

Гендерные особенности патологического гемблинга

СОЛДАТКИН В.А.

к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии

Ростовского государственного медицинского университета, Ростов-на-Дону

В целях изучения гендерных особенностей патологического гемблинга (ПГ) обследовано 150 чел., страдающих этим расстройством (135 мужчин и 15 женщин). Установлено, что в ведущих, «стержневых» психопатологических проявлениях ПГ (синдромы психофизической зависимости, измененной реактивности и последствий) значительных гендерных различий нет. Вместе с тем, обнаружен половой диморфизм симптоматики, проявляющийся в особенностях, которые позволяют говорить о модифицирующей роли пола на развитие расстройства. Женский вариант развития ПГ характеризуется рядом особенностей: для развития расстройства у женщины необходим более выраженный predispositionный комплекс, более значимые провоцирующие факторы, чем у мужчин. При развитии расстройства оно имеет высокую прогредиентность, выраженную «разрушающую личность» силу. Выявленные особенности имеют значение для индивидуализации программ помощи страдающим ПГ.

Ключевые слова: гемблинг, гендерные особенности

Введение

Анализ обращаемости за психиатрической помощью не оставляет сомнений в том, что за последние несколько лет в нашей стране заметно возросло число лиц, страдающих патологическим влечением к азартным играм (F63.0). Актуальность исследования обусловлена высокой значимостью ассоциированных с этим расстройством медицинских, социальных и юридических проблем [3, 5, 9, 12, 13]. По мнению многих исследователей проблемы [1, 2, 5, 8], психические и поведенческие нарушения, характеризующиеся зависимостью, составляет наименее разработанную в теоретическом плане и резистентную к терапии группу.

В работах в области аддиктологии установлено, что гендерная специфика является существенным фактором аддиктивного процесса [4]. Значительные гендерные различия в происхождении, клинической картине и динамике ПГ, а также ответе на лечение отмечали многие авторы [7, 10, 14, 17—21].

Между тем, гендерные различия в случае пристрастия к азартной игре являются недостаточно изученной проблемой [6]. Чаще всего игровая зависимость рассматривается вне половой принадлежности.

Описанная ситуация определила актуальность собственного исследования, целью которого стало изучение гендерных особенностей патологического гемблинга.

Пациенты и методы исследования

Обследовано 150 пациентов с установленным по МКБ-10 (с уточнением по исследовательским критериям ИДК-10) диагнозом *патологическое влечение к азартным играм* (F63.0). Из 150 пациентов 107 чел. (71,3%) оказались зависимыми от игры в автоматы, 23 (15,3%) — от азартной игры в казино, у 20 пациентов (13,3%) выявлены признаки зависи-

мости от нескольких азартных игр (автоматы, казино, карточные турниры, тотализатор). Преобладали пациенты с игровым стажем 3—5 лет (75; 50,0%). Все пациенты миновали первую фазу игрового цикла (фазу выигрышей), описанную R.L. Custer [15].

Возраст пациентов был в диапазоне от 14 до 42 лет (средний возраст — $24,3 \pm 4,5$ года). Распределение по возрасту на момент обращения оказалось следующим: 14—15 лет — 6 пациентов (4,0%), от 15 до 18 лет — 12 чел. (8,0%), от 18 до 22 лет — 38 чел. (25,3%), от 22 до 26 лет — 30 чел. (20,0%), от 26 до 30 лет — 28 чел. (18,7%), от 30 до 34 лет — 14 чел. (9,3%), старше 34 лет — 22 чел. (14,7%).

По уровню образования пациенты распределены следующим образом: неоконченное среднее образование имели 10 пациентов (6,7%), среднее — 28 чел. (18,7%), среднее специальное — 36 (24,0%), неоконченное высшее — 25 чел. (16,7%), высшее — 45 чел. (30,0%), ученую степень — 6 чел. (4,0%).

