

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
Департамент здравоохранения города Москвы

СОГЛАСОВАНО

Зам. председателя УМС
Департамента здравоохранения
города Москвы



Л.Г. Костомарова

2016 года

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы



Н.Н. Потекаев

« 3 »

2016 года

Профилактика, лечение и реабилитация игровой зависимости

Методические рекомендации № 10

Главный специалист - нарколог
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Е.А. Брюн

« 4 » мая

2016 года

Москва

2016

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для специалистов первичной медико-санитарной службы, медицинских работников смежных специальностей, специалистов системы профилактики.

В методических рекомендациях подробно описываются характеристики патологического пристрастия к азартным играм, многообразие форм игровой активности на современном этапе развития технологий. Рассматриваются основные механизмы вовлечения в игроманию. Основное внимание уделяется принципам и методам оказания психокоррекционной помощи пациентам с патологическим влечением к азартным играм и их родственникам, а также названы основные технологии и мишени профилактики формирования игровой зависимости у подростков.

Авторы-составители: д.м.н. Е.А. Брюн, д.м.н. О.Ж. Бузик, к.м.н. Копоров Г.С., к.м.н. Е.И. Сокольчик, Е.Г. Деменко, Д.А. Автономов, О.В. Мамедова, к.пс.н. С.В. Сафонцева, К.А. Услистый-Рыбченко

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

Рецензенты:

- *руководитель Отделения психотерапии и реабилитации ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», д. м. н. Т.В. Агибалова*

- *профессор кафедры наркологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, д. м. н., профессор Е.М. Новиков*

*Данный документ является собственностью
Департамента здравоохранения Правительства города Москвы
и не подлежит тиражированию и распространению
без соответствующего разрешения*

Введение

Патологическая зависимость от азартных игр является относительно новым вызовом для российской психиатрии и наркологии. Исторически первые описания болезненной страсти к игре были даны не врачами или учеными, а выдающимися литераторами в художественных произведениях, написанных, во многом, на основании собственного опыта. Достаточно упомянуть «Пиковую даму» А.С. Пушкина и самое «автобиографическое» произведение Ф.М. Достоевского «Игрок». Игровая деятельность была легализована еще во времена СССР (1988 год) и весьма ограниченно осуществлялась в гостиницах Госкоминтуриста, преимущественно для иностранных гостей.

Массовое распространение азартных игр в России произошло в начале 2000-х годов. Доступность игровых заведений, их открытая реклама, интерес населения к новому способу проведения досуга, улучшение финансового состояния и рост доходов привело к вовлечению в игры сотен тысяч наших соотечественников. Некоторые из игроков стали постоянными посетителями игровых заведений и незаметно для себя утратили контроль над игрой.

Азартная игра – это, прежде всего, высоко рискованная деятельность, предполагающая наличие ставки на то, что произойдет событие, результат которого не определен и является случайным. В некоторых азартных играх, например в Покере, ставках на спорт результат обусловлен сложным сочетанием знания, мастерства играющего и случая. В результате игры происходит перераспределение материальных благ – одна сторона выигрывает и завладевает тем, что было поставлено на кон, а другая соответственно проигрывает и теряет. Внутренней сутью азартной игры является психическое напряжение (и следующая за ней разрядка) от осознания риска потери имеющейся ценности в сочетании с надеждой выиграть нечто более ценное при неопределенном исходе развития событий.

Актуальность проблемы и особенности на текущем этапе

Зависимость от игры негативно влияет не только на психологическое и межличностное функционирование игроков, но и приводит к долгам, финансовому неблагополучию и правовым проблемам. Азартное расстройство затрагивает ближайшее социальное, семейное окружение пациентов и общество в целом. По этой причине Государственной Думой РФ был принят Федеральный закон от 29.12.2006 N 244-ФЗ «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации». Закон установил ограничения игровой деятельности на территории РФ (за исключением игорных зон). Согласно

тексту закона законодательные ограничения на осуществление игровой деятельности устанавливаются «...в целях защиты нравственности, прав и законных интересов граждан». С 1 июля 2009 года игровая деятельность на территории РФ вне специально отведенных игровых зон была прекращена (за исключением букмекерских контор и тотализаторов).

Однако несмотря на закон, некоторые игорные заведения продолжают функционировать как в нелегальном режиме, так и будучи «замаскированными» под различные лотерейные клубы. Произошел «расцвет» различных букмекерских контор, территориально расположенных в тех же местах, где раньше были залы игровых автоматов, и позволяющих сделать ставку практически на любой вид спорта в режиме онлайн. Возможность играть «по маленькой ставке» делает эту разновидность азартной игры привлекательной для не очень состоятельных клиентов. Однако чем ниже вероятность события, тем больше выигрыш, и наоборот. Этот факт побуждает игроков делать очень рискованные ставки в надежде «сорвать куш». Постоянные посетители букмекерских контор рационализируют свою страсть к игре тем, что они «болеют за спортсменов» или «очень любят спорт», однако в большинстве случаев это не соответствует действительности. Начиная играть, они делают подряд несколько ставок на несколько игр одновременно и на разные виды спорта, смотря исключительно на коэффициенты выплат, предпочитая короткие матчи, которые быстро выявляют победителя (например, настольный теннис). В свою очередь букмекер получает процент с каждой транзакции и не важно - выиграла ставка или проиграла.

Помимо этого азартные игры переместились в пространство интернета, что позволяет всем желающим (причем любого возраста) играть в самые разнообразные азартные игры 24 часа в сутки, не выходя из дома. Рынок азартных игр в интернете является глобальным и в 2013 году был оценен в 6,1 миллиарда евро с ожидаемым ежегодным ростом в 10,1%. В настоящее время азартные игры в интернете занимают 8-10% от общего мирового рынка азартных игр, и по экспертным оценкам эта доля будет только увеличиваться (Licka M., 2011). В качестве оплаты в онлайн казино стали приниматься самые разнообразные виртуальные деньги, безналичные платежи и даже криптовалюта (биткоин и другие). Для смартфонов и планшетов на базе *iOS* и *Android* были выпущены мобильные приложения, которые существенно упростили возможность сделать ставку. Благодаря интерактивным технологиям виртуальное казино теперь всегда находится на расстоянии вытянутой руки и позволяет играть в любую свободную минуту в течение дня и ночи, будь то на работе, в обеденный перерыв или вынужденно стоя в пробке и т.д. Люди не чувствуют, что они тратят «реальные» деньги, так как имеют дело со счетом, что приводит к более интенсивной игре и большему риску. Данная особенность приводит к хаотичной игре, зачастую по несколько раз в день, разной продолжительности, что существенно сказывается на функционировании и благополучии игрока. Существует огромное количество видов интерфейсов игровых автоматов, игра сопровождается определенными,

характерными звуковыми эффектами. Выигрыш сопровождается ярким визуальным эффектом и торжественным победным звуком. Процесс игры прост и быстр: *ставка – действие – ставка*. Интервал между ставкой и получением результата (выиграл – проиграл) составляет менее 3-х секунд, что приводит к очень интенсивной с точки зрения темпа (скорости) игре. Происходит внедрение все новых, захватывающих игроков возможностей таких, как бонус до 500% на открытие виртуального счета, появление прогрессивного Джек Пота, добавление бонусной игры, которая может позволить игроку отыграть свои потери и еще большая индивидуализация азартных игр.

Маркетинг азартных игр становится более персонифицированным и более навязчивым. Многие приложения для азартных игр в интернете через определенные промежутки времени самостоятельно напоминают о себе, присылают уведомления и приглашения к игре (особенно, если человек не играет какое-то время). Игровые клубы поощряют лояльность, активно напоминают о себе и информируют своих клиентов о розыгрышах, акциях и бонусах через электронную почту и SMS. Букмекерские конторы и лотерейные клубы активно стимулируют играющих через выдачу бонусных и накопительных карт, дающих постоянным игрокам различные привилегии. Поощрение осуществляется через создание «особой атмосферы» заведения и благожелательного отношения персонала, еду, закуски и алкогольные напитки. Практикуется выдача «утешительных призов», а также сувениров с символикой игорных заведений (зажигалки, брелки для ключей, зажимы для денег и т. д.), которые служат дополнительным триггером, запускающим у игрока мысли о ставках и тягу к азартным играм.

Современные азартные видеоигры (как виртуальные, так и реальные) устроены так, что они создают у игрока иллюзию собственного мастерства и преувеличивают степень его влияния на конечный результат игры. Однако на самом деле они управляются генератором псевдослучайных чисел (PRNG), который генерирует числа, которые достаточно близки к случайным. Чтобы еще усилить интерес, микропроцессор современных игровых аппаратов часто настроен так, чтобы игроку казалось, что он был очень близок к победе и «почти что выиграл» (хотя это далеко не так).

Итак, азартные игры становятся все более привлекательными и разнообразными, электронная начинка игровых аппаратов становится более совершенной и учитывающей психологические нюансы человека, а азартная игра все больше затягивающей. Данные ряда исследователей подтверждают, что именно при игре в игровые автоматы по сравнению с традиционными играми в казино (рулетка, кости, карты), происходит более быстрое развитие пристрастия к азартной игре и более злокачественное течение игровой зависимости. Даже в случае «честной игры» игровые автоматы запрограммированы производителем направить на выплату выигрыша от 75% до 98% от суммы, которую поставил игрок, то есть на стороне казино имеется чисто математическое преимущество, гарантирующее

получение прибыли и, соответственно, разорение игрока.

Осложнения и риски, связанные с игровой зависимостью, могут включать:

- Алкоголизм и наркоманию, злоупотребление лекарствами.
- Тревожное расстройство.
- Депрессию.
- Социальные и правовые проблемы (в том числе банкротство, потеря работы, профессиональных навыков, растраты, кражи, мошеннические действия и заключение в тюрьме).
- Снижение толерантности к фрустрации.
- Смещение мотивации в пользу поиска средств на игру.
- Обесценивание отсроченных выгод в пользу сиюминутного удовлетворения.
- Импульсивность, склонность к отреагированию аффекта.
- Ухудшение когнитивных функций и состояния здоровья.
- Изменение круга общения, отношения к себе и самоуважения.
- Сердечные приступы, гипертонические кризы (от стресса и перенапряжения во время игр).
- Суицидальные попытки и причинение себе вреда.
- Финансовые проблемы, долги, продажа имущества, преследование кредиторами.
- Увеличение уровня стресса и снижение способности им управлять.
- Внутренней конфликт, чувства вины и стыда.
- Стигматизация и самостигма.
- Социальный дрейф, снижение продуктивности.
- Межличностные ролевые, семейные проблемы: социальная изоляция, отчуждение, развод, отвержение, потеря репутации.
- Трудности освоения новых навыков, недоверие, подозрительность, избегание и прокрастинация (откладывание «на потом»).

Эпидемиология

Азартная игра – распространенное, социально приемлемое и легальное занятие в большинстве культур мира. Результаты британского исследования по изучению распространенности склонности к азартным играм (Sproston et. al, 2000), указывают на то, что почти три четверти взрослого населения участвовали в азартных играх в течение предшествующего года и более половины играли в них в течение последней недели. Для большинства людей азартная игра – это развлечение без вредных последствий. Но для некоторых она прогрессирует до одержимости и становится патологией, нарушающей их функционирование и приводящей к страданиям. В метаанализе результатов 119 исследований по изучению распространенности патологической склонности к азартным играм Shaffer и коллеги (1999) установили, что частота этого расстройства на

протяжении жизни и в течение предшествующего исследованию года среди взрослых составила, соответственно, 1,60 и 1,14% (среди подростков, соответственно, 5,77 и 3,88%). В тех странах, где азартные игры нелегальны, запрещены или существенно ограничены законом (например, в Германии) количество лиц, зависимых от игры и так называемых «проблемных игроков», существенно меньше и составляет от 0,2% до 0,6% населения (Bühringer G. et al., 2007). Потенциальный риск формирования зависимости связан с индивидуальными нейробиологическими особенностями, генетической предрасположенностью, культурными, социальными, семейными и психологическими факторами и сопутствующими психиатрическими проблемами.

Заболевание возникает в первую очередь у молодых мужчин в возрасте 20-40 лет, реже - у разведенных женщин в более старшем возрасте. У мужчин патологическое влечение к игре чаще развивается параллельно с алкогольной зависимостью, у женщин сочетается с расстройствами настроения. Зачастую игровая зависимость приобретает хроническое прогрессирующее течение с чередующимися периодами воздержания от игр и с рецидивами.

