

Интегративная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм

БУХАНОВСКИЙ А.О.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Ростовского государственного медицинского университета,
президент лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс»

МАДОРСКИЙ В.В.
СОЛДАТКИН В.А.

руководитель реабилитационного центра «Надежда»

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

Ростовского государственного медицинского университета,

психиатр-нарколог лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс»

Целью исследования была разработка эффективных методик психотерапии и психосоциальной реабилитации больных игровой зависимостью в сочетании с психофармакотерапией. Применена интегративная психотерапия с использованием методик стратегической семейной психотерапии, символдрамы, НЛП, эриксоновского гипноза, логотерапии. Подтверждено, что лечение патологического гемблинга как частного случая болезни зависимого поведения должно включать в себя воздействие как на биологическую составляющую, так и на решение психосоциальных проблем не только самого больного, но и его микросоциального окружения, что вдвое, до 53,3%, увеличивает частоту развития глубокой ремиссии с прекращением игры. Описаны конкретные психотерапевтические методики, оказавшиеся наиболее эффективными в лечении игровой зависимости.

Введение

Проблема игровой зависимости (гемблинга) в современном мире становится все более актуальной. В России в последнее время на фоне легализации и стремительного развития индустрии азартных игр отмечается резкий рост заболеваемости и болезненности данным заболеванием, являющимся, по современным данным [2—5], частным видом болезни зависимого поведения. Существенной особенностью гемблинга является его малокурабельность — эффективность лечения, даже в современных комплексных вариантах, сочетающих индивидуальную и групповую психотерапию, психофармакотерапию и меры социальной реадaptации, составляет от 30 до 50% [11, 13, 14].

Исследователи гемблинга выдвигали для его объяснения различные гипотезы: генетической неполноценности, органического заболевания головного мозга (по поводу чего предпринимались даже попытки нейрохирургического лечения), функционирования генератора патологически усиленного возбуждения в коре головного мозга, серотониновой, допаминовой, норадреналиновой дисфункции, глубинных психоаналитических или экзистенциальных проблем, когнитивных ошибок [2—5, 7, 11, 13, 14]. Авторы вышеуказанных подходов обычно склонны считать гемблинг болезнью индивидуума (в зависимости от теоретических воззрений — с преобладанием биологической или психологической составляющей). Не

отрицая важности всех полученных данных, следует отметить, что уже достаточно давно рядом авторов высказывалось мнение о том, что в семье больного зависимым поведением его проблема оказывается лишь частью общесемейных проблем и часто выступает, по сути, фактором аномальной «стабилизации» внутрисемейных отношений [7, 9, 16, 17].

Материал и методы исследования

В основную группу вошли 30 пациентов, проходивших в ЛРНЦ «Феникс» обследование и лечение в связи с патологическим влечением к азартным играм и наличием проблем, ассоциированных с азартной игрой, среди которых было 27 мужчин и 3 женщины. Возраст обследованных составлял от 13 до 45 лет (в среднем 29 ± 16 лет).

После этапа развернутого клинического, параклинического и психодиагностического обследования и официальной диагностики болезни им назначалась психосиндромная психофармакотерапия, на фоне которой проводилась семейная, индивидуальная психотерапия и, несколько позже, психосоциальная реабилитация.

В качестве контрольных использовались 2 группы, сопоставимые с основной по возрасту, стадии болезни, интенсивности компульсивного лечения и степени прогрессивности болезни, оцененной с помощью разработанных нами коэффициентов [14]. Первая из них включала в себя 46 пациентов — 42 мужчины и 4 женщины в возрасте от 12 до 47 лет (средний воз-

раст 29,5±17 лет), получавших только психофармакотерапию, во второй было 72 больных, 69 мужчин и 3 женщины в возрасте от 14 до 50 лет (средний возраст 32±18 лет), отказавшихся по различным причинам от лечения.

Кроме того, у нас была малая группа из пяти больных — мужчин в возрасте от 21 до 40 лет (средний возраст 30±10 лет), отказавшихся от медикаментозного лечения и получавших только психотерапию.

Критерием исключения из исследования было наличие любого психического расстройства, кроме болезни зависимого поведения (нехимической или химической зависимости).

В исследовании применены методы: клинический, экспериментально-психологический, математический.