В браке (официальном и гражданском) состояли 46 больных (30,7%), при этом свои отношения с супругой (супругом) оценивали как «крепкие, надежные» 30 чел. (20,0%), а в 16 случаях (10,7%) брак был на грани распада. Одинокими оказалось большинство включенных в исследование пациентов — 104 чел. (69,3%). Из них никогда не состояли в браке 54 чел. (36,0%), были разведены 50 чел. (33,3%). В большинстве случаев (42 чел., 28,0%) причиной развода послужила азартная игра пациента, приводящая к развитию тяжелых финансовых, социальных и семейных проблем.

Не учились и не работали, находясь на иждивении близких, 27 из обследованных пациентов (18,0%). Учились 39 пациентов (26,0%). Работали 90 чел. (60,0%). Из них владели собственным мелким и средним бизнесом 28 пациентов (18,7%). Следует

отметить, что 19 чел. (67,9%) из них потеряли крупный бизнес вследствие существенных финансовых расходов в связи с игровой зависимостью. Работали по найму в сфере частного бизнеса 15 чел. (10,0%); трудился на государственной службе 41 чел. (27,3%); 6 пациентов (4,0%) служили офицерами РА (при незначительной доле военных в данном исследовании считаем необходимым отметить, что, по их сообщениям, «большинство офицеров в их частях активно играет в залах»; «эта проблема в армии распространена повсеместно»). Двое пациентов (1,3%) работают в игровом заведении охранниками, еще 9 чел. (6,0%) там работали ранее. При анализе социального положения пациентов нами применялся перечень занятий, утвержденный Постановлением Государственного Стандарта РФ №298 от 30.12.93 г. Использование принятой Госстандартом классификации занятий показывает, что социальное положение пациентов в большем числе случаев (90, 60,0%) имело достаточно высокий уровень социализации.

За помощью обратились впервые 118 пациентов (78,7%), остальные ранее уже получали помощь: нетрадиционную (экстрасенсы, гадалки, целители и т.д.) — 34 пациента (22,7%), психолога — 11 чел. (7,3%), психотерапевта — 8 чел. (5,3%), психиатра — 8 чел. (5,3%).

Распределение по полу показало, что на 135 мужчин (90,0%) пришлось 15 женщин (10,0%), таким образом, соотношение мужчины:женщины оказалось 9:1.

Методы исследования: клинический, математический.

Результаты и их обсуждение

В результате применения клинического метода выявлено ведущее психопатологическое образование: сочетание синдромов психофизической зависимости, измененной реактивности и последствий. «Стержневым проявлением» синдрома зависимости было патологическое влечение, имевшее два возможных уровня — обсессивное и компульсивное. Патологическое влечение было неразрывно связано еще с одним проявлением феномена болезни: состоянием комфорта при реализации влечения и дискомфорта при невозможности этого действия. Единение обсессивного влечения и психического комфорта/дискомфорта составляло синдром психической зависимости, компульсии и физического комфорта/дискомфорта — синдром физической зависимости. Явление выраженного физического дискомфорта с активизацией компульсивного влечения, дисфорическими, гипотимными проявлениями и вегетативной дисфункцией (абстиненция) ярко проявлялось при невозможности реализации патологического влечения к азартной игре. По мере развития расстройства отмечалось постепенное

