АДДИКЦИИ

УДК 362.17-02:159.9.07:343.56:796.068:616.89-02:316.6:141

Для цитирования: Сахаров А.В., Клименко Т.В., Голыгина С.Е., Кожинова Т.А., Аркус М.Л., Лобачева А.С., Шагиахметов Ф.Ш., Шайдеггер Ю.М., Юткина И.А., Козлов А.А. Клинические и социально-демографические характеристики лиц с азартным расстройством по результатам многоцентрового исследования. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 3 (132). С. 130-144. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-130-144

Клинические и социально-демографические характеристики лиц с азартным расстройством по результатам многоцентрового исследования

Сахаров А.В., Клименко Т.В., Голыгина С.Е., Кожинова Т.А., Аркус М.Л., Лобачева А.С., Шагиахметов Ф.Ш., Шайдеггер Ю.М., Юткина И.А., Козлов А.А.

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России
Россия, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., 3

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Азартное расстройство является одной из значимых форм поведенческой патологии, распространенность которой в ряде стран достигает 1-3% среди взрослого населения. Несмотря на включение патологического влечения к азартным играм в действующие классификации МКБ-10 и МКБ-11, диагностические границы между различными степенями вовлеченности в азартное поведение в отечественной клинической практике остаются недостаточно определенными, а систематические данные о клинических и социально-демографических характеристиках пациентов с данной патологией в России крайне ограничены. **Цель**. Определить ведущие клинико-психопатологические и социально-демографические характеристики пациентов с азартным расстройством в условиях реальной клинической практики. **Материалы и методы**. Проводится многоцентровое проспективное наблюдательное исследование с участием пациентов с азартным расстройством (в 2025-2027 гг.), получающих лечение, медицинскую или социальную реабилитацию в государственных наркологических учреждениях и негосударственных реабилитационных центрах субъектов Российской Федерации. Представленные данные отражают промежуточные результаты исследования (115 пациентов). Применялись клинико-анамнестический, клинико-психопатологический и статистический методы. Диагнозы устанавливались по критериям МКБ-10 с привлечением диагностических ориентиров МКБ-11. **Результаты.** Патологическое влечение к азартным играм (F63.0) диагностировано у 84,3% пациентов, склонность к азартным играм и пари (Z72.6) – у 15,7%. Среди предпочитаемых видов игр лидировали ставки на спорт (51,4%) и ставки в онлайн-казино (34,8%). Симптомы потери контроля над временем и денежными расходами выявлены у 66,1% и 73,0% обследованных соответственно; идеаторный компонент патологического влечения – у 75,7%; компульсивный характер влечения – у 42,6%. Суицидальное поведение в анамнезе отмечалось у 17,4% пациентов. Коморбидность с наркологическими расстройствами зафиксирована в 61,7% случаев. Составлен типичный социальный портрет пациента: мужчина среднего возраста, холостой, с высшим или средним специальным образованием, сохраняющий трудовую занятость, имеющий финансовые долги (75,7%) и нарушения семейной адаптации (65,2%). **Заключение**. Полученные данные свидетельствуют о высокой степени клинической тяжести азартного расстройства в выборке пациентов, обращающихся за наркологической помощью, и подтверждают значимость коморбидности с другими наркологическими и психическими расстройствами. Результаты имеют практическое значение для совершенствования диагностических критериев и организации специализированной помощи пациентам с азартным расстройством.

Ключевые слова: азартное расстройство, патологическое влечение к азартным играм, склонность к азартных играм и пари, онлайн-казино, спортивные ставки, социально-демографический профиль, клинико-психопатологические характеристики.

ВВЕДЕНИЕ

В течение последнего времени в связи с быстрым распространением цифровых технологий, развитием мобильных букмекерских платформ, онлайн-казино и интернет-гемблинга проблема патологического влечения к азартным играм в условиях их повсеместной доступности приобретает всё большую актуальность, определяя высокий риск формирования азартного расстройства, сопряженного с рядом негативных последствий в разных сферах жизни человека: финансовой, семейной, личностной и в сфере психического здоровья. Цифровые платформы (мобильные приложения, браузерные игры) меняют опыт азартной игры: делают доступ проще, усиливают эффект «ожидаемого выигрыша», создают иллюзию контроля. В связи с этим исследователи разрабатывают классификации онлайн-гемблинга (слоты, ставки на спорт, покер в реальном времени) для понимания механизмов, провоцирующих зависимость, включая мотивацию (жажда острых ощущений, бегство от реальности, компенсация неудач, влияние рекламы и дизайна интерфейсов игр), адаптируют инструменты для выявления азартного расстройства в онлайн-среде [1]. Встречаемость азартного расстройства в 2015 г. различалась в разных странах мира – от 0,12% до 5,8%. В Европе диапазон значений был уже: 0,12–3,4%. В разных регионах разброс различий более выраженный: в Северной Америке – 2–5%, в Азии – 0,5–5,8%, в Океании – 0,4–0,7%. Азартное расстройство встречается чаще среди мужчин, молодёжи (16–24 года), людей, не состоящих в браке, представителей низших социальных групп [2].

Данные международных эпидемиологических исследований свидетельствуют о распространенности азартного расстройства в общей популяции от 0,1% до 5,8%, а ущербу от тех или иных последствий азартных игр подвержены примерно 5,5% женщин и 11,9% мужчин во всем мире. Признаки проблемного участия в азартных играх в течение жизни выявляются у значительно большего числа лиц. Оценки валовой выручки индустрии варьируются, но в целом речь идёт о сотнях миллиардов долларов в год. На этом рынке лидируют Европа, Азиатско-Тихоокеанский регион, Северная Америка и отдельные страны (США, Великобритания, Макао). Установлены тренды: рост онлайн-сегмента, развитие мобильного гемблинга, появление новых форматов (ставки на киберспорт, использование криптовалют, VR-казино) [3]. Согласно позиции ВОЗ, азартные игры – это риск денег или другого ценного предмета при ставках на событие с неопределённым исходом в надежде получить выгоду (ставки на спорт, игровые автоматы, казино, лотереи, бинго). Помимо вреда для психического здоровья (риск депрессии, тревожности, суицидальных мыслей), речь идёт и о социальных последствиях: разрушение семейных отношений, финансовое неблагополучие, вовлечение в преступность (кража, мошенничество), пренебрежение обязанностями. Подчёркивается, что онлайн-формат особенно опасен: постоянная доступность, быстрые циклы ставок, упрощённые платежи и агрессивный маркетинг повышают риск развития проблемного поведения [4]. Международный проект журнала The Lancet по системному рассмотрению проблемы вреда от азартных игр с точки зрения общественного здоровья позволил определить глобальные вызовы, связанные с азартными играми, и выявить факторы, усиливающие вред, изучить эпидемиологию проблем, оценить эффективность существующих мер регулирования, сформулировать рекомендации для политиков, международных и национальных органов, чтобы снизить вред на популяционном уровне [5].

Ключевым этапом развития представлений об азартном расстройстве (gambling disorder) на современном этапе стало преобразование его нозологического статуса. Патологическое влечение к азартным играм традиционно рассматривалось в рамках нарушений контроля импульсов. Виды игр: чистой случайности (лотереи, игровые автоматы, скретч-карты, бинго), с элементом навыка (спортивные ставки, карточные игры вроде блэкджека, покер), онлайн-форматы (интернет-казино, ставки в приложениях). С азартным расстройством ассоциируются также интерактивные интернет-игры, электронные игровые автоматы (слоты), некоторые формы казино. Исследователи на основе психометрических оценок и характеристик поведения выделяют типы игроков: эмоционально уязвимые, антисоциальные импульсивные, а также факторы риска: возраст начала игры, длительность и уровень вовлечённости в разные форматы [6, 7].