Этиологические модели

В рамках *бихевиоральной парадигмы* по-прежнему применима формула: Стимул→Реакция. Подкрепляющим стимулом являются деньги. Эпизодическое использование подкрепления, подаваемого в случайном и непредсказуемом порядке, в бихевиоральном подходе называется «вариабельным режимом подкрепления». Чем длиннее интервалы между подкреплениями в вариативном режиме, тем сильнее стимулируется зависимое поведение. Чем реже и непредсказуемее становятся выигрыши, тем сильнее в игроке усиливается мотивация продолжать играть. Помимо этого подчеркивается роль первого значимого большого выигрыша.

Когнитивные теории делают акцент на когнитивных искажениях игроков, например, на преувеличении собственного мастерства игры в азартные игры, ложных представлениях о том, что они могут контролировать свой азарт и прогнозировать результаты, суеверных убеждениях, иррациональном магическом мышлении, произвольных интерпретациях и т.д.

Социологические концепции рассматривают игроманию, как следствие разнообразных влияний: легальности и доступности азартных игр, их рекламы, общественно-экономических условий, культурных и религиозных традиций, особенностей воспитания, влияния окружения и т.д.

Модель *наследственной предрасположенности* в формировании патологического влечения к азартной игре. У пациентов, зависимых от игры статистически чаще, по сравнению с контрольной группой, родители сами страдали алкогольной, наркотической и игровой зависимостью.

Нейромедиаторные теории. Несмотря на то, что биологический субстрат игромании пока ясно не установлен, накапливается множество данных о том, что у многих игроков имеется аномальный метаболизм серотонина, а во время игры происходит активизация мезолимбической дофаминовой системы. Также отмечается дисфункция норадреналинергической и дофаминергической систем.

Следует понимать, что когорта пациентов, демонстрирующих признаки патологической склонности к азартным играм, не гомогенна. Для одних пациентов характерно раннее начало, быстрое прогрессирование, наличие признаков нарушения поведения в детстве, склонность к риску, отвержение конфессиональных норм, импульсивность, синдромом дефицита внимания и гиперактивности в анамнезе, сопутствующая игромании симптоматика зависимости от алкоголя, наркотиков, признаки антисоциального или нарциссического расстройства личности в настоящее время. Другие, напротив, стали патологическими игроками в более зрелом возрасте через механизм положительного подкрепления по мере повторного участия в азартных играх (и череды выигрышей). Третьи стали зависимыми, потому что они использовали игру в качестве стратегии самолечения, чтобы облегчить имеющиеся у них симптомы депрессии или тревоги. В настоящее время среди специалистов распространено мнение, что патологическую склонность к азартным играм следует считать полиэтиологическим расстройством, возникающим вследствие непростого взаимодействия и комбинации социальных, наследственных психологических, поведенческих, когнитивных и биологических факторов.

Нозология и диагностика

Международная классификация болезней (МКБ-10) и Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association, 1994) рассматривает патологическую склонность к азартным играм (шифр по МКБ-10 F 63.0 и шифр по DSM-IV – 312.31) как расстройство влечений (наряду с пироманией и kleптоманией), приносящих вред как индивиду, так и обществу. Эта категория включает нарушения поведения, которые не учитываются другими рубриками. Патология влечений характеризуется повторяющимися поступками без ясной рационализации мотивации, которые, в общем, противоречат интересам самого пациента и других людей. Международная классификация болезней описывает патологическую склонность к азартным играм 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».

В соответствии с критериями, приведенными в МКБ-10, диагноз: «патологическая склонность к азартным играм» (шифр по МКБ-10 – F63.0) может

быть поставлен на основании следующих признаков:

А. Два или более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период.

Б. Эти эпизоды не приносят выгоды индивидууму, но продолжаются, несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни.

В. Индивидуум описывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли.

Г. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами с ней связанными.

«Пациенты могут рисковать своей работой, делать большие долги и нарушать закон для того, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Они описывают сильное влечение играть в азартные игры, которое с трудом поддается контролю, а также овладевающие мысли и представления акта игры и тех обстоятельств, которые сопутствуют этому акту. Эти овладевающие представления и влечение обычно интенсифицируются в то время, когда в их жизни имеют место стрессы»¹.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятого издания (DSM-V, 2013) игровая зависимость рассматривается не как расстройство влечений, а как аддиктивное расстройство (нехимическая зависимость).

¹ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб., 1994

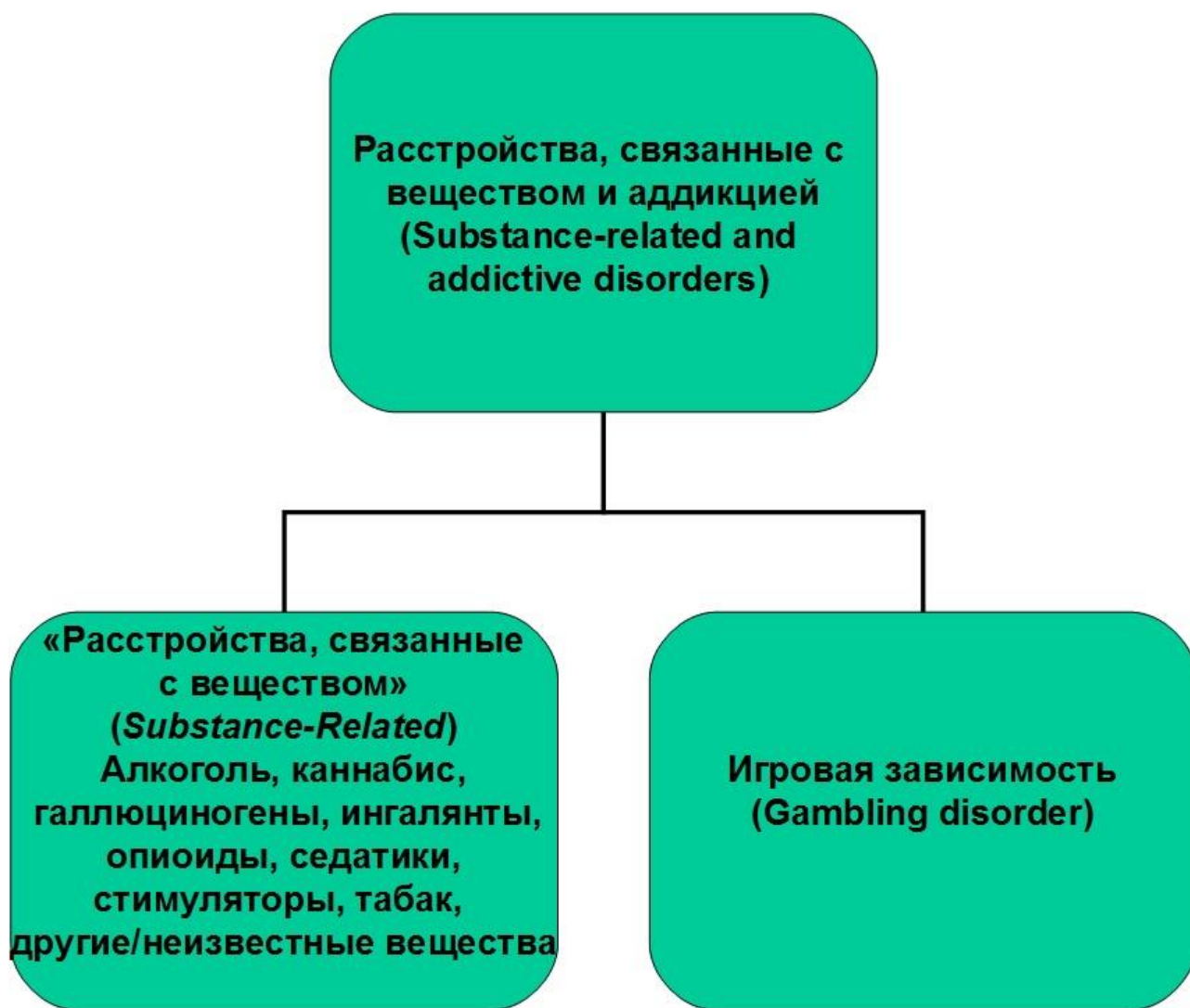


Рис. 1. Классификация зависимого поведения в DSM-V

Для постановки диагноза игровой зависимости в DSM-V требуется, чтобы у пациента присутствовало не менее 4 из 9 критериев:

1. Необходимость игры с нарастающими ставками для получения желаемых ощущений.
2. Беспокойство и раздражительность при попытках ограничить или остановить игру.
3. Повторные безуспешные попытки контролировать игровую деятельность.
4. Охваченность игровой активностью (постоянные мысли, переживания и фантазии, связанные с игрой).
5. Усиление потребности в игре при негативных переживаниях.
6. Стремление вернуться к игре, чтобы отыгаться.
7. Ложные заверения и попытки преуменьшить вовлеченность в игру.
8. Игровая активность, ставящая под угрозу лично значимые отношения и карьеру.

9. Втягивание других в свои финансовые проблемы, вызванные проигрыванием средств.

Для определения тяжести и выраженности игровой зависимости (легкой, средней и тяжелой) в DSM-V используются простые количественные критерии. При наличии у пациента 4-5 критериев – расстройство характеризуется как слабое, 6-7 критериев – как умеренное, а 8-9 критериев – как тяжелое. Если же наблюдается меньше четырех признаков, то такого пациента можно определить как «проблемного игрока» - человека, имеющего негативные последствия, связанные с игрой в азартные игры. Такие люди составляют группу риска, так как могут быть в опасности из-за возможной эскалации своих проблем в будущем, и также нуждаются в помощи.

Для обследования, диагностики и оценки степени тяжести патологической склонности к азартным играм, разработано несколько структурированных инструментов, в частности «Двадцать вопросов анонимных игроков» (Приложение 1).

Коморбидность

Согласно определению, коморбидность – это сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения. Коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, но иногда объясняется сходством их клинических проявлений, которое не позволяет чётко дифференцировать их друг от друга. В случае с пациентами, страдающими патологической склонностью к азартным играм, коморбидность с другими психическими расстройствами, по данным Erbas B., и Buchner U.G. (2012), составляет 93%. То есть игровой зависимости почти всегда сопутствует та или иная психическая или поведенческая патология.

Патологическое влечение к азартным играм наиболее часто сочетается с:

- Аффективными расстройствами. Патологическая склонность к азартным играм и аффективные расстройства часто идут рука об руку (Cunningham-Williams R. M. et al., 1988; Becona E. et al., 1996). Распространенность депрессивных расстройств колеблется в пределах от 50 до 75%, гипоманиакальных и маниакальных – от 38 до 8%, соответственно (McCormick R.A. et al., 1984). Специалисту следует знать, что примерно у 2/3 пациентов манифестация депрессивного эпизода предшествовала формированию патологического влечения к игре. Согласно данным Grant J.E., Potenza M.N. (2004), для патологических игроков характерно сочетание дистимии и эпизодов глубокой депрессии. Пациенты использовали азартные игры в качестве антидепрессанта, для того, чтобы справиться с дистимией, почувствовав азарт, возбуждение и радость победы, возникающую при участии в азартных играх. Затем, по мере прогрессирования

включения в игру и последующего проигрыша, у пациента наступает депрессивный эпизод в связи с финансовыми, межличностными и профессиональными проблемами, возникшими в результате проигрыша.

- Тревожными расстройствами. Распространенность тревожных расстройств колеблется в пределах от 9 до 60,3% (Grant J.E., Potenza M.N. 2004). Фобическое расстройство выявлено в 52,2% случаев, паническое расстройство в 21,9% случаев, а генерализованное тревожное расстройство в 16,6% случаев (Petry N.M. et al., 2005). В исследовании пациентов, страдающих от игровой зависимости, было установлено, что 64% из них перенесли различные психологические и эмоциональные травмы, 40,5% - физические травмы и ранения. Сексуальное насилие различной степени тяжести в детстве и юности пережили 24,3% будущих игроков. В целом женщины-игроки, обратившиеся за помощью по поводу проблемы с азартными играми, значительно чаще подвергались травмам, чем мужчины-игроки (Erbas B., Buchner U.G., 2012). У 15,5% патологических игроков имеется признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

- Злоупотреблением / зависимостью от алкоголя и психоактивных веществ. У 66,4% патологических игроков на протяжении жизни диагностировалось злоупотребление психоактивными веществами, включая алкоголь, или синдром зависимости (Kausch O, 2003).

