

Подходы к терапии игровой зависимости

Солдаткин В.А., Бухановский А.О., Мадорский В.В., Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии ФПК; лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», г. Ростов-на-Дону

РЕЗЮМЕ. Статья посвящена современному состоянию проблемы терапии игровой зависимости (ИЗ). После краткого литературного обзора приводятся собственные данные, основанные на результатах открытого одноцентрового исследования, в которое были включены 104 пациента, страдающие игровой зависимостью. Из них 54 (51,9%) получали комплексную помощь, 29 (27,9%) – только психофармакотерапию, 21 (20,2%) – психотерапию. Установлено, что наибольшим потенциалом достижения цели – полное устранение реализации патологического влечения к азартной игре – обладает комплексный метод, предусматривающий применение психофармакотерапии (направленной на коррекцию биологических нарушений) и психотерапии (имеющей целью коррекцию личностных и семейных отношений). Предложены клинические и лабораторные ориентиры для выбора психофармакотерапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: игровая зависимость, сравнительная эффективность, алгоритм психофармакотерапии, психотерапия.

КОНТАКТ: Солдаткин Виктор Александрович – Sva-rostov@mail.ru

С 1 июля 2009 г. в России действует закон о повсеместном (кроме четырех специально отведенных для них зон) запрете игровых автоматов и игровых залов. Однако, как и следовало ожидать, этот закон не решил значимую проблему современной психиатрии – проблему терапии игровой зависимости (ИЗ).

Все методы лечения игровой зависимости (ИЗ) можно разделить на психотерапевтические, лекарственные и комплексные.

Психотерапия зависимости. Основным методом лечения ИЗ по DSM-IV является психотерапия, «ориентированная на формирование адекватной самооценки, с привлечением групп взаимопомощи. Цель терапии – полный отказ пациента от участия в азартных играх».

При том, что весьма глубокие и интересные традиции помощи страдающим ИЗ имеет психоанализ [1, 17], в настоящее время в лечении ИЗ чаще используется поведенческая терапия [30, 38, 39]. Тейлоретики поведенческой терапии рассматривают ИЗ как усвоенное дезадаптивное поведение, от которого можно отучить с помощью техник поведенческой терапии, разработанных на основе классической и оперантной теорий научения. Многие ранние исследования (в 1960-х г.) сосредоточивались на авersiveивной терапии. Barker J.C. и Miller M. (1966) [24] первыми сообщили об эффективности электрической авersiveивной терапии у больного ИЗ. Об успешности авersiveивной терапии сообщали и другие авторы [35, 38]. McConaghy N. et al. (1983) [38] сравнили эффективность авersiveивной терапии и имажинальной десенсибилизации у 20 лиц с ИЗ и продемонстрировали, что оба метода эффективны. Кроме того, в группе «имагинальная десенсибилизация» уровень тревоги оказался значительно ниже, а во время катамнестического исследования через год сократилось участие в азартных играх по сравнению с группой, в которой проводилась авersiveивная терапия. В более крупном (n = 120) исследовании [39] авторы сопоставили эффективность четырех техник поведенческой терапии: авersiveивной терапии, имажинальной десенсибилизации, имажинальной релаксации и десенсибилизации. У пациентов, проходивших имажинальную десенсибилизацию, были получены лучшие результаты лечения.

Когнитивная и когнитивно-поведенческая терапия широко применяется при лечении ИЗ [29]. Когнитивная терапия основывается на следующем положении: от понимания человеком структуры ситуации зависит его поведение и эмоциональное состояние. Психотерапевт помогает пациенту распознать ошибочность и безосновательность убеждений, которые приводят к плохо адаптированному поведению и неприятному психоэмоциональному состоянию [26, 40].

Многие специалисты, работающие с патологическими игроками, использовали главным образом именно когнитивно-поведенческие методы психотерапии. Так, Custer R.L. (1984) [28] первоначально проводил с игроками интенсивный курс поддерживающей психотерапии с целью преодоления стадии отчаяния. Затем с пациентом заключался терапевтический контракт, согласно которому он обязался сделать все, что в его силах, чтобы избежать очередного срыва. В дальнейшем пациент привлекался к деятельности Общества Анонимных игроков. При таком подходе к терапии стойкое улучшение достигалось приблизительно в 50% случаев.

Среди множества методов психотерапии также используются имажинальная десенсибилизация [25, 38, 39], реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов [7, 49]. Москвитин П.Н. (2006) оценил позитивную психодраму как перспективный личностно ориентированный подход в терапии зависимости от азартных игр [15].

Считается [19], что группы самоподдержки «Анонимные игроки» достаточно эффективны. По данным этой организации [47], ремиссии достигаются в 70–80% случаев. Однако стабильность достигнутого эффекта наблюдается при перманентном (практически на протяжении всей жизни) сохранении большим контакта с Обществом Анонимных игроков.

