
***Обзор современных научных
публикаций на тему:
Патологического влечения
к азартным играм.***

Аддиктивное поведение

Одна из форм девиантного поведения (отклоняющегося) с формированием стремления к уходу из реальности путём искусственного изменения своего психического состояния посредством приёма некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определённых видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных

По мнению многих современных
исследователей, существует высокая
вероятность существования единого и
универсального механизма
патологического зависимого поведения,
а следовательно расстройства зависимого
поведения могут быть признаны особой
группой поведенческих расстройств.

Менделевич В.Д. От наркологии к аддиктологии. Материалы 14 съезда психиатров России. 2005
Бухановский А.О. Солдаткин В.А. Российский психиатрический журнал, №5, 2007

Типы нехимических (поведенческих) аддикций.

- гемблинг – зависимость от азартных игр
- сексуальная, любовная аддикция и аддикция избегания
- аддикция к трате денег (совершению покупок)
- ургентная аддикция – зависимость от постоянной нехватки времени
- трудоголизм, работоголизм
- зависимость от еды (переедание и голодание)
- зависимость от компьютерной деятельности и Интернета
- спортивная аддикция, зависимость от упражнений
- духовный поиск, религиозная зависимость, фанатизм
- состояние «перманентной войны» - патология у ветеранов боевых действий
- «весёлое автовождение», синдром Тоада (экстремальное поведение за рулём)

Патологическая склонность к азартным играм.

- **Гемблинг** - от английского **gamble**
рискованное, азартное предприятие.

- **Лудомания** – от латинского **ludus** - игра.

Азартная игра – это игра на деньги или ставка денег (ценностей) на событие, зависящее от случая. Для формирования зависимости важно, чтобы процесс ожидания выигрыша был кратковременным.

В МКБ-10 диагноз F63.0

«Патологическая склонность к азартным играм» из раздела «Расстройства зрелой личности».

По МКБ-10 это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта, сопровождается большими долгами, нарушением закона, сильным влечением играть в азартные игры, которое с трудом поддаётся контролю, а также овладевающими мыслями и представлениями акта игры, руинированием семейной и профессиональной сфер.

Распространённость.

Частота встречаемости этой патологии составляет 2-3% населения в развитых странах (по МКБ-10).

Распространённость игровой зависимости в разных странах колеблется (по данным разных авторов) от 0,5% (Bluck) до 5% (Volberg).

Психические расстройства, коморбидные гемблингу.

Алкоголизм – в 52% случаях гемблинга.

Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга – в 64% случаев гемблинга.

Синдром гиперактивности и дефицита внимания в анамнезе – у 83,3% игроков.

Расстройства личности и поведения (особенно часто диссоциальное расстройство личности) – в 22%.

Шизофрения – в 4%.

Механизмы развития

зависимости от

азартных игр

Психоаналитические теории.

Нарциссизм и фантазии о могуществе и власти. Ожидание неограниченного удовлетворения своих желаний. Низкая сила эго в сочетании с нарциссизмом способствует снятию ответственности и возложению на других, на фортуна. Бессознательное агрессивное отношение к реальной действительности, не желающей возвращения в мир инфантильных фантазий.

Психодинамически ориентированные теории.

Объясняют компульсивное поведение игрока доминирующими психологическими защитами, присущими обсессивно-компульсивной личности.

Поведенческая модель.

Объясняет феномен патологической склонности к азартным играм развитием аддиктивных паттернов поведения, появляющимися в процессе взаимодействия индивидуума со средой. Игра носит характер повторяющихся поведенческих актов, имеющих обуславливающие стимулы и подкрепляющие свойства и завершающихся получением подкрепления (выигрыша).

Когнитивная теория.

Связывает патологическую игру с когнитивными ошибками, иррациональными убеждениями и так называемой «иллюзией контроля».

Социальная модель.

Игровое поведение связано с нарушением в семейных и сексуальных отношениях.

Суггестивное влияние.

Теория воздействия на психику игрока звуковых и визуальных сигналов, издаваемых игровыми автоматами.

