

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
психиатр-нарколог Департамента
здравоохранения города Москвы
А.В. Масыкин

«07» 07 2024 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения города
Москвы № 11

«15» 11 2024 г.

**КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА
ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ
ВЛЕЧЕНИЕМ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Методические рекомендации № 43

Москва 2024

УДК 616.89, 616-08-039.57,
159.913, 159.964, 159.9.072
364.2, 364.6, 37.064
ББК 53.0
К 63

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

Составители: **Масякин А.В.** – д-р мед. наук, доцент, главный внештатный специалист психиатр-нарколог города Москвы, директор ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Сазонова А.С.** – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Бузик О.Ж.** – д-р мед. наук, главный научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Харитonenкова Е.Ю.** – канд. мед. наук, и.о. заместителя директора по научной работе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», заместитель главного врача по судебно-психиатрической экспертизе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Балдина Э.П.** – заведующий центром профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей (филиалом) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Деменко Е.Г.** – заведующий центром профилактики зависимого поведения (филиалом) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Демидович К.В.** – заведующий диспансерным отделением центра профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей (филиала) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Кутанина О.М.** – врач психотерапевт центра профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей (филиала) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», **Михалевич Н.И.** – специалист по социальной работе центра профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей (филиала) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

Рецензенты: **Агибалова Т.В.** – д.м.н., главный научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»;

Берёзкин А.С. – д.м.н., первый заместитель директора ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы».

Комплексная программа лечения и медицинской реабилитации лиц с патологическим влечением к азартным играм в амбулаторных условиях. Методические рекомендации / составители: Масякин А.В., Сазонова А.С., Бузик О.Ж., Харитonenкова Е.Ю., Балдина Э.П., Деменко Е.Г., Демидович К.В., Кутанина О.М., Михалевич Н.И. // М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2024. - 58 с.

Методические рекомендации подготовлены с целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с патологическим влечением к азартным играм, а также совершенствования профессиональных компетенций специалистов здравоохранения по вопросам, касающимся методов диагностики, лечения и реабилитации лиц с патологическим влечением к азартным играм. Методические рекомендации подготовлены в рамках НИР «Персонализированный подход к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации пациентов с болезнями зависимости с целью совершенствования наркологической помощи».

Предназначение: методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, организаторов здравоохранения, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, и других специалистов, работающих в медицинских организациях.

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

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2024

© ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2024

© Коллектив авторов, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений терминов.....	5
Нормативно-правовые документы	6
Введение.....	8
Характеристика программы.....	9
1.1. Целевая аудитория.....	9
1.2. Цели и задачи	9
1.3. Принципы	10
1.4. Ожидаемые результаты.....	10
Структура программы	10
Диагностика	11
1.5. Клинико-психопатологическое исследование	11
1.6. Психологическая диагностика	13
1.7. Диагностика сопутствующей соматической патологии	14
Лечение	14
1.8. Психофармакотерапия	14
1.9. Психотерапия и психокоррекция	16
1.10. Другие лечебные мероприятия	24
Социально-правовое сопровождение	26
Заключение	28
Библиографический список.....	29
Приложения	32

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ ТЕРМИНОВ

ФЗ РФ - Федеральный закон Российской Федерации

УК - уголовный кодекс

МКБ-10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

ЭПИ - экспериментально-психологическое исследование

ТЭС - транскраниальная электростимуляция

ПВ - патологическое влечение

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ПВАИ - патологическое влечение к азартным играм

АС - абстинентный синдром при патологическом влечении к азартным играм

ПАВ - психоактивные вещества

АИ - сообщество «Анонимные игроки»

СТГ - соматотропный гормон

АКТГ - адренокортикотропный гормон

ТА - трансактный анализ

КПТ - когнитивно-поведенческая терапия

МИ - мотивационное интервью

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К правовым механизмам регулирования игорного бизнеса относятся налогообложение, создание специальных игорных зон, законодательный запрет продажи определенных игр детям и подросткам, проведение экспертизы игр и их влияния на развитие ребенка.

Нормативная база, касающаяся оказания медицинской помощи лицам с патологическим влечением к азартным играм, в настоящее время отсутствует. Лица с патологическим влечением к азартным играм попадают в правовое поле следующих законодательных актов:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 27 июня 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
3. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
4. Приказ МЗ РФ № 438 «О психотерапевтической помощи» от 16 сентября 2003 г.;
5. Приказ МЗ и СР РФ № 266 «Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике» от 13 апреля 2007 г.;
6. Федеральный закон № 244 «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» от 29 декабря 2006 г.;
7. Федеральный закон Российской Федерации № 436 от 29 декабря 2010 г. «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»;
8. Уголовный кодекс Российской Федерации (ст. 171.2, 146, 210).

