

ПСИХОТЕРАПИЯ ГЕМБЛИНГА

Доморацкий В.А.

УО «Белорусский государственный университет»
г. Минск, Беларусь

Аддикция к азартным играм – гемблинг охватывает множество видов патологического влечения к карточным играм, тотализатору, рулетке, лотереям, спортивным играм, игровым автоматам [4]. В США заядлые игроки ежегодно проигрывают свыше 20 млрд. долл., многие из них вынуждены обращаться за помощью к психотерапевтам. По некоторым данным, гемблингом страдает до 40 тыс. жителей Санкт-Петербурга [4]. Актуальность проблемы игровой зависимости в нашей стране обусловлена по крайней мере, четырьмя причинами: 1) серьезными финансовыми проблемами и разрушением семьи игроков; 2) распространенностью противоправных действий среди зависимых от азартных игр, достигающей 60%; 3) высоким суицидальным риском – от 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства; 4) легкой доступностью игровых автоматов и казино практически во всех регионах Беларуси.

Выделяют следующие этапы развития зависимого поведения [2]:

1. Появляется «точка кристаллизации» в связи с переживанием интенсивных положительных эмоций (или устранения отрицательных) при определенном действии, в частности, игре.
2. Устанавливается зависимый ритм, который выражается в определенной последовательности обращений к предмету зависимости.
3. Формируется зависимость как составная часть личности. В этот период к предмету зависимости прибегают лишь в связи с жизненными затруднениями. Существуют внутренняя борьба между естественным и зависимым стилями жизни. Постепенно зависимый стиль вытесняет естественный, и становится частью личности, методом выбора при встрече с реальными требованиями жизни.
4. Период полного доминирования зависимого поведения, которое полностью определяет стиль жизни, отношения с окружающими, человек погружается в зависимость, отчуждается от общества. Игра становится стилем жизни, главной ее целью. На этом этапе у многих игроков разрушены семьи, потеряна работа.

Большинство специалистов считают, что необходима жесткая изоляция игроголика от привычного окружения, поэтому целесообразна госпитализация на 2-3 месяца, во время которой для купирования сопутствующей депрессивной симптоматики применяются антидепрессанты и поддерживающая психотерапия, направленная на преодоление фазы разочарования. После этого больной может стать подходящим кандидатом для психоаналитической терапии, приносящей успех примерно в половине случаев [3].

Может использоваться десенсибилизация, когда больной представляет себя способным воздержаться от игры в различных, все более провоцирующих ситуациях. Пациент также получает парадоксальное предписание играть в соответствии со строгим режимом, разработанным терапевтом. Показана групповая психотерапия, направленная на работу с образами и эмоциями, а также с проблемами общения, поскольку аддикты обычно испытывают значительные затруднения в этих сферах. Эффективным является участие в группе взаимопомощи «Анонимные игроки», работающей по принципу «Анонимных алкоголиков». Используются публичные признания, групповое давление и пример бывших пациентов, бросивших игру. С пациентом и его семьей заключают контракт, согласно которому он обязуется сделать все возможное для избежания срыва [1,2, 4].

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) разработали поэтапную программу терапии гемблинга, которая была модифицирована нами для использования в краткосрочном формате (от 10 до 20 сессий) в амбулаторной практике. В предложенном нами варианте она состоит из 4-х основных этапов.

1. *Диагностический этап* включает постановку диагноза, определение стадии игровой зависимости, выяснение индивидуальных особенностей фаз игрового цикла.

2. *Психообразовательный и мотивирующий этап* посвящен осознанию пациентами невозможности вернуть свое первоначальное отношение к игре и необходимости полного отказа от игры. Им сообщают о причинах и симптомах заболевания, его течении и методах лечения, типичных ситуациях, провоцирующих срыв, а также о возможных вариантах отношений с окружающими при отказе от игры. Пациенту предлагают живо вообразить свою жизнь, в которой никогда не будет игры. При этом его желание играть резко усиливается, что позволяет полнее осознать, насколько трудно и сколь необходимо контролировать его. На этом этапе также проводятся психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию манипулятивного поведения и усиление мотивации к лечению.