Многофакторная модель риска формирования патологического влечения к азартным играм.

***Наследственность + *Пре-,пери и постнатальные вредности**

Обуславливают возникновение следующих факторов:

***Органическая неполноценность структур головного мозга.**

***Характерологические свойства личности.**

Сочетание с социальными факторами и нарушениями воспитания приводят к формированию патологического гемблинга.

Наследственно-биологическая модель.
Развитие патологического влечения к
азартным играм обосновано
генетическими факторами.

Существует единый континуум генетических дефектов, который лежит в основе разных вариантов гемблинга. Наибольшие изменения обнаружены при генотипировании в генах DRD2, DRD4, TPH, ADRA2C, NMDA1, PS1. Существует связь между гемблингом и полиморфизмом генов дофаминовых рецепторов, геном переносчика серотонина, и геном моноаминоксидазы-А.

Изменения в генах, кодирующих катехоламиновые системы, являются факторами риска для возникновения ПГ.

Нейрохимическая модель.

Обнаружена связь изменений в регуляции катехоламиновых нейромедиаторов – норадреналина, серотонина, дофамина - с мотивированным на игру поведением. По данным Холландер – значение разных нейромедиаторных систем в формировании патологического гемблинга проявляется по-разному.

Серотонин связан с поведенческой инициацией и растормаживанием перед началом гемблингового запоя.

Норадреналин связан с возбуждением и чувством риска.

Дофамин связан с положительным и

Роль эндорфинового подкрепления в патогенезе гемблинга.

Эндогенная опиатная система рассматривается в качестве основного звена механизма подкрепления успешности поведения, психологическим эквивалентом которого является чувство удовлетворения. Снижение удовлетворения со временем понижает уровень мотивации к соответствующему поведению. Таким образом, приём блокада опиатных рецепторов нейтрализует нейрхимическую составляющую игровой зависимости и угашает сложный поведенческий стереотип.

Церебральные заболевания, мозговые травмы

способствуют ослаблению тормозных процессов с развитием гипервозбудимости и ригидности психических процессов и играют заметную роль в формировании разных видов зависимостей. У патологических игроков часто выявляются в анамнезе: ЧМТ, леворукость, амбидекстрия, недоминантность левого полушария по речи, дисфункциональная активность на ЭЭГ, в детстве высокая частота синдрома дефицита внимания.

Личностные особенности, предрасполагающие к развитию гемблинга:

Высокая "социальную смелость" - склонность к риску, расторможенность, аномальный стиль поведения.

"Подверженность чувствам" - склонность к непостоянству, подверженность влиянию случая и обстоятельств.

Снижение соблюдения общепринятых норм и запретов в поведении и межличностных контактах.

Зайцев В. В., Шайдулина А.Ф.

Неадекватность самооценки (независимо от возрастной группы).

Высокий уровень нейротизма и импульсивности.

Низкая способность прогнозировать жизненные события.

Сниженная волевая деятельность и способность преодолевать препятствия.

Смещение профиля личности в сторону экстернальности.

R.L. Custer

Особенности личности в донозологическом периоде:

-Самоутверждение за счёт победы над соперником, демонстрация своей силы, интеллекта, компетентности, находчивости, стремления быть первым, успешным, нравиться людям.

-Стремление к осознанной трате «лишнего» времени, к развлечениям, приносящим успокоение и удовольствие, т.е. бесполезная форма активности, направленная на получение удовольствия или снятие напряжения.

-Поиск решения возникших проблем через стремление стать игроком-профессионалом, обычно в случаях, когда ранее обнаруживались способности к успешной деятельности в каком-либо виде настольных азартных игр.

-Достижение цели и решение всех проблем путём выигрыша без систематических усилий, трудолюбия, настойчивости. Мотив «детской сказки», актуальной даже в зрелом возрасте.