- Обсессивно-компульсивным расстройством. Распространенность колеблется в пределах от 1 до 20% (Grant J.E. et al, 2004).

- Синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). До 40% пациентов имели данное расстройство в анамнезе (Black D.W., Moyer T., 1998). Причем установлено, что пациенты, которые сохраняют симптомы дефицита внимания и гиперактивности в зрелом возрасте, имеют более тяжело протекающую игровую зависимость, по сравнению с теми пациентами, у которых признаки СДВГ исчезли по мере взросления.

- Различными расстройствами личности. Ряд исследований сообщают о высоких показателях коморбидности игровой зависимости с расстройствами личности. Эта распространенность примерно сопоставима с распространенностью данных расстройств среди психиатрических пациентов в целом. Согласно Cunningham-Williams R.M. et al. (1998), у 42% патологических азартных игроков выявлено то или иное личностное расстройство. Чаще всего у игроков выявляется антисоциальное, пограничное и нарциссическое личностное расстройство. Также чаще, чем в популяции, встречается обсессивно-компульсивное личностное расстройство, тревожное (избегающее) и зависимое расстройство личности.

- Высокой суицидальной готовностью и суицидальными попыткам в анамнезе. По данным Frank M.L. et al. (1991), Petry N.M. et al. (2002), Thompson W.N. et al. (1996), наличие суицидальных мыслей признают от 32 до 70% пациентов. У 13 – 40% патологических игроков имеются суицидальные попытки в анамнезе.

По данным ряда исследователей, у лиц с патологической склонностью к

участию в азартных играх намного чаще, чем в популяции, встречается злоупотребление/зависимость от алкоголя и психоактивных веществ, как текущее, так и в анамнезе, - в пределах 64–66,4%. В целом, для патологических игроков характерен высокий уровень употребления ПАВ (Kausch O., 2003; Black, D. W., Moyer, T., 1998; Lesieur H.R. et al., 1985). Зависимые от ПАВ проблемные игроки имеют больше хронических проблем со здоровьем, чаще совершают попытки самоубийства и имеют больше конфликтов с родственниками и членами семьи, чем игроки, не зависимые от алкоголя и наркотиков.

Значительная часть пациентов продолжает употреблять ПАВ и алкоголь даже во время проведения обследования, лечения и реабилитации по поводу зависимости от игр. При этом игроки не склонны предъявлять жалобы на проблемы, связанные с употреблением химических веществ (Kausch O. , 2003).

Проведенное в Московском НПЦ наркологии ДЗМ исследование показало, что среди 177 обследованных мужчин, страдающих зависимостью от азартных игр, 94 пациента имели сочетанную зависимость (55 – алкогольную зависимость, 39 – зависимость от опиоидов), 43 пациента страдали коморбидной патологией (Sch), и лишь у 40 человек игровая зависимость выступала как не осложненная (Бузык О.Ж., 2008).

Исходя из вышеизложенного, представляется важным ранняя диагностика и выявление признаков химической зависимости у лиц, первично обратившихся к специалисту по поводу имеющихся у них проблем с азартными играми.

Феноменология вовлечения в азартные игры

В большинстве случаев ведущим инициальным мотивом вовлечения в игры было любопытство и меркантильный интерес. На примере зависимости от психоактивных веществ И.Н. Пятницкая главным временным ситуационным мотивом определяла исследовательский «познавательный» мотив, который после реализации теряет свою силу. Изначальная цель игры – желание выиграть деньги и провести время, получив приятное возбуждение от риска, отвлечься от повседневной рутины, погрузиться в мир игры и игровых фантазий. Характерно загадывание игровых комбинаций, попытка их предвосхитить, предсказать появление выигрыша и тренировка интуиции. Изначально азартная игра на деньги представляется игроками как свободная от принуждения и контроля деятельность, осуществляемая на так называемые «свободные деньги» в свободное время за компанию с другими игроками. Так называемые «свободные деньги» – это своеобразный излишек, сумма которой недостаточно велика, чтобы купить на нее что-то нужное или ценное, но и недостаточно мала, чтобы с ней было совершенно безболезненно расстаться. Однако постепенно к восприятию игроком игры как развлекательного процесса присоединяется качественно иное восприятие игры. Начало игровой страсти зачастую связано с первым крупным неожиданным выигрышем, порождающим идею о том, что можно обыграть казино. Иногда это

удается сделать в самом начале, когда финансовые запросы, размеры ставок являются достаточно скромными, а выигрыши регулярными из-за того, что игрок осторожен, внимателен, избегает чрезмерного риска и придерживается простой стратегии – после выигрыша следует остановиться и выйти из игры.

Постепенно увлекаясь самим процессом, игрок начинает проигрывать больше, чем он выигрывает. Парадоксально, но при этом он начинает считать, что играет все лучше и лучше ввиду того, что игровой процесс из-за многократного повторения становится все более и более легким. А при повышении размера ставки растет и сумма возможного выигрыша. Черда выигрышей убеждает игрока в его возросшем мастерстве и/или особой «везучести», что само по себе не способствует самоконтролю и осторожности. Играя, игрок постепенно теряет контроль над собой, размывает и отменяет установленные им же самим границы и ограничения, например такие, как границы на максимальный размер ставки, границы на позволительную сумму проигрыша или на немедленную остановку игры при достижении запланированного максимального на сегодня выигрыша. Временные границы нарушаются в первую очередь, игра многократно продлевается, несмотря на то, что у игрока периодически возникают мысли о том, что надо остановиться. «Затягивание», «залипание на игре» приводит к тому, что игрок прекращает играть лишь на основании того, что у него закончились деньги, необходимые для её дальнейшего продолжения. Происходит трансформация мотивов игры - теперь главным становится переживание азарта и возбуждения, то есть получения непосредственного чувственного удовольствия от акта игры, от процесса. Таким образом, можно говорить о реализации феномена «сдвига мотива на цель», согласно А.Н. Леонтьеву. Азартная игра сама по себе и измененное состояние сознания, достигаемое благодаря фиксации внимания на игровом процессе, становится самостоятельным побуждающим мотивом. Постепенно игрок утрачивает способность прервать игру усилием воли. Выиграв, игрок начинает думать о том, что, если поставить эти выигранные деньги на кон, то можно их приумножить в разы. А тогда уж и начнется та самая жизнь, о которой он мечтает. Подобная тактика постепенно приводит к тому, что все выигранные деньги тут же проигрываются или сразу после выигрыша или в ближайшие несколько дней.

Постепенно и незаметно для себя самого игрок начинает работать на казино или букмекерский клуб, то есть, желая выиграть и *уйти* из казино с полными карманами денег, он парадоксально начинает *приходить* туда с карманами, полными денег, и уходит ни с чем. Его финансовое благополучие начинает рушиться, что заставляет его искать дополнительные способы финансирования, носящие зачастую сомнительный, опасный, рискованный, а ближе к финалу откровенно преступный характер. Закономерен вопрос: почему, несмотря на отсутствие выгоды, проигрыши и потери игроки продолжают играть? Ведущую роль в поддержании зависимого поведения у игрока играет комплекс различных *когнитивных ошибок*. **Когнитивные ошибки** – это систематические искажения в человеческом мышлении, заставляющие субъекта действовать по иррациональным

шаблонам. Когнитивное искажение не осознается человеком и игроку кажется, что он поступает рационально, исходя из здравого смысла. Наиболее характерные феномены:

- Феномен *«Ошибки Игрока»* (так называемое «Заблуждение Монте-Карло») – типичная когнитивная ошибка, построенная на том, что игрок полагает, что предыдущие результаты (исходы) указывают на повышенную вероятность успеха на последующих попытках (на самом деле - нет). Самый известный пример ошибки азартного игрока произошел при игре в рулетку в казино Монте-Карло 18 августа 1913 года, когда шар выпадал на «черное» 26 раз подряд.

- Феномен *«Тщеславия Игрока»* – игрок считает, что он сможет приостановить рискованное поведение, в то же время продолжая участвовать в нем.

- Феномен *«Заблуждения Игрока»* – игрок убежден, что ему необходимо продолжать играть, потому что полоса невезения непременно «должна» закончиться в определенный момент времени.

У игрока появляются мысли о том, что пора бы взять игру под контроль и даже вообще перестать играть, но мысль о проигранных суммах нейтрализует это намерение. Игра приобретает характер соревнования, имя которому – *«Погоня за проигранными деньгами»*.

Происходит дальнейшая трансформация мотивов участия в азартных играх: появляется мотив «реванша». Чем больше игрок проигрывает, тем в большую ярость он впадает. Мысли об оставленных в игровых залах и казино деньгах не дают покоя ни днем, ни ночью. Размышления о том, «как бы сейчас ему помогли бы деньги, которые он проиграл накануне», не дают ему уснуть. Решимость прекратить играть подкрепляется идеей о том, что нужно раз и навсегда отыграться, то есть вернуть назад ВСЕ ранее проигранные деньги. Таким образом, игрок хоронит свою первоначальную идею о том, что он обыграет казино и будет преспокойно жить на выигрыш.

В жизни игрока ложь начинает занимать все больше место. Игроки лгут дома, лгут друзьям, коллегам и партнерам по бизнесу. Постепенно игроки начинают путаться в том, что и кому они рассказали. Из-за этого с ними начинают происходить самые неприятные истории, когда их ложь раскрывается. Игрокам приходится выкручиваться, идя зачастую на новый обман. В результате таких действий их профессиональная и деловая репутация прогрессивно снижается, а недоверие нарастает. Ситуация неуклонно ухудшается, однако подобное ухудшение игрок зачастую связывает не с фактом своего чрезмерного участия в играх, а временным невезением, которое неминуемо должно будет смениться чередой крупных выигрышей, которые и покроют все издержки. Свои проигрыши игроки обычно рассматривают как преходящее и временное явление.

У игрока появляется приятная иллюзия контроля, знания, которая зачастую принимает форму *«особых, наилучших, надежных Стратегий Игры, гарантирующих выигрыш»*. Эти стратегии разнообразны, они меняются со временем, и на смену одним *«хорошим стратегиям»* приходят другие. Все эти

стратегии объединяет вера, убежденность игрока в их актуальной, несомненной истинности.

Бремя финансового давления заставляет игрока заниматься «жонглированием финансами». При появлении просрочек по платежам игроки платят тем кредиторам, которые оказывают на них наибольшее давление, лишь бы последние оставили их в покое. Чтобы заплатить по счетам в одном месте, игрок вынужден брать заем в другом. Обслуживать свои долги и проценты по кредитам становится все труднее, часто, взяв деньги в очередной заем, игрок, вместо того, чтобы заплатить по счетам, направляется напрямую в игорное заведение. А выигрыш, к сожалению, никогда не бывает достаточным, чтобы решить финансовую проблему. Игроки убеждены, что единственным решением проблем, возникших из-за азартной игры, является новая азартная игра. Таким образом, поведение игрока становится безальтернативным – игра является универсальным и единственным решением для всех имеющихся у игрока проблем. При прогрессирующем течении игровая зависимость вытесняет иные потребности, утяжеляет и заостряет характерологические predispositions. Усиливается противоречивость личности, самооценка становится нестабильной и представленной двумя крайностями «Величие» – «Ничтожество». Эти колебания самооценки напрямую связаны с актом игры и ее результатами: выиграл – проиграл.

Постепенно игрок перестает надеяться на выигрыш, понимая, что он ничего в его жизни не решает. Происходит дальнейшая трансформация мотивов участия в азартных играх: появляется мотив снятия напряжения – ухода от проблем посредством бегства в мир игры и соответствующих игре фантазий. Игрок начинает «прятаться» в игровых заведениях от своих проблем. Им постепенно перестает двигать мотивация риска, но, напротив, появляется новая мотивация – мотивация избавления от напряжения, тревоги, депрессии и чувства преследования. Только акт игры и факт нахождения в игровом зале или казино спасает игрока от мыслей о кредиторах, долгах и проблемах. У игры появляется новое качество – игрок начинает играть себе назло, чтобы доказать, что выиграть невозможно. Им начинает двигать желание самонаказания. Игроки начинают играть ради самой игры без цели выигрыша. В глубине души смутно надеясь на то, что все скоро кончится, справедливо полагая, *«что лучше ужасный конец, чем ужас без конца»*. Зачастую, такие игроки перестают заботиться о себе и своей безопасности. У них появляются мысли о желательности несчастного случая и/или самоубийства.