Несмотря на популярность общества, практически нет исследований, подтверждающих эффективность программы Анонимных азартных игроков. В исследовании 232 лиц, посещающих группы Анонимных азартных игроков, Stewart R.M. и Brown R. (1998) [48] установили, что показатель воздержания от азартных игр через год составлял 7,5%. По данным Lester D. (1980) [37], примерно 70–90% посетителей групп аноним-

ных игроков выбывают на первых этапах в терапии, и лишь 10% становятся активными членами, из них только у 10% наблюдается ремиссия в течение года и более. Отмечается [45], что более высокие результаты лечения (до 55%) достигаются при применении комбинированной терапии, включающей индивидуальную психотерапию, групповую терапию и участие в Обществе анонимных игроков.

К выводу об абсолютной необходимости вовлечения семьи пациента в психотерапевтический процесс пришла Насонова Т.П. (2006) [16]. В настоящее время установилась прочная тенденция рассматривать проблемы психического заболевания в контексте ближайшего окружения пациента [9]. Семья определено является наиболее значимым источником поддержки в достижении успешного социального приспособления и эффективного функционирования больного. Поэтому вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс имеет ключевое значение для его результативности.

Биологически ориентированная терапия

Достоверных квалифицированно выполненных исследований об эффективности медикаментозного лечения ИЗ немного. Большинство исследований по фармакотерапии ИЗ основаны на немногочисленных выборках, как правило, не включают в них контрольные группы, не всегда исследуется влияние плацебо-эффекта.

В 1980 г., еще до включения понятия патологической игры в DSM-III, появилось первое исследование эффективности терапии литием этого психического расстройства. Однако лечение дало хороший долгосрочный эффект, испытуемая группа была небольшой, и у части пациентов имелись ярко выраженные расстройства настроения [41]. Несколько позже появилась информация о положительном эффекте карбамазепина [33, 34].

Внимание различных авторов к нормотимическим препаратам в лечении ИЗ связано с попытками концептуализировать патологическое влечение к азартным играм как расстройство, относящееся к спектру биполярных аффективных расстройств, из-за такой общей характеристики, как импульсивность [36, 44]. Поскольку проявления импульсивного поведения эффективно устраняют с помощью стабилизаторов настроения, было высказано предположение, что они могут быть эффективными в лечении ИЗ.

Сообщения об отдельных клинических случаях свидетельствуют о том, что нормотимики эффективны в лечении ИЗ. Pallanti S. et al. (2002) [43] оценивали эффективность лития и вальпроата в рандомизированном простом слепом исследовании. В период проведения испытания в обеих группах отмечалось значимое улучшение (у 61% лечившихся литием и у 68% – вальпроатом).

Концептуализация ИЗ либо как расстройства контроля над побуждениями, либо как расстройства обсессивно-компульсивного спектра предусматривает, что в ее этиологии участвует серотонинергическая система. Нейробиологические данные, подтверждающие дисфункцию системы серотонина (5-HT) при ИЗ, стали основанием для проведения исследова-

ний, в которых эффективности флувоксамина, циталопрама, пароксетина, сертралина и флуоксетина, в которых удалось достичь некоторого успеха [20, 27, 31].

Гамкрелидзе Ш. и соавт. (2003) [6], изучив импульсивные влечения, пришли к выводу о том, что наиболее эффективными являются серотонинергические антидепрессанты (анафранил, флуоксетин, пароксетин, тианептин и т.д.) в сочетании с нормотимиками (карбамазепин, соли лития).

Сравнительно новая группа препаратов, представители которой начали использоваться при лечении ИЗ, – антагонисты опиоидов. Налтрексон, созданный в 1994 г. для лечения героиновой зависимости, а в 1995 г. подтвердивший свои свойства при лечении алкоголизма, оказался эффективным и для уменьшения симптомов ИЗ [50]. Ряд российских исследователей [3, 22, 23] также отмечают эффективность применения блокаторов опиатных рецепторов. Так, по мнению Ханыкова В.В. (2007) [22], применение этой группы препаратов приводит к существенному сокращению стимулов к игре и ее частоты, облегчению борьбы с патологическим влечением вне игры, снижению яркости переживаний игрового транса, ослаблению фиксации на игре, появлению возможности прекращения игры, появлению «усталости от игры».

В литературе есть сообщения об эффективности применения в терапии ИЗ антипсихотика (рисперидона) [3, 23, 52].

В 2010 г. опубликована работа Grant J.E. et al. [32] об успешном применении акатинола. Авторами установлено снижение интенсивности расстройства и присущей ему «когнитивной неподвижности». Интерес исследователей вызвали глутаматергические препараты, показавшие достоверный эффект в лечении ИЗ [42].

Следует упомянуть и о попытках купировать патологическое влечение к азартной игре применением электросудорожной терапии [18]. К сожалению, авторы приводят описания отдельных клинических случаев, в которых методом ЭСТ удалось «купировать патологическое влечение к азартной игре», без катamnестической оценки эффективности лечения.

