

⁴ Выступление Президента на сборе руководящего состава Вооруженных сил от 16.11.2006 г. [Электрон. ресурс]. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru>

⁵ Мерфи Д. Бизнес — это поединок. М., 2005. С. 116.

⁶ Там же. С. 228.

⁷ Бечон Ф. Решайся! Военные стратегии в управлении предприятием: Пер. с нем. М., 2006. С. 93.

⁸ Там же. С. 24.

⁹ Коттер Д. П. Лидерство Мацуситы: уроки выдающихся предпринимателей XX века: Пер. с англ. 2-е изд. М., 2005. С. 148.

¹⁰ Крыштановская О. Владимир Путин протезирует бывшим военным // Sueddeutsche Zeitung, 2003. Июль [Электрон. ресурс]. Режим доступа: <http://www.inosmi.ru>

Статья поступила в редакцию 30.06.2006 г.

Д. Я. Ойхер, А. В. Кирницкий

ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ — МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

В последнее время в обществе больше обычного говорят о таком явлении нашей жизни, как лудомания (игромания, зависимость от игры), в ряде случаев не избегая таких устрашающих эпитетов, как, например, эпидемия. В данной статье мы попытаемся разобраться в том, что же это за явление и какие на сегодняшний день имеются пути решения проблемы, которая, опять же по заверениям некоторых СМИ, «реально угрожает национальной безопасности...» Так ли это на самом деле? Сразу хотелось бы ответить на этот вопрос: не думаем, причем не снимая остроты проблемы, но и не впадая в другую крайность, когда некоторые предлагают считать лудоманию чем-то сродни наркотической эпидемии или абсолютно реально спивающейся нации... Проблема пристрастия к азартным играм (а в ряде случаев самой настоящей зависимости от них) — комплексная проблема, где медицинской ее составляющей отводится равное место наряду с психологическими, педагогическими и социальными составляющими. Наличие шифра в международной классификации болезней не делает автоматически зависимость человека от походов в казино или «однорукого бандита» только медицинской проблемой. Разрешать проблему, искать пути

ОЙХЕР Дмитрий Яковлевич — кандидат педагогических наук, врач психиатр-нарколог высшей категории, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФПКПП Уральского государственной медицинской академии, заслуженный врач РФ.

КИРНИЦКИЙ Андрей Валерьевич — врач психиатр-нарколог, психотерапевт лечебно-диагностического отделения по лечению зависимостей Свердловской областной клинической психиатрической больницы.

© Ойхер Д. Я., Кирницкий А. В., 2007

выхода из тупиковых ситуаций необходимо с использованием всех имеющихся возможностей и ресурсов как отдельно взятой личности, так и социума, не уповая лишь на психотерапию и медикаменты.

Азартные игры как форма досуга или развлечения распространены повсеместно, и многие люди иногда играют в казино, на игровых автоматах, ходят на бега, бьются об заклад, покупают лотерейные билеты. Однако число тех, кого считают так называемыми патологическими игроками, в большинстве стран, где проводились соответствующие исследования, постоянно. Оно составляет, по разным оценкам, около 3,7 % населения, причем независимо от того, где человек проживает: в Монте-Карло или каком-либо заштатном городке, где нет казино и ипподрома.

Вследствие культурных и психологических различий в разных странах проблему лудомании воспринимают по-разному. Западные страны столкнулись с этой проблемой, приравненной ВОЗ к алкоголизму и наркомании, намного раньше нас и приняли профилактические меры. К примеру, в США все игорные заведения размещаются в отдельных районах или городах. В Израиле азартные игры запрещены совсем, а владельцам подпольных салонов грозит пожизненное заключение.

В последние годы в России отмечается некоторый рост обращаемости за медицинской помощью лиц с патологическим влечением к азартным играм (гемблинг патологический — болезненная страсть к играм, в том числе к риску, картам, игровым автоматам, ставкам на скачках или спортивных состязаниях, лотереям и пр.).

Строго говоря, игромания не может быть целиком и полностью отнесена к зависимостям как таковым. Международная классификация заболеваний Десятого пересмотра (МКЗ-10) определяет это расстройство личности и поведения как расстройство привычек и влечений.

