

Государственное образовательное учреждение
Высшего профессионального образования
«Пермская государственная медицинская академия
имени академика Е.А. Вагнера
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

(диагностика, клиника, лечение)

Пермь, 2009.

СУЛЬПИРИД-БЕЛУПО
Европейское качество (производство Хорватия),
высокая эффективность по доступной цене

- Возможность широкого использования при различных психических заболеваниях и психопатологических проявлениях как нейролептика "биполярного типа".
- Терапия "маскированных", "соматизированных" депрессий.
- Широкий спектр действия сульпирида-белупо подтверждается примерами его использования при разнообразных соматоформных расстройствах.
- Применение сульпирида-белупо в наркологии с целью лечения алкоголизма, наркомании, а так же нехимических аддикций (гемблинг).
- Сульпирид-белупо можно назначать больным героиновой наркоманией даже в первые дни абстиненции.
- В связи с разнообразием терапевтического действия, отсутствием значимых побочных эффектов и ценностью препарата для медицинской практики, сульпирид включен в Федеральный "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств".



ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО в РФ
119330, Москва, Ломоносовский проспект, дом 38, офис.71- 72, 124
Телефон: (095) 933-7213; факс (095) 933-7215
e-mail: belupo@belupo-dd.ru

Составители: И.Ф. Обросов, М.В. Бурдин

УДК 616.89:378.046.4 (077)

ББК 56.14:74.58

Игровая зависимость (диагностика, клиника, лечение): Метод. рекомендации / Сост. И.Ф. Обросов, М.В. Бурдин. – Пермь: ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, 2009.-30 с.

В методических рекомендациях освещены особенности диагностики психических и поведенческих расстройств при игровой зависимости (патологическом гемблинге), этапы ее формирования, клиника, алгоритм психотерапии и медикаментозного лечения.

Рецензенты:

доцент кафедры психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, кандидат медицинских наук В.А. Голышева;

главный врач Пермского краевого наркологического диспансера №1 С.Н. Еловиков.

Печатается по решению Центрального координационного методического совета ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава.

©ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава

Диагностические критерии

Гемблинг (патологическая склонность к азартным играм - F63.0 по МКБ-10) «заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей, не уделяется должного внимания обязанностям в этой сфере» (МКБ-10, 1994).

Ц. П. Короленко и Т. А. Донских (1990) выделяют следующие признаки гемблинга как одного из видов аддиктивного поведения:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры;
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре;
3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей;
4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся после очередного игрового эпизода с труднопреодолимым желанием снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркоманов, они могут сопровождаться головной болью, нарушением сна, беспокойством, раздражительностью, сниженным настроением;
5. Характерно постепенное увеличение частоты эпизодов игры, стремление ко все более высокому риску, увеличение ставок.
6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.
7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Это выражается в том, что, решив раз и навсегда «завязать», при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения и т. д.) гемблинг возобновляется.

В американской классификации психических расстройств (DSM-IV, 1994) диагноз патологического гемблинга ставится при наличии пяти и более пунктов из раздела А и пункта раздела Б.

А.

1. Поглощен гемблингом, например, постоянно возвращается в мыслях к прошлому опыту гемблинга, намеренно отказывается от гемблинга или, наоборот, предвкушает и готовится к реализации очередной возможности гемблинга, или обдумывает способ достать денежные средства для этого.
2. Продолжает игру при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.
3. Предпринимал неоднократные, но безуспешные попытки контролировать свое пристрастие к гемблингу, играть меньше или совсем прекратить.
4. Проявляет беспокойство и раздражительность при попытке играть меньше или совсем отказаться от гемблинга.
5. Играет, чтобы уйти от проблем или снять дисфорию (в частности, чувство беспомощности, вины, тревогу, депрессию).
6. Возвращается к игре на следующий день после проигрыша, чтобы отыграться (мысль о проигрыше не дает покоя).
7. Лжет семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.
8. Совершал криминальные действия — такие, как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гемблинга.
9. Ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста.
10. В ситуации отсутствия денег из-за гемблинга перекладывает решение проблем на других людей.

Б.

о Игровое поведение не связано с маниакальным эпизодом.

Предрасполагающие факторы

В анамнезе пациентов могут обнаруживаться *факторы, предрасполагающие к гемблингу*: наследственная отягощенность по алкоголизму, культ материального благополучия в семье, участие в играх родителей, знакомых, стремление к игре с детства, фиксированное внимание на финансовых возможностях, зависть к более богатым родственникам и знакомым, убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). Предрасполагающим фактором также можно считать занятия подростка спортом высоких достижений.

Значительное воздействие на формирование игровой зависимости оказывают специфические отношения в семье либо по типу гиперопеки либо потворствующего воспитания, перерастающего с годами в создание устойчивой «финансовой подушки» со стороны обеспеченных родителей, всесторонняя помощь молодому человеку (устройство в вуз, на работу), решение за него любого рода проблем.