Результаты

Работа проводилась полипрофессиональной бригадой, включавшей врача-психиатра и психотерапевта. Вначале с пациентом и членами его семьи работал психиатр, основной задачей которого были сбор общеклинической информации и диагностика заболевания на основе клинического анализа, исключение симптоматических форм зависимого поведения и назначение комплексной медикаментозной терапии, направленной на стабилизацию эмоционально-волевой сферы пациентов и снижение интенсивности компульсивного влечения к игре. В структуру лечения, как правило, входили антиконвульсанты, СИОЗС, атипичные нейролептики в малых дозах, комплексная патогенетическая терапия по Г.Н. Крыжановскому (патент РФ №2173552). Задачами лекарственной терапии были дезактуализация патологического влечения и упорядочивание поведения. При необходимости проводилась метаболическая и антиалкогольная терапия. Еще одной из задач этого этапа было создание достаточного комплайенса с больным и его близкими для четкого соблюдения всех предписаний.

Как можно раньше к лечению присоединялась психотерапия. В проведении ее мы выделяли ряд этапов:

- 1) построение эффективной структуры семьи;
- 2) трансформация подсознания пациента;
- 3) предписание рецидива — психотерапевтический прием, заключающийся в том, что психотерапевт настаивает на необходимости очередного срыва, якобы для проверки того, как семья и сам больной с ним справятся, в расчете на обратную реакцию членов семьи в виде отказа выполнять это требование и объединения семьи [17];
- 4) купирование рецидива;
- 5) реабилитационный период.

На первом этапе в качестве основополагающего психотерапевтического подхода нами была использована

на стратегическая семейная терапия Джея Хейли [17]. Его целями были восстановление внутрисемейной иерархии и способности добиваться исполнения предписаний, замена патологических видов внутрисемейного общения по типу неконгруэнтности и «двойных связей» [16] на прямое, открытое обсуждение сложных и болезненных вопросов с акцентом не на существующих проблемах, а на результате, преодолении алекситимии и обучение членов семьи говорить о чувствах. Важной задачей было начать семейную терапию как можно раньше после обращения больного за помощью: именно в этот момент семья оказывалась наиболее пластичной и готовой на самые радикальные изменения, стремясь освободиться от охватывающей всех членов семьи тоски и тревоги. Важным требованием было присутствие на первом сеансе всех членов семьи и других заинтересованных лиц. Как и К. Витакер [9], мы считаем, что семья всегда сильнее психотерапевта, и задачей первого этапа работы является выигрыш двух важнейших сражений: за структуру и за инициативу. Ситуации, в которых регулярно проигрываются значительные суммы и пациенты и члены семьи приходят в состоянии тяжелейшей апатии, неверия и безнадежности, не оставляют возможности спокойно работать в классических формах обсуждения. Кроме того, как сами игроки, так и члены их семей часто бывают явно недостаточно мотивированными на изменения. Поэтому действовать надо быстро. В этих обстоятельствах сплочение семьи (борьба за структуру) и эффективное противодействие факторам аномальной стабилизации патологической семьи, пусть с директивным поведением психотерапевта (борьба за инициативу), оказываются чрезвычайно важными факторами успеха.

В начале встречи всем членам семьи предлагалось изложить свой взгляд на проблему и пути ее решения. После этого психотерапевт создавал условия для того, чтобы члены семьи свободно в его присутствии пообщались между собой в течение 5—10 мин. Это давало бесценную информацию о том, какова действительно структура семьи и как в ней происходят общение и процессы принятия и выполнения решений. После этого психотерапевт составлял предписание, которое он давал в конце сеанса в качестве домашнего задания. Оно носило характер директивы и, в зависимости от комплайентности семьи, было прямым, как, например, терапия тяжелым испытанием по Хейли [17]: в случае повторения игры гемблер, под наблюдением других членов семьи, должен был выкопать могилу, в которой торжественно хоронил жетончик для игорного автомата. При этом в обязанности близких входило добиться точного исполнения установленного задания в ближайшие 48 ч с момента срыва, а также промерить размеры могилы — мы настаивали на том, чтобы при первом рецидиве могила была длиной и глубиной 2 м при ши-

рине 70 см, причем при каждом последующем срыве очередная могила выкапывалась на полметра глубже: «Вы недостаточно глубоко похоронили свою болезнь». Следует отметить, что при этом происходило и изменение внутрисемейных игр. Достаточно часто усиленное внимание членов семьи к тому, играл сын или нет, приводило к рецидиву игры по протестным механизмам. Потребность в реализации данного предписания приводила к тому, что тревожное ожидание очередного рецидива заменялось тревогой по поводу самого предписания, что само по себе приводило к прекращению протестного поведения и рецидивов. Энергия патологического протестного поведения при этом направлялась на личностный рост и сепарацию от родителей.