После МКЗ-10 лудомания была включена в списки заболеваний (код F 63.0), и ее определение звучит следующим образом:

«Это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей».

Выявить такое расстройство крайне сложно, в диагностических указаниях числится лишь следующее: «Основным признаком является постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и часто углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и разрушение (разрушение) личной жизни». Лудомания редко становится первичным нарушением поведения, но, как показывает опыт работы, в большинстве случаев это — вторичный симптом каких-либо других заболеваний. Поэтому в начале стараются выявить именно их.

Это расстройство влечения обычно сопровождается значительными лич-

ностными, поведенческими нарушениями и связанными с ними профессиональными, социальными и экономическими проблемами.

В то же время патологическую зависимость от азартных игр следует отличать от склонности к азартным играм и заключению пари — это пристрастие стоит отдельной строкой в МКБ-10 (код Z 72.6) — проблемы, связанные с образом жизни. Также часто лудоманию путают с чрезмерным участием в азартных играх маниакальных больных, и частым участием в них людей ради удовольствия или наживы — такие игроки обычно сдерживают свое влечение, когда сталкиваются с большими потерями или другими неблагоприятными последствиями азартных игр.

Почти все имеющиеся на сегодняшний день зависимости можно разделить на две группы:

1. Химические, связанные с использованием в качестве объектов зависимости различных веществ, изменяющих психическое состояние человека: алкоголизм, нарко- и токсикомания, табакокурение. Особенность и принципиальное отличие этого вида зависимости от всех остальных состоит в том, что используемые химические вещества обладают высокой токсичностью и приводят к возникновению органических (структурных) поражений.

2. Нехимические зависимости. К ним относятся азартные игры (гэмблинг, лудомания), зависимость отношений, работогольная зависимость, и т. д.

Ц. П. Короленко и Т. А. Донских выделяют ряд признаков, характерных для азартных игр как одного из видов аддиктивного (отклоняющегося) поведения:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, труднопреодолимое желание снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркозависимых, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания.

5. Постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление к более высокому риску.

6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», всепреодолевающим стремлением найти возможность для участия в азартной игре.

7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну, выражающееся в том, что лица, решившие раз и навсегда покончить с играми, при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми по игре, разговор на эту тему, участие в обычной, неазартной игре и др.), как правило, возобновляют участие в азартных играх.

Следует отметить, что развитие лудомании не происходит внезапно, сразу, но поэтапно, постепенно и, что самое главное, незаметно для самого человека, вовлеченного в игровой процесс. Можно выделить несколько этапов развития зависимого поведения:

1. Появляется так называемая точка кристаллизации в связи с переживанием интенсивных положительных эмоций (или устранением отрицательных) при определенном действии. Возникает понимание, что существует способ, вид активности, с помощью которого можно сравнительно легко изменить свое психическое состояние. В случае с игроками такой интенсивной положительной эмоцией чаще всего становится первый крупный выигрыш. Многие даже спустя годы отчетливо помнят то состояние, которое возникло, когда им удалось «получить много денег просто так».

2. Устанавливается зависимый (аддиктивный) ритм поведения, который выражается в определенной последовательности обращений к средствам зависимости. Для многих игроков существует определенный режим походов в игровые заведения — раз в неделю, каждый вечер и т. д. Этот этап может происходить длительно, месяцами или годами, и именно он менее всего (в отличие от предыдущего — хорошо заметного и отчетливо запоминаемого) выражен.

3. Формируется зависимость как составляющая часть личности. В этот период к объекту зависимости прибегают лишь в связи с жизненными трудностями. Многие игроки идут в казино или к игровым автоматам в ситуациях напряжения дома или на работе, стремясь тем самым как бы сгладить, снять это напряжение. Существует внутренняя борьба между естественным и зависимым стилями жизни, человек начинает понимать и осознавать, что он «делает что-то не то, живет как-то не так, что так нельзя» и т. д. Постепенно зависимый стиль вытесняет естественный и становится частью личности, методом выбора при встрече с реальными требованиями жизни; в этом периоде в ситуациях повышенного контроля особой ответственности возможен контроль над своим пристрастием, что проявляется в более частом посещении игровых салонов. Однако если в семье начинают возникать конфликты по поводу чрезмерного увлечения, например, супругом азартными играми, это может (пока) на определенный срок прекратить его посещение игровых заведений.

