 1989. — Vol. 24. — P. 337—350.
15. Blaszczynski A.P. Overcoming Compulsive Gambling: A Self-Help Guide Using Cognitive-Behavioral Techniques. — London: Robinson, 1998.
16. Brown R. The effectiveness of Gamblers Anonymous. Gambling Studies// Proceedings of the Sixth National Conference on Gambling and Risk Taking. — University of Nevada, Bureau of Business and Economic Administration, 1985.
17. Bujold A., Ladouceur R., Sylvain C. et al. Treatment of pathological gamblers: an experimental study// J. of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry. — 1994. — P. 275—282.
18. Carlton P.L., Manowitz P., McBride H. et al. Attention deficit disorder and pathological gambling// J. of Clinical Psychiatry. — 1987. — Vol. 48. — P. 487—488.

19. Ciarrocchi J.W. Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy. — N.Y.: Academic Press, 2002.
20. Comings D.E., Rosenthal R.J., Lesieur H.R. et al. A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling// Pharmacogenetics. — 1996. — Vol. 6. — P. 223—234.
21. Comings D.E., Gade-Andavolu R., Gonzalez N., Wu S. et al. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling// Clin. Genet. — 2001. — Vol. 60, №2. P. 107—116.
22. Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B., Compton W.M. et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders: results from the St Louis Epidemiological Catchment Area study// Am. J. of Public Health. — 1998. — Vol. 88. — P. 1093—1096.
23. Eisen S.A., Slutske W.S., Lyons M.J. et al. The genetics of pathological gambling// Semin Clin Neuropsychiatry. — 2001. — Vol. 6, №3. — P. 195—204.
24. Frank M.L., Lester D., Wexler A. Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous// Journal of Gambling Studies. — 1991. — Vol. 7. — P. 249—254.
25. Haller R., Hinterhuber H. Treatment of pathological gambling with carbamazepine// Pharmacopsychiatry. — 1994. — Vol. 27. — P. 129.
26. Hollander E., Frenkel M., DeCaria C. et al. Treatment of pathological gambling with clomipramine// Am. J. of Psychiatry. — 1992. — Vol. 149. — P. 710—711.
27. Hollander E., DeCaria C., Mari E. et al. Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling// Am. J. of Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 1781—1783.
28. Kim S.W. Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders// J. of Clinical Psychiatry. — 1998. — Vol. 59. — P. 159—164.
29. Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M. Alcoholism, drug abuse, and gambling. Alcoholism// Clinical and Experimental Research. — 1985. — Vol. 10. — P. 33—38.
30. Lesieur H.R., Anderson C. Results of a survey of gamblers anonymous members in Illinois. — Illinois council on problem of pathological gambling, 1995.
31. Lesieur H.R., Blume S.B. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse, and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index// Br. J. of Addiction. — 1991. — Vol. 86. — P. 1017—1028.
32. Lester D. The treatment of compulsive gambling// Int. J. of the Addictions. — 1980. — Vol. 15. — P. 201—206.
33. Linden R.D., Pope H.G., Jones J.M. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings// J. of Clinical Psychiatry. — 1986. — Vol. 47. — P. 201—203.
34. Lorenz V.C., Yaffee R.A. Pathological gambling: psychosomatic, emotional, and marital difficulties as reported by the gambler// J. of Gambling Behavior. — 1986. — Vol. 2. — P. 40—49.
35. McConaghy N., Armstrong M.S., Blaszczynski A. et al. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling// Br. J. of Psychiatry. — 1983. — Vol. 142. — P. 366—372.
36. McCormick R.A., Russo A.M., Ramirez L.F. et al. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment// Am. J. of Psychiatry. — 1984. — Vol. 141. — P. 215—218.
37. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. — Guilford, 1991.
38. Moskowitz J.A. Lithium and lady luck: use of lithium carbonate in compulsive gambling// New York State Journal of Medicine. — 1980. — Vol. 80. — P. 785—788.
39. National Gambling Impact Study Commission. (1999). Final report, 2003
40. National Research Council. Pathological gambling: A critical review. — Washington: National Academy Press, 1999.
41. Perez de Castro I., Ivanez A. et al. Genetic association study between pathological gambling and a functional DNA polymorphism at the D4 receptor gene// Pharmacogenetics. — 1997. — Vol. 7. — P. 345—348.
42. Petry N.M., Armentano C. Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: A review// Psychiatric Services. — 1999. — Vol. 50(8). — P. 1021—1027.
43. Rotter J.C., Counseling and therapy for couples and families// The Family Journal. — 2004. — Vol. 12, №1. — P. 37—39.
44. Roy A., Custer R., Lorenz V et al. Personality factors and pathological gambling// Acta Psychiatr Scand. — 1989. — Vol. 80. — P. 37—39.
45. Russo A.M., Taber J.I., McCormick R.A. et al. An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers// Hospital and Community Psychiatry. — 1984. — Vol. 35. — P. 823—827.
46. Slutske W.S., Eisen S, True W.R. et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men// Arch Gen Psychiatry. — 2000. — Vol. 57. — P. 666—673.
47. Steel Z., Blaszczynski A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity// Addiction. — 1998. — Vol. 93(6). — P. 895—905.
48. Strachan M.L., Custer R.L. Female compulsive gamblers in Las Vegas/ Eadington W.R. & Cornelius (Eds). Gambling Behaviour and Problem Gambling. — Reno: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 1993. — P. 235—238.
49. Sylvian C., Ladouceur R., Boisvert J.M. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study// Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1997. — Vol. 65. — P. 727—732.
50. Thompson W.N., Gazel R., Rickman D. The social costs of gambling in Wisconsin// Wisconsin Policy Research Institute Report. — 1996. — Vol. 9(6). — P. 1—44.
51. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States// Journal of Gambling Studies. — 1996. — Vol. 12. — P. 111—128.
52. Winokur G., Clayton P.J., Reich T. Manic Depressive Illness. — St Louis: Mosby, 1969.

PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN PATHOLOGICAL GAMBLERS

MALYGUIN V.L.
TSYGANKOV B.D.

Background: Pathological gambling is an important medical and social problem. It is concerned with financial problems, interpersonal conflicts with spouse, criminal acts, suicides. In Russia the increase of number of pathological gamblers is observed, but no researches are performed. The Aim of this study was to observe the psychopathological disorders in pathological gamblers in Russia. Methods: the SCL-90-R questionnaire was used to evaluate the psychopathological disorders. Materials: 73 pathological gamblers (PG) were examined. The control group was formed by 77 people of the sane age and sex not suffering pathological gambling. Statistical analysis was performed using t-test, criteria Mann-Whitney. Results: most of the PG were male (89%), middle age — 26,8±6,3 years; 27,4% of PG were divorced (compared with 6,5% in the control group, $p<0,001$), 71,2% had secondary educated (compared with 70,1% in the control group, $p>0,05$). 35,6% of patients had alcohol-related problems and 52,1% of them had alcohol-burdened familial history. In the control group these values were 27,3% ($p>0,27$) and 35,1% ($p<0,05$) respectively. The values of all psychopathological scales (somatic, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobia, paranoia, psychotic, GSI, PSDI) in PG were superior ($p<0,05$) to the control group. In 3 (4,1%) PG the psychopathological disorders have reached the level of PTSD. In 60 (82,2%) of PG exacerbation of attraction to gambling was characterized by the restriction of consciousness. Conclusion: gambling cycle can be distinguished into clinical periods: 1) period of distress, following the gambling 2) period of mild anxiety and depressive disorders 3) period of sub-depressive disorders with prevalence of asthenia and apathy 4) period of anxiety and dysphoria combined with subdepression 5) period of constricted consciousness (gambling trance) preceding the relapse.