При азартном расстройстве находят схожие с наркологическими расстройствами нейробиологические механизмы: активацию системы вознаграждения, симптомы отмены при отсутствии стимула, потерю контроля. В DSM-5 азартное расстройство переместили в раздел «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ» (как аддиктивное расстройство), а расстройство, связанное с видеоиграми, добавили в приложение для дальнейших исследований [8]. По обновлённой версии модели I-PACE, в этой части не следует ограничиваться зависимостью от видеоигр, так как похожие механизмы работают при других видах аддиктивного поведения (компульсивный шоппинг, компульсивное сексуальное поведение) [9]. По данным 20 исследований (n=505 с поведенческими зависимостями, n=564 здоровых), у людей с поведенческими зависимостями снижен объём серого вещества в зонах: левая пе-

редняя поясная кора, правое путамен, правая дополнительная моторная область [10].

По результатам 50 исследований с применением функциональной МРТ (906 участников и 401 фокус активации), при азартном расстройстве наблюдается гиперактивация в трёх зонах: правая нижняя лобная извилина, двустороннее хвостатое ядро, левая средняя лобная извилина, что может отражать усиление стимулов к вознаграждению и автоматизацию поведения, а изменённая связность между этими зонами – нарушение нормального взаимодействия между системами мотивации и контроля [11]. Дефицит D2-рецепторов сам повышает уязвимость к азартному поведению. Так, у пациентов с болезнью Паркинсона, принимающих агонисты дофаминовых рецепторов, нередко развивается патологическое влечение к играм. Совокупность нейробиологических данных – сходство механизмов (дофаминовая дисрегуляция, нарушения в контроле импульсов, реакция на стимулы) и коморбидность с другими аддикциями – говорит в пользу того, чтобы рассматривать патологическое влечение к азартным играм как аддиктивное расстройство [12]. Сравнение реакции мозга у 19 мужчин с расстройством, связанным с азартными играми, и 19 здоровых с помощью фМРТ, показало усиление влечения к игре, высокую реактивность в левой инсуле и передней поясной коре в ответ на игровые стимулы, что поддерживает теорию инсентивной сенсибилизации: при зависимостях стимул вызывает сильный «инсентив» (мотивацию), даже если сама награда не стала приятнее. Влечение к участию в азартной игре положительно коррелировало с активностью в двусторонней инсуле и вентральном стриатуме, а также отрицательно – с функциональной связностью между вентральным стриатумом и медиальной префронтальной областью [13].

Gambling disorder в DSM-5 представлено как стойкое, рецидивирующее проблемное игровое поведение, приводящее к клинически значимому дистрессу (подавленность, апатия, тревожность) или нарушению функционирования. Диагноз устанавливается при наличии не менее 4 диагностических критериев в течение 12 месяцев [6].

Согласно данным зарубежной литературы, азартное расстройство описывается как хроническое рецидивирующее расстройство, характеризующееся формированием патологического влечения, утратой контроля над игровым поведением, нарушением социальной адаптации со значительным снижением качества жизни [14]. У людей с азартным расстройством часто одновременно диагностируют употребление ПАВ и выявляют схожие клинические проявления: потеря контроля, толерантность (необходимость ставить всё больше денег), раздражительность, беспокойство при попытке сократить участие в игре, использование игрового поведения для совладания со стрессом.

Российские исследователи подчеркивают роль сверхценного отношения к игровому поведению, постепенного сужения круга интересов, формирования эмоциональной зависимости от игры и нарастающей социальной дезадаптации. В группах пациентов (с зависимостью от азартных игр, сочетанием азартного расстройства с синдромом зависимости от алкоголя/героина, азартного расстройства с шизофренией) выявлено изменение разных аспектов болезни во времени: мотивация к азартной игре, как зависимость проявляется (манифестация), этапы становления, характер патологического влечения, особенности начала и окончания «игровых запоев», проявления игрового абстинентного синдрома [15]. К клиническим особенностям азартного расстройства относят сверхценность деятельности, невозможность контролировать время, проведённое в игре, и поведение во время использования, симптомы отмены при ограничении доступа (тревога, дискомфорт), повышение толерантности (нужно больше времени в игре), продолжение поведения вопреки негативным последствиям, эмоциональные и поведенческие сдвиги (тревожность, импульсивность, трудности с эмоциональной регуляцией, избегающее поведение) [16]. По данным нейропсихологического тестирования, выявлены снижение когнитивной гибкости, проблемы с торможением, дефицит планирования, нарушения распределения внимания, дефициты в сфере принятия решений, импульсивность, рискованность, предпочтение сиюминутного вознаграждения, трудности с прогнозированием, обесценивание последствий, когнитивные искажения, иллюзия контроля, «ошибка игрока» (заблуждение Монте-Карло), избирательность памяти, магическое мышление, катастрофизация, ложная атрибуция [17]. У лиц с симптомами СДВГ (особенно с компонентом импульсивности) в 3,5 раза чаще встречаются проблемы с гемблингом, они дольше играют, быстрее развивают зависимость, находят «успокаивающий» эффект в игре. Кроме того, у них чаще встречаются расстройства личности кластера В, проблемы с употреблением психоактивных веществ, более высокий риск суицидальных попыток, наиболее сильную связь выявляют с гиперкинетически-импульсивным типом СДВГ [18]. Анализ данных (n=13 543 взрослых) Национального эпидемиологического исследования по алкоголю и связанным состояниям с выделением групп по тяжести азартных игр (неигровые, с низким риском, с риском / проблемные / патологические) и оценка наличия суицидальных мыслей или попыток показали, что участники с рисками демонстрировали высокие показатели по спектру расстройств личности по оси Axis II DSM-4. Связь

между тяжестью азартного расстройства и наличием расстройств личности (особенно кластера В – драматические, эмоциональные расстройства) оказалась сильнее в группе лиц с отсутствием в анамнезе суицидального поведения [19]. Люди с азартным расстройством в среднем моложе, среди них чаще встречаются мужчины, выше доля состоящих в разводе, чаще диагностируют депрессию, ПТСР, нервную булимию, чаще встречается сочетание с компульсивными покупками, интернет-зависимостью, проблемным сексуальным поведением. Для них характерны повышенная импульсивность, сниженные уровни самостоятельности), кооперативности, самопреодоления, самонаправленности [20].

В выборке 43 093 взрослых употребление каннабиса показало влияние на связь между тяжестью азартного расстройства и психическими заболеваниями, включая оси Axis I и Axis II. Факты употребления каннабиноидов отчасти размывает закономерность, что чем сильнее патологическое влечение к азартным играм, тем выше риск других психических нарушений [21].

Согласно данным систематического обзора и метаанализа популяционных исследований, общая распространенность любого психического расстройства у пациентов с гемблингом составляет 82,2%, наиболее высокие показатели зафиксированы для расстройств, связанных с употреблением ПАВ, аффективных и тревожных расстройств [1].

Приводятся клинические признаки азартного расстройства: навязчивые мысли об игре, планирование игровых сессий, потеря контроля, толерантность, дискомфорт при попытке сократить активность, циклы (фаза выигрыша с верой в удачу, фаза проигрышей, фаза отчаяния), изменения в эмоционально-волевой сфере (обеднение эмоций, чёрствость, безразличие к близким, снижение мотивации), сопутствующие нарушения: тревожные и депрессивные расстройства, обсессивно-компульсивные черты, иногда паранойяльные проявления, феномен изменённого сознания (транса) [22].