4. Период полного доминирования зависимого поведения, которое определяет стиль жизни, отношения с окружающими; человек погружается в зависимость, отчуждается от общества. У игроков на этом этапе игра стано-

вится стилем жизни, главной ее целью. У многих игроков уже разрушены семьи, потеряна работа. Именно в этот момент человек чаще всего обращается за помощью, как правило, в медицинские учреждения наркологического профиля.

Психологическими причинами лудомании чаще всего являются:

- Одиночество, хроническая тоска. Люди, склонные к «тусклой меланхолии», т. е. те, у кого содержание эндорфинов (или гормонов радости) в крови понижено изначально, гарантированно становятся зависимыми от игры в погоне за эйфорией.

- Склонность к импульсивному поведению. Подобно всем наркотикам, включая алкоголь, игромания прежде всего опасна для творческих людей — тонкая психическая организация более подвержена разрушению под пресом биохимического эффекта.

- Чрезмерная общительность, конформность, склонность к подражательному поведению и реакциям группирования — «за компанию».

- Наличие у человека финансовых проблем. Такие люди обычно думают: «Ну проиграю, и что? Все равно денег нет. А если выиграю?». Они надеются на чудо.

Когда у человека возникает проблема с азартными играми, она, как правило, существует совместно с другими психологическими проблемами и, по сути, часто является признаком более глубокой проблемы. Алкоголизм, наркомания, пищевая зависимость, компьютерная зависимость, зависимость от азартных игр — это понятия, стоящие в одном ряду. Механизмы формирования всех зависимостей во многом схожи. Как правило, в их основе чаще всего лежат и идентичные психологические механизмы, т. е. проблема произрастает из неудовлетворенности каких-то потребностей индивидуума, невозможности самореализации, достижения целей. Генетическая природа зависимостей находит все большее подтверждение у врачей. Человек с генетической склонностью к синдрому дефицита удовлетворенности будет непременно искать внешние способы, позволяющие ему испытать это чувство.

Людей, подверженных болезненной склонности к игре, можно разделить на пять условных категорий:

- Подверженные многочисленным пристрастиям: параллельно с лудоманией эти люди страдают от каких-либо пристрастий (алкоголизм, наркомания и т. д.).

- Лечившиеся от психических расстройств: все они проходили психиатрическое лечение в клинических или амбулаторных условиях.

- Люди, которые играют, чтобы притупить чувство одиночества или неудовлетворенности — для таких игроков азартные игры служат отдушиной и суррогатом отсутствующей компании или интересного дела.

- Профессиональные игроки: люди из этой группы играли профессионально, но время от времени игра приобретала форму пристрастия.

- Другие — во всех других отношениях они отличались от всех вышеописанных групп своей предысторией и мотивацией к игре.

Существует перечень характеристик игрока, который может быть отнесен к категории проблемных. К таким характеристикам относятся:

- нежелание и неспособность принять реальность;
- вера в то, что игрок придумал уникальный метод игры, которая позволит сорвать куш;
- много времени уделяется мечтаниям о том, как будет израсходован скорый крупный выигрыш;
- ощущение эмоциональной незащищенности в перерывах между играми;
- инфантильность и желание избегать ответственности;
- желание казаться значительной величиной в глазах других людей.

Более серьезной формой зависимости страдает патологический игрок, которому свойственны:

- иррациональные мотивы поведения, следуя которым человек постоянно или периодически теряет контроль над тем, как он действует в игре. Такие люди охвачены мыслью о следующей игре или о том, где бы раздобыть денег для нее;
- растраты, заем денег в долг для продолжения игры;
- неустойчивое поведение и распад личности;
- склонность к административным и уголовным преступлениям с целью добычи денег для игры;
- суицидальные мысли и поступки.