3. *Этап формирования контроля над влечением к игре и регуляция состояний транса* направлен на понимание пациентом того, что: 1) с момента игрового срыва он не в состоянии проконтролировать свое поведение; 2) отсутствие осознаваемого желания играть не означает способности контролировать игровой импульс. Пациент обучается осознавать и различать постоянное желание играть и резкое ситуационное усиление игрового импульса под воздействием внешних обстоятельств. Контроль за игровым поведением достигается путем выработки у пациента способности замечать признаки надвигающегося срыва: усиление фантазий об игре, нарастание эмоционального напряжения, появление уверенности в выздоровлении. Работа над когнитивными ошибками заключается в выявлении и коррекции иррациональных убеждений и установок, связанных с игрой, анализе мотивов игрового поведения и его последствий. У патологического игрока

обнаруживается вера в три мифа: его ждет огромный выигрыш; неудачникам становятся другие; после выигрыша наступит райская жизнь, это обещают приметы и приближают магические ритуалы. Когнитивные ошибки игроков разделяют на стратегические и тактические [2]. Стратегические ошибки создают у пациента иллюзию, что он руководит своими поступками и ходом игры, что контроль достигается участием в игре и достаточной сосредоточенностью на ней. К этим ошибкам относятся следующие иррациональные установки: 1) "деньги и работа решают все, в том числе и проблемы эмоций и отношений с людьми"; 2) неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности уничтожить жизненные неудачи успешной игрой; 3) замещение фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше. Тактические ошибки служат самооправданию пациента, приступающего к игре, когда он говорит себе: "Мне нужны деньги, и я придумал, как обмануть автомат"; "Я могу сыграть как обычный человек и остановлюсь, если начну проигрывать". Типичные тактические ошибки мышления таковы: 1) "в игре обязательно наступит переломный момент"; 2) "возможно вернуть долг только с помощью игры, то есть отыграть"; 3) "смогу играть только на часть денег"; 4) вера в "выигрышный", "фартовый" день; 5) эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче самому себе слова "никогда не играть"; 6) во время игры восприятие денег как фишек или цифр на дисплее; 7) представление о ставках как о сделках.

Очень важно, чтобы игрок осознал, что он вводит себя в состояние транса, который фактически возникает уже с момента принятия решения играть и все последующие действия, включая сам процесс игры, происходят в состоянии измененного сознания, что делает невозможным рассудочный подход к игре, и исключает волевой контроль в процессе самой игры. Только значимые внешние обстоятельства (поначалу) и отсутствие наличности при невозможности занять деньги в долг, могут остановить неконтролируемый процесс игры. Используя различные приемы, необходимо достичь понимания пациентом того обстоятельства, что контролировать игру в игре уже невозможно, поскольку там все происходит без участия рационального ума, следовательно, важно изначально не дать себе войти в этот неуправляемый процесс.

В работе с патологическими игроками следует также учитывать следующие терапевтические мишени:

- Навязчивые мысли об игре и интенсивное влечение к атмосфере игры. Неудовлетворение последнего вызывает сильный дискомфорт и внутреннее напряжение.
- Перевод с помощью игры субдепрессии в радость или злость на себя либо обстоятельства; возможность почувствовать «драйв», испытать всплеск эмоций в ситуации риска, а также объяснить причину плохого настроения невезением в игре.
- Сверхценная идея быстрого и легкого обогащения.
- Наличие значимой для игрока группы людей, разделяющей его взгляды на риск, надежду и мифы о выигрыше.

- Смещение значимой жизнедеятельности в атмосферу игры, неопределенности исхода с возникновением чувства чрезвычайной важности происходящего в игре.