Таким образом, зависимость от азартных игр, как и зависимость от алкоголя и психоактивных веществ, имеет ряд характерных психопатологических проявлений: непреодолимое влечение, рост толерантности, определенная клиническая динамика и прогрессирующие изменения личности и мотивации. Пациенты, страдающие игровой зависимостью, нуждаются в специализированном лечении, психотерапии и психосоциальной реабилитации.

Профилактика формирования игровой зависимости

Профилактика - это система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний. Комплекс профилактических мер включает в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, и направлен на устранение вредного влияния на здоровье человека негативных факторов среды его обитания, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011, Ст.2.

Профилактика зависимостей сегодня – сложная многоаспектная проблема, которая обусловлена личностными, социальными и семейными факторами.

Профилактика решает основные задачи:

- информирование населения о риске возникновения зависимых форм поведения, в частности, игромании, связанных с ней психических нарушений, а также о негативных социальных и финансовых последствиях чрезмерного увлечения азартными играми;
- формирование и развитие личной и социальной компетентности, препятствующей развитию игровой зависимости;
- развитие навыков предотвращения и разрешения проблем;
- формирование навыков саморегуляции и самозащиты, противостояния негативному влиянию внешней среды.

В зависимости от контингента, с которым проводится профилактическая работа, различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика охватывает все группы населения, носит неспецифический (универсальный) характер и состоит, преимущественно, из психологических, социальных и педагогических методов воздействия, направленных на информирование о факторах риска для здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) и создание условий для ведения ЗОЖ.

Первичная профилактика формирования игровой зависимости предусматривает информирование населения о риске возникновения игровой зависимости и связанных с ней психических нарушений, а также о негативных социальных и финансовых последствиях чрезмерного увлечения азартными играми. Другим направлением профилактических воздействий является формирование в обществе критического отношения к азартным играм, коррекция заблуждений о возможности обогащения и заработка за счет азартных игр. На этапе первичной профилактики также проводится работа по дифференциации групп повышенного риска вовлечения в игровую зависимость.

Вторичная профилактика направлена работу с представителями «группы риска» из разных возрастных и социальных слоев населения.

- Вторичная профилактика носит специфический характер. Она нацелена на преодоление имеющихся факторов риска, достоверно увеличивающих вероятность формирования игровой зависимости. В зарубежных и отечественных исследованиях доказано, что раннее начало гемблинга (10-12 лет), мужской пол (от 70 до 80% патологических игроков мужчины), низкая академическая успеваемость, неадекватный родительский стиль воспитания (гипоопека, жестокость, непредсказуемость) повышают вероятность развития игровой зависимости в более позднем возрасте (Brezing С., Derevensky J.L., Potenza M.N., 2010). Имеются данные о том, что благоприятную почву для развития игровой зависимости создает переоценка значения материальных благ, установки на престижность, фиксирование внимания в семье на финансовых возможностях и затруднениях. К другим факторам риска развития игровой зависимости относятся доступность и реклама азартных игр, семейные установки по отношению к азартным играм, влияние друзей и сверстников, а также употребление алкоголя, табака и других ПАВ. К индивидуально-психологическим характеристикам, повышающим риск вовлечения в азартные игры, относятся импульсивность, склонность к рискованному поведению, неэффективные копинг-стратегии, антисоциальное поведение. В зоне риска находятся подростки чрезмерно общительные, конформные, склонные к подражательному поведению и реакциям группирования – «за компанию». Кроме этого, факторами, предрасполагающими к формированию игровой зависимости, являются: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), положительный семейный анамнез (эндогенные психические заболевания, суицид, алкоголизм, расстройства контроля над импульсами у одного или обоих родителей).

Факторами защиты от формирования игромании являются адекватные детско-родительские отношения, общее психологическое и физическое благополучие, позитивный характер общения со сверстниками, развитые способности к рефлексии, сформированная временная перспектива, гармоничная ценностно-смысловая сфера, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, способности к саморегуляции и самодетерминации.

Своевременность осуществления вторичной профилактики затрудняется определением начала становления зависимого поведения, латентностью данного явления и иллюзиями игроков о контроле своего поведения, контроле над игрой. Подростки-игроки менее всего мотивированы на поиск помощи, они не склонны сотрудничать со специалистами и негативно реагируют на любую форму вмешательства со стороны окружающих.

Особенности профилактики игровой зависимости среди подростков и молодежи

Особое значение имеет работа с «группой риска», состоящей из подростков и молодых людей. Отчасти это связано с тем, что распространенность патологической вовлеченности в азартные игры в этой категории населения в 2-3 раза выше, чем в популяции взрослых. С другой стороны, профилактическая работа с молодежью наиболее эффективна, что определяется психологическими особенностями молодых людей и наличием организационных предпосылок для такой работы в школе и других образовательных учреждениях.

Профилактические программы для подростков и молодежи должны учитывать, что игровая зависимость в этом возрасте обычно носит групповой характер, а участие в азартных играх выступает как средство возрастной и групповой идентификации, достижения лидерства и финансовой независимости. При этом подростки обычно недооценивают отрицательные последствия рискованного поведения и переоценивают его субъективные положительные эффекты, такие как удовольствие и возбуждение, одобрение со стороны сверстников, расслабление и отвлечение от проблем. А осознание манипулятивного характера игр и их нравственная оценка в подростковом возрасте не всегда возможны.

Возраст 10-13 лет является ключевым для профилактики проблемной вовлеченности в азартные игры, поскольку в этот период интеллектуального развития (фаза конкретных операций, по Ж.Пиаже) происходит обучение нахождению закономерностей в изменении характеристик объекта, овладение способностью связывать различные соотношения через общие элементы, строить вероятностные прогнозы. А это, в свою очередь, определяет переход к фазе формальных операций и развитому абстрактному мышлению. Преобладание в когнитивном стиле проблемных игроков таких особенностей мышления на дооперациональной фазе, как недостаточная дифференциация между реальностью и воображением, связывание объектов по формально-логическому принципу, эгоцентрическое и антропоморфное мышление, указывает на то, что именно на этой фазе когнитивного развития у них и происходят существенные отклонения (Zack M., 2006; Toneatto T., 1999).

Таким образом, формирование склонности к игровой зависимости, и шире – к рискованному поведению, в значительной степени зависит от того, каким образом будет происходить становление когнитивных способностей в предпубертатном и пубертатном возрасте. Поэтому развитие указанных функций имеет важнейшее значение в профилактике азартного расстройства, например, путем формирования у школьников математических представлений о случайности.

При проведении массовых профилактических кампаний среди подростков и молодежи следует учитывать тот факт, что наибольшим психологическим воздействием обладают такие формы подачи материала, как изложение конкретных

жизненных историй и прямой эмоциональный призыв. Иллюстрацию негативных явлений, обусловленных игровой зависимостью, следует ограничивать безоценочным изложением основных фактов, смысл которых стимулирует самостоятельное осознание тяжести последствий участия в азартных играх (Messetlian C., Derevensky J., 2007).

Очевидно, что более целесообразным является включение соответствующих профилактических элементов в работу по медико-психологическому сопровождению учащихся. Такие программы рассчитаны на комплексное решение широкого спектра взаимосвязанных проблем биопсихосоциального развития подростков и молодых людей с учетом ключевых для каждого возрастного этапа задач личностного роста.

Данные программы направлены на выработку социально позитивных ценностей и установок, а также усвоение подростком необходимых социальных навыков, позволяющих ему противостоять негативным влияниям внешней среды. Особенностью профилактической работы, направленной на предупреждение игровой зависимости, является целенаправленное развитие когнитивных способностей (прогнозирования, логического мышления, вынесения независимых суждений, рефлексии и критичности).

Другой составляющей эффективной профилактики является работа по развитию эмоционально-волевой сферы, обучению распознаванию чувств и побуждений, приобретению навыков самоконтроля и конструктивного выражения эмоций, формированию просоциальных мотивов. Третье направление профилактического воздействия нацелено на совершенствование навыков коммуникации, приобретение опыта групповой сплоченности, конструктивного разрешения конфликтов и решения проблем.

В ходе работы с идентифицированными целевыми группами реализуют следующие технологии:

- специальные тренинги по форсированному развитию свойств психологической устойчивости к вовлечению в игроманию;
- мотивационное консультирование, направленное на изменение дезадаптивных форм поведения (для группы лиц с начальными проявлениями патологического пристрастия к азартным играм);
- семейное консультирование;
- краткосрочные психотерапевтические технологии (для группы с начальными проявлениями патологического пристрастия к азартным играм).

Мишени профилактического воздействия

Профилактическая деятельность должна носить «опережающий» характер. В профилактике зависимостей от азартных игр необходимо делать акцент на:

- овладение адекватными средствами решения возникающих проблем,
- формирование представлений о здоровом образе жизни,
- формирование осознания ответственности за свою жизнь,

- выработку позитивных внутриличностных регуляционных механизмов, обеспечивающих реализацию конструктивного поведения в рамках здорового образа жизни,

- развитие коммуникативных навыков, приемов противостояния негативному социальному давлению,

- организацию условий для успешной адаптации в коллективе сверстников,

- нормализацию внутрисемейных отношений.

Профилактическая работа с семьей, родителями является важным элементом в решении проблемы формирования игровой зависимости у подростков и молодежи.

Третичная профилактика проводится среди пациентов, страдающих от игровой зависимости и находящихся в стадии ремиссии. Элементы и методы третичной профилактики изложены ниже, в разделе «Составляющие лечебно-реабилитационной программы». Одним из решающих направлений оказания помощи страдающим от игровой зависимости является психокоррекционная работа с их ближайшим окружением.

Вовлечение родственников пациентов в лечебную субкультуру

Родственники (семья) испытывают друг к другу интенсивную эмоциональную привязанность и связаны друг с другом правилами. Именно в семье закладываются и формируются предпосылки, в значительной степени определяющие риск развития расстройств, связанных с игровой зависимостью. В больной семье, где один или более членов попадает в зависимость (в нашем случае, зависимость от азартных игр) уже не действуют человеческие и гибкие правила, по которым функционируют здоровые семьи. С появлением игромана в семье правила, по которым она функционирует, становятся ригидными (жесткими). Они перестают действовать на благо всей семьи и начинают работать на того, кто их устанавливает, то есть на азартного игрока, ради того, чтобы он мог продолжать играть. Члены семьи не могут приниматься такими, какие они есть, людьми склонными делать ошибки, со своими чувствами, достоинствами и недостатками, правила становятся нереалистичными и невыполнимыми, поощряя нечестность, манипулятивность, как средство избегания наказания.

По мере того, как поведение игрока становится предсказуемым (а члены семьи всегда с достаточно большой точностью знают сценарий очередного кризиса), правила приобретают все более жесткий характер:

1. В семье все меньше делаются скидки на различия в людях и обстоятельствах.

2. Перестают поощряться изменения, так как они представляют потенциальную угрозу статусу кво и, особенно, автору новых правил.

3. Поведение всех членов семьи становится строго предсказуемым.

4. Члены семьи в попытке выжить в условиях стресса начинают вырабатывать приспособительные реакции и модели поведения. Они необходимы для выживания и являются нормальной реакцией на ненормальную ситуацию.

Термин “созависимость” появился в результате изучения природы химической зависимости, ее воздействия на человека и влияния, которое это заболевание оказывает на окружающих. В дальнейшем этот термин стали применять ко всем родственникам, которые проживают и взаимодействуют с человеком, страдающим той или иной зависимостью. Иными словами, человек, близкий игроку, зависит от игры опосредованно, т.е. игрок зависит от игры, а созависимый — от самого игрока. Созависимый — это человек, который позволил, чтобы поведение другого человека повлияло на него, и который полностью поглощен тем, что контролирует поведение этого человека. Созависимый как бы теряет способность чувствовать, думать и действовать по своему выбору, теряет способность управлять своей жизнью (он пытается управлять чужой жизнью), он лишь реагирует на то, что делают, думают и чувствуют другие люди.