**Ни одно из описанных
характерологических свойств
не является постоянным,
обязательным для
формирования аддикции.**

**Личные черты, относимые к
факторам риска, не являются
фатальными!!!**

**Социальные факторы,
предрасполагающие к развитию
зависимости от азартных игр.**

Утрата родителей в возрасте до 15 лет в результате смерти или развода.

Неадекватный родительский стиль воспитания (гиперопека, гипоопека, безразличие, непоследовательность, чрезмерная строгость).

Неадекватное отношение к деньгам в семье (фетишизация денег или отсутствие планирования бюджета), ситуативная доступность азартных игр для подростка.

В.Д. Вид и Ю.Д. Попов.

Некоторые психологи относят сюда компенсацию отсутствия внимания к ребёнку подарками.

Низкий уровень жизни, подталкивающий население к риску, связанному с надеждой на быстрое решение своих финансовых трудностей. (по В.В. Зайцеву).

Правовой нигилизм, неопределённость и неуверенность в завтрашнем дне, неверие в то, что на жизнь можно заработать честным трудом, отсутствие единой идеологии в обществе. (по С.Яковенко)

Признаки зависимости от азартных игр:

1. **Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.**
2. **Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.**
3. **"Потеря контроля", выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.**
4. **Появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (так называемой "сухой абстиненции") через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с трудно преодолимым желанием приступить к игре, головная боль, бессонница, беспокойство, сниженное настроение, нарушение концентрации внимания.**
5. **Увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому результату.**
6. **Периодически возникает состояние напряжения, сопровождающееся игровым «драйвом», т.е. порывом, все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.**
7. **Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну ("снижение игровой толерантности"), что выражается в том, что лица, решившие раз и навсегда покончить с играми, при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми по игре, разговор на эту тему, участие в обычной, не в азартной, игре и др.), как правило, возобновляют участие в азартных играх.**

Короленко Ц. П., Донских Т.А.

Зависимость от азартных игр имеет все основные клинические признаки, характерные для зависимости от психоактивных веществ:

**игровое опьянение,
синдром патологического влечения к игре,
игровой абстинентный синдром,
нарастание толерантности,
снижение контроля,
варианты течения,
динамику ремиссий.**

Синдром изменённой реактивности.

Симптом исчезновения количественного контроля – возрастание денежных трат в игре, увеличение ставок.

Симптом исчезновения «защитных знаков» - отсутствие усталости даже после длительного периода игры, возможности «наиграться».

Симптом «изменение форм опьянения» по аналогии с описанным И.Н. Пятницкой симптомом «изменения формы потребления ПАВ» - изменения частоты и мотивации игры, переход к одиночному исполнению.

Симптом, напоминающий абстиненцию - ощущения комфорта в игре и дискомфорта вне её. Соматическое неблагополучие вне игры, протекающее с явлениями вегетативной дисфункцией, дисфорией, психическим дискомфортом.

Симптом патологического влечения к азартным играм.

Изменённое состояние сознания во время игры: «отрешённое», аффективно суженное, напоминающее начальные этапы трансового состояния.

Личностные изменения: заострение личностных черт – деформация личности – оскудение личности с нарастанием психосоциальной дезадаптации.

Бухановский А.О. Солдаткин В.А. Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс»,

Ростов-на Дону. Российский психиатрический журнал, №5, 2007

Особенности психических нарушений у лиц с зависимостью от азартных игр.

На этапе прерывания игрового цикла большинство больных находится в состоянии глубокого дистресса с преобладанием следующих психопатологических нарушений: депрессия, тревожность, обсессивно-компульсивные нарушения, враждебность, паранойяльность, фобии.

Симптомы посттравматического стрессового расстройства яркие воспоминания об участии в игре, тревога, избегание напоминающих мест, раздражительность, нарушения засыпания.

Деперсонализация – ощущение изменённости и отчуждённости своего «Я».

Состояние измененного суженного сознания концентрация внимания на избранном объекте с отстранённостью от окружающей действительности.

Гипнагогические галлюцинации.

Фазы игрового цикла:

Фаза воздержания.

Фаза автоматических фантазий.