угасание первичного психотропного эффекта игры, была заметна постепенная его трансформация. С течением времени первичный психотропный эффект замещается релаксирующим, гомеостабилизирующим, тонизирующим и прочими компонентами. Изменялись частота, мотивация и поводы реализации влечения, при этом поведение явно «уходило» от изначальных социально-психологических условий и диктовалось законами болезни, происходил переход от групповой игры к одиночному удовлетворению патологической потребности. Если на ранних этапах отклоняющееся поведение было представлено отдельными эксцессами, то с течением времени они учащались и могли приобрести характер периодических, циклических, систематических, постоянных или смешанных эпизодов. Эта часть феномена была типирована нами в основной группе как симптом «изменение форм исполнения» по аналогии с описанным И.Н. Пятницкой [11] симптомом «изменение форм потребления психоактивных веществ». Производным угасания первичного психотропного эффекта было возрастание толерантности к азартной игре. Компульсивное влечение служило базой для появления двух симптомов: исчезновение количественного контроля и исчезновение «защитных знаков». В целом, симптомы изменения психотропного эффекта при реализации патологического влечения, рост толерантности, симптомы изменения форм осуществления патологического влечения и исчезновения защитных знаков имели патогенетическую общность и могли быть объединены в синдром измененной реактивности. Выявлен синдром последствий длительной реализации патологического влечения. Он состоял в нарастающих личностных изменениях, которые развивались по следующему стереотипу: заострение личностных черт — деформация личности — оскудение личности с нарастанием психосоциальной дезадаптации.

Клинический метод позволил прийти к выводу о том, что патологический гемблинг имеет прогрессирующее течение. Подтверждают этот вывод выявленные закономерности: постепенное вытеснение патологической деятельностью других аспектов душевной жизни пациентов (оскудение сексуальности, сужение круга интересов, угасание хобби; оскудение личности в целом); ведущая роль психологических факторов в возникновении болезни с постепенным снижением их значимости по мере развития расстройства; наличие этапов и стадий болезни; возрастание выраженности не только психопатологических продуктивных (постепенное формирование патологического влечения с переходом от обсессивного к компульсивному, состояния психофизического комфорта/дискомфорта, изменение первичного психотропного эффекта, рост толерантности, изменение способов осуществления пато-

логического влечения, исчезновение защитных знаков), но и личностных (негативных) расстройств.

Описанные закономерности были характерны как для мужского, так и женского вариантов развития ПГ. Изучение женского варианта ПГ позволило выявить ряд особенностей.

1. В предрасположении такое же высокое, как и в группе мужчин, значение имеет наследственная отягощенность болезнями зависимого поведения (алкоголизмом наследственность оказалась отягощена у 122 чел. — 90,3% пациентов мужского пола и 12 чел. — 80,0% пациенток), патология беременности (10 чел. — 66,7%) и родов (7 чел. — 46,7%). Отличает от группы мужчин заметно меньшая представленность неустойчивой акцентуации: 4 случая (26,7%), в то время как в мужской группе она встречалась в 46,0% случаев ($p < 0,05$). Чаще, чем у мужчин, встречались ананкастный (5 чел. — 33,3%) и сензитивно-шизоидный (4 чел. — 26,7%) варианты. Выявлены различия в силе половой конституции: если среди мужчин преобладали (52,0%) субъекты со среднеслабой и слабой половой конституцией, то среди обследованных женщин не встречались пациентки со средней половой конституцией, 8 чел. (53,3%) имели слабую (менее 3,5 баллов), 7 чел. (46,7%) — сильную; 5 пациенток (33,3%) в прошлом подвергались сексуальному насилию и 3 из них (20,0%) считали этот факт сохраняющим значимость, отмечая, что он существенно повлиял на их жизненный путь.

2. Оценка условий развития ПГ у женщин выявила существенную закономерность, отличающую женский вариант ПГ: в 100,0% случаев пациентки были одиночками либо несчастливими в браке. Их мужьями были лица, страдающие алкоголизмом (4 чел. — 26,7%), наркоманией (2 чел. — 13,3%), ПГ (2 чел. — 13,3%), личностным расстройством (3 чел. — 20,0%). Наши данные соответствуют результатам исследования Lesieur H.R., Blume S.B. [19], которые выявили, что женщины-игроки более склонны к одиночеству, чем мужчины. Они используют влечение к игре как способ ухода от проблем, так как чаще, чем мужчины-игроки, бывают одиночками. Если они замужем, то чаще всего живут с алкоголиками, душевно нездоровыми, трудоголиками или часто меняющими работу, менее интеллигентными, чем они, с которыми их ничего не связывает и чьи средства они используют.