Часто в истории жизни пациента можно наблюдать эпизоды, подтверждающие предрасположенность к гемблингу: жизнь «не по средствам», рискованные финансовые предприятия, склонность брать кредиты; чрезмерное увлечение компьютерными играми, поглощенность ими; тяга к острым ощущениям, например, опасное вождение автомобиля и т.д.

Нередко игровой зависимости предшествует химическая — алкоголизм, наркомания или злоупотребление психоактивными веществами, среди которых особая роль принадлежит психостимуляторам (амфетамины). Игровые эпизоды могут

сочетаться с употреблением наркотика, усугубляя социальную дезадаптацию больных либо появляться в период ремиссии химической зависимости, «замещая» ее.

Стадии развития и фазы игровой зависимости

Развитие игровой зависимости начинается, как правило, с одного яркого эпизода игры и неожиданного выигрыша. Р. Кастером (Custer, 1984) в динамике патологической игры выделено три стадии: стадия выигрышей; стадия проигрышей и стадия разочарования и отчаяния.

Стадия выигрышей представлена следующими признаками: случайная игра, выигрыши с возможностью контроля игрового процесса, учащение случаев игры, увеличение размера ставок, фантазии об игре, беспричинный оптимизм.

Для *стадии проигрышей* характерны: игра в одиночестве, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность контролировать игру, ложь и сокрытие своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, что сопровождается изменением личностного реагирования — раздражительность, утомляемость, угрюмость, необщительность. Появляется тяжелая эмоциональная обстановка дома, накапливаются большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, кредиты и переизрасходование денег. Отчаянные попытки прекратить играть остаются малоуспешными.

Признаками *стадии разочарования* являются: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, повышение размера ставок, нарастающее удаление от семьи и друзей. Возможно злоупотребление алкоголем. Постоянные угрызания совести, раскаяние, ненависть к другим, паника, безнадежность, проблемы с законом влекут за собой суицидальные мысли и попытки.

В. В. Зайцев и А. Ф. Шайдулина (2003) описали развитие фаз и поведение пациентов, составляющих так называемый *игровой цикл*, понимание которого важно для формирования психотерапевтических задач при работе с гемблерами.

Фаза воздержания характеризуется воздержанием от игры из-за отсутствия денег, по причине давления микросоциального окружения или подавленности, вызванной очередной игровой неудачей.

Фаза «автоматических фантазий». Гемблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрыша, подсознательно вытесняет эпизоды проигрышей. Фантазии возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов — провоцирующих ситуаций. Процесс фантазирования может происходить очень быстро, в течение нескольких секунд и затем вытесняться вплоть до непосредственной реализации влечения к игре.

Фаза нарастания эмоционального напряжения. В зависимости от индивидуальных особенностей возникает тоскливо-подавленное настроение, либо отмечаются раздражительность, тревога. Иногда это настроение сопровождается усилением фантазий об игре. В ряде случаев оно воспринимается пациентом как бессодержательное и даже направленное в сторону от игры и замещается повышением сексуального влечения, интеллектуальными нагрузками.

Фаза принятия решения играть. Решение приходит двумя путями. Первый из них состоит в том, что пациент под влиянием фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Это «очень вероятный для выигрыша», по мнению гемблера, вариант игрового поведения. Характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Другой вариант — решение играть приходит сразу после игрового эпизода. В его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадий заболевания.

Фаза вытеснения принятого решения. Интенсивность осознаваемого больным желания играть уменьшается, и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гемблера.

Сочетание этих условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха и т. д.).

Фаза реализации принятого решения. Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Часто гемблеры описывают это состояние как «транс», «становишься как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента еще возникают конструктивные возражения, они тут же отменяются иррациональным мышлением. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока не проигрываются все деньги. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

Терапия

Признанным методом лечения аддиктивных расстройств является когнитивно-поведенческая психотерапия. Воздействие в когнитивно-поведенческом направлении основывается на рассмотрении симптома (зависимого поведения) как проявления и результата лежащих в его основе когнитивных схем – базовых дисфункциональных убеждений и иррациональных установок (автоматических мыслей).

Индивидуальная организация этих когнитивных схем создает определенную «когнитивную стратегию личности», определяющую эмоции и поведение индивида. «Автоматические мысли», запускающие ту или иную эмоциональную и поведенческую реакцию и выявляемые в процессе психотерапии, являются выражением индивидуальной когнитивной схемы (глубинных или базовых убеждений) и лежат в основе непосредственно воспринимаемых свойств или черт личности.

Схематически одним из авторов направления А. Эллисом этот процесс обозначен в виде последовательности

$$A \rightarrow B \rightarrow C$$

где А - activating events - активирующие события (провоцирующие ситуации);

В – beliefs - убеждения, верования, установки, автоматические мысли;

С- consequences - эмоциональные и поведенческие последствия.

