

Психотерапия при болезненном пристрастии к азартным играм

ДАРЕНСКИЙ И. Д.
АКОПЯН В. С.

д. м. н., профессор кафедры наркологии ФПО ММА, Москва
врач психиатр-нарколог, кафедра наркологии ФПО ММА им. И. М. Сеченова

Психотерапия больных с зависимостью от азартных игр проводится после медикаментозного устранения аффективных расстройств и астенических явлений и является полимодальной. Рациональная психотерапия направлена на раскрытие основных механизмов, ускоряющих рецидив, управляющих и вносящих вклад в хаотический образ жизни игрока. Суггестивная психотерапия проводится в форме гипноусуггестии. Поведенческая психотерапия состоит в применении системной десенсилизации и “скилл-терапии”. Завершает курс лечения групповая психотерапия с клиническими “ролевыми играми”.

Введение

В условиях изменения экономических условий быденной жизни в отечественной психотерапевтической практике чаще стали встречаться случаи зависимости от азартных игр, которые рассматриваются как заболевание под названием *патологическое влечение к азартным играм* (F 63.0) [5]. Это следует из увеличения числа случаев обращения таких лиц за наркологической помощью, как правило, не в диспансеры, а к частнопрактикующим врачам-психотерапевтам.

Описаны ободряющие результаты лечения игроков, проводимого в стационаре [11], а также сообщаются подобные результаты для программы лечения амбулаторных больных [10]. Описаны некоторые благоприятные результаты программ лечения лиц, зависимых от азартных игр, в специальных лечебницах для азартных игроков [7, 8]. В США врач может направить больного в группу поддерживаемого государством терапевтического сообщества Анонимных игроков. Сообщество Анонимных игроков имеет более чем 1200 филиалов, расположенных в Америке, и 20 международных центров. Пациент может найти группы самопомощи в местном телефонном справочнике. Для людей, которые задаются вопросом, имеют ли они проблемы с игрой на деньги, Анонимные игроки издают список из 20 вопросов как диагностический инструмент. Успехи Анонимных игроков обусловлены программой 12 шагов, скопированной с программы Анонимных алкоголиков.

Однако эти и иные публикации и сведения касаются описания изменений в состоянии больных, но не самих лечебных манипуляций. Данная статья посвящена психотерапии лиц, зависимых от азартных игр, и содержит описание лечебной программы и предварительных результатов ее применения в течение трех лет.

Характеристика больных и методы исследования

В медицинском центре Москвы в период 1999—2003 гг. амбулаторно обследовалось и лечилось 85 больных (преимущественно мужчины в возрасте от 25 до 60 лет со средним возрастом 40 лет) с клиническими признаками зависимости от азартных игр.

Диагноз и план лечения составлялся с участием пациентов. Продолжительность лечения варьировала от 1 до 24 мес. Лечение осуществлялось амбулаторно и/или стационарно в зависимости от клинических особенностей в каждом конкретном случае.

Фармакологическое лечение

Лечение для компульсивной азартной игры подобно лечению других форм зависимости и включало фармако- и психотерапию. Лечебная программа строилась из пред-

ставлений о клинических проявлениях заболевания и была направлена на все звенья этих проявлений. Учитывалось, прежде всего, что лечебных мероприятий требуют явления абстиненции и феномен поиска успокоения в игре. Поэтому цель лечения состояла в снятии предыгрового эмоционального напряжения и трансового состояния. Подобные лечебные средства, как правило, приводят к предотвращению участия в играх и имеют профилактическое значение.

В соответствии с соображениями клинического содержания зависимости от азартных игр использовалась следующая схема фармакотерапии:

лечение антидепрессантами, которое особенно эффективно в отношении компульсивной формы азартной игры — флуоксетин (Prozac, Sarafem), пароксетин (Paxil), сертралин (Zoloft) и циталопрам (Celexa). Литий (Eskalith, Lithobid) эффективен для зависимых от азартной игры с расстройствами настроения биполярного типа;

комплекс мероприятий, направленных на устранение астенических состояний и снижения функциональной активности центральной нервной системы — использование поливитаминов (ундевит), глутаминовой кислоты и пирацетама;

лечение седативными средствами. Обычно проводится курсами с использованием транквилизаторов и нейролептиков этаперазин, а также инъекций магнезии сернокислой в течение недели.