В 2011 г. Уголовный кодекс (УК) РФ дополнен ст. 171.2, в соответствии с которой преступлением считается организация или проведение азартных игр с применением игрового оборудования за пределами игорной зоны либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети Интернет, сопряженные с извлечением дохода в крупном размере. Одним из распространенных преступлений в этой сфере являются действия, связанные с нарушением прав авторов-разработчиков компьютерных программ (ст. 146 УК). Поскольку создание игорного бизнеса зачастую включает спланированную деятельность с распределением функций между участниками, то другим видом преступлений является организация преступного сообщества или участие в нем (ст. 210 УК).

Федеральный закон Российской Федерации № 436 от 29 декабря 2010 г. «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» [21] ограничивает деятельность людей по продаже и распространению компьютерных игр, которые непосредственно влияют на психическое здоровье ребенка. Несмотря на безусловную важность и актуальность, принятый закон подвергается критике. По мнению экспертов, в документе присутствуют спорные моменты, включая большое количество запретительных мер, сопровождаемых отсутствием механизмов создания позитивной информационной среды. Сложностью воплощения закона является техническая сторона, в частности, необходимость оснащения мест доступа детей в Интернет контентными фильтрами.

Существенные концептуальные изменения закона произошли в 2019 г., в соответствии с которыми закон утрачивает свою изначальную информирующую функцию и приобретает ограничительную и запретительную. В апреле 2020 г. в Федеральный закон № 124 от 24 июля 1998 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» внесены подготовленные Минздравом РФ поправки, устанавливающие возможность проведения экспертизы детских игр, а также оценки их возможного риска для психики. Благодаря этим изменениям, должны быть уничтожены игры, которые влияют на психику детей и развивают зависимость. Однако могут быть разработаны игры, развивающие логику, математические способности и быстроту мышления.

Несмотря на имеющиеся юридические запреты, игровой бизнес продолжает свою работу, маскируясь под интернет-кафе, лотерейные и ночные клубы. В ответ на строгие законодательные меры появляются подпольные игорные заведения и другие завуалированные формы проведения азартных игр, поэтому для эффективного решения проблемы игровой зависимости необходимо дальнейшее совершенствование и развитие нормативно-правового регулирования в этой сфере.

ВВЕДЕНИЕ

В условиях развития компьютерных технологий и появления сети Интернет проблема игровой зависимости становится все более глобальной. В настоящее время открывается множество компьютерных клубов, кафе, торговых центров, в которых есть игровые приставки, специальные игровые автоматы.

Игорная индустрия получила развитие во многих странах мира. Мировая статистика азартных игр показывает, что около 26 % населения играют в азартные игры. Около 1,6 миллиарда человек во всем мире играют в азартные игры и 4,2 миллиарда играют, по крайней мере, один раз в году, чему способствует агрессивная реклама в средствах массовой информации [11].

Внутренней психологической сущностью азартной игры является постепенно нарастающее психическое напряжение и следующая за ним разрядка. Для большинства людей участие в тех или иных видах азартных игр не имеет вредных последствий. Однако у определенной категории лиц степень вовлеченности в игру неумолимо прогрессирует и постепенно разрушает социально приемлемое функционирование, формируется патологическое влечение.

Патологическое влечение к азартным играм – сложное, хронически протекающее психическое расстройство, характеризующееся повторяющимися эпизодами влечения к азартным играм. Главным признаком патологического влечения к азартным играм признают хроническую прогрессирующую неспособность сопротивляться импульсу игры, поведению игрока, что ставит под угрозу, нарушает и разрушает личное, семейное и профессиональное положение.

Патологическому влечению к азартным играм могут быть подвержены люди любого возраста, но особенно актуальна данная проблема среди подростков и молодежи. Патологическая вовлеченность в игровой процесс не только лишает значительного количества времени и финансов, но и замедляет духовное развитие личности, вызывает различные психические отклонения. Серьезные последствия игровой аддикции требуют создания и развития как социально-психологических, так и юридических механизмов ее профилактики.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

Лечение и медицинская реабилитация лиц с патологическим влечением к азартным играм осуществляется в плановой форме в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи в Центре профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей (филиале) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (далее Центр). Медицинская помощь оказывается на основании добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.