Необходимо отметить, что ни в Великобритании, ни в США ни один лекарственный препарат не утвержден для лечения ИЗ. Кроме того, нет четких методических рекомендаций по применению психофармакологических средств. Исходя из сказанного, представляется оправданным продолжение научного поиска с целью изучения эффективности лекарственной терапии, а также комбинации фармакотерапии с психологическими методами лечения.

Комплексные методы помощи

Современное лечение психических заболеваний предполагает комплексное применение различных методов [21].

Валеева А.М. и соавт. (2005) [5], проанализировав опыт работы с 25 пациентами, страдающими ИЗ, пришли к выводу о том, что наибольшими шансами на успех обладает комплексный метод лечения, который оказывал положительное влияние на продуктивную и дефицитарную симптоматику. При этом устранялись

патологическое влечение и аффективные расстройства, а позитивное действие препарата (авторы применяли оланзапин) на мотивационную сферу создавало условия для психотерапевтической работы. В результате такой терапии наблюдалось повышение социальной адаптации пациентов.

Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. (2006) [14] предложили этапную терапию ИЗ, включающую психотерапию и дифференцированную фармакотерапию с использованием антидепрессантов, нормотимиков и препаратов ноотропного ряда.

Ломакина Г.В., Набиркин Г.А. (2006) [12] в качестве наиболее значимого метода помощи страдающим ИЗ обозначили психотерапию. Одним из существенных этапов терапии, по мнению авторов, является «формирование иной зависимости, т.к., отобрав, мы должны что-то дать взамен. Этой иной зависимостью может стать зависимость от психотерапевта или лекарственного средства». Возникают сомнения не только в целесообразности подобного подхода, но и в его этичности. Кроме того, вызывает сомнение практическая возможность выполнения поставленной этими авторами задачи, т.к. лекарственными препаратами, к которым якобы будет формироваться зависимость, были избраны труксал в суточной дозе 75 мг в комбинации с флуоксетином в дозе 40 мг. Как известно, эти препараты не вызывают формирования зависимости.

Бузык О.Ж. (2006) [4], применяя комплексный метод терапии, сочетая психофармакотерапию (серотонинегические антидепрессанты, блокаторы опиоидных рецепторов) и психотерапию, смог добиться ремиссии в течение года у 70% пациентов. В том, что именно комплексный метод оказания помощи является наиболее эффективным, были уверены многие исследователи [2, 8, 13, 14, 51].

Обзор современной литературы позволяет констатировать явно недостаточное количество разработанных и статистически проверенных методов комплексного лечения больных ИЗ, что, несомненно, усложняет создание единой эффективной системы помощи этим пациентам.

Результаты собственных исследований

Нами было проведено открытое одноцентровое исследование клинико-динамических и ряда патогенетических характеристик ИЗ, частично включающее катamnестический контроль.

Критерии включения: соответствие клинической картины критериям «патологического влечения к азартным играм», (F63.0) по МКБ-10; возраст от 18 до 50 лет.

Критерий исключения: наличие любого расстройства, кроме зависимости (нехимической или химической).

104 пациента, страдающих ИЗ, выразили письменное добровольное информированное согласие на продолжение участия в исследовании и получение помощи. Поскольку все участники полипрофессиональной бригады были единодушны в том, что наиболее эффективным является комплексный метод,

пациентам именно он предлагался как основной. Однако 29 пациентов (27,9%) отказались от помощи психотерапевта и получали только фармакотерапию, 21 (20,2%) считал неприемлемым прием лекарственных препаратов и выбрал работу с психотерапевтом. Комплексную помощь, таким образом, получали 54 (51,9%).

В исследовании была установлена минимальная продолжительность курса лечения, равная 3 месяцам. Полностью завершил курс 81 (77,9%) пациент.

Психофармакотерапия осуществлялась в соответствии с современными принципами отечественной и мировой психиатрии. Выбор препарата был основан на оценке клинического состояния и параклинических характеристик. Как правило, частота встреч с врачом-психиатром составляла 1 раз в неделю (в том случае, если пациент получал амбулаторную помощь). 18 пациентов, состояние которых характеризовалось выраженным компульсивным влечением к игре, что приводило к развитию «игрового запоя», были госпитализированы в дневной стационар на срок от 10 до 14 дней и осматривались врачом ежедневно.

Психотерапевтическая помощь оказывалась сертифицированными психотерапевтами. Частота встреч устанавливалась индивидуально, но, как правило, она составляла 1 раз в неделю. Около половины встреч проводились в рамках семейной психотерапии. Использовался разработанный нами метод психотерапии (изобретение «Способ лечения зависимости от азартных игр», приоритет от 22.12.06, патент № 2339411).