В настоящий момент для отечественной наркологии определение нозологического статуса проблемного игрового поведения приобретает практическую значимость, поскольку с 1 сентября 2026 г. вступает в силу Приказ Минздрава России от 13 ноября 2025 г. № 666н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» [23], согласно которому медицинская помощь будет оказываться лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, при патологическом влечении к азартным играм (код F63.0 МКБ-10), а также при проблемах, связанных с образом жизни (код Z72.6 МКБ-10) [24].

Поскольку Распоряжением Правительства РФ от 31.01.2024 № 200-р «О приостановлении плана мероприятий по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра (МКБ-11)» классификация МКБ-11 для диагностики азартного расстройства в РФ неприменима, а перечень критериев для установления диагноза F63.0 по МКБ-10 минимален, для верификации диагноза клиницисты вынуждены использовать некоторые характеристики, описанные в DSM-5 и МКБ-11 [25]. Следует отметить, что изучению клинических, психологических и социальных аспектов азартного расстройства в контексте систематизированного клинико-психопатологического подхода посвящено крайне мало работ российских ученых.

Представленное научное исследование, выполненное на репрезентативной выборке пациентов с азартным расстройством из различных регионов Российской Федерации, восполняет указанные пробелы и позволяет определить ведущие клинико-психопатологические характеристики заболевания, уточнить социально-демографический профиль пациентов, что создает основу для совершенствования диагностических критериев, оптимизации маршрутизации и разработки дифференцированных лечебно-реабилитационных программ в рамках нового порядка оказания наркологической помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить клинико-психопатологические и социально-демографические характеристики пациентов с азартным расстройством.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленный в статье фрагмент исследования основан на анализе результатов обследования врачами психиатрами-наркологами – специалистами ННЦН – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 115 пациентов с азартным расстройством, проходивших лечение, медицинскую реабилитацию или социальную реабилитацию в 2025-2026 гг. в следующих организациях: филиалах ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России – клиническом подразделении ННЦ наркологии, клиническом подразделении Московского НИИ психиатрии, клинико-реабилитационном центре «Хмолино» – 47 человек (40,9%); медицинских организациях субъектов РФ, оказывающих специализированную наркологическую помощь (Липецкая, Калужская, Курская, Иркутская, Свердловская, Ростовская, Ярославская области, Республика Башкортостан) – 39 человек (33,9%); негосударственных социально-ориентированных некоммерческих организациях, оказывающих услуги по социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами, расположенных в 6 субъектах РФ – 29 человек (25,2%).

В перечисленные организации за медицинской/социальной помощью по поводу азартного расстройства обратились 46 человек (40,0%). Большинство (60,0%) обращались по поводу иных заболеваний, признаки азартного расстройства выявлены у них при помощи скрининга посредством использования сплошным методом Шкалы оценки признаков азартного поведения (Gambling Symptom Assessment Scale, G-SAS) и Шкалы оценки признаков азартного онлайн-поведения (Online Gambling Symptom Assessment Scale, OGSAS). Перед началом обследования от каждого участника было получено информированное добровольное письменное согласие на участие в исследовании.

Основные методы в представленном фрагменте исследования: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, статистический. Все результаты заносились в специально разработанную карту обследования пациента с азартным расстройством. Возраст включенных в исследование находился в диапазоне 16-59 лет (медиана 32,0 (25,0; 40,0) лет). Пациенты были представлены преимущественно лицами мужского пола – 84,3%, на женщин пришлось 15,7%; соотношение мужчин и женщин составило 5,4:1.

Критерии включения в исследование: лица мужского и женского пола старше 15 лет с диагнозами: патологическое влечение казартным играм (F63.0), склонность к азартным играм и пари (Z72.6). Критерии невключения: сопутствующие психические расстройства, которые делали невозможным проведение клинического исследования; тяжелые соматоневрологические заболевания; отсутствие согласия пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: неспособность принимать участие в исследовании или ненацеленность на конструктивное участие; пациенты с возникшим в процессе участия в исследовании обострением хронических неврологических и/или соматических заболеваний; запрос участника об исключении из исследования. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа Microsoft Excel и Statistica 11.0 (StatSoft, Inc., США). Применены методы описательной статистики: изучение распределения частот и таблиц сопряженности, расчет медианы, первого и третьего квартилей.

Ранее были опубликованы материалы по дизайну и методологии исследования по изучению азартного расстройства в рамках темы государственного задания Минздрава России и предложены более точные инструменты для дифференциальной диагностики азартного расстройства от других. Разработка методов диагностики, выявления и профилактики патологического влечения к азартным играм базируется на изучении клинико-динамических, психологических и нейробиологических характеристик [26].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

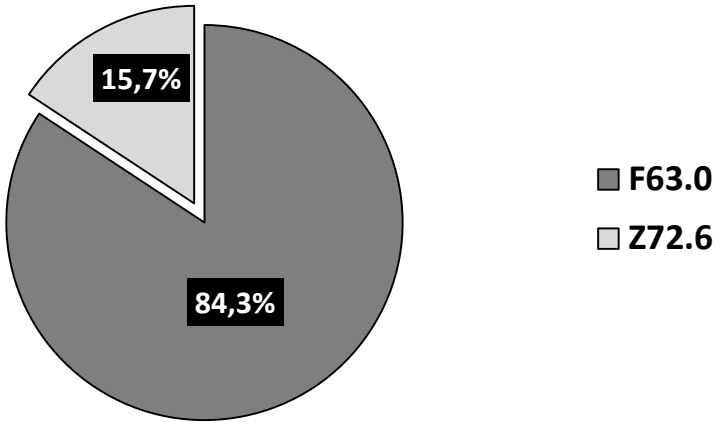
Существующая терминология, описывающая феномен дезадаптивных моделей азартного расстройства, включающая в себя разграничение участия в азартных играх от «нормы» до «патологии», в настоящее время ограничена диагностическими критериями МКБ-10: рубрика F63 (Расстройства привычек и влечений) – F63.0 (патологическое влечение к азартным играм) и рубрика Z72 (Проблемы, связанные с образом жизни) – Z72.6 (склонность к азартным играм и пари). При этом четкие диагностические критерии, которые могут использоваться специалистами в рутинной практике, фактически отсутствуют; представленные в отечественной научной литературе подходы к диагностике патологического влечения к азартным играм серьезно разнятся, а смысловое наполнение «склонности к азартным играм» не сформировано.

В настоящем исследовании для клинической диагностики F63.0 применялись следующие основные диагностические признаки: «продолжение участия в игре, несмотря на негативные последствия» (долги, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и др.) из МКБ-10, «потеря контроля над игрой», «предпочтение игровому поведению перед всеми другими жизненными интересами и деятельностью» из МКБ-11 (рубрики 6C50, 6C51). Для других «проблемных» игровых паттернов был применен код Z72.6, когда указанные выше диагностические критерии не регистрировались в достаточной степени выраженности, но могли присутствовать другие клинические проявления проблемной включенности в азартные игры.

Посредством сбора анамнестических сведений, как субъективных, так и с привлечением третьих лиц, устанавливалась максимально достоверная клиническая картина азартного расстройства. В результате диагноз «Патологическое влечение к азартным играм» (F63.0) был установлен 97 пациентам (84,3%), в остальных случаях (15,7%) определен диагноз «Склонность к азартным играм и пари» (Z72.6).

Клиническая структура азартного расстройства среди обследованной выборки представлена на рисунке 1.

Установлено, что возраст первого участия в азартной игре находился в диапазоне от 14 до 49 лет, медиана 20,0 (18,0; 26,0) лет. Обстоятельствами первой игры чаще становились компания и предложения окружающих (80,0%). Как правило, вовлечение в азартные игры происходило быстро – пациенты в подавляющем большинстве (74,8%) вновь возвращались к азартной игре через дни-месяцы после первого опыта. От первого опыта азартной игры до проблемного участия в ней временной период ограничивался 1 годом (59,1%) (табл. 1).