АВС-последовательность является «ключом» к процессу терапии, в котором пациент обучается обнаруживать свои иррациональные установки и активно содействовать их реконструкции - заменять более адаптивными, гибкими и соответствующими реальности. Процесс выявления иррациональных установок, автоматических мыслей (В) пациента назван упражнением «заполнение пробела» и является ведущей техникой психотерапии.

Важной особенностью когнитивно-поведенческой терапии зависимостей является акцент на профилактике рецидивов в виде оценки и анализа провоцирующих ситуаций, своевременное распознавание сигналов, могущих привести к рецидиву. У каждого пациента их можно установить, проанализировав прошлые рецидивы, при каких обстоятельствах появлялось влечение к игре.

Среди методов борьбы с патологическим азартом различают когнитивные (анализ причин сохранения образа жизни без игры, подведение итогов, создание позитивных картин в воображении) и поведенческие (освоение методов релаксации, ведение дневника, повторение мотивирующих словесных формул). Считается, что знакомство с классической теорией условных рефлексов позволяет пациенту лучше справляться с влечением к игре, поскольку он понимает, что его влечение – не результат личной слабости, имеет объяснимые законы возникновения и вполне поддается контролю. Отдельно обсуждается поведение в ситуации «срыва», т. е. разового игрового эпизода, с целью избежать его перехода в рецидив.

В современных программах предотвращения рецидива используются три основные стратегии. В когнитивно-поведенческой стратегии главное внимание уделяется применению методов когнитивного и поведенческого контроля для предотвращения рецидива в случае возникновения влечения к игре, а также сдерживанию, интерпретации и извлечению пользы из любых случившихся срывов.

Стратегии социальной поддержки сосредоточены на реализацию потребности пациента в эмоциональной поддержке. Стратегии изменения образа жизни помогают пациентам развивать новое социальное самосознание, видя в себе человека, освободившегося от зависимости, а также вырабатывать конструктивные поведенческие навыки.

Методика проведения индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии

Курс продолжается от 2 до 6 месяцев и более и состоит из трех этапов: мотивационный этап (1 неделя), этап обучения (4-8 недель с частотой посещений не реже 1 раза в неделю) и поддержки (4-12 недель, не реже 1 раза в две недели).

Мотивационный этап. Центральное место на мотивационном этапе занимает первичная консультация, проводимая с пациентом и, по возможности, его близкими (чаще всего родителями и/или супругом). Задачи первичной консультации можно разделить на информационные, диагностические и терапевтические. Особенность первичной консультации, (как и любого первичного психотерапевтического интервью) заключается в том, что в ходе нее одновременно решаются диагностические и терапевтические задачи. К целям первичной консультации относятся:

- выявление инициатора обращения, дающее возможность получить первое представление о «расстановке сил» в семье, семейных ролях, предположить возможные отношения созависимости и истинную степень добровольности обращения пациента за лечением;
- выяснение жалоб пациента (здесь и в нижеследующих пунктах помимо общеклинического аспекта представляют интерес используемые больным семантические категории — такие выражения, как «слабоволие», «полоса невезения» и другие позволяют уже на этом этапе предположить и идентифицировать стоящие за ними иррациональные установки и убеждения, выявить внутреннюю картину болезни);

- первичный сбор анамнеза жизни и заболевания;
- получение данных «объективного» анамнеза от членов семьи, сослуживцев пациента;

Во время первичной консультации особое значение имеет получение информации о нескольких ключевых моментах:

- непосредственная причина обращения (события, предшествующие обращению) за психотерапевтической помощью, степень добровольности и мотивация на изменение ситуации.
- представления пациента о своей зависимости и ее тяжести в настоящий момент, выраженность анозогнозии и функционирование механизмов психологической защиты;
- актуальные соображения пациента о путях лечения его страдания (или отсутствие каких-либо мыслей по этому поводу, пассивное желание положиться на врача);
- сформированность представлений о результате лечения — выясняется способность пациента сформулировать желаемые результаты лечения в терминах поведения, т.е. степень зрелости терапевтических установок.

Во время информирующей части первичной консультации психотерапевт дает пациенту и его близким сведения о заболевании и возможные способы и варианты лечения. В краткой, ориентирующей форме предоставляется информация о принципах проведения психотерапии, сопутствующей медикаментозной терапии.

Итогом первичной консультации является принятый пациентом на основании полученной информации план лечения, включающий курс когнитивно-поведенческой психотерапии с четко сформулированными целями.

Последующие консультации мотивационного этапа характеризуются смещением акцента с целей диагностики к собственно психокоррекции.

Терапевтическая часть мотивационного этапа заключается в установлении общих взглядов и представлений пациента и терапевта на заболевание, понимание необходимости полного прекращения игрового поведения, распределении

ответственности за результаты лечения, создании психологически корректного запроса на терапию, отказа пациента от использования манипулятивных стратегий. Технологически эти пункты оформляются в виде психотерапевтического контракта, желательно письменного.