Задание могло быть и парадоксальным, например, как будто бы для того, чтобы психотерапевт мог лучше разобраться в том, что происходит в семье, членам семьи в обязательном порядке предписывалось в ближайшие 2 недели старательно делать то, что они обычно делают: кричать друг на друга, не выполнять домашние обязанности и т.д., обращая внимание на то, чтобы это обязательно происходило ежедневно. В это время каждый должен был вести свой дневник и записывать для психотерапевта свои впечатления о происходящем. Реально это вызывало бунт членов семьи против психотерапевта, выразившийся в том, что они из принципа начинали вести себя иначе. И опять же это создавало условия для перестройки внутрисемейных отношений в сторону большей их эффективности. Директивы строились таким образом, чтобы отношения в семье начинали меняться в сторону большей эффективности. Так, например, в случае, когда муж сидел в салоне игровых автоматов для того, чтобы не идти домой и поменьше общаться с женой, с которой у него испортились отношения, предписывалось при появлении тяги к игре этим же вечером подарить жене букет роз. Если же молодой человек начинал играть в ситуации отчаяния, что он не решается познакомиться с понравившейся ему женщиной, то, как только у него возникало желание играть, он был обязан подойти на улице не менее чем к трем девушкам с предложением встретаться. При этом важно было обязательно мягко и доброжелательно, часто с применением методик нейролингвистического программирования [8, 15], объяснить, почему это обязательно должно быть выполнено.

Работа над целями второго этапа стартовала, как только мы видели, что члены семьи начали реально выполнять данные нами предписания. Этими целями были:

1) проработка подсознательных «комплексов» больного (наиболее часто мы встречались с базовым недоверием к миру, неразвитой идентификацией себя

как мужчины или женщины, алекситимией, отсутствием навыков проблемно-решающего поведения);

2) проработка целей жизни;

3) разрыв связи «вижу» (игральный автомат) — «чувствую» (желание играть);

4) проработка отношения к теме смерти — своей и близких;

5) тренинг умений самостоятельно справляться с остро возникшим желанием играть.

У разных больных иерархия задач могла меняться. Обычно мы начинали с первой задачи и проводили для начала 5—10 занятий с переживанием ландшафтных мотивов основной ступени символдрамы [10, 12]. Иногда этого хватало, но в отдельных случаях выраженной незрелости личности работу данным методом приходилось проводить до полугода. При этом особое внимание уделялось проработке эдипальных проблем (мотивы «Пещера», «Куст розы», «Путешествие автостопом», «Священный столб» и др.) и способности адекватно выражать свою вытесненную агрессию («Убить дракона», «Убить злодея», «Лев», «Дикая кошка», «Вулкан», «Побег из тюрьмы»). На фоне символдрамы отмечался довольно быстрый регресс постоянного обсессивно-компульсивного влечения к игре. Вместе с тем, обычно довольно долго больной оставался «тростью, ветром колеблемой», что без дополнительной проработки других задач приводило к частым срывам.

На фоне стабилизации состояния больной вдруг начинал чувствовать пустоту своей жизни, которая ранее прикрывалась азартом. В этой психотерапевтической ситуации невозможно было обойтись без логотерапии по В. Франклу и проработки экзистенциальных проблем. Нередко важными оказывались беседы о религии, «обсуждение дороги к храму». Мы считаем, что при этом не следует увлекаться миссионерской деятельностью и навязывать пациенту свои собственные религиозные (или атеистические) и философские убеждения. Необходимо было помочь ему найти свой собственный путь к тому, ради чего действительно стоит жить. Здесь зачастую возникала и тема смерти и посмертной судьбы. Как бы мы ни относились к этой теме, следует отметить, что пациенты, уверенные в своем посмертном существовании и зависимости качества этого существования от того, как они проживут эту реальную жизнь, имели лучшие результаты в лечении, чем те, кто был убежден в конечности своего бытия с установкой на гедонизм. Во многих случаях страх смерти удавалось устранить проведением больного в транс через его фантазии о том, как он будет умирать и что за этим последует, либо через общение с ранее умершими родственниками (например, в виде мотива символдрамы «Бабушки и дедушки»). Это — непростая процедура, для ее

выполнения необходим достаточный опыт работы пациента в транс (обычно несколько месяцев предшествовавших занятий) и хороший кинестетический якорь на чувствах спокойствия и уверенности, однако результат того стоит. В проводимой работе мы обычно использовали более глубокие трансовые состояния, чем это рекомендуется в классической символдраме.