Р и с у н о к 1. **Структура диагнозов у обследованных пациентов в рамках азартного расстройства**

Т а б л и ц а 1. **Клинико-анамнестические характеристики обследованных пациентов с азартным расстройством**

Показатель	Пациенты с азартным расстройством (n=115)	
	абс.	%
Обстоятельства первого участия в азартной игре:		
а) предложения окружающих;	92	80,0
б) самостоятельное решение	23	20,0
Временной период повторного участия в азартной игре после первого опыта:		
а) дни;	59	51,4
б) недели;	27	23,4
в) месяцы;	21	18,3
г) годы	8	6,9
Временной период формирования проблемного участия в азартной игре после первого опыта:		
а) до 6 месяцев;	49	42,6
б) от 6 до 12 месяцев;	19	16,5
в) от 1 до 2 лет;	5	4,4
г) от 2 до 3 лет;	19	16,5
д) от 3 до 5 лет;	9	7,8
е) 5 лет и более	14	12,2
Частота участия в азартных играх до проблемного участия в них:		
а) ежедневно;	0	0,0
б) несколько раз в неделю;	38	33,1
в) один раз в неделю;	14	12,2
г) несколько раз в месяц;	27	23,4
д) один раз в месяц;	14	12,2
е) несколько раз в год	22	19,1
Частота участия в азартных играх после проблемного участия в них:		
а) ежедневно;	48	41,7
б) несколько раз в неделю;	36	31,3
в) один раз в неделю;	4	3,5
г) несколько раз в месяц;	10	8,7
д) один раз в месяц;	5	4,4
е) несколько раз в год	12	10,4

Предпочитаемыми в настоящее время видами азартных игр наиболее часто становились спортивные ставки (51,4%), значительно реже использовались ставки в онлайн-казино (34,8%), игровые автоматы и карточные игры (рис. 2). Основные клинико-психопатологические характеристики пациентов с азартным расстройством отражены в таблице 2. Средняя частота участия в азартных играх до формирования проблемной вовлеченности в них в большинстве случаев (68,7%) варьировала от нескольких раз в неделю до нескольких раз в месяц. Частота участия в азартных играх после развития проблемного участия существенно возросла – ежедневно стали играть 41,7% обследованных, а от нескольких раз в неделю до нескольких раз в месяц – суммарно 85,3%.



Р и с у н о к 2. **Структура видов основной азартной игры у пациентов с азартным расстройством**

Т а б л и ц а 2 . **Клинико-психопатологические характеристики пациентов с азартным расстройством**

Показатель	Пациенты с азартным расстройством (n=115)	
	абс.	%
Симптом потери контроля над временем участия в азартной игре	76	66,1
Симптом потери контроля за денежными расходами на азартную игру	84	73,0
Невозможность самостоятельно остановиться после выигрыша	55	47,8
Наличие собственной «системы ограничений» участия в азартных играх	63	54,8
Ложная система выигрышей, уверенность в возможности прогнозировать исход игры	31	27,0
Наличие периодических доминирующих мыслей об азартной игре	87	75,7
Наличие эмоциональных нарушений, фантазий, снов игрового содержания, нарастающего дискомфорта перед игровым эпизодом	83	72,2
Наличие признаков компульсивного влечения к участию в азартных играх	49	42,6
Раздражительность и беспокойство при попытках ограничить участие в игре	75	65,2
Безуспешные неоднократные попытки контролировать игру	69	60,0
Усиление потребности в азартной игре при негативных переживаниях/эмоциях	61	53,0
Стремление вернуться к азартной игре, чтобы отыграться	90	78,3
Попытки приуменьшить свою вовлеченность в азартные игры	68	59,1
Ложные обещания окружающим прекратить участие в азартных играх	70	60,9
Проблемы в отношениях с родными из-за участия в азартных играх	75	65,2
Проблемы в отношениях с друзьями из-за участия в азартных играх	45	39,1
Проблемы на работе/учебе из-за участия в азартных играх	31	26,9
Наличие долгов и других финансовых трудностей из-за участия в азартных играх	87	75,7
Вовлечение других людей в свои финансовые проблемы	68	59,1
Проблемы с законом (криминальное поведение) из-за участия в азартных играх	21	18,3
Завершение азартного игрового эпизода: а) под влиянием внешних обстоятельств; б) самостоятельно	 75 40	 65,2 34,8
Наличие ремиссий азартного расстройства продолжительностью не менее года	60	52,2

Инициальными мотивами участия в азартных играх чаще выступали «желание выиграть крупную денежную сумму» (68,6%), «весело, интересно», ощущение легкости (64,3%), «хобби» (43,5%), «ради чувства удовольствия при выигрыше» (47,8%), «чтобы заработать немного денег» (60,8%) , «потому что занимаюсь игрой в компании с друзьями» (26,1%). Но после опыта участия в азартных играх и долгого перерыва мотивы были уже другими, а перечень их стал меньше: «чтобы заработать немного денег» (40,0%) или «выиграть крупную сумму» (30,4%), «потому что помогает справиться с напряжением» (26,1%), «ради чувства удовольствия и удовлетворения при выигрыше» (19,1%). Со слов пациентов, игровые эпизоды провоцировались как внешними факторами (предложениями окружающих, желанием соответствовать группе, рекламой и медиа, употреблением ПАВ, стремлением к получению денег) – в 68,7% случаев, так и собственным состоянием (эмоциональными переживаниями, навязчивыми мыслями, фантазиями о выигрыше, снами об игре) – в 60,9% случаев, а также сочетанием указанных факторов.

Длительность участия в азартных играх варьировала от 15 минут (часто повторяясь в течение

одних суток) до многих дней («пока не закончатся деньги») – игровой эпизод.

Максимальная сумма проигранных денег за игру составляла от 2 тыс. до 30 млн рублей. Максимальный проигрыш, оставшийся после игрового эпизода, составлял от 4 тыс. до 20 млн рублей. Максимальный выигрыш, со слов респондентов, составлял от менее 1 тыс. до 10 млн рублей. Максимальный выигрыш, оставшийся после игрового эпизода, достигал 1,6 млн рублей.

Симптом потери контроля над временем участия в азартной игре отчетливо выявлялся у 66,1% обследованных лиц, симптом потери контроля за денежными расходами на азартную игру – у 73,0%. На невозможность самостоятельно остановиться после выигрыша указали 47,8% лиц с азартным расстройством. Наличие собственной «системы ограничений» или суточного лимита проигрышей использовали 54,8%, при этом соблюдать данные условия удавалось «редко» или «почти никогда». У 27,0% обследованных присутствовала уверенность в возможности прогнозировать выигрыши или даже формировалась убежденность в наличии собственной «системы» возможных выигрышей.

Наличие периодических доминирующих мыслей об азартной игре выявлено у 75,7% пациентов с азартным расстройством, что можно трактовать как идеаторный компонент влечения. Другие проявления обсессивного влечения в виде предшествующих эмоциональных нарушений, фантазий, снов игрового содержания, нарастающего психологического дискомфорта определялись в 72,2% случаев (что косвенно свидетельствует о наличии признаков психической зависимости). Четкие симптомы компульсивного влечения к участию в азартных играх (без предшествующей борьбы мотивов) установлены у 42,6% обследованных.

В период игрового эпизода раздражительность и беспокойство при попытках ограничить участие в игре испытывали 65,2% обследованных с азартным расстройством. Безуспешные неоднократные попытки контролировать игру определялись в 60,0% случаев. При негативных переживаниях потребность в игре усиливалась у 53,0% респондентов. Стремление вернуться к игре, чтобы отыграться, отмечено у 78,3% опрошенных. Попытки приуменьшить свою вовлеченность в глазах окружающих предпринимали 59,1%; ложные обещания и заверения окружающим и близким прекратить игру давали 60,9% обследованных.