Фаза нарастания эмоционального напряжения.

Фаза принятия решения играть.

Фаза вытеснения принятого решения.

Фаза реализации принятого решения – игра.

Развитие болезни имеет 3 варианта течения.

Перманентный тип – постепенное развитие с неуклонным прогрессированием.

Рецидивизирующий тип – периоды интенсивной игры перемежаются с периодами полного воздержания от неё с отсутствием желания играть.

Перемежающийся тип – признаки прогрессирования в ремиссии и рецидивизирующего в периоды обострений.

Стадии формирования патологического влечения к азартным играм.

1. Доклиническая – нет психопатологических симптомов, эпизодическое посещение игровых заведений.
 2. Первая стадия клинической зависимости – психическая зависимость от игры, кратковременный психический дискомфорт при невозможности играть, навязчивые мысли, поисковое поведение.
 3. Вторая стадия клинической зависимости выраженная психопатологическая симптоматика, повышение толерантности, потеря контроля, на высоте влечения аффективно-суженное сознание.
 4. Стадия структурных изменений личности – заострения личностных черт, вплоть до деформации с социальной дезадаптацией.
- Полное развитие всех стадий возможно за срок от 1 года до 10 лет, в зависимости от возраста начала игры, коморбидности заболевания, нарушений межличностных отношений, психогенных факторов.

Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского», Москва 2007.

Три стадии развития гемблинга по R.L.Custer

1 Стадия выигрышей: случайная игра, частые выигрыши, увеличение размера ставок, фантазии об игре, беспричинный оптимизм.

2 Стадия проигрышей: игра в одиночестве, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность остановить игру, одалживание денег на игру, ложь и сокрытие от других своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменения личности – раздражительность, утомляемость, необщительность, большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, отчаянные попытки прекратить играть.

3 Стадия разочарования: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставок, угрызение совести, раскаяние, ненависть к другим, паника,

Стадии реконвалесценции пациентов с игровой зависимостью по R.L. Custer.

Критическая стадия: искреннее желание найти помощь, надежда, реалистическое восприятие жизни, прекращение игры, ответственное мышление, опора на себя, проверка своих душевных потребностей, прояснение мышления, способность принимать решения, попытки разрешения проблем, возвращение на работу.

Стадия восстановления: оплата долгов, формирование бюджета, планы восстановления своей репутации и экономического статуса, улучшение супружеских и семейных отношений, принятие своих слабых и сильных сторон, появление новых интересов, восстановление самоуважения, развитие конструктивных целей, семья и друзья начинают доверять пациенту, разрешение проблем с законом, увеличение времени, проводимого с семьёй, уменьшение нетерпимости по отношению к окружающим, уменьшение раздражительного поведения, учащение эпизодов эмоциональной релаксации.

Стадия роста: большую часть времени отсутствует стремление к игре, инсайт относительно особенностей своей личности, развитие навыков проблемно-решающего поведения, выражение искренней привязанности и любви к родственникам и знакомым, понимание себя и других, частое жертвование своими интересами ради других.

**Основные направления
терапии патологической
склонности
к азартным играм.**

**Современные подходы
к созданию
лечебно-реабилитационных
программ.**

Психоаналитическое направление в лечении игровой зависимости.

Первые публикации, посвящённые теоретическому аспекту аддиктивных расстройств, появились в начале 20 века. Осмысление этих состояний происходило в рамках получавших в то время всё большее развитие психоаналитических представлений.

Статистические сведения о результативности психоаналитических направлений в лечении зависимости от азартных игр имеются только у E. Bergler. Согласно этим данным, успех психоаналитически ориентированной терапии составляет 75%, но из 80 обследованных участников 50 прервали лечение на первых этапах.

По данным N.M.Petry, C.Armentano наиболее популярным в США традиционно является участие в группах взаимопомощи Анонимных Игроков (Gambler Anonimus).

Анонимные игроки были созданы в январе 1957 года в Лос-Анжелесе (США) двумя отчаявшимися вылечиться игроками по принципу системы «12 шагов».