Катamnестическое наблюдение предусматривало добровольное активное обращение пациента к врачу с частотой 1 раз в месяц, однако, в случае предварительного согласия пациента, участники полипрофессиональной бригады оказания помощи могли по собственной инициативе уточнить состояние пациента.

Материал исследования

Из 104 пациентов 71 (68,3%) оказались зависимыми от игры в автоматы, 18 (17,3%) – от азартной игры в казино, у 15 пациентов (14,4%) выявлены признаки зависимости от нескольких азартных игр (автоматы, казино, частные карточные турниры, тотализатор). Среди обследованных преобладали пациенты с игровым стажем 4–5 лет. На момент обращения все пациенты (100,0%) миновали первую фазу игрового цикла (фазу выигрышей), описанную R.L. Custer (1984) [28].

Гендерные отличия в основной группе оказались существенными: на 93 мужчины (89,4%) пришлось 11 женщин (10,6%), таким образом, соотношение числа мужчин и женщин оказалось 9:1.

Возраст пациентов варьировал в диапазоне от 18 до 42 лет (средний возраст – $24,3 \pm 4,5$ года).

По уровню образования пациенты распределились следующим образом: неоконченное среднее – 3 пациента (2,9%), среднее – 21 (20,2%), среднее специальное – 26 (25,0%), неоконченное высшее – 18 (17,3%), высшее – 30 (28,8%), ученая степень – 6 (5,8%).

В браке (официальном и гражданском) состоял 31 (29,8%) человек. При этом свои отношения с суп-

ругой (супругом) оценивал как «крепкие, надежные» 21 человек (20,2%), а в 10 случаях (9,6%) брак был на грани распада. Одинокими оказались большинство включенных в исследование пациентов – 73 человека (70,2%). Из них никогда не состояли в браке 42 (40,4%), 31 (29,8%) находился в разводе (в большинстве случаев его причиной явилась азартная игра пациента, приводящая к развитию тяжелых финансовых, социальных и семейных проблем).

Не учились и не работали, находясь на иждивении близких, 19 из обследованных пациентов (18,3%). Учились 23 пациента (22,1%). Работали 62 человека (59,6%).

За помощью впервые обратились 79 пациентов (76,0%), остальные ранее уже получали помощь; эффекта при этом либо не было, либо он оказывался кратковременным и нестойким, что и приводило к повторному обращению.

Стратегической целью оказания комплексной помощи больным ИЗ было полное устранение реализации патологического влечения, что понималось нами как достижение ремиссии. О качественной ремиссии мы судили по дезактуализации самого патологического влечения или по его исчезновению.

В рамках применения комплексного метода терапии ИЗ нами использовались 2 ведущих метода: психофармакотерапия и психотерапия.

Мы сознательно избегали распределения больных в группы в зависимости от жестко определенной лекарственной схемы, соблюдая принцип динамизма; лекарственная терапия была гибкой и менялась в зависимости от клинической задачи.

Накопленный нами опыт психофармакотерапии ИЗ отражен в табл. 1.

При **психотерапии** ИЗ мы рассматривали проблему зависимости как личностную проблему внутри семьи, полагая, что зачастую патологическая игра является своеобразным гомеостатизирующим фактором внутрисемейных отношений. При анализе семейных отношений мы не раз убеждались, что нарушение внутрисемейных отношений неизбежно предшествует развитию гемблинга. В то же время стабилизация семейных отношений позволяла преодолеть патологические «игры», служившие опорой сформированной в семье патологической системе; она ускоряла взросление и созревание личности пациента, формирование у него ответственного отношения к поступкам и жизни в целом.

В качестве основополагающего психотерапевтического подхода нашей бригадой была использована модифицированная (патент № 2339411 от 13.5.08) стратегическая семейная терапия Джея Хейли.

На первом сеансе присутствовали все члены семьи (мы стремились к присутствию трех поколений). Сплочение всей семьи (борьба за структуру) и эффективное противодействие гомеостатическим механизмам патологической семьи (борьба за инициативу) оказывались чрезвычайно важными факторами успеха.

Достаточно часто нами использовалось парадоксальное задание. Например, как будто бы для того, чтобы психотерапевт смог лучше разобраться в том, что происходит в семье, членам семьи в обязательном порядке предписывалось в ближайшие 2 недели ста-

рательно 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, в котором записывать для психотерапевта свои впечатления о происходящем. Реально это вызывало «бунт» членов семьи против психотерапевта, выражавшийся в том, что они из принципа сопротивления начинали вести себя иначе, что и создавало условия для коренной перестройки внутрисемейных отношений в сторону большей их эффективности.