Упражнение «Правила безопасности»

Основное задание, выполняемое пациентом на первом этапе лечения – установление и письменное формулирование «Правил безопасности», позволяющих уменьшить вероятность возникновения провоцирующих ситуаций и повысить степень сознательного контроля поведения в них. Специально оговаривается, что первая задача терапии заключается не в прекращении игровых эпизодов (которое невозможно гарантировать до абсолютного развития навыков самоконтроля), а уменьшение риска новых потерь (материальных и иных) самого гемблера и его близких. Такая постановка вопроса помогает пациенту принять реальный взгляд на зависимость (потеря контроля, непредсказуемость возникновения «игрового транса» и рецидива) без необходимости конфронтировать с его анозогнозией. Перед написанием «Правил» пациент должен на доступном для него уровне, на примерах из собственного опыта понимать феномен «игрового транса» как измененного состояния сознания, в котором сознательный контроль над поведением невозможен. Роль «Правил», таким образом, заключается в сведении к минимуму ситуаций, запускающих механизм игрового транса.

Правила безопасности должны в той или иной мере (определяемой пациентом), регламентировать следующие сферы жизни, являющиеся наиболее распространенной «почвой» для возникновения провоцирующих ситуаций:

1. *Употребление психоактивных веществ.* Практически полезно рекомендовать полный отказ от употребления алкоголя, наркотиков и лекарств, действующих на психику (не назначенных врачом) на весь курс активного психотерапевтического лечения. По согласию пациента, а также в случае сочетания алкогольной и игровой

зависимостей возможно использование сенсibiliзирующей к алкоголю терапии (эспераль, лидевин, колме).

2. *Деньги.* После совместного обсуждения с родными пациент должен принять решение об ограничении (степени этого ограничения) или запрете на наличные деньги. Оговариваются типичные ситуации: получение заработной платы (например, получение в присутствии родных, перечисление на банковскую карту и т. д.); действия при непредвиденном поступлении денег; создание препятствий в получении кредита и прочие. В случае, когда работа гемблера связана с неконтролируемым поступлением денег и прочими провокациями (такси, криминальная сфера и т. д.), рассматривается вопрос о смене рода деятельности.

3. *Маршруты и места, запретные для посещения.* Однозначен запрет на посещение игровых залов и мест их концентрации.

4. *Режим дня и планирование будущего.* Режим дня должен быть прописан с максимально возможной конкретностью, в том числе с учетом возникновения отклонений от плана, непредвиденных ситуаций. Необходимо разъяснить пациенту опасность распространенного стремления «загрузить себя работой», в планировании будущего учитывать отдых, смену деятельности. Пресекаются привычки к непродуктивному отдыху (просмотр телевизора в режиме переключения каналов - zapping, компьютерные игры, информационно-коммуникативное хобби). Особо рекомендуются ежедневные физические упражнения, регулярное питание без больших перерывов между приемами пищи.

5. *Отношения с людьми.*

5.1. *Отношения с людьми, прямо провоцирующими на игру.* Пациент разрабатывает и описывает правила своего поведения при приглашении сыграть, прекращение разговора об игровых автоматах и т. д.

5.2. *Отношения с близкими* описываются отдельным договором между гемблером и членами его семьи, в котором учитываются: порядок и степень контроля со стороны близких (или его отсутствие); порядок возмещения пациентом долгов при их наличии (суммы и сроки); особенности внутрисемейной коммуникации; сохранение либо

несохранение факта заболевания в тайне от окружающих; действия при нарушении сторонами своих соглашений; действия при возобновлении игрового поведения.

При составлении уточняется срок действия «Правил безопасности», разрабатывается система штрафов за их неисполнение. Штраф выбирает сам пациент – он не должен быть денежным, не должен включать деятельность, которую пациент и так обязан выполнять, не должен быть унижительным. Идеально, если штраф может быть исполнен сразу после нарушения правила. При этом возможны различные штрафы за различные нарушения.

Обязательным является полный учет и открытость текущего финансового состояния гемблера, периодичность и суммы выплаты долгов и возврата кредитов.

Семейное консультирование. Составление эффективно работающего договора – трудоемкий процесс, невозможный без проведения отдельных консультаций близких или полноценной семейной терапии при сложившихся отношениях созависимости. Родственники пациента должны осознавать, что их поведение, финансовые взаимоотношения с гемблером, контроль собственных эмоций могут как способствовать становлению ремиссии, так и провоцировать возврат к игровому поведению. Особое внимание уделяется особенностям внутрисемейной коммуникации. Близкие пациента обучаются базовым правилам, таким, как высказывания от первого лица, проявление своих чувств - «Я волновалась, когда не застала тебя дома», вместо «Где ты был?»; констатация объективных фактов вместо догадок, выводов и прогнозов – «в прошлый раз ты не смог донести зарплату до дома» вместо «тебе нельзя доверять деньги»; реализация принципа «одно наказание за один проступок»; поддержка позитивных действий пациента и т. д.