По данным представителей этого общества, ремиссии достигаются в 70-80% случаев. По другим источникам, успешность лечения в группах данного типа составляет не более 14-18%, если считать всех пациентов, которые обращаются за помощью в эти организации.

Имеются сведения, что около 70-90% посетителей групп выбывают на первых этапах. Из 10% активных членов групп только у 10% наблюдается ремиссия в течение года и более.

Основой работы общества "Анонимных игроков" является убеждение, что игровая зависимость - это болезнь и игрок не несет ответственности за возникновение заболевания, но он полностью отвечает за свои действия по отношению к этой болезни.

Данная система помогает признаться в собственной слабости и принять мысль о смирении и альтруизме. Множество поддерживающих, активизирующих и управляющих элементов, обеспечивают структуру и поддержку, компенсируя слабость зависимых по саморегуляции.

Пошаговый метод, рекомендации и прямые указания выстраивают последовательную линию развития. Помимо этих практических элементов используются молитвы и обращение к духовности.

Комбинированная терапия

включает индивидуальную, групповую и участие в группах Анонимных Игроков.

Следующий этап развития терапии зависимости от азартных игр связан с выводом американских психиатров о том, что наиболее высокие результаты в лечении достигаются при использовании

комбинированной терапии

– около 55% ремиссии.

С развитием когнитивно-поведенческого направления в психотерапии появилась

поведенческие методы лечения

патологической игры, и методы воздействия на **КОГНИТИВНЫЕ** ошибки, и иррациональные убеждения.

Среди поведенческих методов психотерапии преимущественно используются:

- терапия отвращения (аверсивная),
- имажинальная десенсибилизация,
- реструктурирование опыта решения проблем,
- тренинг социальных навыков,
- научение навыкам предотвращения срыва.

M.D. Griffiths описывает типичные когнитивные ошибки игроков:

- Персонафикация игрового автомата.
 - Неспособность к длительным усилиям.
 - Низкая фрустрационная толерантность.
 - Преувеличение.
 - Искажение самооценки.
- «Иллюзия контроля» - можно контролировать случайные события посредством способов ритуального поведения.
- «Идеологические ошибки» - установки пациента относительно контроля над своим поведением и азартных игр в целом.
- «Уловки мышления» - псевдорациональное самооправдание пациента, приступающего к игре.

Бруклинская программа доктора Kramer

Одна из наиболее старых в США.

В амбулаторных условиях к терапии привлекаются игроки и члены их семей.

Осуществляется донесение до сознания игроков негативных последствий, к которым обязательно приведёт азартная игра.

Значительное место занимает профессиональная реабилитация игроков и поддержка членов семьи, которые помогают решать им социально-бытовые, личные и финансовые проблемы, возникшие в результате пристрастия к азартным играм.

Программа по R.L. Custer (1984)

При участии вначале осуществляется интенсивный курс поддерживающей терапии для преодоления стадии отчаяния. Через 2-3 недели с пациентом заключается «терапевтический контракт», на основании которого они обязуются отказаться от азартных игр и предпринять все усилия для предупреждения рецидива. К этому привлекаются члены их семей. Большое значение имеет терапия в группе. Поддерживающая терапия и социальная реабилитация в дальнейшем осуществляется в обществе «Анонимных Игроков».

Стойкое улучшение отмечается у 50%.

Метод Taber J. (1984)

имеет целью воздержание от игры и изменение характерного образа жизни.

Предусматривает добровольную одномесячную госпитализацию в специализированный стационар. Строгая дисциплина, распорядок дня, психокоррекционные образовательные занятия по обучению саморегуляции. В дальнейшем посещение «анонимных игроков».

Отказ от игры в течении года отмечается у 54%, а у 16% были лишь короткие игровые эпизоды.

К 1993 г. в США насчитывалось всего около 100 программ для лечения гемблинга. Это очень небольшое количество по сравнению с тысячами программ, созданными для лечения алкоголизма.