3. Средний возраст начала расстройства у женщин оказался достоверно большим ($34,3 \pm 5,3$ года по сравнению с $24,3 \pm 4,5$ года у мужчин, $p < 0,05$). Обследованные женщины четко распределялись в 2 возрастных группы: 20—27 (7 чел.) и 45—50 лет (8 чел.). Обращает на себя внимание, что в первой группе большинство проблем, существовавших до начала игровой деятельности, было связано с деторж-

дением и воспитанием ребенка (у трех пациенток в этой группе ПГ сформировался во время беременности, рожденные дети в настоящее время находятся под нашим наблюдением); во второй группе — с климатическим периодом. Эти периоды гормональной перестройки, с нашей точки зрения, заметно усиливают риск формирования ПГ у женщин.

4. Большая часть пациенток (12 чел. — 80,0%) начинала игровую деятельность после яркого, крайне значимого для них, отрицательно окрашенного события (измена мужа, смерть ребенка, неожиданное увольнение, завершение спортивной карьеры с неопределенностью будущего). Частота острых стрессов и «ухода от них» в игровую деятельность в мужской популяции была намного меньшей. Иными словами, если большинство мужчин-игроков были близки к варианту «игроки действия», то женщины к «беглецам от реальности» (по классификации Galski T. [16]).

5. Развитие ПГ у женщин начиналось с реактивного импринтинга (реакция запечатления) гораздо чаще, чем у мужчин (в 86,7% по сравнению с 29,1%, $p < 0,05$). У мужчин чаще выявлялось оперантное (постепенное) научение.

6. Женский вариант имел более высокую прогрессивность, что проявлялось в более коротком инициальном периоде (в среднем 0,5 года по сравнению с 1,4 года у мужчин, $p < 0,05$), быстром формировании синдромов психофизической зависимости, измененной реактивности и изменений личности. У женщин, страдающих ПГ, деформация и оскудение личности выглядели более яркими, чем у мужчин, поскольку часто затрагивали базовые моральные ценности (в частности, заботу о благополучии детей). К сходным выводам приходили Black D., Moyet T. [14] и Volberg R. [21]. Они отмечали, что у женщин патологическое влечение к игре носит более тяжелые формы. Женщины втягиваются в опасное увлечение игрой в три раза быстрее, чем мужчины, и тяжелее поддаются психотерапии. Это же отметили Tavares H. с соавторами [20]. Ibanez A. с соавторами [17] указывали, что женщины позднее начинали играть, но становление аддикции у них развивалось быстрее.

7. Достоверно чаще при женском варианте встречались вторичные депрессивные расстройства (86,7% по сравнению с 31,7% в мужской группе, $p < 0,05$), была заметно выше частота суицидальных попыток (суицидальные действия совершали 26,7% женщин и 3,7% мужчин, $p < 0,05$). Tavares H. с соавторами [20] также приходили к выводу, что половые различия между мужчинами и женщинами заключались в том, что гемблинг у женщин чаще сопутствовал депрессии, а у мужчин — алкоголизму. Ibanez A. с соавторами [17] установили, что коморбидность с другими психическими расстройствами у мужчин и женщин по

структуре оказалась сходной, но у мужчин чаще встречались алкоголизм и антисоциальное расстройство личности, а у женщин — аффективные расстройства и реакции на физическое насилие.

8. С заметно большей частотой (73,3% по сравнению с 54,0% у мужчин, $p < 0,05$) женщины во время игры испытывали субтрансовое состояние с полной погруженностью в игру, отрешенностью, нарушением представления о времени и частичной амнезией произошедшего эпизода.

Заключение

В ходе исследования установлено, что в ведущих, «стержневых» психопатологических проявлениях ПГ (синдромы психофизиологической зависимости, измененной реактивности и последствий) значительных гендерных различий нет. Вместе с тем, обнаружен половой диморфизм симптоматики, проявляющийся в особенностях, которые позволяют говорить о модифицирующей роли пола на развитие патологического гемблинга. При анализе женского варианта развития ПГ складывается впечатление, что для развития расстройства у женщины необходимы более выраженный predispositional комплекс, более значимые провоцирующие факторы, чем у мужчин, но если расстройство запускается, то оно имеет высокую прогрессивность, выраженную «разрушающую личность» силу. Выявленные особенности имеют значение для индивидуализации программ помощи страдающим ПГ.