Поведенческий репертуар созависимых включают в себя:

- Отрицание (игнорирование проблемы, минимизация).
- «Поиск врагов» (обвинение).
- Агрессивное поведение (доминирование).
- Контролирование (навязывание, вторжение).
- Терпение (подавленность, безысходность).
- «Зависимость от зависимого».
- Потакание (пособник игровой зависимости).

Наиболее характерные роли созависимых:

- «Спасатели»
- «Преследователи»
- «Жертвы».

Для созависимых типичен широкий спектр психических и поведенческих расстройств:

- Расстройства личности, ролевого и сексуального поведения.
- Психотические эпизоды (в анамнезе).
- Религиозный фанатизм.
- Злоупотребление лекарствами, едой, работой.
- Хронический психосоциальный стресс.
- Психосоматические заболевания.
- Тревожные и депрессивные расстройства.
- Суицидальные мысли и попытки.
- Проблемы с границами.
- Неадекватные чувства вины и стыда.
- Гиперответственное и безответственное поведение.
- Долговые проблемы.

Игровая зависимость характеризуется высокой латентностью и

скрытностью. Зависимые игроки склонны скрывать истинный масштаб своей вовлеченности в игры и размеры своих долгов. Иногда члены семьи игрока последними узнают о проблемах и о непосредственных причинах их появления. Дело не только в том, что в процессе формирования игровой зависимости игрок становится виртуозом обмана, всякий раз придумывая все более изощренные объяснения и оправдания своих задержек, таинственных исчезновений, хронического отсутствия денег, непонятно откуда взявшихся долгов или срочной нужды в средствах, чтобы экстренно решить какую-либо проблему. Психиатр Т. Сас, анализируя случаи хронического вранья в супружеских отношениях, писал: «...Ясно, что этот механизм, если он приемлем для обеих сторон, обеспечивает довольно большую меру дешево заработанной безопасности для них. Как достигается эта безопасность? Суть дела заключается в метакоммуникативных значениях лжи и ее принятия. Передавая ложь, лжец информирует своего партнера, что он его боится и хочет доставить ему удовольствие. Это предполагает, что последний имеет власть над первым и, соответственно, не должен опасаться потерять его. И наоборот, человек, который примиряется с ложью, тем самым информирует лжеца, что у него тоже есть сильная потребность в их взаимоотношениях. Принимая взятку в форме лести или явного подхалимства, сопряженного с ложью, реципиент лжи, в конечном счете, заявляет, что он желает принять это за правду. Следовательно, и лжец получает подтверждение того, что ему нет нужды бояться утраты своего объекта. Таким образом, обе стороны приобретают некоторую долю – часто очень большую долю – безопасности». Таким образом получается, что созависимые родственники, во многих случаях, прямо или косвенно потакают проявлению игровой зависимости у членов их семей. По этой причине одним из важнейших факторов выздоровления игрока является оздоровление его микросоциальной среды. С этой целью специалисту следует не только индивидуально консультировать родственников и заинтересованных лиц, но проводить сеансы супружеской и семейной психокоррекции. Следует активно привлекать лиц, страдающих созависимостью к преодолению этого страдания путем участия в различных реабилитационных программах и посещения групп самопомощи.

Понимая природу созависимости, необходимо строить работу с родственниками пациента, делая акценты на:

- выработку навыков поддержания контакта без чрезмерной навязчивости, не следует лезть в «душу». Не следует пытаться узнать все его «тайны», не «шпионить», не проверять его телефон.
- смещение фокуса внимания с игрока на себя. Почаще задавать себе вопрос: «А что я сейчас чувствую?» вместо того, чтобы беспокоиться и пытаться понять, что делает он.

- информирование родственников о возможных провокационных действиях игрока: не давать себя запугать, не поддаваться на манипуляции, не принимать поспешных решений, научиться брать «паузу».

- работу с чувством вины созависимых: они не виноваты в том, что он - «зависимый». Следовательно, не их задача решать и исправлять то, что уже сделал игрок (не нужно брать кредиты и пытаться за него раздать долги).

- информирование родственников о том, что для игровой зависимости характерны рецидивы. Необходимо иметь антикризисный план, искать информацию о созависимости, вести дневник чувств, знать, куда и к кому обратиться за помощью.

- освоение новых способов коммуницирования: не продуктивно стыдить игрока и припоминать прошлые обиды и оскорбления, напротив, нужно всячески положительно «подкреплять» его в воздержании от игр.

- мотивирование родственников на получение профессиональной помощи специалистов, не «держат» проблему в себе.

Информация для родственников о проблеме «долгов»:

- Доверять не словам, клятвам или обещаниям, а делам и поступкам.
- Настаивать на соблюдении договоренностей и самим быть последовательными. Не угрожать, если не собираетесь выполнять свои угрозы.

- Не витать в иллюзиях. Долги игрока – всегда следствие игровой зависимости.

- Нельзя решить проблему «долга», не решив проблему зависимости.

- Поспешная выплата родственниками по долгам игрока может привести лишь к новой игре и новой порции лжи.

- Для игровой зависимости характерны рецидивы. Необходимо иметь антикризисный план, искать информацию о созависимости, вести дневник чувств, знать, куда и кому обратиться за помощью.

- Проконсультироваться у юриста, заранее защитить свое имущество.

- Если игрок сорвался, то не следует его ругать или спорить с ним. Также контрпродуктивно пытаться «отыграться» на зависимом после срыва («Я же тебе говорила!»).

- Следует подходить к срыву как к ошибке, и, проанализировав его причины, сделать выводы и поддержать повторное обращение игрока за помощью и лечением.

Что созависимые (родственники игрока) должны помнить:

- Неспособность остановиться, начав играть, – одно из проявлений игровой зависимости.

- Тяга – это навязчивые мысли об игре, ставках, выигрышах и долгах, влияющие на настроение и поведение.

- Тяга к игре – это симптом заболевания, который будет сопровождать зависимого в течение долгого времени.

- Это ложь, когда игрок говорит, что у него «темная полоса», но он скоро «отыграется» и рассчитается с кредиторами.

- Игрок играет не ради денег, а ради самой игры. По этой причине он не может остановиться, даже тогда, когда выиграл крупную сумму.

- Тяга к игре у зависимого игрока возникает автоматически, когда ему на руки попадает некая сумма денег.

- Часто тяга возникает против воли, и человек часто не может с ней самостоятельно справиться.

- Зависимый игрок – это не плохой, падший человек, он болен и временами его поведением руководит заболевание (зависимость). По этой причине вам может казаться, что вы имеете дело с двумя разными людьми.

- Не следует обвинять игрока за то, что у него иногда возникает тяга, но при этом не следует сознательно провоцировать её возникновение.

- Тяга к игре бывает явной, а бывает и скрытой.

- Тяга зачастую носит волнообразный характер, иногда она ослабевает, но может и резко усиливаться в определенных заранее известных ситуациях.

- Алкогольное опьянение часто провоцирует усиление тяги к игре.

- Не следует чрезмерно доверять, когда зависимый говорит, что у него «тяги нет», и что играть он совсем не хочет.

- Часто, когда зависимый не осознает свою тягу, он может начать злиться и провоцировать конфликт, чтобы уйти из контакта и получить своеобразную индульгенцию на игру («Жена достала!»). Либо, напротив, он впадает в эйфорию, строит «воздушные замки» и перестает опасаться срыва.

- Игроку нельзя верить на слово, доверять деньги и ценности.

- Часто даже одна маленькая ставка после периода воздержания может резко усилить тягу и привести к неконтролируемой игре.

Цель психокоррекционной работы с созависимыми родственниками на начальном этапе сводится к информированию их о природе игровой зависимости и особенностях поведения игрока с целью минимизации ущерба и выработки оптимальной стратегии лечения и реабилитации. В дальнейшем психокоррекционная работа с созависимыми лицами заключается в том, чтобы помочь им перенести фокус своего внимания с зависимого близкого и его проблем на себя самого. Специалист может помочь родственнику осознать у себя проявление признаков созависимости и увидеть проявления контролирующего или опекающего поведения. Понять, в чем заключаются неконструктивные способы манипулирования в общении с близким с целью заменить их открытым честным общением. Другими задачами консультирования является развитие навыков рефлексии и осознания собственных чувств, овладение способами купирования стресса и решения проблем. Помимо этого в процессе психокоррекции

созависимый родственник игрока может лучше осознать свои истинные потребности, желания, способности и возможности, увидеть границы собственной личности и осознать способы их отстаивания.

Лечение и реабилитация

По результатам клинической оценки пациенту необходима медикаментозная и психотерапевтическая помощь с учетом его индивидуальных особенностей.

Принципы лечения и реабилитации

- конфиденциальность;
- добровольность (любое лечение обсуждается и проводится с согласия пациента, последний может прервать курс лечения в любой момент без каких-либо последствий, отсутствие принуждения оказывается лечебным фактором);
- партнерство (привлечение больного к активному сотрудничеству в процессе реабилитации, возникающие проблемы решаются на общем собрании всех пациентов и персонала, дает возможность сказать о своих чувствах, попросить и получить поддержку, разрешить конфликты и т.д.);
- комплексность (сочетание психотерапии, психосоциальных методов и психофармакотерапии, медикаментозная поддержка оказывается в случае необходимости, и пациент знает о такой возможности);
- этапность прилагаемых усилий (соблюдение определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного комплекса, начиная с первичной консультации в линейном отделении) ;
- дифференцированность (индивидуальная программа выздоровления и личностного роста составляется совместно с пациентом).

Важными аспектами лечебно-реабилитационного процесса являются осознание и принятие пациентами собственной зависимости, профилактика срыва, формирование навыков решения проблем, изменение собственной системы ценностей. Концептуальной основой эффективной помощи должны быть медицинские и психо-социальные технологии формирования реабилитационной среды, где люди могут обретать жизненные и социальные ценности, альтернативные участию в азартных играх.

Составляющие лечебно-реабилитационной программы

Лечебно-реабилитационная программа оказания помощи пациентам, страдающим от патологического влечения к азартным играм, состоит из нескольких этапов и направлена на полный отказ от азартных игр и психоактивных веществ, качественные позитивные личностные изменения у пациента и его родственников. Она включает в себя три составляющих: психофармакотерапевтическую, психотерапевтическую и социальную. Длительность и стойкость ремиссий игровой

зависимости зависит от длительности участия пациента и его родственников в лечебно-реабилитационной программе, а также от наличия сочетанной зависимости, эндогенной психической патологии.

Ожидаемые результаты

Пациенты, прошедшие полный курс программы, должны обладать следующими характеристиками:

- не играть в азартные игры, как минимум, в течение 3 месяцев;
- иметь профессионально согласованный план поддерживающей терапии и дальнейшей работы со своими психологическими проблемами;
- овладеть базовыми понятиями об игровой зависимости и способах профилактики рецидивов;
- быть подготовленными к регулярному посещению собраний групп самопомощи «Анонимных Игроков», участию в противорецидивной программе;
- быть ориентированными на последующую социализацию и улучшение семейных отношений.

Психофармакотерапия проводится как в условиях стационара, так и амбулаторно. Она направлена на:

- купирование патологического влечения к игре как в структуре игрового абстинентного синдрома, так и в постабстинентном состоянии;
- коррекцию психических нарушений, возникающих вследствие игровой зависимости;
- лечение сочетанной или коморбидной патологии.

Психофармакотерапия всегда индивидуализирована, в зависимости от преобладающей у больного психопатологической симптоматики.

Работа на сессиях индивидуального консультирования и психотерапии направлена на преодоление неэффективных способов совладания со стрессом и своими переживаниями (отрицания, ухода от проблем, девальвации и т.д.), направлена на осознание личностных проблем, поиск путей их решения. Работа во время сессии дополняется заданиями для самостоятельной работы.

Групповая психотерапия (работа в малых группах) является важнейшим лечебным фактором. Главные направления работы групп: самопознание, самораскрытие, работа с чувствами и их проявлениями, тренинг межличностного общения, овладение навыками отреагирования глубинных эмоциональных переживаний, групповой анализ самостоятельной работы по заданиям.

Семейные сессии направлены на налаживание взаимоотношений с близкими, преодоление дисфункциональных паттернов отношений, гармонизацию коммуникаций в семье.