Одной из важнейших задач было научить пациента самостоятельно справляться с периодически возникающим компульсивным влечением к игре. Иногда оно возникало в ответ на такие пусковые механизмы, как вид знакомой рекламы или представление игрового салона или автомата, после чего спонтанно развивалось внешне ориентированное трансовое состояние, в котором и происходил срыв.

Для решения этой проблемы необходимо было разорвать связку «вижу — хочу» в подсознании больного. Наилучшие результаты в решении этой проблемы мы получали при использовании техник работы с субмодальностями, описанными Р. Бэндлером и усовершенствованными К. и С. Андреас [1], базовой из которых являлась техника «взмаха». Суть ее состоит в том, что после выявления «ключевого» стимула, запускающего патологическую реакцию, с помощью специальных психотерапевтических приемов производится замена обычной патологической реакции на данный стимул на более целесообразную в данной клинической ситуации. Например, обычной для наших больных последовательностью являлось острое психоэмоциональное состояние, сопровождавшее воспоминание об азарте игры, чувство наполненности жизни после того, как пациент случайно замечал игровой салон, и, тем более, зайдя в него, попадал в привычную обстановку полумрака с ярко горящими табло игровых автоматов, их характерной музыкой и звуками периодически высыпавшихся в приемные лотки выигранных. В результате использования «взмаха» мы добивались инверсии реакции — в описанных ситуациях у больных должно было возникать острое чувство тоски и отчаяния, хорошо им знакомое после очередного проигрыша.

Работа со «взмахом» начиналась с того, что психотерапевт вместе с больным шел в наиболее привлекательный для пациента салон. Появление на лице больного улыбки, фиксации взгляда на автомате, характерного блеска глаз указывали нам на то, что настало подходящее время закорить эти чувства (обычно мы пользовались для этого установкой кинестетических якорей по методике, описанной Гриндером и Бэндлером [8], и немедленно идти в кабинет психотерапии для выполнения «взмаха». Работа заканчивалась тем, что мы для окончательной проверки результата снова шли в тот же салон и регистрировали, что происходит на этот раз. Критерием эффективности были или аб-

солютная индифферентность («это не мое, мне этого больше не надо»), или даже эмоция испуга, отторжения, нежелания даже из любопытства заходить в игровую зал. После чего давалось домашнее задание регулярно выполнять «взмах» самостоятельно.

Кроме работы с субмодальностями эффективным средством самопомощи оказались также техники эриксоновского самогипноза с использованием идеомоторных движений кисти, описанные Росси [6]. Наиболее эффективной у большинства больных оказалась «техника кулака». Она состоит в том, что во время возникновения острого влечения к игре больной должен сжать кулак с той силой, с которой его тянет к автомату. После этого он обязан перенести все свое внимание на кулак и добиться того, чтобы кулак начал «сам, автоматически» разжиматься и сжиматься по мере того, как влечение ослабевает или усиливается. Больному внушалось: «Ты сильный мужчина... и твой кулак — это сильная часть тебя, воплощение твоей силы... он сейчас управляется твоим подсознанием... он — как индикатор, как спидометр для автомобиля...и когда сознание не справляется с проблемой, то подсознание само должно взять решение в свои руки... и я не скажу твоему кулаку разжаться медленными, бессознательными движениями прежде, чем твой кулак не наведет внутри тебя порядок... потому, что кулаки даны мужчинам именно для того, чтобы наводить порядок... и пусть на это уйдет столько времени, сколько необходимо». Особенностью данной техники является то, что при ее использовании не только возникает трансовый феномен — каталепсия кисти, с возможностью соответствующей утилизации трансового состояния, но и элементарное отвлечение внимания от предмета вождления, способствующее угасанию компульсии.

Мы использовали данные методы, вместе с тем, предполагаем, что для решения ряда вышеуказанных задач можно было бы использовать также транзактный анализ [7], телесно-ориентированную психотерапию, психодраму и другие методы.