Список литературы

1. Андреев А.С., Ковалев А.И., Бухановский А.О. и др. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминальности и виктимности, судебно-психиатрический подход // Материалы 3-й Международной конф. «Серийные убийства и социальная агрессия». — Ростов-н/Д, 2001. — С. 252—262.
2. Бухановский А.О. с соавторами. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. — Ростов-на-Дону, 2002. — 60 с.
3. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. — СПб.: Нева, 2003. — 52 с.

4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М., 2000. — С. 338.
5. Малыгин В.А., Цыганков Б.Д. Психопатология расстройств у зависимых от игры // Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 356—357.
6. Мартюшева Т.С. Исследование гендерных различий пристрастия к азартной игре // Материалы международной конференции «Игровая зависимость: мифы и реальность». — М., 2006. — С. 75—80.
7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебн. пособ. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
8. Менделевич В.Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал. — 2003. — №1. — С. 5—9.
9. Менделевич В.Д. От наркологии к аддиктологии // Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 357.
10. Постнов В.В., Дереча В.А. Гемблинг как заместительная форма аддикции у больных алкоголизмом в стадии ремиссии // Материалы международной конференции «Игровая зависимость: мифы и реальность». — М., 2006. — С. 110—115.
11. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.
12. Сидоров П.И. Наркологическая превентология: Руководство. — М.: МЕДпресс-Информ, 2006. — 720 с.
13. Шемчук Н.В., Ошевский Д.С. О комплексном клинико-психологическом подходе к игровой зависимости // Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 378.
14. Black D.W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour // Psych. Serv. — 1998. — Vol. 49, №11. — P. 1434—1439.
15. Custer R.L. Profile of pathological gambler // J. Clin. Psychiatr. — 1984. — Vol. 45. — P. 35—38.
16. Galski T. Handbook of Pathological Gambling. — Publisher: Thomas, Charles C. Publisher, Limited, 1987. — 24 p.
17. Ibanez A., Blanco C., Morerya P., Saiz-Ruiz J. Gender differences in pathological gambling // J. Clin. Psychiatr. — 2003. — Vol. 64, №3. — P. 295—301.
18. Ledgerwood D.M., Downey K.K. Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population // Addict. Behav. — 2002. — Vol. 27, №4. — P. 483—491.
19. 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. Addict. — 1991. — Vol. 86. — P. 1017—1028.
20. Tavares H., Martins S.S., Lobo D.S. et al. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis // J. Clin. Psychiatr. — 2003. — Vol. 64, №4. — P. 433—438.
21. Volberg R.A. Prevalence studies of problem gambling in the United States // J. Gambling Studies. — 1996. — Vol. 12. — P. 111—128.

GENDER PECULIARITIES OF PATHOLOGICAL GAMBLING

SOLDATKIN V.A.

Rostov State Medical University, Dept. of psychiatry and narcology, Rostov-on-Don

To study the gender peculiarities of pathological gambling (PG), we have examined 150 people suffering from this disorder (135 males and 15 females). No significant gender differences could be determined in the leading, 'core' psychopathological manifestations of pathological gambling (psychophysical dependence, modified reactivity and consequences). At the same time, revealed was symptomatology antigeny, manifesting itself through the peculiarities, which speak in favor of a modifying role of gender in the development of pathological gambling. The female variant of such development is characterized by a number of distinctions: to develop such a disorder, women need a more frank pre-dispositional complex, more significant provoking factors against men. As the disorder is developed, it is characterized by a greater progression and frank 'personality destructive force'. All these peculiarities are important for further individualization of the assistance programs for PG patients.