На наличие проблем в отношениях с родными из-за азартных игр указали 65,2% пациентов, в отношениях с друзьями – 39,1%; трудности на работе/учебе присутствовали у 26,9%, долги и другие финансовые трудности – у 75,7% обследованных, вовлекали других людей в решение своих финансовых проблем – 59,1%; на наличие проблем с законом из-за участия в азартных играх и долгов указали 18,3% включенных в исследование.

Суицидальное поведение в анамнезе отчетливо определялось у 20 пациентов (17,4%) и, предположительно, было связано с наличием у них высокой импульсивности и эмоциональной дисрегуляции, что нуждается в дополнительном изучении и подтверждении при патопсихологическом обследовании.

Часто определяемая у пациентов «стадия выигрышей» подразумевала положительные подкрепления от первых удачных игровых «сессий» и испытываемую при этом эйфорию наряду с иллюзией «контроля выигрышей» («импринтинг» – запечатление). Как правило, на этот период приходились самые крупные выигрыши, которые побуждали к продолжению игры, увеличению ставок и затрачиваемого на игру времени. В ряде случаев стадия выигрышей была редуцирована: имея собственные убеждения, но поддавшись советам других, более «опытных игроков», пациентами была сделана впервые крупная ставка, которая оказалась проигрышной, и понимание того, «что могло бы быть, если бы послушал себя, а не других», побудило к дальнейшему игровому поведению и стремлению «доказать себе и другим, что самостоятельно может достичь успеха, не прибегая при этом к советам окружающих».

Как правило, эту стадию пациенты описывали наиболее тщательно, красочно и охотно, сопровождая мимико-вегетативными реакциями. Также отмечались элементы дереализации и деперсонализации на высоте эмоциональных переживаний в момент выигрыша: «казалось, что могу выиграть все деньги мира», «отключался от действительности, словно это был не я, а кто-то свыше мной руководил», часто «полностью терялось ощущение времени и окружающего мира» и т.п. Состояние напоминало своеобразное «сужение когнитивной сферы», пациенты описывали периоды парциальных амнезий во время игры – не могли впоследствии вспомнить, какие события во время участия в азартной игре происходили вокруг, а иногда – до и после игры. Длительность стадии выигрышей по продолжительности была у каждого пациента разной: от нескольких дней или недель до нескольких лет (при условии сохранения контроля над игрой).

На так называемой «стадии проигрышей» особенно ярко проявлялось патологическое влечение к азартным играм, и, несмотря на проигрыши, сохранялась уверенность в скором выигрыше. Пациенты описывали невозможность остановиться в процессе игры (отмечалась потеря контроля над временем и денежными средствами). Все выигранные суммы не «выводились из игры», а служили новыми средствами для дальнейших ставок. Влечение к игре по описанию часто можно было рас-

ценить как сверхценное образование, своеобразную поведенческую доминанту, часто сопровождаемую описанным выше «сужением когнитивной сферы» или даже «сужением сознания». Со слов родственников, лишь на этапе проигрышей члены семьи и окружающие замечали наличие проблемы (появление долгов, изменение поведения – лживость, изворотливость, отстраненность, раздражительность вплоть до агрессивности, беспокойство, бессонница, нарушения режима дня и цикла «сон-бодрствование», тревожность, усугубление имеющейся зависимости от ПАВ, одержимость мыслями об игре).

На «стадии разочарования» в большинстве случаев присутствовали значительные финансовые трудности в виде долгов, микрозаймов, закладывания ценностей и т.п. Несмотря на это, количество времени, проводимого за игрой, и размеры ставок не уменьшались. Полностью отсутствовал контроль над распределением времени и денежных средств. Отмечалась профессиональная и семейная дезадаптация. Характерно описание пациентами роста ставок: мелкие суммы денег не вовлекались в игру – накапливалось необходимое количество денежных средств, чтобы сыграть «по-крупному», с большими ставками. Также присутствовала и своеобразная интолерантность – когда при наличии денежных средств участие в игре не возобновлялось, что объяснялось «отсутствием ожидания получить удовольствие от игры» – такое случалось после предшествующего длительного игрового эпизода.

Прекращение игрового эпизода (особенно многодневного) часто сопровождалось общей слабостью из-за хронического переутомления, замедлением мышления, некоторой заторможенностью, усталостью, малообщительностью. Данное состояние можно интерпретировать в качестве «постигрового состояния», проявляющегося преимущественно астенической симптоматикой (что нельзя с уверенностью квалифицировать как синдром отмены ввиду отсутствия иных клинических проявлений, выходящих за рамки астенического синдрома).

Завершение азартного игрового эпизода связывали с внешними обстоятельствами 65,2% пациентов, самостоятельно могли прекратить участие в азартных играх – 34,8%. Основными причинами завершения игрового эпизода пациенты называли следующие: «закончились финансовые средства» – 53,0%, «нет возможности взять деньги в долг» – 23,5%; более редкие причины: прекращение употребления психоактивных веществ – 3,5%, окончание спортивных турниров в сфере азартных развлечений – 2,6%, обращение за стационарной медицинской помощью – 2,6%.

Кроме того, в части случаев игровое поведение сопровождалось приемом ПАВ, что вызывало поведенческие сдвиги, поэтому после прекращения игрового эпизода соматовегетативные и психопатологические расстройства могли входить в структуру синдрома отмены ПАВ. Соответственно определять однозначные конкретные последствия именно игрового эпизода не всегда представлялось возможным, при этом существует вероятность ошибочной трактовки указанного состояния в качестве синдрома отмены при азартном расстройстве.

В 39,1% случаев отмечено употребление алкоголя в период игрового эпизода, сочетанное употребление нескольких видов ПАВ (включая и алкоголь) наблюдалась в 20,0% случаев. Потребителями наркотических веществ были 32 пациента (27,8%). Азартное поведение (навязчивые мысли, эмоциональная нестабильность, потеря контроля) могло проявляться или усугубляться в состоянии интоксикации ПАВ, в случае употребления наркотиков пациенты рассматривали участие в игре как как способ получения дохода с целью приобретения ПАВ. При этом после получения желаемой суммы игровой эпизод мог прекращаться. Вне состояния интоксикации играли 37,8% участников исследования. Данные факты указывают на высокую взаимосвязь азартного расстройства и употребления ПАВ (импульсивность и снижение контроля, ухудшение регуляции эмоций, уязвимость к разным формам аддиктивного поведения).

Длительные периоды воздержания от участия в азартных играх (до нескольких лет) отмечали 52,2% лиц с азартным расстройством, некоторые это связывали с полным отказом от употребления ПАВ. Осознание вреда, желание восстановить отношения, карьеру, здоровье служило опорой в период длительного воздержания. Но даже при длительной стойкой ремиссии риск рецидива сохраняется, так как игровая зависимость часто имеет волнообразное течение, когда периоды стабильности сменяются срывами. Кроме того, в ряде случаев при ремиссии наркологического расстройства или вне обострения психиатрического заболевания игровое поведение (компульсии или импульсивные действия) полностью прекращалось до следующего рецидива, что указывает на важность исследования феномена коморбидности при азартном расстройстве.

Как показали промежуточные результаты исследования, азартное расстройство сопровождалось в 67,8% случаев коморбидностью с иными наркологическими и/или психическими расстройствами.

Структура коморбидной наркологической патологии (которая присутствовала в 61,7% случаев – у 71 пациента) представлена в таблице 3.