Учитывая многообразие накопленного в странах мира опыта, можно составить перечень общих для всех методов и средств противодействия лудомании:

- Законодательные меры. Лицензирование. Возрастные ограничения. Рекламные ограничения. Налоговые отчисления. Но в то же время безусловное соблюдение гражданских прав и свобод.

- Административные меры. Ограничения по месту (отдаленность от образовательных, религиозных учреждений и т. д.), времени работы, видам игр, их сочетаниям.

- Ограничения игорного заведения. Ограничения по допуску (фэйсконтроль) — на возраст, психическое состояние, адекватность. Проверка состоятельности и кредитной истории клиентов. «Черные списки» шулеров, «проблемных» игроков. Остановки в игре. Ограничения по суммам и времени игры. Ограничения игрока. Заранее оговоренные предельные суммы и время игры.

- Медицинские меры. Медикаментозное и психотерапевтическое лечение. Индивидуальная, семейная или групповая терапия. Периодическая проверка состояния больных у психотерапевта или психоаналитика. Самотестирование. Наблюдение за «проблемными» клиентами. Лекции и тренинги.

- Общественные меры. Создание и поддержание анонимных групп. Со-

здание общественных организаций и движений. Образовательные программы. Выпуск книг и лекций для личного и семейного прочтения.

Из всего перечисленного мы, по понятным причинам, коротко, остановимся на медицинских мерах.

Общеизвестно, что психотерапия является главным методом в лечении зависимых состояний. Однако роль, место, задачи и вид психотерапии на разных этапах лечения меняются. Заявления о том, что непсихологическое лечение при игромании не приносит пользы, следует назвать безответственными. Хотя специфического психофармакологического лечения игромании и связанных с ней расстройств на сегодня не существует, но были опробованы и оказались эффективными многие препараты, в частности антидепрессанты.

Все психотерапевтические методы, применяющиеся в лечении зависимостей, можно разделить на три главные группы по характеру психотерапевтического воздействия: манипулятивные, развивающие личность, синтетические.

Методы манипулятивного характера воздействуют главным образом на патологические процессы. Пациент рассматривается как объект воздействия; цель — изменение поведения. Терапия чаще непродолжительная, результат достигается относительно быстро, но не всегда устойчив; взаимоотношения пациента и терапевта характеризуются патернализмом со стороны терапевта, принятием на себя ответственности за результат лечения. К ним можно отнести большинство суггестивных (гипноз) методов, поведенческую психотерапию, в том числе методы «кодирования», «блокирования», и др.

Развивающие личность методы воздействуют главным образом на нормативно-компенсаторные процессы. Пациент рассматривается как субъект воздействия, цель — рост личности. Терапия достаточно продолжительна и трудоемка; результаты достигаются относительно медленно, но более устойчивы; взаимоотношения с терапевтом характеризуются партнерством.

К этой группе методов относятся психоанализ, экзистенциальный анализ (логотерапия), отчасти трансактный анализ, гештальттерапия, клиент-центрированная терапия (по К. Роджерсу) и другие методы так называемой гуманистической ориентации.

К синтетическим методам относятся комбинированные и поэтапные методы психотерапии, сочетающие в себе элементы манипулятивных и развивающих личность методов.

При использовании психотерапии как метода лечения необходимо неуклонно следовать основным ее принципам:

1. Добровольность. Осознанное согласие — первый и главный признак — только при этом начинается сотрудничество. Этот принцип нельзя понимать буквально, есть условно-добровольное согласие лечиться — здесь важен врач.

II. **Максимальная индивидуализация.** Необходимо решить несколько задач, что позволит максимально быстро и эффективно достичь положительного эффекта от проводимого лечения:

1) где лечить — стационарно или амбулаторно. В ряде случаев стационарирование больного в отделение с преобладающим психотерапевтическим воздействием является просто необходимым, поскольку амбулаторное лечение будет малоэффективным вследствие того, что после проводимой психотерапии человек вновь возвращается в прежнюю среду и подвергается ее неблагоприятному воздействию;

2) необходимо учесть клинические особенности и психическое состояние пациента. Например, если на первичной консультации диагностируется тяжелая депрессия или даже психоз, то больной направляется в соответствующее профильное отделение, где в лечении предпочтение в большей степени отдается медикаментам и в меньшей — психотерапии;

3) при первичном обращении необходимо произвести оценку конституционально-личностных особенностей человека, что достигается патопсихологическим тестированием, проводимым медицинским психологом;

4) при сборе анамнеза (истории болезни) необходимо учитывать особенности течения и развития заболевания именно у данного человека. Итог — индивидуальная программа лечения, учитывающая как индивидуально-личностные особенности данного конкретного пациента, так и особенности формирования и протекания имеющегося у него заболевания, где психотерапевтической и психофармакологической составляющим лечения отводится соответствующее место.

III. **Комплексность.** Этот принцип обеспечивается исполнением следующих пунктов:

1) при проведении психотерапии необходимо воздействовать на все уровни личности и ее окружения (биологический, клинический, социальный);

2) при лечении следует учитывать все имеющиеся «мишени»: а) патологическое влечение к игре; б) возможно, имеющиеся психические нарушения, возникшие либо в результате реализации зависимого стиля жизни и поведения индивидуума, либо имеющиеся в структуре личности исходно, но до момента начала аддикта (отклонения) являющиеся скрытыми.

IV. **Непрерывность и этапность.** Это означает, что при лечении больной должен быть постоянно погружен в психотерапевтический процесс, с ним может заниматься психотерапевт, психолог или группа больных, могут использоваться и применяться самостоятельные занятия или привлекаться терапевтические сообщества). Осуществляемый континуум терапевтических изменений должен иметь строго последовательный, этапный характер. Перерывы или аритмичность в работе сводят на нет все предшествующее лечение. Принципиальными для этого этапа являются системность, многоуровневость и полимодальность воздействия.

Нарушение этих канонов приводит к тому что проводимая психотерапия:

а) бьет мимо;

б) запаздывает;

в) легко блокируется патологическими защитами и инкапсулируется патологической субличностью.

Главное — то, что автономное воздействие на автономный симптом не в состоянии остановить ход патологического процесса. Так, несистемная психотерапия, ориентированная только на борьбу с тягой к алкоголю, часто не в состоянии предотвратить новый эксцесс или приводит к «уходу» в другую зависимость — наркоманию, алкоголизм или психосоматику, т. е. главное — интегративность.

V. Отказ от игры на время лечения.

Вышеизложенные методы и принципы психотерапии, а также медикаментозное лечение при лечении лудомании успешно реализуются в наркологическом центре клиники неврозов «Сосновый бор» как амбулаторно, так и в стационарном варианте. Нами создана концептуальная схема взаимодействия имеющихся структурных подразделений клиники, объединяющая усилия различных служб, где центральное место занимает наркологический центр. На сегодняшний день рано говорить о наличии у нас каких-либо верифицированных результатов в оценке реализации этой схемы, но имеющийся опыт позволяет сделать предварительный вывод о том, что стратегическое направление избрано верно.

Выводы:

1. Лудомания как явление возникла не вчера и исчезнет не завтра.

2. В связи с относительно небольшим сроком существования этой проблемы именно в России имеются некоторые трудности в организации выявления страдающих этим расстройством лиц и оказании им квалифицированной медицинской и психологической помощи.

3. Имеющиеся на сегодняшний день апробированные методики медицинской помощи страдающим этим расстройством достаточно эффективны, но это не должно успокаивать и избавлять от необходимости поиска новых путей, методов и средств помощи страдающим этим заболеванием.

4. В проводимом и осуществляемом лечении только так называемый биопсихосоциальный подход может являться эффективным и успешным в целях достижения положительного результата — отказа от игры.

5. Чем на более ранних этапах формирования и развития выявляется игровая зависимость, тем успешнее и эффективнее будет проводимое лечение, в связи с этим основные усилия необходимо сосредоточить в области профилактики, что особенно важно для детско-подростковой среды и групп риска.