Следующим, практически неизбежным и очень важным этапом, к которому следовало заранее готовить семью, был вероятный рецидив гемблинга. При этом большую роль играло предварительное «предписание» рецидива. В этом случае, во-первых, мы добивались развития подсознательного сопротивления семьи данной команде психотерапевта и, соответственно, консолидации ремиссии. К тому же, после настойчивых требований психотерапевта, чтобы больной «сорвался», этот рецидив уже воспринимался не как трагедия, а как предписанная врачом горькая микстура, которую приходится пить. Соответственно у больного и членов его семьи не возникало паники, и они могли спокойно, под руководством врачей, купировать рецидив. Все дальнейшее течение болезни во многом зависело от того, на-

Результаты лечения патологического гемблинга

Группа	Кол-во пациентов (n)	Устойчивая ремиссия с полным прекращением игры (длительность катамнеза не менее года)	Значительное и умеренное улучшение (игра не чаще одного раза в месяц с появлением ситуационного контроля, длительность катамнеза не менее года)	Без эффекта
Психофармакотерапия и психотерапия	30	16 (53,3%)	9 (30%)	5 (16,7%)
Только психофармакотерапия	46	10 (21,7%)	17 (21,7%)	19 (41,3%)
Только психотерапия	5	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)
Не лечились	72	4 (5,6%)	7 (9,7%)	61 (84,7%)

сколько ответственными и сплоченными будут члены семьи в этот трудный момент. Важно, чтобы они, выполнив все предписания (особенно важными были «выкапывание могилы» и адекватная психофармакотерапия), под руководством психиатра и психотерапевта справились с этим сами. Принципиально то, что больной должен, выполнив наложенное на него испытание, сам отработать свои долги и, лучше, с процентами. Именно это и может стать поворотным моментом, показывающим, насколько жизнеспособны все достигнутые договоренности. Семья приобретала опыт, позволяющий успешно справляться с болезнью. Период рецидива переставал быть временем ужаса и паники, но становился предметом гордости пациента и членов семьи, сумевших успешно справиться с поставленными сложными задачами. При неудаче приходится все начинать сначала, приняв к сведению уроки происшедшего.

В реабилитационном периоде мы пользовались самыми разнообразными приемами когнитивно-поведенческой психотерапии, направленными на обучение поведенческим приемам проблемно-решающего поведения, зарабатывания денег, построения отношений с противоположным полом, решения семейных проблем. В этом вопросе мы стремились для каждого пациента разработать индивидуальную программу с учетом особенностей его личности, склонностей и навыков. В случаях, когда этому препятствовали расстройства личности, проводилась их коррекция классическими методами символдрамы. Критериями успешности реабилитационного периода были коренное изменение межличностных отношений пациента, полное осознание характера своей болезни, выполнение в полном объеме всех предписаний, рациональное трудоустройство на интересную для больного работу, увеличение его доходов не менее чем вдвое.

Если в начале лечения мы обыкновенно проводили семейную встречу с соответствующими предписаниями, направленными на восстановление адекватной семейной структуры и иерархии, то далее мы работали индивидуально с самим больным 2 раза в неделю, проводя се-

мейные встречи 1—2 раза в месяц. Постепенно, по мере достижения компенсированного состояния, частота сеансов уменьшалась до одного раза в месяц индивидуально и раз в квартал — с семьей. Мы стремились к тому, чтобы общая продолжительность психотерапии, пусть и с редкими встречами, была не меньше года, и к тому, чтобы со всеми своими проблемами семья и сам больной, в частности, справлялись самостоятельно. Чем ближе было завершение работы, тем более наши встречи напоминали не классическую психотерапию, а супервизии, на которых разговоры велись о том, с какими проблемами за длительный период между сессиями семья и больной встречались, с чем успешно справились, а с чем не очень и какому техническому приему сегодня необходимо будет научиться для того, чтобы далее самостоятельно справляться еще лучше. Следует также отметить, что мы более директивны и манипулятивны, чем это обычно рекомендуется в психотерапии [6, 10, 12]. Если клиент не приходил на сеанс, мы звонили ему, его родственникам, настаивали на продолжении лечения, разъясняли последствия отказа от терапии. Мы не стеснялись изредка звонить и спрашивать о положении дел в семье и с больным, когда они по несколько месяцев, пройдя курс психотерапии, не обращались к нам, а также о том, продолжают ли члены семьи выполнять данные нами предписания. Мы считаем, что наша активность оказывалась оправданной и приводила к повышению устойчивости ремиссии.