На информационно-образовательных занятиях уделяется внимание природе, специфике, развитию и последствиях патологического влечения к азартным играм, психологическим и личностным особенностям зависимого и членов его семьи, сообщаются сведения о движении «Анонимных Игроков» и другие знания, необходимые для удержания от азартных игр, изменения поведения и

предупреждения рецидивов.

Послелечебные группы, как фактор лечебного влияния, имеют большое значение. В них пациенты расширяют знания и навыки, полученные в процессе прохождения этапа специализированной лечебно-реабилитационной (медико-социальной) помощи. Данные группы становятся источником социальной поддержки, новой социальной сетью для пациента, поддерживающей его в преодолении кризисных ситуаций. Проводятся послелечебные группы в условиях медико-санитарного этапа лечебно-реабилитационных мероприятий.

Работа на сессиях индивидуального консультирования и психотерапии направлена на преодоление неэффективных способов совладания со стрессом и своими переживаниями (отрицания, ухода от проблем, девальвации и т.д.), направлена на осознание личностных проблем, поиск путей их решения. Работа во время сессии дополняется заданиями для самостоятельной работы.

Групповая психотерапия (работа в малых группах) является важнейшим лечебным фактором. Главные направления работы групп: самопознание, самораскрытие, работа с чувствами и их проявлениями, тренинг межличностного общения, овладение навыками отреагирования глубинных эмоциональных переживаний, групповой анализ самостоятельной работы по заданиям.

Семейные сессии направлены на налаживание взаимоотношений с близкими, преодоление дисфункциональных паттернов отношений, гармонизацию коммуникаций в семье.

Группы самопомощи – основа лечебной субкультуры для людей, зависимых от азартных игр. Группы «Анонимных Игроков» являются результатом добровольного объединения самих пациентов с целью помочь себе и другим преодолеть болезненное влечение к игре и стать на путь выздоровления. Группы доступны, бесплатны для их участников и ориентированы на активную работу над собой самого человека. Единственное условие участия – это искреннее желание отказаться от участия в азартных играх. Группы самопомощи уменьшают стигматизацию и дают надежду, так как участники на живом примере выздоровления других зависимых видят и убеждаются, что они могут восстановиться и получить помощь. Группы самопомощи предоставляют участникам структуру и поддержку, дают надежду, снабжают информацией, дают возможность «выговориться» и тем самым пережить катарсис и облегчение. Участие в собрании группы самопомощи обеспечивают ее участникам обмен опытом и получение «обратной связи», уменьшают чувство отверженности, дают возможность разделить и уменьшить свою боль и почувствовать себя полезным другим. Группы самопомощи, работающие по программе «12-и Шагов», не связаны с какими-либо сектами или религиозными организациями, свободны от дискредитации и осуждения, участие в них анонимно и конфиденциально. Это непрофессиональное, некоммерческое, находящееся на самообеспечении, независимое от социальных институтов объединение людей, основанное на взаимопомощи. В группах не существует членских или вступительных взносов.

Группа «Анонимных Игроков» является социально-психологической опорой, помогающей пациентам справиться с трудностями жизни вне игры. При работе на собраниях используется методическая литература программы «12 Шагов». Программа предполагает длительное участие человека в реабилитационном процессе. Работая над преодолением своей зависимости в группах самопомощи, пациенты меняют не только стиль своего поведения, но и систему своих взглядов и убеждений.

Первичное мотивационное консультирование пациента

Рецидивирующий характер игровой зависимости побуждает к внедрению эффективных и ресурсосберегающих технологий лечения и реабилитации, осуществляемых специалистами – врачами психиатрами-наркологами, врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами. Цель лечения заключается в том, чтобы укрепить мотивацию на выздоровление, сформировать устойчивый психотерапевтический альянс и предотвратить возвращение пациента к новому рецидиву заболевания. На первоначальном этапе консультирования крайне важным является своевременная диагностика как основного, так и сопутствующего расстройства (расстройств), преодоление пессимизма, «обход» сопротивления, усиление мотивации на получение эффективной и результативной помощи.

Задачами первичной консультации является:

- Выявление жалоб и прояснение субъективной оценки пациентом своего состояния.
- Диагностика наличия признаков патологической склонности к азартным играм.
- Сбор информации о личной жизни, прояснение семейного и социального анамнеза.
- Сбор психиатрического анамнеза с особым акцентом на диагностику сопутствующей психической патологии и личностных расстройств.
- Сбор наркологического анамнеза.
- Оценка антисоциальной активности и суицидального риска.
- Оценка размаха и масштаба текущего кризиса, заставившего пациента обратиться за помощью.
- Оценка последствий (межличностных, финансовых, социальных, правовых и т.д.): потерь, вызовов и актуальных угроз, нависших над пациентом.
- Выявление ожиданий от встречи, оценка мотивации к изменению проблемного поведения.
- Проведение мотивационной интервенции.
- Заключение психотерапевтического контракта и/или обсуждение дальнейших шагов клиента для получения им результативной помощи.

В беседе с пациентами специалисты могут использовать элементы мотивационного интервьюирования. Данный подход зарекомендовал себя как

универсальная психотерапевтическая техника для работы с зависимыми пациентами.

Первичное мотивационное интервью предоставляет пациенту возможность осознать факт наличия болезненного расстройства, усилить мотивацию к дальнейшему лечению и изменению своего проблемного поведения. Первичное мотивационное интервью является входными воротами для получения результативной помощи и может повысить комплаентность пациентов к терапии и реабилитации. Мотивационный подход основан на следующих тезисах:

1. Мотивация клиента является ключом к изменениям.
2. Мотивация является многомерным феноменом.
3. Мотивация не является статичной, напротив она динамична и изменчива.
4. Мотивация зависит от социальных взаимодействий.
5. Мотивация может меняться.
6. Мотивация зависит от стиля психолога (врача).
7. Задача психолога (врача) заключается, чтобы выявить и повысить мотивацию.

Целью мотивационного интервью является поддержание и усиление мотивации на изменение проблемного поведения. Мотив сам по себе невозможно сформировать, его можно только актуализировать и поддержать. Мотивационное консультирование представляет собой клинический стиль для пробуждения у пациента собственной внутренней мотивации к изменениям. Эта цель достигается благодаря не конфронтационному способу взаимодействия, «обходящему» сопротивление пациента. Мотивационное консультирование имеет преимущество по сравнению с традиционным подходом, базирующимся на информировании пациентов о неблагоприятных последствиях, которое несет их зависимое поведение, и о преимуществе здорового, независимого образа жизни. Подобная тактика, обычно, лишь усиливает сопротивление у пациентов, побуждая их спорить с врачом или психологом и приводить контраргументы, причем не обязательно вслух. Чаще происходит как в известной басне Крылова: «А Васька слушает, да ест». Мотивационный подход заключается не в том, чтобы принуждать пациентов делать то, что они делать не собираются. Сами пациенты зачастую пытаются вовлечь психолога в давно описанную транзактными аналитиками игру – «Да, но». Цель этой игры заключается в том, чтобы, заявив о проблеме, последовательно отвергнуть любую предлагаемую помощь и любые варианты возможного решения проблемы.

Мотивационная беседа делает акцент на противоречии между актуальным (и проблемным) поведением пациента и его целями и ценностями. Врач или медицинский психолог дает пациенту возможность рассмотреть их и реалистично оценить свою ситуацию. Специалисту следует обращать внимание на несоответствие между актуальной и желаемой ситуацией из-за участия в азартных играх. Например:

Вы говорите, что Вам нужны деньги, но из-за игры Вы не можете

удержаться на работе?

У вас есть понятие долга и моральных обязательств, но из-за тяги к игре Вы обманули хорошего человека и растратили деньги.

Правильно ли я Вас понял, Вы хотите мира в семье, но из-за того, что Вы играете Ваш брак рушится?

Вы хотите, чтобы Вас уважали, но из-за игры Вы сами к себе скверно относитесь.

Вы сказали мне сегодня, что успех и карьерный рост является вашим приоритетом, но при этом получается, что Вы тратите свое время на игры.

Проявляя эмпатию, избегая осуждения и конфронтации, врач или медицинский психолог способствует актуализации амбивалентного отношения к проблеме, поддерживая внутренние резервы пациента. Для исследования мотивации можно задать следующие вопросы: *Когда Вам впервые пришла в голову мысль о том, что Ваше участие в азартных играх превращается в проблему? Сколько времени прошло после ясного осознания, что Вам нужно прекращать играть? Почему Вы обратились за помощью только сейчас? Что послужило для Вас «последней каплей»? Кто еще знает о проблеме? Есть ли у Вас поддержка со стороны окружающих, близких? Чья это была идея прийти сегодня на консультацию? Кто убеждал Вас в том, что Вы нуждаетесь в помощи? Кто был инициатором сегодняшней встречи? Что Вы ждете от нашей встречи? Что, по Вашему мнению, с Вами не так? На какую помощь Вы рассчитываете, и какую помощь Вы хотите получить?»*

Пациенту следует задавать открытые вопросы. Например:

Что Вы думаете по поводу Вашего участия в играх?

Как Вы к себе относитесь в связи с тем, что Вы играете?

Что с Вами не так, в связи с Вашим пристрастием к игре?

Как тяга к игре влияет на Вас?

Следует избегать сопротивления и проявлять эмпатию. Например:

Я заметил, что Вы вдруг замолчали. Я говорю что-то не то?

Вы думаете, что я Вас не понимаю? Я здесь для того, чтобы помочь Вам.

Должно быть Вам тяжело...

Наверное, Вы почувствовали отвержение...

Должно быть, это очень страшно, когда утрачиваешь контроль над собой.

В рамках проведения мотивационного интервью следует вычленять самомотивирующие высказывания и «возвращать» их пациенту. Например:

Насколько я Вас понял, причина, заставившая Вас обратиться за консультацией – беспокойство из-за того, что Вы утратили контроль над игрой, и Вы решили, что с Вас довольно.

Получается, что Вы уже давно собираетесь «завязать» с игрой?

Итак, Вы говорите, что дальше так жить нельзя...

Вы упомянули о том что, азартные игры, нанесли удар по Вашей самооценке и самоуважению?

Правильно ли я Вас услышал - Вы решили окончательно бросить игру?

Вы пришли к убеждению, что...

Мотивационное интервью основано на теории когнитивного диссонанса. Когнитивный диссонанс – состояние, характеризующееся столкновением в сознании индивидуума противоречивых знаний, убеждений, и поведения. Когда такое столкновение происходит, и намерения рассогласовываются друг с другом, у субъекта возникает потребность свести их к общему знаменателю. Столкновение двух когниций относительно одного объекта субъективно переживается как дискомфорт. Традиционно считается, что люди стремятся к гармонии, как желаемому внутреннему состоянию, и минимизации напряжения. Если возникает противоречие между тем, что человек знает, и тем, что он делает, то это противоречие человек стремится как-то сам себе объяснить. Наличие диссонанса приводит к действиям, направленным на его уменьшение. Способы, посредством которых субъект справляется с диссонансом, разнообразны и специфичны для каждого конкретного человека. Некоторые игроки просто избегают контактировать с информацией, связанной с одним из элементов, который входит в противоречие с другим. Если диссонанс возникает между двумя элементами, например, между желанием перестать играть и желанием продолжать игру, то этот диссонанс может быть устранен посредством изменения одного из этих элементов. Один из способов изменения - это представление противоречия как непротиворечия для того, чтобы вновь достичь состояния внутренней когнитивной согласованности. Другим способом является реальное изменение своего поведения. Но большинство пациентов предпочитают не стоять перед выбором одного или другого. Ведь выбор всегда предполагает отказ от одной из альтернатив. Вместо этого они «выбирают» уменьшать диссонанс посредством самообмана, рационализируя противоречие. Другой путь – это глобальное уменьшение и сокращение восприятия. Пациенты «атакуют» собственный психический аппарат осознания-восприятия, который связывает их с реальностью. Некоторые игроки говорят нам, что их жизнь проходит как во сне, в тумане и спутанности. И единственная идея, путеводная звезда, освещающая их путь это мысль: «Где еще достать денег?». Еще один способ избежать когнитивного диссонанса - это занять свой ум ошибочной (с точки зрения логики) идеей, образуемой посредством перемены мест причины и следствия. Или нарушая логичную взаимосвязь своих действий с последствиями своих поступков. В этом случае, например, игрок убежден, что он играет «ради денег и выигрыша», а продолжает играть, чтобы «отдать долги». При этом, игнорируя тот факт, что заработанные им деньги тратятся на игру. Равно как и выигранные в результате игры деньги также идут на продолжение его участия в дальнейших играх. То есть, «выигрыш» никоим образом не решает его финансовые проблемы. Выигранные деньги не расходуются им на другие «не игровые» нужды, так как патологическому игроку жалко их тратить. По сути, играя, патологический азартный игрок прогрессивно ухудшает свое финансовое состояние, а периодические выигрыши дают ему лишь возможность увеличивать свое время нахождения в игре и/или дают

возможность играть по более крупным ставкам. Мотивация «играю, чтобы расплатиться с долгами» является результатом подмены причины события его следствием. В этом случае специалист может задать вопрос: «*А каким образом у Вас появились долги?*» Этот вопрос почти неизменно ставит игрока в тупик. Так как честным ответом на него является признание того факта, что долги появились из-за участия пациента в азартных играх. Следующее суждение психолога: «*Итак, похоже, что Вы считаете, что Вам нужно продолжать играть, чтобы расплатиться с долгами, возникшими благодаря игре?*» зачастую вызывает у игрока когнитивный диссонанс.