Таблица 3. **Структура диагностированных наркологических расстройств у пациентов с азартным расстройством**

Психические и поведенческие расстройства в связи с употреблением ПАВ	Пациенты с азартным расстройством (n=71)	
	абс.	%
Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1)	5	7,0
Употребление каннабиноидов с вредными последствиями (F12.1)	2	2,8
Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)	25	35,3
Синдром зависимости от опиоидов (F11.2)	4	5,6
Синдром зависимости от каннабиноидов (F12.2)	3	4,2
Синдром зависимости от психостимуляторов (F15.2)	11	15,5
Синдром зависимости от нескольких ПАВ (F19.2)	21	29,6

Психические расстройства были диагностированы, как правило, ранее, задолго до проведения настоящего обследования и встречалось в 8,7% случаев (n=10). Распределение по структуре выглядело следующим образом: органическое непсихотическое расстройство – 10,0%, шизофрения – 10,0%, невротические и связанные со стрессом расстройства – 10,0%, специфическое расстройство личности – 40,0%, аффективные расстройства – 30,0% (2 пациента с БАР, 1 пациент с рекуррентным депрессивным расстройством). У 3 пациентов (2,6%) азартное расстройство сочеталось с наркологическим и психическим расстройствами. В частности, это сочетание случаев БАР и случая специфического расстройства личности с зависимостью от ПАВ. В 38,3% случаев (n=44) отчетливые личностные изменения отмечены у пациентов, с нашей точки зрения, сопряженные с азартным расстройством: заострение (актуализация психопатических черт), черствость, безразличие к близким и собственным обязанностям, снижение эмпатии, чувства долга, ответственности; манипулятивное поведение с женами или родителями, циничное и пренебрежительное отношение к их помощи; эмоциональное огрубление, эгоцентризм, лживость, конфликтность. Значимыми показателями адаптационных возможностей человека в социуме является его образовательный уровень, семейное положение, наличие детей, а также занятость. Социально-демографические показатели пациентов с азартным расстройством отражены в таблице 4.

Таблица 4. **Социально-демографические характеристики пациентов с азартным расстройством**

Показатель	Пациенты с азартным расстройством (n=115)	
	абс.	%
Уровень образования:		
а) неоконченное среднее;	6	5,2
б) среднее;	22	19,1
в) среднеспециальное;	36	31,3
г) неоконченное высшее;	24	20,9
д) высшее.	27	23,5
Семейное положение:		
а) официальный брак;	32	27,8
б) фактический брак (совместное проживание);	10	8,7
в) в отношениях;	5	4,4
г) не женат/не замужем;	43	37,4
д) разведен/разведена;	23	20,0
е) вдовец/вдова.	2	1,7
Наличие детей	48	41,7
Проживание:		
а) с партнером;	43	37,4
б) с родителями (иными родственниками);	35	30,4
в) одинокое проживание	37	32,2
Социальный статус:		
а) обучающийся;	20	17,4
б) работающий (полная занятость);	47	40,9
в) работающий (частичная занятость/случайные заработки);	19	16,5
г) ведение домашнего хозяйства;	2	1,7
д) не работали/не учились;	26	22,6
е) пенсионер.	1	0,9
Наличие судимости	37	32,2
Психопатологически отягощенная наследственность наркологическими расстройствами близких родственников	83	72,2
Наличие азартного расстройства у близких родственников	12	10,4

Как видно из таблицы 4, среди пациентов с азартным расстройством преобладают лица с высшим, неоконченным высшим и среднеспециальным образованием (75,7%). Семейный статус обследованных чаще был представлен неженатыми или разведенными (57,4%). У 48 человек (41,7%) есть дети. В большинстве случаев (62,6%) лица с азартным расстройством проживали одни или с родителями. По социальному статусу преобладали работающие (57,4%) и учащиеся (17,4%). Имели судимость 32,2%, из них у 29,7% с непрошедшим сроком погашения. Отбывали наказание в местах лишения свободы 12 человек (10,4%). 83 пациента (72,2%) указали на наличие в семье родственников, имеющих проблемы с употреблением ПАВ, преимущественно алкоголя (тревожные и депрессивные расстройства, импульсивность, агрессия, непредсказуемость реакций, трудности с самоконтролем, когнитивные искажения). 12 человек (10,4%) сообщили о наличии азартного расстройства у близких родственников. Патология детского возраста с нарушением процессов развития психики отмечалась у 40,0% обследованных, в том числе ночной энурез – 17,3%, гипердинамический синдром – 47,8%, синдромы страхов – 36,9%, логоневроз – 13%, сомнамбулизм у 19,5%, патологическое фантазирование – 6,5%, отставание в развитии – 4,3%. 54,7% респондентов имели специфические особенности воспитания в детстве: гиперопека – 41,3%, гипоопека – 33,3%, воспитание по типу «кумир семьи» – 17,5%, воспитание в условиях эмоционального отчуждения с игнорированием интересов ребенка – 7,9%. Физическому насилию и жестокости в детстве подвергались 28,7% (следы травм, тревожность, боязливость). У 76,5% пациентов отмечались характерологические особенности в детские и подростковые годы (низкий уровень эмпатии, импульсивность, склонность к манипуляциям, игнорирование чужих потребностей, виртуальная жестокость).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в структуре азартного расстройства у пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях в наркологических медицинских организациях или социальные услуги в негосударственных реабилитационных центрах для лиц с наркологическими расстройствами, на патологическое влечение к азартным играм (F63.0) пришлось 84,3%, на склонность к азартным играм и пари (Z72.6) – 15,7%. В настоящее время в структуре мирового рынка доминирующими азартными играми являются ставки на спорт и в онлайн-казино. Вовлечение в азартные игры происходило чаще в молодом возрасте посредством систематического игрового поведения, реже – через импринтинг.

В процессе исследования были установлены клинические проявления азартного расстройства (навязчивые мысли об игре, потеря контроля, рост толерантности, игнорирование обязанностей, обман и сокрытие масштаба зависимости, пренебрежение здоровьем), игрового эпизода, постигрового состояния (тревога, депрессивные, астенические и обсессивно-компульсивные проявления, раздражительность, отстранение от реальности), зафиксированы проявления личностной деформации. Так, в клинической картине азартного расстройства диагностированы проявления синдрома измененной реактивности (рост толерантности, склонность к утрате самообладания), которые при патологическом влечении к азартным играм наслаивались на выраженные проявления сформированной психической зависимости. У 42,6% пациентов патологическое влечение принимало отчетливый компульсивный характер. Прекращение игрового эпизода сопровождалось проявлениями своеобразного постигрового состояния с выраженной астенической симптоматикой. У большинства обследованных обнаружены проблемы в семейной адаптации (несогласованность в распределении семейных ролей и норм взаимодействия) или криминальные поступки в качестве негативных последствий игрового поведения. Изменения личности, регистрируемые у 38,3% пациентов, формировали основу семейной дезадаптации.

Соответственно типичный социальный портрет пациента с азартным расстройством представлен следующими характеристиками: мужской пол, средний возраст, холостой семейный статус, проживание в одиночестве или с родителями. При этом выделяются достаточно высокий уровень образования (75,7% имели высшее, неоконченное высшее или среднеспециальное образование), поддержание статуса занятости в трудовой или учебной сфере. В большинстве случаев (86,9%) участие в азартных играх сопровождалось употреблением ПАВ (преимущественно алкоголя), часто пациенты отмечали прекращение игрового поведения при отказе от употребления алкоголя и/или наркотиков в связи с поиском менее деструктивных способов справиться с неразрешёнными проблемами, переосмыслением негативного опыта значимости игры. Полученные результаты подтверждают высокую степень коморбидности азартного расстройства и других наркологических заболеваний (61,7%).