Фармакотерапия начинает лечебную программу и сопровождает в дальнейшем психотерапевтическую ее часть.

Описание психотерапевтических методик

Психотерапевтическое лечение является urgentным, направленным на преодоление острых проявлений зависимости от азартных игр и одновременно профилактическим, проводимым в период ремиссии и препятствующим обострению заболевания.

При лечении больных с зависимостью от азартных игр использовалась *полимодальная психотерапия*. Методы терапии различной модальности применялись поэтапно.

На первом этапе терапевтического процесса использовалась рациональная, или, как ее еще называют некоторые авторы, когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на выявление основных механизмов, ускоряющих рецидив, управляющих и вносящих вклад в хаотический образ жизни игрока.

Последующее применение суггестивной психотерапии проводилось в форме гипноусуггестии. Психотерапевтическое внушение на сеансе индивидуальной гипноусуггестивной психотерапии проводится врачом на заключительном этапе.

Поведенческая психотерапия состояла в применении системной десенсилизации и “скилл-терапии”. Групповая психотерапия с клиническими ролевыми играми завершала курс лечения.

У больных, как правило, отсутствует критика к заболеванию, к болезненности своего пристрастия к азартным играм. Поэтому психотерапия начинается с рациональной психотерапии. В ходе первой ее части врач устраняет *анозогнозические расстройства*. Больные учатся узнавать основные проявления своего заболевания, сопряженные с участием в азартных играх. Некоторым больным может показаться странным утверждение, что они имеют болезненную зависимость от игр, и предложение распознавать признаки зависимости от азартных игр. Факт участия в игре, степень вовлеченности и количество проигранных денег сами по себе в отдельности не могут служить мерилем болезненности пристрастия к играм. Тем более это усложняет задачу больного и требует серьезных усилий в понимании признаков болезненности его вовлеченности в игру.

Врач стремится научить больного отличать проявления болезненного пристрастия к азартным играм от нормативных колебаний самочувствия, эмоционального состояния и досугового поведения. Опираясь на представление о клинических проявлениях зависимости от азартных игр, он строит свои рассуждения при психотерапии больного, указывает ему признаки болезни с использованием обыденных, понятных для больного выражений. Врач убеждает больного в правильности собственных представлений о болезни и доказывает, что так оно и есть, как описывается врачом. Для этого используются клинические примеры из практики врача и сведения о самом больном, факты из его личной жизни: не может остановиться во время игры, проиграл все сбережения, сколько-нибудь ценные вещи из дома, потерял работу.

Больной по просьбе и при помощи врача записывает все возможные признаки болезни у себя на листе бумаги. Ему можно рекомендовать записывать в дневник все особенности поведения и самочувствия, сопряженные с игровой ситуацией с тем, чтобы теоретически понятные признаки болезни обрели конкретное воплощение и понятное выражение у данного пациента. Признаки болезни могут иметь весьма специфическое выражение у конкретного больного и нуждаться в расшифровке. Некоторое своеобразие проявлений болезни или неполный перечень их не должны вводить больного в заблуждение и препятствовать признанию наличия заболевания у себя. С помощью составленного списка симптомов болезни пациент отслеживает проявления болезни и ведет регистрацию появления их ежедневно. В дальнейшем это понадобится ему для воздействия на симптомы болезни и наблюдения за их терапевтической динамикой.

Во второй части рациональной психотерапии врач рассматривает *психологические механизмы зависимости от азартных игр*, которые также ускользают от внимания больного. Речь идет, прежде всего, об ошибочных суждениях больных. Анализируются признаки негативного мышления, ведущие к актуализации влечения и “игровому поведению”. В беседе в ходе рациональной психотерапии до больного доводятся и разъясняются ошибочные умозаключения больных, ведущие к зависимости от азартных игр, психологические приемы избегания желаний играть. Представления о беспомощном мышлении доводятся до сознания больного с тем, чтобы это стало его убеждениями. Данная деятельность направлена на изменение негативного образа мышления. Больному необходимо научиться распознавать и преодолевать отрицательный ход мыслей и чувств.