Следующим, практически неизбежным и очень важным этапом, к которому следовало заранее готовить семью, был рецидив болезни. Дальнейшее течение ИЗ, по нашему мнению, во многом зависело от того, насколько члены семьи будут ответственными и сплоченными в этот труднейший момент. Было очень важно, чтобы они, выполнив все предписания, под руководством психотерапевта справились с этим сами. Именно это и было поворотным моментом, показывавшим, насколько жизнеспособны все достигнутые договоренности. Акцентировалось внимание на том, что больной должен сам отработать свои долги, и лучше – с процентами и в обязательном порядке выполнив наложенное на него испытание. При неудаче приходилось все начинать сначала, приняв к сведению уроки происшедшего.

Вскоре после начала семейной психотерапии она дополнялась психотерапией индивидуальной, целями которой были:

- 1) проработка подсознательных комплексов больного (наиболее часто встречались базовое недоверие к миру, неразвитость идентификации себя как мужчины или женщины, алекситимия, отсутствие навыков проблемно-решающего поведения);
- 2) проработка целей в жизни;
- 3) обучение поведенческим приемам успешного зарабатывания денег, построения отношений с противоположным полом, решения семейных проблем;
- 4) разрыв связи «вижу игровой автомат – чувствую желание играть»;
- 5) проработка отношения к теме смерти – своей и близких;
- 6) тренинг умения самостоятельно справляться с возникшим желанием играть.

Одной из важнейших задач было научить пациента самостоятельно справляться с периодически возобновляющимся патологическим влечением к игре. Иногда это возникало как следствие того, что больной снова видел знакомую рекламу или представлял игровой автомат, после чего заметно активизировалось патологическое влечение. Для решения этой проблемы необходимо было разорвать связку «вижу – чувствую» в подсознании больного. Наилучшие результаты в решении этой проблемы мы получали при использовании техник работы с субмодальностями, базовой из которых являлась техника «взмаха».

В рамках описанного бригадного метода психотерапевт работал с зависимым индивидуально 2 раза в неделю, проводя семейные встречи 1–2 раза в месяц. Постепенно, по мере достижения компенсированного состояния, частота сеансов сокращалась до 1 раза в месяц – индивидуально и 1 раз в 3 месяца –

Таблица 1. Клинико–патогенетическое обоснование применения психофармакологических препаратов в лечении больных, страдающих ИЗ

Класс препаратов	Препарат	Показания	Патогенетическое обоснование
Нормотимики	Лития карбонат	Клинически значимые или субклинические аффективные фазы, заметный циклоидный радикал в личности.	Блокада, снижение активности ГПУВ, подавление фокусов пароксизмальной активности, ослабление активности патологической детерминанты. Предотвращение механизма «киндлинга». Стабилизация ионной проницаемости биомембран нейронов.
	Карбамазепин	«Пароксизмальность» развития игрового эпизода. Сужение сознания в эпизоде. Пароксизмальная активность на ЭЭГ. Высокий уровень тревоги. Дисфоричность, склонность к агрессии. Клинические признаки депрессии.	
	Вальпроат натрия	«Пароксизмальность» развития игрового эпизода. Сужение сознания в эпизоде. Пароксизмальная активность на ЭЭГ.	
	Ламотриджин	«Пароксизмальность» развития игрового эпизода. Сужение сознания в эпизоде. Пароксизмальная активность на ЭЭГ. Психологическая непереносимость седации. Побочные явления, возникающие при применении других нормотимиков.	
Антидепрессанты	СИОЗС (сертралин, флувоксамин, циталопрам); СИОЗСН (венлафасин, милнациран); ТЦА (кломипрамин)	Присутствие депрессии в клинической картине. Лабораторное обнаружение снижения уровня серотонина.	Коррекция нарушенного баланса нейромедиаторов (серотонин, норадреналин).
Атипичные нейролептики в малых дозах	Рisperидон (до 1 мг/сут), кветиапин (до 100 мг/сут), амисульприд (до 200 мг/сут)	Выраженное компульсивное влечение в сочетании с яркими проявлениями психопатизации, агрессией	Коррекция нарушенного баланса нейромедиаторов (дофамин, серотонин). Подавление активности резистентных ГПУВ за счет блокады дофаминовых рецепторов и снижения патологически повышенного уровня дофамина.
Блокаторы опиоидных рецепторов	Налтрексон	А. В качестве «кризисного средства» – при сравнительно нечастом рецидивировании влечения у пациентов с высоким уровнем комплаенса; Б. Перманентное применение – при резистентном, малокурабельном варианте.	Снижение активности патологической системы за счет блокады эндорфиновых рецепторов (системы положительного подкрепления).
КПТ [11]	Сочетанное применение малых доз галоперидола, феназепам и карбоната лития	Высокий уровень обсессивного влечения во внеэпизодном периоде.	Взаимопотенцирующее влияние на пре- и постсинаптические механизмы деятельности дофаминового синапса. Подавление активности ГПУВ.
Типичные бензодиазепины	Диазепам	Коротким курсом, капельно, при рецидивирующем типе течения, для прекращения «игрового запоя». Выраженная тревога в клинической картине.	Активация бензодиазепин–ГАМК–хлорканалового белкового комплекса, усиление ГАМК–зависимого тормозного контроля, подавление активности ГПУВ, нейропротекция.
Атипичные бензодиазепины	Клоназепам	Пароксизмальное возникновение компульсивного влечения.	
Метаболическая терапия	Кортексин, актовегин, цереаксон.	Признаки резидуально–органического поражения головного мозга.	«Смягчение» выраженности органической почвы, улучшение нейропластичности.