Необходимо отдельно сказать о требованиях к личности психотерапевта, работающего с гемблерами. Очень важно, чтобы это был успешный, уверенный в себе человек, всем своим видом демонстрирующий, что успеха в этой жизни легче добиться планомерным движением к реально поставленным целям, а не путем поиска случайного выигрыша. Часто эффект достигался именно благодаря идентификации больного с личностью психотерапевта. Кроме того, врач должен быть гибким, индивидуально подбирая подход к каждому клиенту, с кем-то работая директивно, а с кем-то — максимально неманипулятивно. Психотерапевт не дол-

жен быть холоден и отстранен (это не классический психоанализ), и в то же время он должен уметь вовремя разделять проблемы свои и пациента (иначе неизбежно быстрое профессиональное выгорание). В любом случае весьма целесообразно регулярноехождение супервизии или участие в балинтовской группе.

В случае успеха семья никогда не становилась беспроблемной. Часто усиливались разногласия между родителями, вплотную встававшими перед вопросом, что они будут делать вместе, когда ребенок уйдет во взрослую здоровую самостоятельную жизнь (впрочем, несмотря на всю напряженность родительских разногласий, до развода дело практически никогда не доходило). Характерным бывал всплеск недовольства в связи с тем, что сын выбирал не тот путь, к которому его толкали члены семьи. Далеко не всегда семьи просили о дальнейшей психотерапевтической помощи. Обычно можно было услышать: «Да, есть много проблем, но сами как-то справляемся». Для нас это — главный критерий того, что все идет хорошо. Следует отметить, что далеко не всем семьям удалось пройти курс психотерапии «на одном дыхании»: мы часто сталкивались с тем, что они приходили, пытались справиться, затем, устав или отчаявшись, уходили и приходили снова и снова, пока не получали необходимый им результат.

Результаты лечения патологического гемблинга представлены в таблице.

Обсуждение

Проведенное исследование демонстрирует, что наилучшие результаты в лечении патологического гемблинга можно получить только при комплексном лечении, включая воздействие на биологическую составляющую болезни в сочетании с семейной и индивидуальной психотерапией и мерами по психосоциальной реабилитации пациентов, проводимом полипрофессиональной бригадой врача и психотерапевта. Отсутствие одного из вышеуказанных компонентов лечения существенно ухудшает прогноз. Необходимость в комплексном подходе связана также с проблемой комплайенса. Так, из 12 семей, в точности выполнявших все наши указания в течение года, в 11 случаях пациенты полностью прекратили играть и один пациент играет значительно реже и на меньшие суммы, что является для членов семьи весьма неприятным, но определенно уже не драматическим обстоятельством, так как все потери он компенсирует из своей зарплаты и долгов не имеет. В группе нон-комплаенса ни у одного больного не наступила полная ремиссия. В связи с этим следует отметить, что, как показала практика, именно позиция и конкретные действия всех членов семьи оказываются одним из важнейших факторов, определяющих прогноз при терапии игровой зависимости, что соответствует пози-

ции современной психиатрии на все варианты болезни зависимого поведения (обязательность психокоррекционной работы с созависимыми).

Заключение

Игровая зависимость как частный вид единой болезни зависимого поведения является одной из актуальнейших проблем человечества в целом и России в частности. Ее решение невозможно без комплексного, полипрофессионального (бригадного) оказания помощи с участием врачей, психотерапевтов и специалистов по психосоциальной реабилитации. Стратегия эффективной помощи при игровой зависимости не отличается от оказания помощи при других видах болезни зависимого поведения, что позволяет подтвердить точку зрения А.О. Бухановского с соавторами [2—5] о единой болезни. Здесь, как и при других видах аддиктивного поведения, в семье не остается ни одного человека, каким-либо образом не вовлеченного в проблему. Соответственно, на этом фоне в семье отмечаются разнообразные психологические игры, блестяще описанные Э. Берном [7]. Однако при анализе семейных отношений всякий раз мы четко убеждались, что патология внутрисемейных отношений и личностные проблемы пациента наряду с другими факторами предрасположенности, неизбежно предшествуют развитию гемблинга. Сам процесс игры обыкновенно запускался импринтингом либо оперантным научением [5], но это было, по сути, «спусканием курка». Исходно гемблинг был не проблемой, а формой патологического иллюзорно-компенсаторного поведения, попыткой справиться с индивидуальными и внутрисемейными проблемами — способом «действенным», но уж слишком дорогим и лишенным альтернативы.