Основные ошибочные умозаключения больных, ведущие к появлению и поддержанию зависимости от азартных игр, являются следующими:

ранее проигрывал из-за собственной невнимательности;

сегодня “фартовый”, удачливый день, поэтому и верю в выигрыш;

именно сегодня я в состоянии контролировать ситуацию;

я придумал верный способ, как переиграть партнеров (обмануть игровой автомат), его и надо сегодня проверить;

сыграю только лишь на часть денег, имеющихся у меня;

мне нужно сейчас сыграть, чтобы только успокоиться; нужно вернуть долги и больше я играть не буду; отыграюсь и больше играть не буду; потрачу эту сумму и больше тратить не буду.

После указания ошибочных действий и суждений врач переходит к обсуждению того, что можно сделать для преодоления зависимости от азартных игр. Больному показывается, как нужно правильно судить о своей болезни и своем поведении, доводятся правила санирующего поведения. Больного убеждают, что все усилия врача могут оказаться напрасными, если он не поможет врачу, поэтому ему рекомендуется:

осознать свою болезненную зависимость от игры;

неукоснительно выполнять предписания врача;

сотрудничать с ним длительное время, даже в случае длительного воздержания от участия в играх;

понимать, что самочувствие может ухудшиться самопроизвольно и привести к ничем не спровоцированному срыву, поэтому рекомендуется обращаться к врачу-наркологу в случаях, чреватых срывом, и принимать предлагаемое лечение.

Когда больному удастся убедить в наличии указанных проявлений и механизмов заболевания, начинается следующий этап рациональной психотерапии, в ходе которого больному указываются иные психологические механизмы зависимо поведения и бытовые, обыденные косвенные условия, которые являются факторами риска рецидива [6]. Рассматривается то, как больные строят свой день — питаются, соблюдают режим сна и отдыха — и как это отражается на их поведении, в том числе на увеличении зависимости от азартной игры, усилении влечения к участию в игре. Больной с помощью врача выявляет косвенные условия обострения влечения к азартным играм. При выявлении и анализе ситуаций, сказывающихся на увеличении опасности рецидива заболевания, больной старается припомнить все неблагоприятные подробности обыденной жизни. Это помогает выявить истинные причины ухудшения состояния больных, сделать их понятными и узнаваемыми больным и составить план устранения влияния вредоносных условий.

Спротивляемость нежелательным влечениям и импульсам можно повысить только на фоне общего психического и физического благополучия, поэтому больному рекомендуется изменить обыденное поведение и указывается, что именно можно изменить в обыденном поведении:

наладить сон и нормальный отдых;

отказаться от употребления алкоголя;

выявить иные обстоятельства жизни, которые мешают жить нормальной и полноценной жизнью;

нормализовать и обустроить свою жизнь, чтобы жить в собственной семье в дружбе и согласии;

планировать расходы совместно с членами семьи;

поставить в известность семью о том, что такая зависимость от игры является болезнью;

при наличии веры в Бога регулярно посещать церковь.

Воздержание от азартной игры может сопровождаться эмоциональным напряжением. Это дает толчок к вступлению в игру, приводящую к *эмоциональной разрядке*. Азартная игра для человека, зависимо от нее, кажется ему единственным способом разрядки, поэтому больному рекомендуется:

не копить в себе такие отрицательные эмоции, как раздражение, гнев, злость, обиду;

стремиться снимать эмоциональное напряжение иными средствами;

следить за собственными проявлениями эмоций, так как многие зависимые от азартных игр лица гасят свои эмоции преимущественно в игре, забывая за игрой свои беды и горести.