Ключевым понятием в семейном консультировании по поводу гемблинга является передача ответственности за свою жизнь и поведение самому пациенту, максимальное «отделение» его проблемы от жизни других членов семьи.

Этап обучения начинается с момента заключения психотерапевтического контракта. Индивидуальные сессии длительностью 50-60 мин. проводятся с частотой 1-3 раза в неделю.

Цели этапа:

- формирование у пациента адекватного представления о своем заболевании, преодоление анозогнозии, понимание необходимости длительного лечения и ограничительного поведения;
- осознание внутренних механизмов патологического игрового поведения, связь их с иррациональными установками, эмоциональным состоянием пациента;
- выработка навыков самоконтроля, эффективных способов совладания с патологическим азартом (копинг-стратегий) и проверка их на практике;
- коррекция нарушенных семейных взаимоотношений, создание в семье пациента обстановки, способствующей преодолению зависимости;
- психотерапевтическая поддержка близких пациента, знакомство с понятием созависимости и путями ее преодоления.

В ходе сессий происходит подробное информирование о теоретических основаниях психотерапии, пациенты получают домашние задания, как стандартизованные (написание «Истории моей зависимости», ведение «дневника автоматических мыслей»), так и индивидуальные, направленные на осознание ABC – схемы. Освоение ABC-схемы на фактах биографии и актуального опыта пациента проводится с применением техники «заполнение пробела» - восстановление мыслей и чувств, происшедших между неприятным событием и его поведенческим следствием (Эллис А., 2002). Например: «мать рассказала соседу, что я лечусь от игромании – в ответ разозлился и, хлопнув дверью, ушел из дома».

Порядок описания ABC-схемы в дневнике автоматических мыслей (иллюстрация).

А. Событие	В. Мысль (иррациональное убеждение)	С. Эмоция в %	С'. Поведение
Мама рассказала соседу, что я лечусь от зависимости	1. Она не имеет права так поступать.	Злость 80%	Выругался
	2. Я должен скрывать свою зависимость, она постыдна	Чувство стыда 40%	Ушел из дома
	3. Меня никто не понимает (мать должна всегда понимать меня; мои чувства важнее, чем ее)	Обида 50%	
	4. Ее нужно проучить - пусть поволнуется (я должен восстановить справедливость и наказать виновного)		

Систематическое ведение «дневника...» с записью в него любых случаев, вызывающих неадекватно сильные эмоции и поступки приводит к выделению типичных ситуаций, индивидуально значимых для пациента, стимулирующих патологическое или неадаптивное поведение. Постепенно выявляются типичные для пациента искаженные представления о реальности, повторяющиеся в разных ситуациях и представляющие собой дисфункциональные убеждения (иррациональные установки) инструментального уровня. Выделение, кристаллизация этих установок необходимо для последующей активной их коррекции во время психотерапевтических сессий. Ведущей методикой, применяемой на этом этапе, становится «когнитивный диспут». Позиция психотерапевта - активная, приближенная к директивной, при этом эмпатична – при агрессивной атаке иррационального убеждения демонстрируется полное

принятие самого пациента как личности, оказывается эмоциональная поддержка. Это способствует укреплению терапевтических отношений в диаде «врач-пациент» и задает модель для дальнейшей самостоятельной работы.

К техникам когнитивного диспута относится «сократический диалог», когда терапевт, формально принимая иррациональную установку пациента, доводит ее до абсурда, логической несостоятельности. Методика «адвокат дьявола» строится на полном принятии врачом патологического стиля поведения и аргументов пациента, вынуждая последнего опровергать собственный когнитивный стереотип и искать собственные резоны, например, в поддержании полного отказа от игры (часто является актуальным на начальных этапах психотерапии, а также в период профилактики рецидива). Методика «проверка гипотезы» заключается в том, что патологическая мысль принимается как гипотеза, требующая эмпирического подтверждения либо в прошлом опыте пациента либо в качестве отдельного поведенческого упражнения – «когнитивного эксперимента» (например, пациент может проверить, отвернутся ли от него близкие, если он расскажет о скрываемых ранее денежных проблемах). «Семантическая кларификация» – позволяет прояснить значение и корректность конструктов, употребляемых пациентом, например, «сила воли», «предательство» и т. д. «Шкалирование» проводится для дифференцированной оценки того или иного события в баллах или процентах и противостоит дихотомическому мышлению по принципу «все или ничего».

К специфическим когнитивным приемам, используемым для коррекции определенных групп дисфункциональных убеждений, относятся декатастрофизация, децентрализация, реатрибуция и переформулирование.