Срок прохождения программы от 6 месяцев с последующим включением в группы самопомощи анонимных сообществ «Анонимные игроки».

5.1. Целевая аудитория программы

Взрослые лица с установленным диагнозом патологического влечения к азартным играм. Диагноз устанавливается врачом-психиатром-наркологом в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (F 63.0 – патологическое влечение к азартным играм). Исключаются лица, имеющие сочетанную и/или коморбидную патологию в стадии обострения (требующие госпитализации).

5.2. Цель и задачи программы

Целью программы является полный осознанный отказ от азартных игр.

К основным задачам программы можно отнести:

- дезактуализация патологического влечения к азартным играм;
- коррекция психопатологических и соматических расстройств, возникших при патологическом влечении к азартным играм;
- улучшение взаимоотношений с близкими людьми, гармонизация коммуникаций в семье;
- осознание социальных (в том числе правовых) проблем, поиск путей их решения;
- увеличение периода ремиссии и профилактика срыва.

Участие в программе лиц с установленным диагнозом патологического влечения к азартным играм должно соответствовать следующим принципам:

- **Добровольность** участия пациента в лечебно-реабилитационных мероприятиях (включая оформление процедуры информированного согласия на лечение);
- **Доверительность и Партнерство** во взаимодействии персонала Центра, лиц с диагнозом «патологическое влечение к азартным играм», их родных и близких в ходе прохождения Программы;
- **Отказ** пациента от посещения игорных заведений и участия в азартных играх, по крайней мере, на период прохождения Программы;
- **Комплексный подход** в организации работы специалистов. Различные в плане образовательной и профессиональной подготовки специалисты составляют единую команду, постоянно взаимодействующую на протяжении программы.

5.3. Ожидаемые результаты

- пациент не играет в азартные игры как минимум 6 месяцев;
- пациент владеет базовыми понятиями о патологическом влечении к азартным играм и способах профилактики рецидивов;
- пациент подготовлен к регулярному посещению собраний групп самопомощи «Анонимных Игроков» и/или участию в противорецидивной программе;
- пациент ориентирован на последующую социализацию и улучшение семейных отношений;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья пациента.

6. СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ

Примерный план сессий с пациентом, рассчитанный на 6 месяцев с установленной кратностью (Таблица 1)

Таблица 1

Период	Специалист	Мероприятия	Кратность
1 месяц	Врач-психиатр-нарколог	Постановка и обоснование диагноза. Динамика состояния	Не реже 1 раза в неделю
	Медицинский психолог	ЭПИ (экспериментально-психологическое исследование), заключение	Первая неделя

	Врач-терапевт	Диагностика сопутствующей соматической патологии	Первая неделя
	Врач-психотерапевт	– Индивидуальное консультирование – Семейное консультирование – Индивидуальная психотерапия	Вторая, третья, четвертая недели
	Специалист по социальной работе	Составление социальной карты	Первая-вторая недели
2 месяц	Врач-психиатр-нарколог	Динамика состояния	Не реже 1 раза в 2 недели
	Врач-психотерапевт	– Индивидуальная психотерапия – Групповая работа	Не реже 1 раза в 2 недели Не реже 1 раза в месяц
	Медицинский психолог	Индивидуальная психокоррекция	Не реже 1 раза в месяц
3 месяц	Врач-психиатр-нарколог	Динамика состояния	Не реже 1 раза в 2 недели
	Врач-психотерапевт	– Индивидуальная психотерапия – Групповая работа	Не реже 1 раза в 2 недели Не реже 1 раза в месяц
	Медицинский психолог	– Индивидуальная психокоррекция – ЭПИ в динамике, заключение	Не реже 1 раза в месяц Не реже 1 раза в месяц
4 и 5 месяцы	Врач-психиатр-нарколог	Динамика состояния	Не реже 1 раза в месяц
	Врач-психотерапевт	– Индивидуальная психотерапия – Групповая работа	Не реже 1 раза в месяц Не реже 1 раза в месяц
	Медицинский психолог	Индивидуальная психокоррекция	Не реже 1 раза в месяц
6 месяц	Врач-психиатр-нарколог	Динамика состояния	Не реже 1 раза в месяц
	Врач-психотерапевт	– Индивидуальная психотерапия – Групповая работа	Не реже 1 раза в месяц Не реже 1 раза в месяц

	Медицинский психолог	– Индивидуальная психокоррекция – ЭПИ заключительное, заключение	Не реже 1 раза в месяц Не реже 1 раза в месяц
--	----------------------	---	--