Контакт с игровым предметом способен подтолкнуть к игре. Все, что напоминает об игре, в состоянии спровоцировать срыв, поэтому пациенту рекомендуется:

не брать с собой сколько-нибудь крупные суммы денег помимо необходимых на запланированные хозяйственные нужды;

отказаться от посещения игровых залов, не ходить в увеселительные заведения;

расстаться с бывшими партнерами по игре, отказаться от общения с ними;

отказаться от разговоров об игре или близких к ней темах.

Врач стремится сделать эти суждения и представления убеждением пациента. Когда больному будут указаны пути преодоления зависимости и получено согласие на сотрудничество, а также признаки того, что его убедили, производится переход к этапу лечения, при котором эти же самые суждения и представления, направленные на преодоление зависимости от азартной игры и рассматривавшиеся в ходе рациональной психотерапии, передаются в виде внушений при гипносуггестивной терапии.

Для этого нами составлен специальный текст внушения, апробированный при лечении указанных пациентов. Прежде необходимо привести некоторые краткие пояснения к формуле внушения. Внушение нарочито составлено так, что в нем отсутствует частица “не” или предложения к больному ощутить то, что он в конце концов должен забыть (игровые условия и атрибуты). Не включены внешние игровой ситуации, воображения атрибутов игры для дальнейшей ее эмоциональной дискредитации. Внушаются только позитивные атрибуты и обстоятельства, им сопутствующие.

Текст включает суждения об основных проявлениях заболевания и механизмах их развития. Однако он позволяет вкрапить туда информацию, свойственную и понятную только данному больному, в частности фактический материал: имена, факты биографии.

Текст имеет психоактивные свойства и жесткую структуру, в которой утверждения расположены в зависимости от их эмоциональной насыщенности для создания эффекта лавинообразного развития чувств. Архитектура текста построена для повышения свойств психоактивности: последовательность внушений состоит в том, что начинается с дискредитации отдельных свойств и заканчивается императивным внушением стиля жизни, лишнего участия в азартной игре. Внушение усиливается и завершается императивным внушением: “смертельно опасно ... решил бросить раз и навсегда ... прекращаю участие в играх”.

Приводим текст психотерапевтического внушения, осуществляемого врачом на сеансе индивидуальной гипносуггестивной психотерапии.

“Вы приняли в кресле удобную позу. Мысленно повторяете за врачом следующие внушения. ” Полностью расслабился. Расслабились мышцы моего живота и спины. Сердце бьется ровно и ритмично. С каждой минутой расслабляюсь все больше и больше.

Ваша склонность к азартной игре вышла из-под контроля, воздействует на ваши отношения с окружающими, ваши финансы и вашу жизнь и работу, вы посвящаете существенную часть времени и энергии азартной игре и лишены способности останавливаться в азартной игре. Чем скорее вы получите помощь, тем больше возможности для избавления от зависимого поведения и для более быстрого возвращения к нормальной жизни.

Поскольку отрицание болезни почти всегда характерно для зависимого поведения, для меня может быть трудно

признать зависимость от игры на деньги. Но я все-таки полностью осознал свою зависимость от игры.

Отказ от игры проходит без эмоционального напряжения. Способен снять эмоциональное напряжение без участия в азартной игре. Способен обойтись без участия в игре. Научился гасить свои отрицательные эмоции. В случае эмоционального напряжения могу перебороть их. Готов к этому. Знаю как это делать. Гашу свои отрицательные эмоции без игры.

Осознаю существование внешних условий и их способность провоцировать срыв. Контролирую внешние обстоятельства и внутренние условия, которые могут способствовать срыву. Отказываюсь от посещения игровых залов, так как соприкосновение с игровым предметом способно напоминать об игре. Расстался с бывшими партнерами по игре. Отказываюсь общаться с теми, с кем ранее играл. Отказываюсь от употребления алкоголя. Эмоции, предшествовавшие игре и сопровождавшие ее, ушли от меня.

Члены моей семьи, друзья и сотрудники одобряют мое решение лечиться. Живу в собственной семье в дружбе и согласии.