с семьей. Общая продолжительность психотерапии, пусть и с редкими встречами, была около года. По мере завершения курса встречи начинали напоминать не классическую психотерапию, а супервизии с обсуждением проблем, с которыми встречались семья и больной, с чем успешно справились, а с чем не удалось. Совместно принималось решение о методах, которые необходимо освоить, чтобы далее самостоятельно справляться еще лучше.

В табл. 2 приведено распределение пациентов в подгруппы по виду оказанной помощи и доля досрочно выбывших из исследования

Процент досрочно выбывших из исследования оказался в группе больных, получавших комплексную помощь, в 2 раза меньшим, чем в группах, получавших психофармакотерапию и находившихся на психотерапии (достоверных различий между этими группами нет). Это косвенно характеризует комплексный метод помощи как более перспективный (как минимум, в плане установления и поддержания комплаенса).

Результаты катamnестического наблюдения (точной отсчета являлся 1 год после начала терапии) представлены в табл. 3.

Анализ полученных результатов убедительно свидетельствует о преимуществе комплексного метода лечения: результат, который мы считали стратегической целью, был получен в группе больных, лечившихся комплексно, в достоверно наибольшем проценте случаев (57,4%). Наихудшие результаты получены в группе, получавшей исключительно психофармакологическое лечение: в этой группе почти у половины больных не удалось добиться клинического эффекта. В группе больных, получавших психотерапию, удалось добиться улучшения у большей части

Таблица 2. Распределение больных в подгруппы по виду помощи

Подгруппа	Включено	Досрочное выбытие
Комплексная помощь	54 (51,9%)	8 (14,8%)
Психофармакотерапия	29 (27,9%)	9 (31,0%)
Психотерапия	21 (20,2%)	6 (28,6%)

пациентов, однако стойкий результат, удовлетворяющий критериям ремиссии, достигнут лишь у трети больных.

Ограничениями работы являются: способ формирования группы (включение всех обратившихся в авторитетный в г. Ростове-на-Дону частный медицинский центр и на кафедру медицинского университета) и отказ от сравнительного изучения эффективности различных групп препаратов и методов психотерапии.

Между тем, несмотря на эти ограничения, считаем возможным сформулировать следующие **выводы:**

Проблема терапии игровой зависимости остается актуальным «вызовом» современной психиатрии; клинко-патогенетические исследования игровой зависимости с поиском и валидизацией оптимальных подходов к терапии сохраняют высокую значимость.

Комплексный метод оказания помощи, включающий психотерапию и психофармакотерапию (опирающуюся на патогенетический подход), представляется наиболее оправданным и результативным.

Таблица 3. Результаты лечения больных, страдающих ИЗ

Результат (через 1 год после начала терапии)	Терапевтическая группа		
	1	2	3
	Комплексная помощь (n = 54)	ПФТ (n = 29)	Психотерапия (n = 21)
Полный отказ от азартной игры без присоединения иной зависимости (ИЗ либо не проявляется, либо не реализуется в связи с имеющейся твердой мотивацией на поддержание образа жизни без азартной игры и критической оценкой своего расстройства)	31 (57,4%) $p_{1-2} < 0,05$	6 (20,7%) $p_{2-3} > 0,05$	7 (33,3%) $p_{1-3} < 0,05$
Сохранение азартной игры в редуцированном виде (единичные «срывы») или присоединение иной зависимости	12 (22,2%) $p_{1-2} > 0,05$	10 (34,5%) $p_{2-3} > 0,05$	8 (38,1%) $p_{1-3} > 0,05$
Сохранение прежнего уровня азартной игры (терапия без успеха)	11 (20,4%) $p_{1-2} < 0,05$	13 (44,8%) $p_{2-3} > 0,05$	6 (28,6%) $p_{1-3} > 0,05$

Список литературы

1. Автономов Д.А. О психоаналитическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (Э. Гловер и др.) // Независимый психиатрический журнал. 2010. № 1. С. 72–78.

2. Агibalова Т.В., Бузик О.Ж., Динев Е.Н. Сравнительное исследование применения психотерапии при лечении больных игровой зависимостью // Вопросы наркологии. 2010. № 3. С. 21–31.

3. Бондаренко С.Н., Дудко Т.Н. Особенности клиники и лечебно-реабилитационного процесса у больных игровой зависимостью // Современные достижения наркологии. Материалы конференции. М., 2005. С. 35–36.