В рамках проведения мотивационного интервью следует стимулировать осознание пациентом наличия причинно-следственной связи между неспособностью преодолеть тягу к игре и своими житейскими проблемами. Например:

Получается, что Вы лишились работы из-за игры?

То есть, это увольнение произошло по причине растраты, так как полученные деньги Вы проиграли?

Эта неприятность с полицией случилась из-за игр?

Как Вы думаете, если бы Вы тогда справились со своей тягой к игре, то результат был бы иной?

Получается, что Вы не смогли справиться со своей тягой к игре, что привело ...

Значит, Вы думали о связи между неспособностью преодолеть тягу к игре и ложью...

То есть, чем больше Вы играете, тем больше у Вас долгов?

Следует выявлять и подчеркивать ведущую роль тяги к игре в рецидиве зависимости.

Например: *Как мы уже с Вами выяснили... Тяга у Вас возникала...*

Почувствовав тягу к игре, Вы...

Итак, тяга к игре привела Вас...

Вы говорите, что тяга к игре появилась у Вас сразу же, как Вы получили деньги на руки.

Правильно ли я Вас понял: получив sms из игрового клуба, Вы начали думать об игре и отменили важную встречу?

Одной из целей мотивационного интервью является активизация противоречий пациента относительно его желаний и поступков, чтобы стимулировать благоприятное отношение к изменению проблемного поведения. В рамках проведения мотивационного интервью следует выявлять амбивалентное отношение пациента к участию в азартных играх и делать противоречия явными. Например:

Вы говорите, что ставки на спорт разрушают Вашу жизнь, с другой стороны, Вы не можете представить себе жизнь без игры и азарта...

Но, несмотря на эти проблемы, Вам ведь все равно нравится чувствовать

риск?

С одной стороны, Вы говорите, что ... с другой стороны, игра действительно помогает Вам переключить внимание и снять стресс... Как Вы собираетесь разрешить это противоречие?

Вы утверждаете, что игра в игровые аппараты делает Вас очень нервным, но при этом Вы говорите, что если Вы не играете, то Вам становится скучно и жизнь кажется пресной.

Важной особенностью мотивационного вмешательства является то, чтобы сами пациенты (а не специалист, проводящий консультацию) называли аргументы в пользу отказа от игры. Пациентам следует самостоятельно приводить аргументы в пользу изменений своей текущей ситуации и составлять список проблем, которые у них возникли из-за игры. Психолог или врач, напротив, в некоторых случаях, может играть роль «адвоката дьявола», приводя аргументы в пользу продолжения игры.

Например: Зачем (ради чего) Вам следует прекращать играть?

Может быть, сейчас не самое лучшее время для того, чтобы остановиться, может подождать еще год другой?

Вы говорите, что Вам не нравится, что Ваша жена устраивает скандалы из-за игр. Может Вам лучше найти себе другую жену?

А зачем Вам бросать играть, если Вы не считаете себя зависимым от игр?

Специалист может предложить пациенту прямо во время консультации заполнить специальную таблицу аргументов «за» и «против» продолжения игры.

Продолжать играть	
Аргументы «ЗА»	Аргументы «ПРОТИВ»

Отказаться от игры	
Аргументы «ЗА»	Аргументы «ПРОТИВ»

Затем результаты обязательно обсуждаются. В ходе данной работы можно выявить мотивы, аргументы и предпосылки изменений. Важным является побуждение пациента к самостоятельному анализу его жизненной ситуации. Работая в рамках мотивационного подхода, психологу следует прояснить, какова у пациента мотивация продолжать играть, и какова мотивация отказаться от игры.

Причем эти противоположности должны рассматриваться вместе. Другим вариантом данного задания является предложение специалиста пациенту на листе бумаги написать «10 плюсов» азартной игры, а затем и «10 минусов». На практике обычно пациенты с легкостью, без всяких проблем и с энтузиазмом пишут «10 минусов». Однако затрудняются привести «10 плюсов» или приводят их очень обезличенно и формально. Некоторые игроки заявляют, что «никаких плюсов» у игры вообще нет. В таком случае врач или психолог может сказать приблизительно следующее: *«Вы утверждаете, что никаких плюсов у игры нет. На основании того, что Вы только что мне про себя рассказали, у меня возникло чувство недоумения. Тогда ради чего столько лет Вы играли в азартные игры?»*

Мотивационное интервью может помочь пациентам принять решение о начале лечения и об участии в реабилитации. Оно основано на уважении выбора, который делает пациент и конструктивной самоконфронтации. Психолог может попросить пациента привести аргументы в пользу сохранения существующего статус-кво. В этом случае пациент тут же оказывается в непривычной для себя роли, ведь обычно все происходило с точностью наоборот. Кто-либо из его окружения приводил ему аргументы в пользу отказа от игры, преследовал, обвинял, винил и стыдил его, что побуждало пациента усиливать свои защитные маневры. Теперь он должен сам доказать психологу, что отказаться от игры важно для него самого. При такой постановке вопроса пациенту приходится самому приводить аргументы в пользу изменения.

Следует достигать договоренности о цели лечения и стимулировать личную ответственность за выздоровление. Например:

Чтобы принять правильное решение Вам следует знать...

Давайте договоримся с Вами...

Итак, мы с Вами решили...

Очень важно делать домашнее задание. Вы согласны?

В ходе мотивационного интервью специалисту следует регулярно подводить итоги достигнутых соглашений и открытий, а также делать краткое резюме того, что он услышал от пациента. Например:

Вы говорили о том, что Ваша семейная (профессиональная, деловая) жизнь рушится из-за Вашей чрезмерной вовлеченности в азартные игры, Вас это сильно беспокоит, и Вы желаете положить этому конец.

Сегодня Вы говорили мне о том, что, играя, Вы теряете контроль над своей жизнью. Из-за игры Вы начинаете делать то, что не хотите, а затем испытываете чувство вины и стыда.

Если я правильно ли я Вас понял, то предыдущие попытки взять игру под контроль не увенчались успехом и Вас начали посещать суицидальные мысли, что настолько Вас напугало, что Вы решили искать помощи.

Стремительный рост Ваших долгов из-за игры и усиливающееся давление со стороны кредиторов заставило Вас усомниться в идее, что Вы «отыграетесь», что привело Вас в чувство растерянности и недоумения. Похоже, на то, что Вы

стали более открытым для того, чтобы получить информацию о возможных альтернативных способах решения Ваших проблем.

Завершая встречу, врач или психолог подводит итоги и предлагает пациенту предпринять шаги, необходимые для выхода из сложившейся для пациента неблагоприятной ситуации. Полезно будет, если в конце встречи специалист спросит у пациента: «*На какие вопросы в ходе сегодняшней встречи он получил ответ?*». Врачу следует дать пациенту возможность принять решение о своих дальнейших действиях (или бездействии) относительно той проблемы, из-за которой он пришел на консультацию. Также рекомендуется по возможности кратко обсудить следующие шаги пациента.

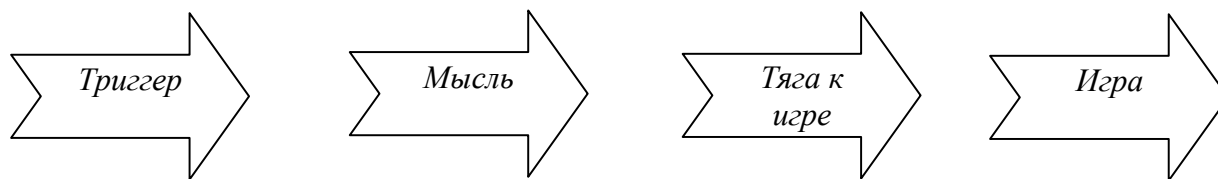
Когнитивно-поведенческие вмешательства при игровой зависимости

Основное предположение, лежащее в основе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), состоит в том, что процессы социального обучения и научения играют важную роль в развитии и поддержании игровой зависимости. Зависимость понимается как поведенческий стереотип решения своих внутренних и внешних проблем посредством игры, сформировавшийся в результате многократного повторения опыта. Это осознание может привести к пониманию двух перспектив: во-первых, какие конкретно потребности индивид пытается удовлетворить посредством азартной игры, и, во-вторых, какие навыки удовлетворения собственных потребностей нужно развить, чтобы субъект перестал полагаться на игры как способ решения проблем.

Зависимость от азартных игр является рецидивирующим расстройством. Мероприятия по предотвращению срывов и рецидивов включают в себя научно обоснованную фармакотерапию, психотерапию, психокоррекционную психологическую помощь и социальную работу. Задача специалиста состоит в том, чтобы научить пациента как избегать ситуаций высокого риска срыва и тому, как сдерживать свои позывы к игре. Для осуществления этой цели доказали свою эффективность когнитивно-поведенческие вмешательства, которые представляют собой комплекс структурированных методик, основанных на теории социального научения, необходимых для изменения поведения, связанного с участием в азартных играх. Эти методики включают в себя функциональный анализ проблемного поведения, баланс действий и последствий, выявление триггеров, борьбу с влечением к игре, когнитивное реструктурирование, техники самоощущения и самоконтроля, развитие навыков управления рисками, образом жизни и способами предупреждения рецидивов.

Первоначальным этапом когнитивно-поведенческого вмешательства является ***психообразование и просвещение***. Специалист подробно и доступным языком объясняет пациенту концепцию зависимого поведения и роль триггеров. Как правило, зная анамнез, врач может на примерах из жизни и истории болезни самого пациента показать роль пусковых механизмов в активации тяги к игре после

эпизодов воздержания. Для наглядности разумно продемонстрировать пациенту простую схему, иллюстрирующую эту взаимосвязь, которая схематично выглядит следующим образом: «триггер» – «мысль» – «тяга» – «игра».



Специалист, описывая концепцию игровой зависимости, делает акцент не на «заболевании», а на дисфункциональном поведении. Для облегчения понимания можно рассказать пациенту о роли триггеров в активации влечения к игре на примере серии экспериментов академика И.П. Павлова по формированию условного рефлекса у подопытных животных. Под триггерами в контексте зависимости от участия в азартных играх понимаются любые эмоциональные состояния и событийные факторы, которые способствуют активации у пациентов влечения к игре после периода воздержания. Зависимость с точки зрения КПТ представляется как результат поведения, связанного с получением вознаграждения, которое стало привычным в результате повторения, тренировки, но которой можно научиться управлять.

Специалисту после установления контакта, определения цели лечения и проведения краткого мотивационного интервью следует попросить пациентов провести **функциональный анализ игрового эпизода**, т.е. проанализировать последние три–четыре срыва. Для этой цели можно воспользоваться таблицей и объяснить пациенту, как ее заполнять, взяв в качестве примера последний срыв или рецидив.

Функциональный анализ игрового эпизода

<i>Триггер</i>	<i>Мысли и чувства</i>	<i>Поведение</i>	<i>Положительные последствия</i>	<i>Отрицательные последствия</i>
Что побудило меня сделать ставку	О чем я думал Что я чувствовал	Что я делал	Что хорошего мне это дало	Что произошло плохого

После проведения функционального анализа игровых эпизодов пациент может осознать и идентифицировать свои индивидуальные триггеры и ожидаемые эффекты от участия в играх (ради чего он играет). Обычно в качестве триггера пациенты указывают внешние ситуации, такие как получение денег, места, где индивид играл, свободное время, «счастливая примета», приглашение сделать

ставку и т.д.