У меня сильная воля и железный характер. Удалось вытеснить желание играть в азартные игры. Избавился от желания играть. Оно ушло от меня. Мысли об игре ушли и погасли.

Мне противна рулетка (игральные карты). У меня появляется отвращение и ненависть при виде предметов игры. Отказываюсь разговаривать об игре или близких к ней вещах. Ухожу от игровой лихорадки.

Вид предметов игры раздражает меня и вызывает желание бежать домой, чтобы успокоиться в семье. Мое спасение — это моя семья. Я буду спасен. В этом помогает семья. Стал семейным и счастливым человеком.

Принял окончательное решение бросить игру и сказал себе при этом: “Я бросил игру навсегда”. Принял окончательное и бесповоротное решение отказаться от участия в азартных играх. Окончательно расстался с рулеткой (картами, игровыми автоматами). Представляю свое будущее только без игры в карты (рулетку). Мое будущее — без игры. Я буду спасен и свободен. Я спокоен”.

Для больного остается сложным претворение вопроса как избежать желания играть. Он намерен научиться эффективно контролировать свое поведение в целом и в ситуации усиления влечения к игре. Поэтому на следующем этапе больным подбираются техники самовоздействия и саморегуляции, помогающие контролировать выраженность влечения к азартным играм и полностью преодолеть его. Овладение приемами саморегуляции позволяет пациентам чувствовать себя более уверенно и ощущать способность противостоять влечению. При этом используются традиционные техники саморегуляции, не нуждающиеся в дополнительном пояснении в данной статье.

На следующем этапе психотерапии осуществляется снижение чувствительности к значимым раздражителям, ведущим к рецидиву заболевания — к провоцирующему действию игровых атрибутов. Для этого используется разновидность поведенческой терапии — метод систематической десенситизации Wolpert [4]. Больному показывается фотография или видеозапись игровой ситуации и одновременно проводится релаксация для снятия эмоционально насыщенной реакции на стимулы, даются седативные фармакологические средства. Постепенно повышается выраженность стимула путем увеличения его длительности и игровой насыщенности. Это повторяется вплоть до максимального угасания эмоциональной реакции на стимул.

Как известно, больные алкоголизмом в период ремиссии бывают в состоянии отказаться от употребления алкоголя, находясь в питейной ситуации [1–3]. Поэтому и зависимый от азартной игры в конце концов в период ремиссии в сопровождении врача может посетить на короткое время игровой зал, имея при себе деньги, но не всту-

пая при этом в игру. Визит в игровой зал проводится на фоне действия седативных средств и релаксирующего внушения врача. Так как больной держал достаточно большую сумму в руках и ушел, не играя, в результате погашается действие на больного игровых атрибутов с ослаблением их эмоционального заряда.

Использование другого подхода, в виде *групповой терапии*, возможно как с самого начала курса лечения, так и на последнем этапе психотерапии. При групповой терапии пациент может получить совет, обратную связь и поддержку от других людей в том, что делать со склонностью играть на деньги.

Возможно также использование приемов *психодрамы*. В сеанс психотерапии включается имитация самой игровой ситуации. Среди пациентов проводится воображаемая ролевая игра без использования игровых атрибутов.

Результаты и оценка эффективности психотерапии игровой зависимости

Для оценки отдаленных результатов лечения больные и их родственники опрашивались по телефону и приглашались к врачу на прием. Пациентам задавали стандартные вопросы, так или иначе затрагивающие основные проявления их болезни.

Сравнение сведений, сообщенных пациентами в начале лечения, со сведениями в завершении показывает, что имелось существенное уменьшение всех параметров участия в азартной игре. Так, пациенты сообщили об улучшении социальной адаптации после завершения лечения. Это поддерживает наши усилия и стремление развить программу лечения амбулаторных больных, так как они, как показывают наши наблюдения, имеют довольно серьезные проблемы в связи с вовлеченностью в азартные игры. Эти ободряющие результаты и возрастающая возможность обучения в этой области обуславливают готовность наркологов к обучению и затем использованию программ лечения зависимых игроков.