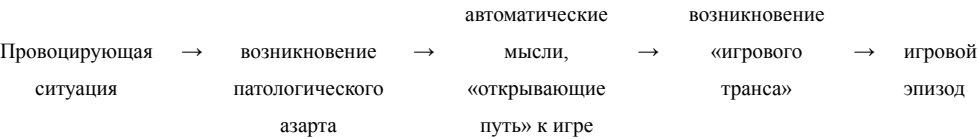
Декатастрофизация применяется при так называемых «катастрофических» установках, когда пациент произвольно преувеличивает возможные негативные последствия событий, что маркируется вводными словами «ужасно, непереносимо...». *Децентрализация* - освобождение пациента от его стремления связывать себя с событиями, не имеющими к нему никакого отношения. Например, пациент, раздраженный отношением близких, может обнаружить, что оно не связано

исключительно с негативной оценкой его персоны, а имеет другие причины. *Реатрибуция* - поиск альтернативных причин проблемы, отказ от линейных и упрощенных причинно-следственных связей. *Позитивное переформулирование* - замена негативных формул типа «я беспомощен» в конкретные и реальные мысли с акцентом на поведенческий аспект - «я сделаю все от меня зависящее, выясню, что получится, и тогда буду делать выводы».

В процессе выполнения техники «заполнение пробела» та или иная иррациональная установка может иметь различное вербальное выражение, в том числе и у одного и того же пациента, по-разному формулируется в зависимости от конкретной ситуации. В ходе психотерапевтической коррекции происходит своего рода «кристаллизация» дисфункциональной идеи пациента, ей придается единая форма (иногда с гипертрофированным экспрессивным или юмористическим оттенком), что повышает степень операциональности и создает эффект быстрого узнавания при ее появлении в провоцирующих ситуациях. Это облегчает распознавание иррациональной установки в реальной жизни пациента и выработку конкурирующей альтернативной, адаптивной установки, что имеет терапевтическое значение.

По итогам основного курса когнитивно-поведенческой психотерапии пациент должен научиться осознавать собственные иррациональные установки (автоматические мысли) и неадаптивные эмоции, как в специфических ситуациях возникновения патологического азарта, так и в других ситуациях, не связанных непосредственно с игровым поведением.

Возникновение и реализация патологического азарта могут быть представлены в виде последовательности:



При этом транс может возникать до начала или уже в процессе игры.

Типичные для гемблинга автоматические мысли, приводящие к игровому эпизоду:

Автоматическая мысль	Комментарии/контраргументы
«Я смогу сыграть только на часть денег, сохранив остальные в безопасности и вовремя уйти»	Не учитывается игровой транс - состояние, в котором ранее взятые на себя обязательства отменяются
«Сегодня день удачный, когда мне обязательно должно повезти»	Удача – фактор, по определению не поддающийся верификации и прогнозу, следовательно, ее нельзя включать в свои планы; даже выигрыш нельзя рассматривать как позитивное событие, поскольку он облегчает следующий поход в игровой зал и рецидив игрового поведения;
«Если я проиграл, автомат должен рано или поздно возместить мне проигрыш»	Базовая иррациональная установка о существовании общих принципов справедливости, персонификация игрового автомата
«Я смогу остановиться, поскольку раньше у меня это часто получалось, в том числе и уйти с выигрышем»	Избирательность памяти, характерная для любой зависимости (в нужный момент вспоминаются «нужные» эпизоды, случавшиеся на раннем этапе формирования зависимости, а противоположный опыт вытесняется и отбрасывается);

«Не так уж страшно, если я и проиграю 200-300 рублей, мне это не повредит»	Гемблер учитывает только денежный аспект ставки, он не осознает, что в ставку «входят» также нематериальные факторы – репутация и доверие близких (в случае, если он нарушает данные ранее обязательства), риск активации патологического азарта (после игры по маленькой «безопасной ставке» облегчается наступление полноценного рецидива и следует новый виток социальной дезадаптации) и т. д.
«Я не могу позволить себе уйти побежденным»	Персонификация игрового автомата, представление об игре как о единоборстве; низкая толерантность к негативным мыслям о себе;
«Можно сыграть, чтобы отключиться от неприятных мыслей, событий и «сжечь» негативные эмоции»	Нет прямой причинно-следственной связи между стрессовыми факторами и игровым поведением, оно только усугубит проблему; указанная мысль является проявлением патологического влечения к игре, возникшего по механизму условного рефлекса.

В ходе психотерапевтической сессии стимулируется активность пациента – он должен сам, пользуясь методикой «заполнение пробела», сформулировать свои автоматические мысли, обнаружить их иррациональность, несоответствие действительности, найти необходимые и эффективные контраргументы.

Обучение пациента выявлению, анализу и элиминации автоматических мыслей является основной психотерапевтической тактикой, стержнем лечения. На этой основе могут применяться и другие техники.

Образная десенсибилизация. Обучение пациента в воображении спокойно и уверенно противостоять фантазиям об игре в различных, все более провоцирующих ситуациях.

Образная сенсibilизация. «Наводнение» негативными последствиями в случае реализации игрового влечения. Пациент упражняется в представлении наиболее индивидуально-значимых для него, «отрезвляющих» образов и событий непосредственно после возникновения первой мысли о возможности игры. Возможно создание такой своего рода условно-рефлекторной связи на вывеску, рекламу игрового зала, игровой автомат и т. д.