В России первые научные

публикации по проблеме игровой

зависимости принадлежат

сотрудникам СПбНИПНИ

им. В.М. Бехтерева

Зайцеву В.В. и Шайдулиной А.Ф.

*Метод духовно-ориентированной
психотерапии
в форме целебного зарока*

Разработан в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) г. Санкт-Петербург к 2003г. Эффективность данного метода, по данным Григорьева Г.И., составила ремиссию в течение года у 43%.

Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции

Разработан для лечения игровой зависимости Акоповым А.Ю. в соавторстве с Несмеяновым А.А. в 2004г (зарегистрирован патентом на изобретение в России № 2277899).

Данный метод осуществляется в тренинговом моделировании игровых ситуаций и формирования реальных мотивов, установок, ценностей и целей здорового образа жизни.

Игрок и терапевтом проигрываются основные модельные ситуации. Азартная игра заменяется иными видами деятельности при которых получение удовольствия доставляется другими факторами.

Осуществляется подавление очагов игрового возбуждения путём их затормаживания рефлексорным воздействием на биологически активные точки ушной раковины. Интракраниальную транслокацию очагов возбуждения осуществляют лазерным и электроимпульсным облучением.

Замена азартной игры на спортивный игровой процесс с использованием мяча «питербаскет».

*Метод лечения
патологического гемблинга,
зарегистрированный патентом 2244570.*

Авторы - Крыласов А.А. Соляников В.В.

Лечение осуществляют путём демонстрации пациенту видеоизображения в состав которого включён 25 кадр со словесной информацией и зрительными образами, содержащими запрет на азартные игры. К сожалению не известны научные материалы по применению этого метода на практике и его результативность.

Современные тенденции в научных исследованиях

говорят о том, что наилучшие результаты можно получить только при **комплексном лечении** игровой зависимости, включающем воздействие на биологическую, психологическую и социальную сферы, семейную и индивидуальную психотерапию, психосоциальную реабилитацию, проводимую совместно врачами психиатром-наркологом и психотерапевтом, психологом и специалистом по психосоциальной реабилитации.

«Исходя из биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья, лечебные мероприятия осуществляются на биологическом, личностном и социальном уровнях. Мишенями лечения становятся патологическое влечение к азартным играм и соматоневрологические нарушения, которые могут наблюдаться у пациентов в результате хронического стресса»

В.И. Евдокимов и В.В. Зайцев «Научно-методические аспекты формирования и терапии патологической зависимости от азартных игр»

Интегративная психотерапия

в комплексном лечении
больных, страдающих
патологической страстью к
азартным играм по
Бухановскому А.О.,
Мадорскому В.В.,
Солдаткину В.А..

Медикаментозная терапия.

СИОЗС, атипичные нейролептики, антиконвульсанты,
метаболическая терапия.

Психотерапия.

Стратегическая семейная терапия по Джею Хейли.
Прямое директивное предписание в случае повторения
игры, например терапия тяжёлым испытанием,
парадоксальным заданием.

Проработка подсознательных комплексов (базовое
недоверие к миру, неразвитая идентификация себя по
полу, алекситимия, отсутствие навыков
проблемно-решающего поведения).

Проработка целей жизни.

Разрыв связи «вижу» игровой автомат
– «чувствую» желание играть.

Проработка отношения к теме смерти – своей или близких.

Тренинг умений справляться самостоятельно с остро
возникшим желанием играть.

Личность психотерапевта

Имеет большое значение. Это должен быть успешный, уверенный в себе человек, своим видом демонстрирующий, что успеха в жизни легче добиться планомерным движением к цели, чем путём случайного выигрыша. Работающие с игроками должны быть директивны и манипулятивны, но при этом иметь гибкость, индивидуальный подход без холодности и отстранённости.

*«Интегративная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм». Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А.
«Наркология» №2 2008г.*

Реабилитационная программа Бузик О.Ж.

Имеет три составляющие – медикаментозную, психотерапевтическую и социальную.