Вместе с тем, результаты настоящего исследования должны интерпретироваться осторожно, потому что они основаны на сообщениях самих больных, а также потому, что группа обратившихся и пролечившихся больных не сопоставлялась с контрольной. Мы подчеркиваем потребность в дальнейшем исследовании предлагаемой программы с использованием психологического инструмента, в управляемом исследовании, в котором бы сравнивалась эффективность лечения различной модальности. В частности, необходимо сравнить лечение в стационарных и амбулаторных условиях.

Мы продолжаем следить за пациентами, прошедшими программу. Продолжение телефонного опроса подтвердило вышеуказанную тенденцию в субъективном улучшении состояния.

PSYCHOTHERAPY AT UNHEALTHY PREDILECTION FOR HAZARDOUS GAMES

DARENISKY I.D. Dr.med.sci., professor faculty addictology
Faculty postdiplom of vocational training MMA, Moscow
AKOPIAN V.S. psychiatrist-narcologist, Faculty postdiplom
of vocational training MMA, Moscow

Psychotherapy of the patients with dependence on hazardous games will be spent after medicaments elimination affective frustration and asthenic phenomens and is polymodal. Rational psychotherapy is directed on disclosing of the basic mechanisms accelerating a relapse, managing and bringing in the contribution to a chaotic image of life of the player. Suggestion psychotherapy will be spent in the form hypnosuggestive. Behaviour psychotherapy consists in application system desensitization and "skill-therapy". Rate of treatment has finished a group psychotherapy with clinical role games.

Как характерно для импульсивных расстройств вообще, программы лечения эффективны в изменении целевого поведения на короткий период времени с возможным возвращением некоторых пациентов к азартной игре, но эти изменения не могут быть длительны без продолжения активного наблюдения [9]. Что касается ремиссии, то необходимо настраивать пациентов на то, что ремиссия — это скорее часть процесса лечения, чем уход из лечебной программы.

Заключение

В процессе данного исследования выявлены разные акценты психотерапии в связи с особенностями личности пациентов с зависимостью от азартных игр. Однако вопросы терапевтического отбора и способы объективной оценки результатов лечения нуждаются в дальнейшем изучении.

Список литературы

1. Даренский И. Д. Фазное течение алкоголизма// Медико-биологические и социальные аспекты наркологии: Сб. науч. тр. — М., 1997. — С. 21—28.
2. Даренский И. Д. Фазы алкоголизма (клинико-терапевтическое исследование): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1997. — 48 с.
3. Даренский И. Д. Оценка фазного течения алкоголизма// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1998. — № 10. — С. 12—16.
4. Осипова А.А. Общая психокоррекция. — М.: ТЦ "Сфера", 2001. — 512 с.
5. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации)/ Под общей ред. Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. — М.: МЗ России, 1998. — 512 с.
6. Сипов Д., Маникавашагар В. Как преодолеть панику: Руководство самопомощи с применением когнитивно-поведенческих методик/ Пер. с англ. — М.: Астрель, 2003.
7. Blackman S., Simone R.V., Thorns D.R. Treatment of gamblers// Hospital and Community Psychiatry. — 1986. — № 37. — P. 404.
8. Blackman Sh., Simone R. V., Thorns D. R. The Gamblers Treatment Clinic of St. Vincent's North Richmond Community Mental Health Center: Characteristics of the Clients and Outcome of Treatment// The International Journal of the Addictions. — 1989. — Vol. 24, № 1. — P. 29—37.
9. Marlatt G. A., Gordon J. R. Relapse prevention. — N.Y.: Guilford Press, 1985.
10. Politzer R.M., Morrow J.S., Leavey S.B. Report on the cost/benefit-effectiveness of treatment at the Johns Hopkins Center for Pathological Gambling// Journal of Gambling Behavior. — 1985. — Vol. 2, № 2. — P. 131—142.
11. Russo A.M., Taber J.I., McCormick R.A., Ramirez L.F. An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers// Hospital and Community Psychiatry. — 1984. — Vol. 35. — P. 823—827.