Запланировано продолжение изучения клинической картины азартного расстройства для более детальной проработки психопатологической картины заболевания с целью определения диагностических границ собственно патологического влечения к азартным играм и склонности к азартным играм и пари, что будет иметь практическое значение для врачей психиатров-наркологов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской поддержки, выполнено в рамках государственного задания Минздрава России «Разработка методов диагностики, дифференциальной диагностики, раннего выявления и профилактики патологического влечения к азартным играм, в том числе с использованием онлайн технологий, на основе изучения его клинико-динамических, психологических и нейробиологических характеристик» (регистрационный номер: 125081109457-7).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации». Исследование одобрено этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (выписка из протокола № 47/8 от 12 мая 2025 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Чимаров С.Ю. Зарубежный опыт исследования предметного поля психологии гемблинг-аддикции личности современного цифрового мира. Российский девиантологический журнал. 2023. Т. 3, № 3. С. 290-303. Chimarov SYu. Foreign experience of studying the subject field of psychology of gambling addiction in the modern digital world. Russian Journal of Deviant Behavior. 2023;3(3):290-303. https://doi.org/10.35750/2713-0622-2023-3-290-303 (in Russian).
2. Calado F, Griffiths MD. Problem Gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). Journal of Behavioral Addictions. 2016;5(4):592-613. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073. Epub 2016 Oct 27. PMID: 27784180; PMCID: PMC5370365.
3. Statista. Gambling – Worldwide. [Internet]. [cited 2026 Jun 20]. Available from: http://frontend.xmo.prod.aws.statista.com/outlook/amo/gambling/worldwide.
4. World Health Organization. Gambling. [Internet]. [cited 2026 Jun 20]. Available from: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/gambling/.
5. Wardle H, Degenhardt L, Ceschia A, Saxena S. The Lancet Public Health Commission on gambling. Lancet Public Health. 2021 Jan;6(1):e2-e3. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30289-9. PMID: 33417844.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022. 1120 p. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.
7. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. Geneva: WHO; 2024. [cited 2026 Jun 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/978924007726/.
8. Petry NM, Zajac K, Ginley MK. Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be? Annu Rev Clin Psychol. 2018;14:399-423. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120.
9. Brand M, Wegmann E, Stark R, Müller A, Wölfling K, Robbins TW et al. The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. Neurosci Biobehav Rev. 2019;104:1-10. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.032.
10. Qin K, Zhang F, Chen T, Li L, Li W, Suo X, Lei D, Kemp GJ, Gong Q. Shared gray matter alterations in individuals with diverse behavioral addictions: A voxel-wise meta-analysis. J Behav Addict. 2020 Apr 1;9(1):44-57. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00006. PMID: 32359230; PMCID: PMC8935193.
11. Li Z, He Q, Elhai JD, Montag C, Yang H. Neural mechanisms of behavioral addiction: An ALE meta-analysis and MACM analysis. J Behav Addict. 2025 Jan 24;14(1):18-38. https://doi.org/10.1556/2006.2024.00082. PMID: 39853319; PMCID: PMC11974436.
12. Fauth-Bühler M, Mann K, Potenza MN. Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. Addict Biol. 2017 Jul;22(4):885-897. https://doi.org/10.1111/adb.12378. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26935000; PMCID: PMC5808418.
13. Limbrick-Oldfield EH, Mick I, Cocks RE, McGonigle J, Sharman SP, Goldstone AP, Stokes PR, Waldman A, Erritzoe D, Bowden-Jones H, Nutt D, Lingford-Hughes A, Clark L. Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. Transl Psychiatry. 2017 Jan 3;7(1):e992. https://doi.org/10.1038/tp.2016.256. PMID: 28045460; PMCID: PMC5545724.
14. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. Gambling disorder and its relationship to substance use disorders: implications for nosological revisions and treatment. Am J Addict. 2015;24(2):126-131. https://doi.org/10.1111/ajad.12112.
15. Бузик О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинико-динамические особенности. Наркология. 2008. Т. 4, № 76. С. 49-52. Buzik OZh. Gambling addiction: clinical and dynamic features. Narcology. 2008;4(76):49-52. (in Russian).
16. Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С., Елшанский С.П. Патологический гемблинг, Интернет-зависимость: особенности клиники и нозологической принадлежности. Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2010. № 1 (2). Malygin VL, Iskandrova AB, Smirnova EA, Khomeriki NS, Elshanskii SP. Pathological gambling, Internet addiction: features of clinical presentation and nosological affiliation. Medical Psychology in Russia. 2010;1(2). [cited 2026 Jun 17]. Available from: http://medpsy.ru/ (in Russian).

17. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Бузик О.Ж., Потапова Р.К., Потапов В.В. Когнитивные нарушения у пациентов с патологическим влечением к азартным играм. Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 4 (110). С. 167-185. Agibalova TV, Tuchina OD, Buzik OZh, Potapova RK, Potapov VV. Cognitive impairments in patients with pathological gambling disorder. Counseling Psychology and Psychotherapy. 2020;28(4):167-185. https://doi.org/10.17759/cpp.2020280410 (in Russian).
18. Retz W, Rösler M, Ose C, Scherag A, Alm B, Philipsen A et al. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with gambling disorder. J Neural Transm (Vienna). 2016;123(8):1013-1019. https://doi.org/10.1007/s00702-016-1566-x.
19. Ronzitti S, Kraus SW, Hoff RA, Clerici M, Potenza MN. Problem-gambling severity, suicidality and DSM-IV Axis II personality disorders. Addict Behav. 2018;82:142-150. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.003.
20. Tang KTY, Kim HS, Hodgins DC, McGrath DS, Tavares H. Gambling disorder and comorbid behavioral addictions: demographic, clinical, and personality correlates. Psychiatry Res. 2020;284:112763. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112763.
21. Hammond CJ, Shirk SD, Foster DW, Potenza NB, Kraus SW, Mayes LC, Hoff RA, Potenza MN. Cannabis use, problem-gambling severity, and psychiatric disorders: Data from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Addict Behav. 2020 Feb;34(1):230-241. https://doi.org/10.1037/adb0000472. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31246071; PMCID: PMC6933114.
22. Бобров А.Е. Азартное расстройство (Патологическая склонность к азартным играм): клинические, лечебно-профилактические и психосоциальные аспекты). М.: Медпрактика-М, 2008. 267 с. Bobrov AE. Gambling disorder (Pathological gambling): clinical, preventive and psychosocial aspects. Moscow: Medpraktika-M, 2008:267 (in Russian).
23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2025 г. № 666н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология». [Электронный ресурс]. Order No. 666n of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 13, 2025 «On approval of the Procedure for providing medical care in the specialty «psychiatry-narcology»]. [cited 2026 Jun 20]. Available from: https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=5224555/ (in Russian).
24. МКБ-10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. [Электронный ресурс]. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. [cited 2026 Jun 21]. Available from: https://www.forens-med.ru/mkb-10/index.php/ (in Russian).
25. Распоряжение Правительства РФ от 31.01.2024 № 200-р «О приостановлении плана мероприятий по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11)» [Электронный ресурс]. Order No. 200-r of the Government of the Russian Federation of January 31, 2024 «On suspending the action plan for the implementation of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11)». [cited 2026 Jun 21]. Available from: https://www.base.garant.ru/408475361 (in Russian).
26. Лановая А.М., Фадеева Е.В., Павлова М.С., Вышинский К.В. Дизайн и методология исследования по изучению азартного расстройства. Вопросы наркологии. Т. 37, № 5. С. 70-85. Lanovaia AM, Fadeeva EV, Pavlova MS, Vyshinsky KV. Research design and methodology to study gambling disorder. Journal of Addiction Problems. 2025;37(5):70-85 (in Russian).