Медикаментозная - направлена на купирование патологического влечения к игре и коррекцию сопутствующих психических расстройств.

Психотерапевтическая - направлена на коррекцию «экзистенциального дефекта».

Социальная - направлена на решение вопросов трудовой и профессиональной реабилитации. Составляется индивидуальный реабилитационный профиль для каждого пациента.

Этапы: стационарный и амбулаторный.

Реабилитационная программа Н.В. Шемчук, Г.Б.Агараладзе, И.У.Юсуповой

Используется воздействие на все уровни заболевания - биологический, клинический, социальный, так как биологические, психологические и социальные факторы имеют равную роль в формировании данного мультиказуального расстройства. В программе используется комплексное, комбинированное, дифференцированное воздействие. Информированное согласие на лечение, отказ от посещения игорных заведений, семейная психотерапия.

С 2005 по 2008 год в наркологическом кабинете Советского района

(структурное подразделение ГУЗ «Волгоградский областной клинический наркологический диспансер»)

осуществляется консультирование и формирование лечебно-реабилитационных программ для зависимых от азартных игр.

Укомплектованность штата РНК специалистами способствовала комплексному подходу к стратегии реабилитации. В реализации программ участвовали врач психиатр-нарколог, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе.

Основные принципы комплексной реабилитации пациентов, страдающих зависимостью от азартных игр.

Принцип системности подразумевает, что программа имеет чёткое теоретическое обоснование, содержащее представление о причинах и механизмах развития аддикции в целом.

Принцип комплексности. В течение реабилитации необходимо преобразование патологических процессов в физиологической, психической и социальной сферах жизнедеятельности индивида.

Принцип последовательности и непрерывности. Подчёркивает необходимость постоянной и непрерывной погружённости пациента в процесс реабилитации. Процесс разделяется на этапы, условно соответствующие физиологической, психологической и социальной сферам функционирования индивидуума.

Принцип интегративного подхода в использовании различных направлений психотерапии. Интегративный подход представляет собой синтез теории различных направлений и базирующееся на этом практическое применение различных техник в определённой стратегической направленности.

*Этапы комплексной реабилитации
пациентов, страдающих зависимостью от
азартных игр в наркологическом кабинете
Советского района.*

Разделение на 3 этапа условно соответствующие физиологической, психологической и социальной сферам функционирования индивидуума.

Каждый из этапов реабилитации имеет свои определённые цели, задачи, стратегии работы, тактики мотивации, используемые группы фармакологических препаратов, предпочтительные направления и техники психотерапии, противопоказания, варианты диагностики.

Первый этап – медицинский.

Длительность 6-10 недель. С пациентом работают врачи нарколог и психотерапевт, при периодическом участии медицинского психолога.

Задачи психотерапии первого этапа:

Разрыв эмоциональной связи пациента с объектом зависимости.

Снижения тревожности и напряжённости эмоционального фона.

Преодоление анозогнозии, осознание особенностей болезни и необходимости полного прекращения играть.

Выявление факторов, провоцирующих игру, и создание стратегий их исключения.

Создания терапевтической среды принятия и поддержки пациента.

Помощь в поиске путей выхода из кризисных ситуаций (план раздачи долгов, поиск легальных источников доходов, принятие ответственности пред законом и т.д.)

**Второй этап реабилитации –
психолого-психотерапевтический.**

Длительность от 4 до 8 месяцев.

Задачи второго этапа:

Создание стратегий контроля над влечением к игре, обучение произвольному выходу из трансовых состояний, запускаемых провоцирующими игроу факторами.

Обучение заботе о себе, отказу от самоповреждающего поведения.

Поиск способов преодоления хронической фрустрации, стрессоустойчивого поведения.

Выработка активной позиции по отношению к патологической увлечённости азартными играми.

Работа с ценностями и когнитивными установками, самооценкой пациента.

Укрепление ответственности, психологическое взросление, переориентирование психологических «выгод» зависимости на взаимодействие с реальностью, осознание выбранной стратегии избегания.

Определение потенциала личности, ресурсов, коппинг-механизмов.