На этом этапе используется разрушение триггеров (пусковых стимулов), запускающих компульсивное влечение к игре с помощью десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ). Последовательной переработке подвергаются навязчивые образы и мысли об игре и предстоящем выигрыше, специфические телесные ощущения предвкушения игры. В ходе ДПДГ также следует обратиться к негативному опыту, связанному с проигрышами, глубоким разочарованием и злостью на себя. По нашему опыту после резкого усиления эмоционального и телесного дискомфорта, обусловленного погружением в обычно вытесняемые игроманом крайне неприятные, порой травматичные воспоминания о неудачах в игре, часто происходит диссоциация от игровой ситуации со спонтанно возникающей более адекватной оценкой происходящего и осознанием необходимости прекратить играть.

Широко применяются трансовые техники, например, сопровождение в приятное воспоминание, как здоровая альтернатива игровому трансу. Пациенты, побывавшие в гипнотическом трансе, с удивлением отмечают, что можно получать массу ярких, позитивных переживаний и вне ситуации игры со всеми ее отрицательными последствиями. Кроме того, путем сравнения они могут на практике убедиться в том, что, начиная играть, действительно вводили себя в состояние измененного сознания.

Используются процедуры гипноанализа, в частности, работа с полярными частями личности, когда в гипнотическом трансе устраивают своеобразный диалог между субличностью, жаждущей играть, и здоровой частью личности, стремящейся вырваться из порочного круга патологической игры. Техника также позволяет пациенту обращаться к частям собственной личности с вопросами и получать на них ответы, способствующие осознанию и разрешению внутренних противоречий. Как и при любой аддикции, необходимо провести шестишаговый рефрейминг, который может прояснить скрытые мотивы неудержимого стремления пациента к игре, и помочь найти ему здоровую альтернативу.

4. Этап планирования будущего состоит в составлении программы ближайших жизненных задач; восстановление финансового благополучия, нормализация социальных связей и супружеских отношений. Важно создать в воображении пациента и закрепить в трансе весьма притягательный позитивный образ будущего, свободного от игры. Для профилактики срыва необходимо обсудить причины прежних срывов и выработать мотивацию к контролю игрового поведения и шире – овладению навыками эмоциональной саморегуляции. Этой же цели служат обучение самогипнозу и релаксационным техникам.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. В. Зайцев. Патологическая склонность к азартным играм – новая проблема российской психиатрии / Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3.
2. В. В. Зайцев, А. Ф. Шайдулина. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб.: Изд. дом "Нева", 2003. – 128 с.
3. Ю. В. Попов, В. Д. Вид. Современная клиническая психиатрия – М.: «Экспертное бюро-М», 1997. – 496 с.
4. Г. В. Старшенбаум. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – 367 с.

СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДУЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Дудук С.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Беларусь

Экспериментальные данные, накопленные за последние десятилетия, показывают, что прогрессирующая дегенерация холинергических нейронов и нарушение ассоциативных связей с зонами их проекций в теменно-височные и лобные отделы коры головного мозга являются основными причинными факторами расстройств памяти и других когнитивных функций, которые в конечном итоге приводят к развитию тяжелого когнитивного дефицита, социальной дезадаптации и поведенческих нарушений, т.е. к формированию синдрома слабоумия [4]. Поэтому первые попытки патогенетической терапии болезни Альцгеймера (БА) были связаны с применением предшественников ацетилхолина, таких как холин и либетин, а также блокаторов ацетилхолинэстеразы (АХЭ), препятствующих разрушению ацетилхолина в синаптической щели. Однако предшественники ацетилхолина, как и ингибиторы АХЭ первого поколения (физостигмин, такрин), не оправдали терапевтических ожиданий либо в связи с недоказанной клинической эффективностью, либо из-за тяжелых побочных действий [5].

Сотрудниками Центра по изучению болезни Альцгеймера НЦПЗ РАМН были разработаны стратегии лечения болезни Альцгеймера [2]:

1. Заместительная компенсаторная терапия, направленная на преодоление дефицита нейротрансмиттеров.
2. Протективная терапия: применение нейропротекторов и нейротрофических факторов.
3. Противовоспалительная терапия.
4. Гормональная терапия.
5. Поведенческая терапия, в том числе психофармакотерапия продуктивных психопатологических расстройств и психологическая коррекция (тренинг) когнитивных функций.