Поступила в редакцию 12.05.2026
Утверждена к печати 14.09.2026

Сахаров Анатолий Васильевич, д.м.н., доцент, директор Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 1441-4806. AuthorID РИНЦ 556868. Scopus Author ID 57201327574. ResearcherID N-4261-2016. ORCID iD 0000-0001-8835-6607.

Клименко Татьяна Валентиновна, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 2275-4219. ORCID iD 0000-0003-1032-6277. Author ID Scopus 23990606700. klimenko17@mail.ru

Голыгина Светлана Евгеньевна, к.м.н., доцент, доцент Института высшего и дополнительного образования, руководитель отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 2806-3973. AuthorID РИНЦ 847556. Author ID Scopus 57201322291. ResearcherID HDN-9381-2022. ORCID iD 0000-0003-1125-763X. golygina.s@serbsky.ru

Кожинова Татьяна Анатольевна, д.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 3380-5087. ORCID iD 0000-0002-3066-9149. kozhinova.t@serbsky.ru

Аркус Максим Леонидович, к.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 2249-3732. ORCID iD 0009-0001-4506-0694. arkus.m@serbsky.ru

Лобачева Анна Станиславовна, к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 7870-3077. ORCID iD 0009-0004-4489-5202. lobacheva.a@serbsky.ru

Шагиахметов Фарид Шамилевич, к.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 5792-9295. AuthorID РИНЦ 1082447. Scopus Author ID 56976389600. ORCID iD 0000-0002-3130-3149. shagiakhmetov.f@serbsky.ru

Шайдеггер Юлия Михайловна, научный сотрудник отдела психотерапии и медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 3251-3805. ORCID iD 0000-0002-8460-4121. scheidegger.julia@gmail.com

Юткина Ирина Анатольевна, лаборант-исследователь Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. ORCID iD 0009-0003-1835-670X. irina.yutkina.99@mail.ru

Козлов Александр Александрович, д.м.н., заместитель генерального директора по научной работе и стратегическому развитию Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. AuthorID РИНЦ 108161. kozlov.a@serbsky.ru

✉ Сахаров Анатолий Васильевич, sakharov.a@serbsky.ru

UDC 362.17-02:159.9.07:343.56:796.068:616.89-02:316.6:141

For citation: Sakharov A.V., Klimenko T.V., Golygina S.E., Kozhinova T.A., Arkus M.L., Lobacheva A.S., Shagiakhmetov F.Sh., Scheidegger Yu.M., Yutkina I.A., Kozlov A.A. Clinical and socio-demographic characteristics of individuals with gambling disorder based on the results of a multicenter study. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2026; 3 (132): 130-144. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-130-144

Clinical and socio-demographic characteristics of individuals with gambling disorder based on the results of a multicenter study

Sakharov A.V., Klimenko T.V., Golygina S.E., Kozhinova T.A., Arkus M.L., Lobacheva A.S., Shagiakhmetov F.Sh., Scheidegger Yu.M., Yutkina I.A., Kozlov A.A.

National Scientific Center for Addictology – Branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation Malyy Mogiltsevsky Lane 3, 119002, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Gambling disorder is a significant form of behavioral pathology, the prevalence of which reaches 1-3% among the adult population in some countries. Despite the inclusion of pathological craving for gambling in the current ICD-10 and ICD-11 classifications, the diagnostic boundaries between different degrees of involvement in gambling behavior in domestic clinical practice remain poorly defined, and systematic data on the clinical and socio-demographic characteristics of patients with this pathology in Russia are extremely limited**. Objective**. To determine the leading clinical, psychopathological and socio-demographic characteristics of patients with gambling disorder in real-world clinical practice. **Materials and Methods**. A multicenter prospective observational study is being conducted involving patients with gambling disorder (in 2025-2027) receiving treatment, medical or social rehabilitation in state drug treatment institutions and non-state rehabilitation centers of the constituent entities of the Russian Federation. The presented data reflect the interim results of the study (115 patients). Clinical-anamnestic, clinical-psychopathological and statistical methods were used. Diagnoses were established according to ICD-10 criteria with the involvement of ICD-11 diagnostic guidelines. **Results**. Pathological gambling (F63.0) was diagnosed in 84.3% of patients, addiction to betting and gambling (Z72.6) – in 15.7%. Among the preferred types of games, the leaders were sports betting (51.4%) and online casino betting (34.8%). Symptoms of loss of control over time and money spending were identified in 66.1% and 73.0% of the ex-

amined patients, respectively; the ideational component of pathological craving - in 75.7%; compulsive nature of craving - in 42.6%. A history of suicidal behavior was noted in 17.4% of patients. Comorbidity with substance abuse disorders was documented in 61.7% of cases. A typical social profile of the patient was compiled: a middle-aged man, single, with a higher or secondary specialized education, maintaining employment, experiencing financial debt (75.7%) and family adjustment problems (65.2%). **Conclusion**. The obtained data indicate a high degree of clinical severity of gambling disorder in the sample of patients seeking drug addiction treatment and confirm the significance of comorbidity with other substance abuse and mental disorders. The results have practical significance for improving diagnostic criteria and organizing specialist care for patients with gambling disorder.

Keywords: gambling disorder, pathological craving for gambling, risk-taking in gambling and betting, online casinos, sports betting, socio-demographic profile, clinical and psychopathological characteristics.

Received May 12, 2026 Accepted September 14, 2026

Sakharov Anatoly V., D. Sc. (Med.), Associate Professor, Director, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 1441-4806. AuthorID RSCI 556868. Scopus Author ID: 57201327574. ResearcherID N-4261-2016. ORCID iD0000-0001-8835-6607.

Tatiana V. Klimenko, D. Sc. (Med.), Professor, Chief Researcher, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 2275-4219. ORCID iD 0000-0003-1032-6277. Author ID Scopus 23990606700. klimenko17@mail.ru

Golygina Svetlana E., Cand. Sc. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Institute of Higher and Continuing Education, Head of the Department of Clinical Addictology, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 2806-3973. AuthorID RSCI 847556. Author ID Scopus 57201322291. ResearcherID HDN-9381-2022. golygina.s@serbsky.ru

Kozhinova Tatiana A., D. Sc. (Med.), Senior Researcher, Department of Clinical Addictology, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 3380-5087. ORCID iD 0000-0002-3066-9149. kozhinova.t@serbsky.ru

Arkus,Maxim L. Cand. Sc. (Med.), Senior Researcher, Department of Clinical Addictology, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 2249-3732. ORCID iD 0009-0001-4506-0694. arkus.m@serbsky.ru

Lobacheva Anna S., Cand. Sc. (Med.), Lead Researcher, Department of Clinical Addictology, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 7870-3077. ORCID iD 0009-0004-4489-5202. lobacheva.a@serbsky.ru

Shagiakhmetov Farid Sh., Cand. Sc. (Med.), Senior Researcher, Department of Clinical Addictology, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 792-9295. AuthorID RSCI 1082447. Author ID Scopus 56976389600. ORCID iD 0000-0002-3130-3149. shagiakhmetov.f@serbsky.ru

Scheidegger Julia M., Researcher, Department of Psychotherapy and Medical Rehabilitation in Outpatient and Inpatient Settings, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 3251-3805. ORCID iD 0000-0002-8460-4121. scheidegger.julia@gmail.com

Yutkina Irina A., laboratory research assistant, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. ORCID iD 0009-0003-1835-670X. irina.yutkina.99@mail.ru

Kozlov Alexander A., D. Sc. (Med.), Deputy General Director for Research and Strategic Development, National Scientific Centre for Addictology – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Centre for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. AuthorID RSCI 108161. kozlov.a@serbsky.ru

✉ Sakharov Anatoly V., sakharov.a@serbsky.ru