Развитие чувственного восприятие мира, укрепление образа «Я», особенно его телесного компонента, работа с алекситимией.

Третий этап – социальный.

Длительность этапа в принципе неограниченна, рекомендуется не менее 8 недель.

Задачи третьего этапа:

Закрепление результатов, развития навыков контроля над своим поведением.

Восстановление процессов учёбы, работы, профессиональная ориентация или реализация и рост.

Работа над межличностными проблемами, социальной компетентностью, умением общаться с людьми, разрешать конфликты, заявлять о своих потребностях.

Поиск своей «ниши», группы взаимопомощи, клубов по интересам, восстановление социальных связей.

Спортивная ориентация пациента в зависимости от возраста и здоровья.

Преимущественно применяются на третьем этапе:

поведенческие тренинги - ассертивности (уверенного поведения), коммуникативные, социальной компетентности, сенситивности.

На данном этапе оправдано включение пациента в группы «анонимных игроков» или «общества рационального выздоровления».

Медикаментозная поддержка: общеукрепляющие средства, витамины группы В, ноотропы.

Наиболее актуальная проблема реабилитации

Крайне низкая мотивация
патологических игроков.

Очень низкий уровень критического
отношения к заболеванию.

Высокая степень анозогнозии,
несмотря на тяжёлые социальные
последствия их болезни.

У всех обследованных отмечалось
амбивалентное отношение к игре.

Общие черты всех зависимостей – мишени лечения и реабилитации.

1. Инфантилизм - несамостоятельность, трудности принятия решений, безответственность. Фантазии всемогущества, неуязвимости, очарования, безнаказанности).
2. Сниженная самооценка.
3. Социальная дезадаптация, трудности приспособления.
4. Особенности реагирования на фрустрацию. Плохая переносимость повседневных тягот, длительной фрустрации, при хорошей мобилизации в кризисных ситуациях.
5. Низкий самоконтроль.
6. Экстернальный локус контроля, неприятие ответственности.
7. Хронический дискомфорт, связанный с негативными эмоциями.
8. Алекситимия – трудности в проявлении эмпатии, выражении эмоций.
9. Искажённая система межличностных отношений, трудности глубокого контакта. Ощущение подавленности, тревоги, вины и стыда в близких отношениях.
10. Ригидность, застреваемость.
11. Самоповреждающее поведение, отказ от заботы о себе.

Опыт реабилитации в Советском РНК.

За период с 2005 по март 2009 года в наркологический кабинет Советского района обратилось 56 человек, имеющих социальные и финансовые проблемы в связи с увлечённостью различными играми. Из них по поводу патологического влечения к азартным играм (F 63.0 по МКБ-10) консультировались 48 человек.

В программе реабилитации разной продолжительности принимали участие 29 человек. Из них 17 находятся в ремиссии более полугода, из которых 10 около года. На базе кабинета с декабря 2008 года работает группа для зависимых от азартных игр, с января – для созависимых лиц. Группа работает по программе «Рационального выздоровления», имеющей принципиальное отличие от программы 12 шагов.

Современная ситуация, связанная с распространением патологической склонности к азартным играм, требует от наркологической службы адекватного ответа в виде предоставления пациентам квалифицированной комплексной помощи. Реализация известных законодательных мер по ограничению игорного бизнеса в 2008-2009 г.г., скорее всего, лишь несколько сократит количество обращающихся за помощью зависимых игроков. Возможно, наше общество ждёт рост зависимостей от азартных игр в виртуальном пространстве, в незаконно созданных игровых заведениях или иных формах нехимических зависимостей. В условиях районного наркологического кабинета представляется возможным проведение эффективной реабилитации пациентов, страдающих зависимостью от азартных игр, при соответствующей подготовке медицинских специалистов.

ГУЗ «ВОКНД»

наркологический кабинет Советского района

Г. Волгоград, ул.Алексеевская дом 2/1

Телефоны 47-00-13

47-0014

Шмелькова Елена Геннадьевна