Саморегуляция. Обучение регулированию своего эмоционального состояния путем освоения самогипноза, самоинструктирования, применение био-обратной связи, дыхательных упражнений, использование методики прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона.

Эриксоновский гипноз может применяться для закрепления установок на отказ от игры, стимулирования рациональных действий в провоцирующих ситуациях, самомотивации к новому образу жизни. Учитывая стремление значительной части пациентов и их родных «лечиться гипнозом» по аналогии с кодированием от алкогольной зависимости целесообразно проводить сеансы эриксоновского гипноза на завершающем этапе после прохождения основного курса терапии.

К *поведенческим* упражнениям, выполняемым в виде домашних заданий, помимо упомянутых выше относятся: «репетиция поведения» (например, умение сказать «нет» в определенной ситуации), техники отвлечения внимания, планирования деятельности, тренинг прогностической компетентности.

Упражнение «История моей зависимости»

Основным упражнением для самостоятельной работы является написание пациентом «Истории моей зависимости». Письменная работа должна включать в себя не только подробное хронологическое изложение развития зависимости в соответствии со стадиями, обозначенными выше, но и мысли, реакции пациента в разные периоды времени. Особый акцент делается на попытках больного контролировать игру, моменты возврата к игре после ремиссий. Важно отразить негативные последствия игрового поведения в жизни пациента. Гемблер зачастую склонен концентрироваться на своем плачевном финансовом положении, недооценивая или «вытесняя» потерю доверия, авторитета, репутации, профессиональную деградацию, симптомы душевного неблагополучия и прочие проявления «нематериального ущерба».

Этап обучения заканчивается после того, как пациент полностью осваивает и приобретает опыт практического применения навыков, улучшающих его функционирование в различных сферах. В когнитивной сфере это осознание и фиксирование собственных автоматических мыслей; в эмоциональной сфере - понимание природы собственных эмоций, в особенности неадаптивных, и их связь с автоматическими мыслями, преодоление алекситимии, повышение способности определять и дифференцировать собственные эмоции; в поведении - приобретение навыков асертивности, умения отстаивать свои интересы, планирования поведения, саморегуляции. Одновременно пациент учится получать позитивное подкрепление от альтернативных способов поведения в провоцирующих ситуациях и от нового образа жизни в целом.

Этап поддержки характеризуется смещением терапевтического акцента с понимания на обучение и увеличением удельного веса поведенческих методик. При этом частота сессий уменьшается до 1-2 раз в месяц.

Когнитивный аспект лечения направлен на индивидуальную профилактику рецидива, что достигается анализом прошлых периодов трезвости и факторов, предшествующих «срыву». На этом этапе пациент переходит от анализа частных

автоматических мыслей к представлению о собственных когнитивных схемах (базовых дисфункциональных убеждениях) и стратегиях, во время психотерапевтических сессий прослеживается их связь с особенностями личности, жизненным опытом пациента, обсуждается необходимость их адаптации к новым обстоятельствам, связанным с наступлением ремиссии.

Эмоциональный компонент заключается в улучшении навыков саморегуляции и стрессоустойчивости. Посредством самонаблюдения и ведения самоотчетов происходит фиксация в сознании «новых эмоций», появляющихся при введении в повседневную жизнь элементов здорового образа жизни. При этом нередко обнажаются эмоциональные расстройства и поведенческие нарушения, ранее скрытые за клиническими проявлениями гемблинга.

Поведенчески в этот период происходит освоение новых альтернативных навыков функционирования в социуме, поиск и совершенствование адаптивных копинг-стратегий, «накопление» позитивного поведенческого опыта в переживании ситуаций, ранее провоцировавших игру.

Особое значение на этом этапе приобретает анализ отношений в микросоциальной среде, что связано с вторичной активизацией механизмов созависимости и актуализацией типичных для данного индивида паттернов межличностного общения. Увеличивается удельный вес семейных консультаций, в ряде случаев когнитивно-поведенческая психотерапия проводится в семейной форме или параллельно с членами семьи пациента.

Курс психотерапии неизбежно ставит пациента в абсолютно новую и незнакомую для него жизненную ситуацию. Он вынужден учиться скрупулезно планировать и прогнозировать свою жизнь, ставить перед собой отдаленные и вытекающие из них текущие, ежедневные цели и задачи, «ломать» привычный жизненный стереотип, пересматривать контакты с людьми, иначе строить отношения с семьей, брать ответственность за свою жизнь и поступки на себя. Это невозможно без обсуждения базовых когнитивных установок и схем пациента, элементов *экзистенциальной терапии*. Роль эту отчасти могут выполнять немедицинские методы

помощи – группы, основанные на 12-шаговой системе, религиозные и духовные практики.

Медикаментозное лечение.

Применение психотропных препаратов при лечении игровой зависимости имеет важное значение при наличии в клинике заболевания выраженных аффективных нарушений; появлении на фоне отказа от игры образов, фантазий, носящих навязчивый характер; бессонницы; нередкого сочетания игровой зависимости и химических аддикций (алкоголизм, наркомания). Во многих случаях применение медикаментозного лечения улучшает отклик пациентов на психотерапию.