Мы не считаем, что предложенный нами подход является единственно верным путем лечения игровой зависимости. Достаточно просто пройтись по улицам, увидеть количество игровых клубов и людей, ежедневно проигрывающих там значительные суммы, чтобы понять: обмен опытом должен продолжаться. Вместе с тем, постепенное повышение качества лечения в сочетании с психообразовательной работой с населением позволяет рассчитывать на достижение такого уровня оказания помощи, при котором мы сможем практически гарантировать больным выздоровление при условии строгого исполнения пациентом и его семьей режима терапии (в сущности, того же, что мы имеем, например, при лечении острой пневмонии у лиц без тяжелых хронических заболеваний). Необходима дальнейшая консолидация усилий всех специалистов, работающих в самых разных направлениях, для решения этой серьезной проблемы современной цивилизации.

Список литературы

1. Андреас К., Андреас С. Сердце разума. — Новосибирск: ЭКОР, 1995.
2. Андреев А.С., Ковалев А.И., Бухановский А.О., Перехов А.Я., Бухановская О.А., Дони Е.В. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход // Материалы 3-й Международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия». — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 252—262.
3. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А., Заика В.Г., Ковалев А.И., Хмарук И.Н., Труфанова О.К., Турченко Н.М., Дони Е.В. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. — Ростов-на-Дону, 2002. — 60 с.
4. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Клинико-патогенетический анализ развития патологического гемблинга в свете теории гиперактивных, детерминантных и системных механизмов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии» (Санкт-Петербург, 16—17 июня 2005 г.). — 2005. — С. 132—133.
5. Бухановская О.А. Психические расстройства у лиц с серийными агрессивными сексуальными опасными действиями (клиника, динамика, систематика): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2003. — 24 с.
6. Бекно Ж., Росси Э. Гипноз XXI века. — М.: Класс, 2003.
7. Берн Э. Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры: Психология человеческой судьбы. — Мн.: ООО «Попурри», 2000.
8. Бэндлер Р., Гриндер Д. Из лягушек — в принцы. — Сыктывкар: Флинта, 2000.
9. За пределами психики. Терапевтическое путешествие Карла Витакера. — М.: Класс, 1999.
10. Лейнер Х.-К. Катагимное переживание образов. — М.: Эйдос, 1996.
11. Менделевич В.Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал. — 2003. — №1. — С. 5—9.
12. Обухов Я.А. Символдрама и современный психоанализ. — Харьков: Регион-информ, 1999.
13. Скокаускас И., Саткявичюйте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм // Психиатрия. — 2004. — №3. — С. 59—65.
14. Солдаткин В.А. Анализ клинико-динамической модели развития патологического гемблинга // Материалы второй научно-практической конференции психиатров и наркологов Южного федерального округа. — 2006. — С. 374—380.
15. Эриксон М. Стратегия психотерапии. — СПб.: Речь, 2002.
16. Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J.H. Toward a Theory of Schizophrenia // Behavioral Science. — 1956. — Vol. 1, №4.
17. Haley J. Leaving Home. — N.Y.: McGraw-Hill Book Company, 1980.

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPEUTICS
IN COMPLEX HEALING OF PATIENTS WITH PATHOLOGIC GAMBLING MANIA

- | | |
|-------------------------|---|
| BUKHANOVSKY A.O. | Dr.Med.Sci., Professor, Head of Psychiatric and Addictology Department of Rostov State Medical University, President of Medical Rehabilitation Research Center «Phoenix», Rostov-on-Don |
| MADORSKY V.V. | Head of Rehabilitation Center «Nadezda», Rostov-on-Don |
| SOLDATKIN V.A. | Cand.med.sci., Psychiatric and Addictology Department of Rostov State Medical University, Rostov-on-Don |

The problem of pathologic gambling is extremely actual in a context of a dramatic increase of a sickness rate. The aim of the research work is development of effective psychotherapeutic methods and psychosocial rehabilitation of patients with pathologic gambling mania in aggregate with psychopharmacology. Integrative psychotherapeutics is applied with the usage of strategic family psychotherapeutics, symbol drama, NLP, Erickson's hypnosis, logotherapy. It was confirmed, that pathologic gambling healing, as a private case of affection of conformed behavior, should include both influence on a biological component and solving of psychosocial problems not only of a patient, but of his micro social environment, that increases the frequency of deep remission development twice, up to 53,3%. The special psychotherapeutic methods, which appeared to be the most effective, are described.