7. ДИАГНОСТИКА

7.1. Клинико-психопатологическое исследование

Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный осуществляется в первый день обращения в Центр. Выясняются жалобы, преморбидные особенности развития личности, особенности динамики и клиники заболевания, в том числе наличие и отсутствие приема психоактивных веществ, личностный и социальный статус пациента (образование, наличие или отсутствие профессии, семейный статус, круг интересов, посещение спортивных секций, культурных мероприятий, степень социальной адаптации, связь с криминальными структурами, долги), мотивация на участие в лечебно-реабилитационном процессе. С целью получения объективной и полной информации о больном проводится беседа с его родственниками или другими значимыми для него людьми (близкие люди, друзья, коллеги по работе и т.д.) Измеряются артериальное давление, частота пульса, температура тела.

Выявляются жалобы на:

- трудно контролируемое влечение к азартной игре;
- невозможность прекратить участие в азартных играх усилием воли;
- безуспешные попытки контролировать, сокращать или прекращать увлечение азартными играми;
- озабоченность процессом азартной игры и обстоятельствами, связанными с ней;
- перепады настроения, не связанные с определенными ситуациями;
- чувство беспомощности, вины, тревоги, подавленности;
- постоянные мысли о прошлых азартных играх или планировании следующих; поиск способов получения денег, которые можно снова потратить на игру;
- «погоню» за своими потерями - желание «отыграться» после проигрыша;
- финансовые затруднения из-за азартных игр;
- тошноту, головную боль во время игры;
- вялость;
- апатию.

В соответствии с критериями, приведенными в МКБ-10, диагноз «патологическое влечение к азартным играм» (шифр F 63.0) может быть выставлен на основании следующих признаков:

- два и более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период;
- эти эпизоды не приносят выгоду индивидууму, но продолжаются, несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни;
- индивидуум описывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли;
- индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами с ней связанными.

В рамках первичного приёма оценивается тяжесть патологического влечения к игре (Приложение 1).

7.2. Психологическая диагностика

Целью психологической диагностики является получение данных об особенностях личности пациента с патологическим влечением к азартным играм, психопатологических изменениях. Психодиагностика проводится с применением тестов, опросников, интервью, наблюдений и других методов.

Среди наиболее распространенных инструментов можно выделить тест Такера, который оценивает различные аспекты азартного поведения и позволяет выявить степень игровой зависимости. Опросник необходимо предъявлять трижды на протяжении всего курса лечения, для наблюдения динамики игровой зависимости (в начале, спустя две недели и в конце терапии) (Приложение 2).

Другой метод – интервьюирование. Психолог проводит беседу с человеком, чтобы выявить его отношение к игре, уровень контроля над игровой активностью, а также последствия игровой зависимости для его жизни. Если в ходе интервью выявляется склонность человека к тревоге, депрессии, высказывания суицидальных мыслей, целесообразно дать испытуемому заполнить Шкалу тревоги Бека (Приложение 3), Шкалу депрессии Бека (Приложение 4), Шкалу безнадежности Бека (Приложение 5), Шкалу оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Приложение 6), Сокращенный Многофакторный Опросник исследования личности (Приложение 7), Шкалу суицидальных мыслей Бека (Приложение 8).

Помимо этого, существуют и более сложные диагностические методики, такие как нейропсихологическое тестирование, которое позволяет оценить когнитивные функции и психическое состояние человека, включая его отношение к риску и контроль игровой активности.

Важно отметить, что психодиагностика патологического влечения к азартным играм – лишь первый шаг на пути к помощи человеку. Обнаружение проблемы позволяет начать процесс лечения и реабилитации. Поэтому раннее выявление и адекватная интервенция со стороны специалистов играют важную роль в предотвращении серьезных последствий.

7.3. Диагностика сопутствующей соматической патологии

При наличии соматических жалоб пациент направляется на консультацию к терапевту. Для исключения острой патологии сердечно-сосудистой системы проводится электрокардиографическое (ЭКГ) исследование с последующей интерпретацией.

8. ЛЕЧЕНИЕ

Терапию патологического влечения к азартным играм можно разделить на медикаментозную (психофармакотерапию) и немедикаментозную (психотерапию).

8.1. Психофармакотерапия

Учитывая общность патогенетических механизмов возникновения патологических зависимостей, психофармакотерапия игровой зависимости подчиняется общим принципам современного лечения в наркологии. Основу психофармакотерапии составляет, в первую очередь, её нацеленность на редукцию патологического влечения (ПВ). Помимо этого, важной мишенью психофармакотерапии является сопутствующая психопатологическая симптоматика, которая, с одной стороны, является составляющей преморбида, с другой – проявлениями и осложнениями болезни зависимости. Таким образом, одним из главных принципов терапии является патогенетическая обоснованность назначаемого лечения.