4. Бузик О.Ж. Комплексная программа лечения пациентов с игровой зависимостью // Материалы российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психических больных». М., 2006. С. 287.

5. Валеева А.М., Карпов А.М., Яковлева С.В. Сочетание фармако- и психотерапии при лечении игровой зависимости // Материалы XIV съезда психиатров России. М., 2005. С. 334.

6. Гамкрелидзе Ш., Путкарадзе Н., Немсидзевридзе М. Импульсивные лечения, как психопатологические расстройства аффективного спектра и их лечение // Материалы рос. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М., 2003. С. 38.

7. Даренский И.Д. Зависимость от азартных игр // Современные достижения наркологии. Материалы конференции. М., 2005. С. 44–45.
8. Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., Ракитянская Е.А. и др. Клинико-психологические особенности и коррекция поведения при игровой зависимости // Наркология. 2011. № 2. С. 88–93.
9. Краснов В.Н., Гурович И.Я. (под ред.). Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Ростов-на-Дону, 2000. 239 с.
10. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология и патологические интеграции в нервной системе // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 1. С. 4–9.
11. Крыжановский Г.Н., Москети К.В., Ахметьев С.Б. и др. Комплексная патогенетическая терапия. Комплексное применение бутирофенонов, бензодиазепинов и солей лития в психиатрической практике. М., 1989. 24 с.
12. Ломакина Г.В., Набиркин Г.А. Опыт работы с пациентами, страдающими лудоманией // Сборник статей юбилейной межрегиональной научно-практической конференции психиатров и наркологов. 2006. С. 431–433.
13. Магалиф А.А., Магалиф А.Ю. Опыт амбулаторного лечения больных игроманией // Мат. конф. «Игровая зависимость: мифы и реальность». М., 2006. С. 64.
14. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Клиника и динамика психических расстройств у лиц с патологической зависимостью от игры // Наркология: ежемесячный научно-практический рецензируемый журнал. – 2006. – № 9. С. 59–63.
15. Москвитин П.Н. Позитивная психодрама как метод профилактики и терапии игровой зависимости // Материалы конференции «Игровая зависимость: мифы и реальность». М., 2006. С. 85–89.
16. Насонова Т.П. Опыт психотерапевтической коррекции зависимого поведения на примере случаев патологического гемблинга // Актуальные проблемы клинической, социальной и биологической психиатрии и наркологии. Материалы конференции. Ростов-на-Дону, 2006. С. 195–197.
17. Наточин Е.А., Тхостов А.Ш., Теперик Р.Ф. Патологическая зависимость от азартных игр: психоаналитический подход // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2012. № 2. С. 138–151.
18. Остапков С.Б. Случай успешного купирования синдрома патологического влечения к азартным играм электросудорожной терапией // Сборник трудов 73-й научной конференции КГМУ. Курск, 2008. Т. 1. С. 79–84.
19. Скокаускас И., Сатявичюте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм // Психиатрия. 2004. № 3. С. 59–65.
20. Счастный Е.Д. Клинические аспекты применения сертралина при игровой зависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6. С. 67–69.
21. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Т. 1. М.: Медицина, 1999.
22. Ханыков В.В. Блокаторы опиатных рецепторов при игровой зависимости // Мат. Рос. конф. «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М., 2007. С. 308–309.
23. Ханыков В.В. Рisperид в лечении игровой зависимости // «Современные достижения наркологии». Материалы конференции. Москва, 2005. С. 107–108.
24. Barker J.C., Miller M. Aversion therapy for compulsive gambling // Lancet. 1966. № 1. P. 491–492.
25. Blaszczynski A.P., McConaghy N., Frankova A. Control versus abstinence in the treatment of PG: a two- to nine-year follow-up // Br. J. Addict. 1991. V. 86. P. 299–306.
26. Breen R.B., Kruegelbach N.G., Walker H.J. Cognitive changes in pathological gamblers following a 28-day inpatient program // Psychol. Addict. Behav. 2001. Sep. V. 15. P. 246–248.
27. Chung S.K., You I.H., Cho G.H. et al. Changes of functional MRI findings in a patient whose pathological gambling improved with fluvoxamine // Yonsei Medical Journal. 2009. № 6. P. 42–61.
28. Custer R.L. Profile of the pathological gambler // J. Clin. Psychiatry. 1984. Dec. V. 45. № 12. Pt. 2. P. 35–38.
29. Dairon J.P., Nicki R.M. Prevention of pathological gambling : a randomized controlled trial // CognBehavTher. 2007. V. 36. № 2. P. 74–84.
30. George S., Murali V. Pathological gambling: an overview of assessment and treatment // Advances in Psychiatric Treatment. 2005. V. 11. P. 450–456.
31. Grant F., Kim S., Potenza M. et al. Paroxetine treatment of gambling: a multicentre randomized controlled trial // International Clin. Psychopharm. 2003. № 18. P. 243.
32. Grant J.E., Odlaug B.L., Kim S.W., et al. Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study // Psychopharmacology. 2010. T. 212. № 4. C. 603–612.
33. Hollander E., DeCaria C., Man E. et al. Short term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling // American J. of Psychiatry. 1998. V. 155. P. 1781–1783.
34. Kim S.W. Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders // J. Clin. Psychiatry. 1998. Apr. № 59(4). P. 159–164.
35. Koller K.M. Treatment of poker-machine addicts by aversion therapy // Medical J. of Australia. 1972. V. 1. P. 742–745.
36. Leeman R.F., Potenza M.N. Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity // Psychopharmacology. 2012. T. 219. № 2. C. 469–490.
37. Lester D. The treatment of compulsive gambling // International J. of the Addictions. 1980. V. 15. P. 201–206.
38. McConaghy N., Armstrong M.S., Blaszczynski A. et al. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling // British J. of Psychiatry. 1983. V. 142. P. 366–372.
39. McConaghy N., Blaszczynski A., Frankova A. Comparisons of imaginal desensitization with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up // British Journal of Psychiatry. 1991. V. 159. P. 390–393.
40. Morasco B.J., Weinstock J., Ledgerwood D.M. et al. Psychological factors that promote and inhibit pathological gambling // Cogn. Behav. Pract. 2007. V. 14. P. 208–217.
41. Moskowitz J. Lithium and lady luck: use of lithium carbonate in compulsive gambling // New York State Journal of Medicine. 1980. № 80. P. 785–788.
42. Olive M.F., Cleve R.M., Kalivas P.W. et al. Glutamatergic medications for treatment of drug and behavioral addictions // Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2012. T. 100. № 4. C. 801–810.
43. Pallanti S., Quercioli L., Sood J. et al. Lithium and valproate treatment of PG: a randomized single-blind study // J. Clin. Psychiatry. 2002. № 63. P. 559–564.
44. Reid R.C., Li D.S., Collard M. et al. Exploring facets of personality and escapism in pathological gamblers // Journal of Social Work Practice in the Addictions. 2011. T. 11. № 1. C. 60–74.
45. Russo A.M., Taber J.L., McCormick R.A. et al. An outcome study of an inpatient treatment program for PGs // Hospital and Community Psychiat. 1984. V. 35. P. 823–827.
46. Saarnen J. Nalmefene effective in the treatment of pathological gambling // Spark. 2003. № 2. P. 6.
47. Sharing recovery through Gamblers Anonymous. Gambling Anonymous Publishing Inc., 1984.
48. Stewart R.M., Brown R.J.F. An outcome study of Gamblers Anonymous // British Journal of Psychiatry. 1998. V. 152. P. 284–288.
49. Sylvain C., Ladouceur R., Boisvert J.M. Cognitive and behavioral treatment of PG: a controlled study // J. Consulting and Clin. Psychol. 1997. V. 65. P. 727–732.
50. Toneatto T., Brands B., Selby P. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of concurrent alcohol use disorder and pathological gambling // The American Journal on Addictions. 2009. № 4. P. 65–81.
51. Weinstock J., Ledgerwood D.M., Modesto-Lowe V. et al. Ludomania: cross-cultural examinations of gambling and its treatment // Revista Brasileira de Psiquiatria. 2008. № 1. P. 22–34.
52. Zack M., Poulos C. A D2 Antagonist Enhances the Rewarding and Priming Effects of a Gambling Episode in PG // Neuropsychopharmacology. 2007. № 1. P. 112.