Основные группы применяемых препаратов:

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Их применение оправдано действием на аффективный, тревожный и обсессивно-компульсивный спектры расстройств.

Пароксетин (паксил) сочетает отчетливое антидепрессивное действие с транквилизирующим эффектом, действует на обсессивный компонент заболевания. Средняя суточная доза – 20 мг; максимальная – 50 мг. Препарат принимают в утреннее время.

Флуоксетин (прозак) отличается мощным антидепрессивным действием и отсутствием кардиотоксичности, седации и сонливости. Средняя суточная доза 0,02-0,04 г. Назначается один раз в день, лучше в утреннее время.

Флувоксамин (феварин) обладает антидепрессивным, анксиолитическим и вегетостабилизирующим действием, не оказывает холинолитического эффекта. Как и другие СИОЗС, феварин эффективен при обсессиях. Средняя суточная доза 100-200 мг, максимальная – 400 мг. Препарат применяют 1 раз в день.

Сертралин (золофт, стимултон) – мощный антидепрессант со слабой выраженностью побочных эффектов и выраженным действием на навязчивости. Средняя суточная доза – 50-100 мг, 1 раз в сутки.

Стабилизаторы настроения (препараты с комбинированным действием)

Сультририд (сультририд-белупо, эглонил) – препарат, сочетающий антипсихотическое, тимоаналептическое, психостимулирующее и транквилизирующее действие. Средняя суточная доза при пероральном приеме – 100-600 мг.

Карбамазепин (финлепсин) – в случае игровой зависимости может рассматриваться как нормотимик, положительно влияющий на качество ремиссии. Особенно показан в случае сочетания гемблинга с аффективными расстройствами, алкоголизмом в ремиссии. Средняя суточная доза – 0,2-0,8 г.

Ноотропы.

Пикамилон ноотропный эффект сочетает с умеренным транквилизирующим и антиастеническим действием, средняя суточная доза – 100-300 мг.

Фенибут может рассматриваться либо как транквилизатор с ноотропными свойствами либо как ноотроп - с транквилизирующими, средняя суточная доза – 0,5-1 г.

Опиоидные антагонисты

В ряде зарубежных исследований хорошо зарекомендовал себя блокатор опиоидных рецепторов налтрексон, применявшийся в больших дозах – 100 мг/сут и более.

Использование бензодиазепиновых транквилизаторов следует признать нецелесообразным ввиду опасности развития лекарственной зависимости.

Литература.

1. Бурдин М.В. Когнитивно-поведенческая психотерапия игровой зависимости // Будущее клинической психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции по клинической психологии 27 апреля 2007 г. / Под ред. Е.В.Левченко, И.Ф. Обросова - Пермь, 2007 г. С. 50-53.
2. Бурдин М.В. Предикторы эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии алкогольной зависимости в условиях анонимного амбулаторного лечения. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М. 2008. -21с.
3. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология. - 2005, - № 1. - С. 65-77.
4. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. - СПб., Изд. дом «Нева». - 2003. - 128 с.
5. Зорин Н.А. Игромания (гемблинг, или лудомания). Часть II // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006; №5. - 64–67.
6. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 1991. - № 1. - С. 8-15.
7. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. - Новосибирск, Наука. - 1990.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб, Адис. -1994. -302 с.
9. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. - СПб.: Речь, 2001. -560с.
10. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации)// Вестник клинической психологии. - 2003. - Т. 1. - № 2. - С. 153-158.
11. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. Пер. с англ. - СПб.: Речь, - 2002. -352с.
12. Blanco C., Moreyra P., Nunes E.V., Saiz-Ruiz J., Ibanez A. Pathological gambling: addiction or compulsion? // Semin. Clin. Neuropsychiatry. - 2001 Jul. - V. 6. - N 3. - P. 167-176.
13. Custer R.L. Profile of the pathological gambler//J. Clin. Psychiatry. - 1984 Dec. - V. 45. - N 12 - Pt 2. - P. 35-38.
14. O'Connor J, Dickerson M. Impaired control over gambling in gaming machine and off-course gamblers// Addiction. - 2003 Jan. - V. 98. - N 1. - P. 53-60.
15. Marks I. Behavioral (non-chemical) addictions// British J. Addict. - 1990. - V. 85. - P. 1389–1394.

614990 г. Пермь, ул. Большевистская, 85

Игровая зависимость
(диагностика, клиника, лечение)

Методические рекомендации

Составители:

И.Ф. Обросов, М.В. Бурдин

Редактор Н.А. Щепина

Корректор М.Н. Афанасьева

Изд. лиц. ИД №00185

Подписано в печать 07.02.09

Формат 60х90/16 Усл. печ. л. 1

Тираж 100 экз. Заказ №

Редакционно-издательский отдел
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава