

ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР

*О.Ж. Бузик., Т.В. Агибалова, Е.А. Брюн, Е.В. Сизоненко,
Е.Н. Динов, А.Н. Колесников*

Московский научно-практический центр наркологии
Национальный научный центр наркологии Росздрава

В статье приводятся обзорные данные, касающиеся использования различных методов психотерапии больных зависимостью от азартных игр как у нас в стране, так и за рубежом. Выделяются как стратегические подходы, показывающие основной вектор направленности психотерапевтического вмешательства, так и конкретные методики, используемые в рамках того или иного направления. Показана эклектичность и разнообразность подходов к лечению больных игроманией, что определяется разноречивостью взглядов, как на природу игровой зависимости, так и на квалификацию её психопатологических феноменов.

Ключевые слова: зависимость, азартные игры, психотерапия.

Подходы к терапии зависимого поведения базируются на постулате, что все аддикции имеют общие психологические механизмы, и коррекция любой зависимости не может ограничиваться элиминацией данного способа зависимого поведения (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2001). Авторы определяют следующие точки приложения психотерапии зависимого поведения: 1) низкая самооценка; 2) плохая переносимость фрустраций; 3) слабый контроль над импульсами.

По мнению В.В. Мадорского и В.А. Солдаткина (2006), «существенной особенностью гемблинга является его малокурабельность – эффективность лечения даже в современных комплексных вариантах, сочетающих индивидуальную и групповую психотерапию, психофармакотерапию и меры социальной реадaptации, составляет, по различным данным, от 5,0 до 30,0%».

Среди методов психотерапии преимущественно используется поведенческая терапия – терапия отвращения, имагинальная десенсибилизация (Blaszczynski A.P. с соавт., 1991; McConaghy N., Armstrong M.S., Blaszczynski A., et al., 1983.), реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов (Bujold A., Ladouceur R., Sylvain C., et al., 1994; Sylvain C., Ladouceur R., Boisvert J.M., 1997; Даренский И.Д., 2005).

Сторонники поведенческой терапии рассматривают склонность к азартным играм как усвоенное дезадаптивное поведение, от которого можно отучить с помощью техник поведенческой терапии, разработанных на основе классической и оперантной теории научения (Barker J.C., Miller M., 1966; Seager C.P., 1970; Koller K.M., 1972 и др.). Целью поведенческой терапии является коррекция плохо адаптированных форм поведения, чаще всего с использованием техники, основанной на теории научения, в частности на классической теории оперантной обусловленности. При лечении игровой зависимости часто применяемым методом поведенческой терапии является системная сенсбилизация (Blaszczynski A., Silove D., 1995; McConaghy N., Armstrong M.S., Blaszczynski A. et al., 1983).

Специалисты, работающие с патологическими игроками, достаточно часто используют когнитивно-поведенческие методы психотерапии, что позволяет добиться стойкого улучшения приблизительно в 50,0% случаев (Sharing recovery through Gamblers Anonymous, 1984).

Методы лечения когнитивно-поведенческой терапии представляют собой сочетание техник когнитивной и поведенческой терапии, которые нацелены на изменение когнитивного функционирования и поведения азартных игроков. Целый ряд исследователей показал эффективность этих методов в лечении лиц, страдающих зависимостью от азартных игр (Sharpe L., Tarrrier N., 1993; Petry N.M., 2002; Ladouceur R. et al., 2002; Echeburua E. et al., 1996, 2000).

Когнитивная терапия направлена на корректирование когнитивных ошибок, которое снижает мотивацию к азартной игре. R. Ladouceur et al. (2001) установили, что после лечения у азартных игроков усилилось восприятие контроля над проблемой и улучшилась собственная эффективность. Было также установлено, что когнитивная терапия эффективна, когда ее проводят в групповом формате.

Когнитивная терапия постулирует, что от понимания индивидом структуры ситуации зависит его поведение и эмоциональное состояние. Главное в терапии помочь пациенту распознать ошибочность и бесосновательность убеждений, которые приводят к плохо адаптированному поведению и неприятному психоэмоциональному состоянию. Имеются сведения и об успешном использовании аверсивной терапии (McConaghy N., Armstrong M.S., Blazczynski A. et al., 1983).

Отечественные ученые В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) в работе с пациентами проводят поэтапные психотерапевтические сессии, на которых последовательно решаются следующие задачи: диагностическая, психообразовательная, задача создания стратегии контроля над импульсом к игре, создание поддерживающей семейной среды, решение проблем, созданных в результате игровой зависимости. В.В. Зайцев (2000) отмечает, что «понимание игрового цикла помогло нам создать эффективную поэтапную когнитивно-поведенческую психотерапевтическую программу» (с. 293-294).

Учитывая патогенетический механизм возникновения нехимических зависимостей, В.А. Лоскутова (2007) считает целесообразным комбинированное использование бихевиорально-когнитивной психотерапии и серотонинергических препаратов, в частности эсциталопрама (ципралекса).

А.А. Магалиф (2006) при лечении больных игровой зависимостью применяет «Методику виртуального разрушения игрового образа». При этом, на первом этапе лечения автор использует рациональную позитивную психотерапию в комбинации с антидепрессантами (флюоксетин, паксил, ципрамил, саротен), атипичными нейрорептиками (эглонил) и транквилизаторами (феназепам).

В.В. Мадорский и В.А. Солдаткин (2006, с. 302) в качестве основополагающего подхода для работы с пациентами использовали стратегическую семейную терапию Д. Хейли. Семейная терапия использовалась ими на фоне психофармакотерапии (клоназепам, антиконвульсанты, СИОЗС, атипичные нейрорептиками в малых дозах).

По мнению И.Д. Даренского (2005), психотерапия должна проводиться 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. Целесообразно проведение и гипносуггестивной психотерапии. Поведенческая психотерапия состоит в применении системной де-

сенситизации и «скилл-терапии». Завершает курс лечения групповая психотерапия с клиническими ролевыми играми.

И.В. Лютина и И.Д. Даренский (2007) для оценки мотивации пациента на лечение предлагают до начала основного курса лечения в течение двух недель выполнять рекомендации врача, которые могут показаться больному вычурными и обескураживающими: не есть мясо, собирать мусор возле храма или оказывать бескорыстную помощь детскому дому. При этом больным разъясняют, что подобные действия помогают научиться владеть эмоциями и сделать их подконтрольными сознанию. Дальнейшая терапия включает пять ежедневных сеансов формирования условно-рефлекторного неприятия места, обстановки и других атрибутов, связанных с игрой.

А.М. Валеева и соавторы (2005) считают, что главная задача психотерапии – определение потребности, которая реализуется посредством зависимости, и поиск конструктивного варианта ее решения. В качестве одного из методов работы с подсознанием использовались техники телесно-ориентированной психотерапии.

С точки зрения А.И. Григорьева с соавторами (2005), зависимая личность требует непрерывной и интерактивной санации и коррекции, которые могут изменить лишь вектор и модальность зависимости. Традиционные подходы к рассмотрению эффективности терапии по продолжительности ремиссии нуждаются в дополнении оценкой коморбидных психосоматических заболеваний.

По мнению П.И. Сидорова (2005), био-психо-социальная синергетическая модель зависимого поведения требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации психопрофилактики и коррекции. Субъектом профилактической деятельности должен стать новый класс специалистов-превентологов, профессионально занимающихся «самосохраняющим» поведением.

Используя метод психодрамы А. Щербаков с соавторами (2003) описывают четыре этапа психодраматерапии гемблинга: 1. Создание личного мифа о собственном болезненном состоянии, с обозначением Провокатора и Судьбы. 2. Работа с генограммой: интрапсихическое дистанцирование от семейного наследия. 3. Разыгрывание истории о собственном Большом марафоне. 4. Проработка раннего детского опыта и сегодняшних проблем.

Следует отметить и работу А.Ю. Аكوпова (2004), в которой автор описывает разработанный им психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции (КАС) для лечения больных игровой зависимостью.

В лечении больных игровой зависимостью используются также психодинамические подходы, основанные на личностных особенностях патологических гемблеров, связанных с низкой силой эго в сочетании с нарциссизмом (Miller W.R., Rollnick S., 1991). E. Bergler (1957) сообщает об успехе психоаналитически ориентированной терапии среди 75,0% обратившихся за лечением игроков. Однако это цифры основаны лишь на 30-ти участниках оставшихся в терапии из 80-ти, начинавших лечение на первых этапах.

Высказывается точка зрения, что психоаналитическая терапия пациентов игровой зависимостью должна быть направлена на выработку способности контролировать события будущего (Linder R.M., 1950; Rosenthal R., 1986).

Эффективна групповая психодинамическая психотерапия, направленная на работу с образами и эмоциями, а также с проблемами общения, поскольку аддикты обычно испытывают значительные затруднения в этих сферах. Психотерапевтическая работа – проработка отношения пациентов к деньгам как к символическому

эталону различных аспектов их самооценки (Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф., 2001, 2003; Зайцев В.В., 2003).

По мнению Л. Сонди (2005), в качестве главной неудачи амбулаторно проводимого психоанализа называется неспособность «патомана» переносить внутреннее напряжение, а также слишком большая интенсивность стремления к зависимости. Очевидно, что аналитическое лечение «патоманов» имеет шансы на успех только тогда, когда оно 1) проводится в лечебном учреждении под постоянным контролем врачей и 2) когда лечение поддерживается медикаментами.

В лечении зависимости от игры в США наиболее популярным является участие в группах взаимопомощи Анонимных Игроков (Gamblers Anonymous- GA) (Petry, N. M., Armentano C., 1999). По данным представителей этого общества, ремиссии достигаются в 70,0-80,0% случаев (Sharing recovery through Gamblers Anonymous, 1984). Однако эффективность их невысока. Примерно 70,0-90,0% посетителей групп GA выбывают на первых этапах участия в терапии и лишь 10,0% становятся активными членами, из них только у 10,0% наблюдается ремиссии в течение года и более (Brown R.I.F., 1985; Lester D., 1980). Более высокие результаты (до 55,0%) достигаются при применении комбинированной терапии, включающей индивидуальную психотерапию, групповую терапию и участие в GA (Russo A.M., Taber J.I., McCormick R.A., et al., 1984).

Ряд авторов (Boyd W., Bolen D.W., 1970; Johnson E.E., Nora R.M., 1992) отмечают, что игроки, супруги которых участвовали в работе групп «Анонимные игроки», более часто отказывались от игры. По другим данным (Terperman J.H., 1985) участие семейной пары в терапии снижает уровень семейных разногласий и депрессивных расстройств, однако не оказывает достоверного влияния на зависимость от игры.

Вместе с тем, практически нет данных исследований, подтверждающих эффективность программы Анонимных азартных игроков. Проводя исследование лиц, посещающих группы АИ, R.M. Stewart и R.I.F. Brown (1988) установили, что показатель воздержания от азартных игр через год составлял 7,5%. По их точке зрения более практично сочетать его с другими методами лечения.

Т.В. Агибалова (2007) в диссертационном исследовании приводит результаты психотерапевтического лечения больных с игровой зависимостью в соответствии с четырьмя этапами психотерапевтической программы: первый этап – создания психотерапевтического альянса, второй этап – переструктурирования (редукции аффективной симптоматики и «установление контроля» над симптомами), третий этап – работа с прошлым травматическим опытом пациента, четвертый этап – достижение автономности (психотерапия «нового решения»).

Автор показывает, что у 60,0% больных игровой зависимостью, прошедших курс психотерапии (минимум 1-й и 2-й этапы) в комплексе с медикаментозным лечением, имели место устойчивые ремиссии в течение 12 месяцев. Положительные эффекты терапии проявлялись: повышением стрессоустойчивости, улучшением семейных отношений и социального функционирования, причем большинство связывали этот эффект с прохождением курса психотерапии. Кроме того, психотерапия способствовала повышению комплаенса в медикаментозном лечении. Те пациенты, которые прошли даже первые два этапа психотерапевтической программы, принимали поддерживающую медикаментозную терапию в течение 12 месяцев после выписки из стационара, в случае назначения ее врачом.

О.Ж. Бузик (2006) в своей работе с пациентами, страдающими игровой зависимостью, сочетающейся с различными формами химической зависимости (алкоголь, наркотики и другие психоактивные вещества), применяет разработанный им метод «психотерапевтического шунтирования». Метод предполагает воздействие через сохраненные функции психического аппарата пациента (либо мышление, либо чувства, либо поведение) на сниженные (деформированные, измененные). Другими словами, речь идет о наложении «психотерапевтических шунтов» (анастомозов) в тех случаях, когда не представляется возможным действовать, непосредственно обращаясь к чувствам или когнитивной сфере пациента. В работе метода применяются следующие основные психотерапевтические технические приемы: оптимизация, поддержка, информирование, обучение, стимуляция, конфронтация, обесценивание, ятрогенизация, индоктринирование и др.

Е.В. Сизоненко с соавторами (2006) в рамках комплексной терапии больных игровой зависимостью использовали Трансакционный анализ (как индивидуально, так и в группе). Основными целями психотерапии являлись: повышение мотивации к отказу от азартных игр, выработка позитивных жизненных стратегий трезвого поведения, мотивация на поддерживающую психотерапию и психофармакотерапию. Из техник ТА использовались: заключение контрактов, «метод трех стульев», профиль поглаживаний, структурный анализ эго-состояний, анализ жизненного сценария. В конце стационарного курса терапии проводилась процедура «управляемого мотивационного терапевтического транс» (внушение на отказ от игры с поддержкой позитивной жизненной стратегии). Указанный подход позволил получить ремиссии в течение шести месяцев у 71,0% пациентов.

На базе Московского научно-практического центра наркологии разработана реабилитационная программа для лиц, страдающих зависимостью от азартных игр (Бузик О.Ж., 2006, 2007, 2008). Программа включает три составляющих: медикаментозную, психотерапевтическую, социальную. Медикаментозная составляющая присутствует на всех этапах процесса, но её удельный вес варьирует в зависимости от психического состояния пациента, уровня и интенсивности проявлений патологического влечения (Бузик О.Ж., Агибалова Т.В., 2007). Главная цель психотерапевтической и социальной составляющей – восстановление психического, физического, психологического, семейного и социального статуса пациента, позволяющего реинтегрироваться в общество в условии отказа от азартных игр (Buzik O.J., Shustov D.I., Agibalova T.V., 2007).

Лечебно-реабилитационный процесс состоит из двух этапов. Первый этап – стационарный (30 дней), после чего больные переводятся на второй этап – амбулаторный. Организационно психотерапевтическая и социальная составляющие стационарного этапа строятся из тематических лекций, самостоятельной работы (заполнение тестов, выполнение психологических заданий), работы в малых группах и индивидуальных занятий. После стационарного лечения больные переводятся на амбулаторное лечение для постепенного вхождения в привычные средовые условия, отход от образа жизни, связанного с длительным пребыванием в реабилитационном центре, приобретение навыков самостоятельного и ответственного поведения.

На амбулаторном этапе пациенты два раза в неделю посещают групповые психотерапевтические занятия, с ними проводится социально-психологический тренинг. Продолжительность амбулаторного этапа не менее шести месяцев. Парал-

тельно проводится психотерапевтическая работа с родственниками, направленная на преодоление созависимости.

Анализ годовых ремиссий показал важную роль лечебно-реабилитационной программы. У тех пациентов, которые прошли все реабилитационные этапы (стационарный и амбулаторный), отмечаются более продолжительные ремиссии (до 40,0%).

Таким образом, проведенный анализ литературы показывает разнонаправленность психотерапевтических методов, применяемых в лечении больных игровой зависимостью, что свидетельствует о разноречивости взглядов на природу этой патологии. Все сказанное подчеркивает актуальность дальнейшего изучения игровой зависимости и поисков подходов к ее лечению.

ЛИТЕРАТУРА

Список литературы по адресу: buzic58@bk.ru

PSYCHOTHERAPY OF GAMBLING

O.G. Buzik, T.B. Agibalova, E.A. Breyun, E.V. Sizonenko, E. N. Dinov, A.N. Kolesnikov

The article provides a review on use of different methods of psychotherapy in treatment of gambling both in our country and abroad. Strategic approaches determining the major direction of psychotherapeutic intervention as well as specific methods used in terms of different directions are identified in the review. The shown eclecticism and wide range of approaches to the treatment of gambling patients are explained by existence of miscellaneous views both on the nature of gambling addiction and qualification of its psychopathological phenomena.

Key words: dependence, gaming, psychotherapy

Бузик Олег Жанович, доктор медицинских наук.

Заместитель директора Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы; buzic58@bk.ru

Брюн Евгений Алексеевич, доктор медицинских наук.

Директор Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения города Москвы; bryun@rambler.ru

Агибалова Татьяна Васильевна, доктор медицинских наук.

Ведущий научный сотрудник отделения психофармакологии Национального научного центра наркологии Росздрава; agibalovatv@mail.ru

Динов Евгений Николаевич и.о. заведующего кафедрой прикладной психологии и психотерапии Института дополнительного профессионального образования РУДН, г. Москва.

posantr@yandex.ru