Treatment approaches in game addiction

V.A. Soldatkin, A.O. Bukhanovskiy, V.V. Madorskiy, D.C. Mavani, A.V. Dyachenko

Rostov State Medical University, Department of Psychiatry and Narcology; Scientific Center for Treatment and Rehabilitation "Phoenix" Rostov-on-Don

SUMMARY: The article is devoted to the current state of the problem of therapy in game addiction (GA). After a brief literature review we provided our own data based on the results of an open single-center study, which included 104 patients suffering from game addiction. Of these, 54 (51.9%) received integrated care, 29 (27.9%) – only psychopharmacotherapy, 21 (20.2%) – psychotherapy. It is found that the greatest potential for achieving the goal, i.e. the complete elimination of the pathological craving for game addiction, is a complex method that includes the use of psychopharmacotherapy (directed for correcting the biological disorders) and psychotherapy (which aims to correct the personality disorders and family relationships). Results of the study of comparative efficacy of therapy of GA in groups of patients who received only psychotherapy or drug therapy alone, showed a benefit of psychotherapeutic methods. The clinical and laboratory guidelines for the choice of pharmacotherapy are proposed.

KEY-WORDS: game addiction, the comparison of effectiveness, algorithm of psychopharmacotherapy, psychotherapy.

CONTACT: Soldatkin Victor Alexandrovich – Sva-rostov@mail.ru