Триггеры включают в себя внутренние состояния, например, эмоции (скука, гнев, печаль, обида, напряжение или, наоборот, чрезмерная радость), а также личностные состояния (негативное мышление, желание «проверить контроль над игрой», «сыграть по маленькой ставке» и др.), которые провоцировали участие в играх у пациента до начала реабилитации.

В качестве домашнего задания дать пациенту таблицу «**Анализ триггеров и сопротивления влечению к игре**» и предложить заполнять ее ежедневно до следующей встречи со специалистом. Пациент должен начать внимательно наблюдать за собой, своими реакциями и состояниями. Ситуации, в которых он почувствовал искушение начать играть, ему следует заносить в таблицу. Благодаря этой работе пациент может на личном примере проследить отчетливую связь между триггерами, мыслями и тягой и сделать необходимые выводы. Анализ таблицы должен повторяться на каждой встрече. Если специалист дал пациенту домашнее задание, то он обязательно должен спросить о его выполнении на следующем сеансе. В начале каждой сессии следует выделять хотя бы 5-10 минут для разбора выполненного задания. Помимо этого обязательно следует хвалить пациентов за выполнение и всячески положительно подкреплять даже самый скромный прогресс на пути воздержания от участия в играх.

Анализ триггеров и сопротивления влечению к игре

<i>Дата / время</i>	<i>Триггер (ситуация) Мысли и чувства</i>	<i>Интенсивность влечения к игре (от 1 до 100)</i>	<i>Продолжительность тяги (в минутах)</i>	<i>Как мне удалось справиться</i>

Для профилактики рецидива специалисту следует учить пациента анализировать свой опыт, систематизировать факты, чтобы заранее предвидеть ситуации высокого риска срыва, делать рациональные выводы и предпринимать адекватные решения. Обобщая работу с триггерами в рамках когнитивно-поведенческого вмешательства можно сказать, что сводится к трем пунктам:

- признать триггер;
- избежать воздействия триггера;
- совладать с искушением и тягой к игре.

Модель «триггера» вооружает врача или психолога концепцией, реализация которой на практике способствует более эффективному взаимодействию с пациентом. Этот подход получает свой отклик в сердцах многих клиентов, которые находят ее разумной, соответствующей их реальному опыту и простой для понимания. Концепция «триггеров», в большинстве случаев, не вызывает отторжения у игроков и не противоречит философии 12-ти Шаговой программы

Анонимных Игроков. Более того, пациенты, вставшие на путь изменений, остро нуждаются в объяснительной системе, которая могла бы не только «задним числом» объяснить природу их затруднений, но и была бы способной, в известных пределах, прогнозировать реакцию усиления влечения к игре в ситуации, которую мы определяем как «триггер».

Заключение

В современных российских социально-экономических условиях проблема пристрастия к азартным играм становится все более актуальной. Широкое распространение подпольных игровых залов, изменение традиционных и появление новых форм азартных игр, в т.ч. посредством Интернет, способствует вовлечению в азартную игру различных слоев населения, увеличению риска развития игровой зависимости. Вместе с этим растет количество больных, у которых игровая зависимость возникает на фоне уже сформированной зависимости от алкоголя или наркотиков, а также на фоне других психических заболеваний.

Профилактика игровой зависимости является новым, недостаточно разработанным направлением профилактики формирования зависимых форм поведения. В настоящее время последствия формирования игровых зависимостей у подростков, блокирующих механизмы развития социально значимой личности недостаточно изучены. Анализ теоретических источников и собственного опыта свидетельствует о том, что программы профилактики игровой зависимости должны быть направлены на формирование личностных ресурсов, стратегий и навыков конструктивного поведения у подростков, наиболее уязвимых к внешним воздействиям, побуждающим к участию в азартных играх. Наиболее эффективными являются профилактические воздействия, предоставляющие объективную информацию подросткам о влиянии игровых зависимостей на личность и ее взаимоотношения со взрослыми и сверстниками, а также направленные на формирование у подростков адекватной самооценки, способности к осознанию себя и своих возможностей, умения конструктивно решать конфликтные и стрессовые ситуации. Важным компонентом профилактики является обучение молодых людей приемам эмоциональной саморегуляции и способам самореализации.

Наиболее эффективными являются лечебно-реабилитационные программы, состоящие из нескольких этапов, объединяющие психофармакологические, психотерапевтические и социальные воздействия. При работе с пациентами с патологическим влечением к игре доказали свою эффективность такие подходы, как мотивационный, личностно-ориентированный и когнитивно-поведенческий. Как и при других зависимостях, неизменными составляющими лечебно-

реабилитационного процесса являются индивидуальное консультирование, групповая психотерапия, семейные консультации, информационно-образовательные занятия, послелечебные группы.

Необходимой составляющей и профилактических, и лечебно-реабилитационных программ является работа с родственниками ребенка или взрослого, склонного либо страдающего от игромании, так как доказана роль семейных взаимоотношений в формировании и рецидиве зависимых форм поведения, в данном случае – зависимости от азартных игр.

Список литературы

Автономов Д.А., Беляева О.В, Герасимов Р.В., Плющева О.А. / Вне игры. Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр. – М., 2008

Автономов Д.А. Исследование обстоятельств приобщения, мотивации и отношения к участию в азартных играх у пациентов на разных этапах формирования зависимости // Вопросы наркологии. 2010. № I. С. 88 – 96.

Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия) . Автореф. дисс. докт. мед. наук. Москва, 2007.

Бобров А.Е. Азартное расстройство (патологическая склонность к азартным играм): клинические, лечебно-профилактические и психосоциальные аспекты. (при участии О.С. Антиповой). М., 2008

Бузык О.Ж. Комплексная программа лечения пациентов с игровой зависимостью // Современные принципы терапии и реабилитации психических больных: Материалы Российской конференции. М., 2006. С. 287

Бузык О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Москва, 2008

Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб.- М., 2003

Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных. Методические рекомендации. Сост. Брюн Е.А., Кошкина Е.А., Агибалова Т.В. и др. М., 2013

Чирко В.В. О медицинских аспектах игромании. Методы выявления, реабилитации и профилактики: Материалы конференции «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2003 года, Москва // Наркология. 2004. № 4. С. 15-16

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, 1994

Сас Т. Миф душевной болезни / Пер. с англ. В. Самойлова. – М., 2010.

Becona E., Del Carmen L.M., Fuentes M.J. Pathological gambling and depression. Psychological Reports. 1996. 78, 635 – 640.

Black D.W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour // Psych Serv. 1998. V.49. № 11, 1434 – 1439.

Brezing C., Derevensky J. L., Potenza M. N. Non-substance Addictive Behaviors in Youth: Pathological Gambling and Problematic Internet Use \ Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010. Jul. 19(3), 625–641.

Bühringer G., Kraus L., Sonntag D., Pfeiffer-Gerschel T., Steiner S. Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel-und Bevölkerungsrisiken. // Sucht. 2007. 53, 296–308.

Crockford D.N., El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. // Canadian Journal of Psychiatry, 1998. № 43, 43 – 50

Cunningham-Williams R. M., Cottler L. B., Compton W. M., et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis

Epidemiological Catchment Area study. *American Journal of Public Health*. 1988. 88, 1093–1096.

Erbas B., Buchner U.G. Pathological gambling – prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany // *Dtsch Arztebl Int*. 2012. 109 (10), 173–179.

Grant J.E., Potenza M.N. *Pathological gambling: a clinical guide to treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. 2004.

Frank M.L, Lester D, Wexler A. Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous. // *Journal of Gambling Studies*. 1991. 7, 249 – 254

Grant J.E., Potenza M.N. *Pathological gambling: a clinical guide to treatment /* Washington, DC: American Psychiatric Pub. 2004

Ibanez A., Blanco C., Donahue E., Lesieur H. R., Pérez de Castro I., Fernández-Piqueras J., Sáiz-Ruiz J., *Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment // Am. J. Psychiatry*. 2001 Oct. V. 158, 1733 – 1735.

Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2003. 25, 263 – 270.

Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M. Alcoholism, drug abuse, and gambling // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1985. 10, 33 – 38.

Lycka M. Online gambling: towards a transnational regulation. *Gaming Law Rev Econ*. 2011. 15(4), 179–195

McCormick R.A., Russo A.M., Ramirez L.E., Taber J.I. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment // *American Journal of Psychiatry*. 1984. V.141. № 2, 215 – 218.

Messetlian C., Derevensky J., Evaluating the role of social marketing campaigns to prevent youth gambling problems: a qualitative study // *Can J Public Health*. 2007. Vol.98. № 2, 101-104

Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, 1991.

Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, 2nd ed., 1999.

Petry N.M., Stinson F.S., Grant B.F. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *J Clin Psychiatry*. 2005. 66 (5), 564–574.

Sproston, K., Erens B. Orford J. *Gambling behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey*. National Centre for Social Research. 2000

Shaffer H.J., Hall M.N., Vander Bilt, J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the US and Canada: a research synthesis // *American Journal of Public Health*, 1999; 89, 1369 – 1376.

Thompson W.N, Gazel R, Rickman D. The social costs of gambling in Wisconsin // *Wisconsin Policy Research Institute Report*. 1996. 9 (6), 1– 44.

Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling // *Substance use & misuse*. 1999. V. 34, № 11, 1593-1604

Zack M. (editorial) What can affective neuroscience teach us about gambling? // *JGI*. 2006. № 16.

«Двадцать вопросов анонимных игроков»:

1. Приходилось ли Вам тратить на игру рабочее или учебное время?
 2. Была ли игра когда-нибудь причиной неурядиц в Вашем доме?
 3. Повлияла ли игра на Вашу репутацию?
 4. Случалось ли Вам чувствовать раскаяние после игры?
 5. Приходилось ли Вам играть, чтобы добыть деньги для погашения долга или для решения других финансовых проблем?
 6. Стала ли игра причиной уменьшения Ваших амбиций и деловых качеств?
 7. Проиграв, чувствуете ли Вы потребность вернуться как можно скорее и отыграться?
 8. Выиграв, ощущаете ли Вы сильное желание вернуться и выиграть еще больше?
 9. Играете ли Вы зачастую до последней копейки?
 10. Случалось ли Вам одалживать деньги на игру?
 11. Случалось ли Вам продавать что-либо, чтобы финансировать игру?
 12. Бывало ли так, что Вам было жаль потратить «игровые» деньги на обычные расходы?
 13. Бывало ли, что из-за игры Вы переставали заботиться о благополучии своем и своей семьи?
 14. Приходилось ли Вам играть в азартные игры дольше, чем вы планировали?
 15. Играли Вы когда-нибудь, чтобы отвлечься от беспокойства и неприятностей?
 16. Приходилось ли Вам планировать или совершать какое-либо противоправное действие ради финансирования игры?
 17. Нарушала ли игра Ваш сон?
 18. Случалось ли так, что ссоры, разочарования или огорчения вызывали у Вас тягу к игре?
 19. Приходило ли к Вам желание отпраздновать какое-либо счастливое событие несколькими часами игры?
 20. Думали ли Вы когда-нибудь о самоубийстве в связи с азартной игрой?²
- Большинство компульсивных игроков ответят «да», по крайней мере, на семь из этих вопросов.

² «Двадцать вопросов анонимных игроков» взято с официального сайта Анонимных Игроков. Режим доступа: http://gamblersanonymous.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=143
21.06.2012

Оглавление

Введение	3
Актуальность проблемы и особенности на текущем этапе	3
Эпидемиология	6
Этиологические модели	7
Нозология и диагностика	8
Коморбидность	11
Феноменология вовлечения в азартные игры	13
Профилактика формирования игровой зависимости	17
Особенности профилактики игровой зависимости среди детей и подростков	19
Вовлечение родственников пациентов в лечебную субкультуру	21
Лечение и реабилитация	26
Принципы лечения и реабилитации	26
Составляющие лечебно-реабилитационной программы	26
Первичное мотивационное консультирование пациента	29
Когнитивно-поведенческие вмешательства при игровой зависимости	36
Заключение	39
Список литературы	41
Приложение	43