Для лечения игровой зависимости широко используются антидепрессанты. Описаны исследования применения кломипрамина (трициклического антидепрессанта), являющегося эффективным при лечении обсессивно-компульсивных расстройств.

Из антидепрессантов хорошо показали себя при лечении игровой зависимости селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), в частности флуоксетин, эсциталопрам, пароксетин.

Влечение к игре проявляется, прежде всего, идеаторно – в виде упорных мыслей об игре и ярких представлений игровой ситуации, комбинаций и пр., а также в нарушении логики и прогнозирования на этапе принятия решения об игре в сочетании со сновидениями на эту тему. Поэтому абсолютно оправдано

применение в случаях гемблинга нейрорептиков без апатизирующего эффекта, но успешно работающих в направлении идеаторных расстройств и нормализации побуждений. Этим качествам вполне отвечает респолепт.

При лечении игровой зависимости стали использовать антагонисты опиоидов, в частности налтрексон. Авторы отметили у пациентов значительно меньшую сосредоточенность на мыслях об азартной игре, ослабление стремления играть и проявлений соответствующего поведения.

Получены данные о равной эффективности при зависимости от азартных игр, как лития, так и вальпроата. Есть научные исследования о положительном эффекте применения карбамазепина у больных игровой зависимостью.

Поскольку игровая зависимость может сочетаться как с другими зависимостями, так и с эндогенной психической патологией, вопрос о дифференцированном подходе является весьма актуальным.

Общие принципы психотерапии игровой зависимости с учётом этапа заболевания [4]:

– ***Психотерапия абстинентного синдрома (АС) при патологическом влечении к азартным играм (ПВАИ).***

Цель психотерапии при АС: полная редукция симптоматики синдрома отмены, купирование ПВАИ, профилактика суицидального поведения.

С первого дня развития АС назначается лечение в соответствии с выявленными нарушениями (компонентами АС). В структуре АС выделяются следующие компоненты: психопатологические расстройства, соматовегетативные нарушения, инсомнические расстройства.

Для воздействия на психопатологические расстройства, в том числе и на ПВАИ, используются антидепрессанты, нейрорептики, антиконвульсанты. Для купирования соматовегетативных нарушений применяются транквилизаторы, вегетотропные препараты и симптоматические средства (гипотензивные, антиаритмические). На инсомнические расстройства воздействуют в основном транквилизаторами и гипнотиками.

– ***Психотерапия ПВ.***

Цель: снижение и полная редукция синдрома ПВАИ. При наличии коморбидного психического заболевания – также воздействие на сопутствующую психическую патологию.

Та или иная группа лекарственных препаратов выбирается в зависимости от преобладания и выраженности ведущего компонента ПВАИ. При оценке ПВАИ выделяются следующие ведущие компоненты: идеаторный, аффективный, поведенческий. Кроме того, выбор препарата зависит от наличия или отсутствия коморбидной патологии или сочетанной химической зависимости.

При воздействии на идеаторный компонент ПВ применяются нейролептические препараты. Для воздействия на аффективные проявления ПВ применяются антидепрессанты. Поведенческий компонент ПВ купируется при помощи нейролептиков – корректоров поведения и, в некоторых случаях, антиконвульсантов.

– ***Психофармакотерапия в период ремиссии.***

Цель: коррекция сопутствующих психопатологических проявлений заболевания, предупреждение и лечение обострений ПВАИ, профилактика срывов и рецидивов.

Учитывая, что полнота, стойкость и продолжительность ремиссии зависят от варианта течения ПВАИ, применяются все основные группы психотропных препаратов: нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, антиконвульсанты, нормотимики. Выбор препаратов зависит, кроме того, и от наличия или отсутствия коморбидной патологии или сочетанной зависимости от ПАВ.

8.2. Психотерапия и психокоррекция

Психотерапия и психокоррекция могут применяться уже на ранних этапах обращения и являются важным звеном в комплексном лечении пациентов с патологическим влечением к азартным играм. Мотивированный на избавление от зависимости пациент рассматривается как активный участник лечебного процесса.

Психотерапия в переводе с древнегреческого означает «лечение души». Это анализ проблем с ориентацией на бессознательные процессы и структурную перестройку личности. Если психотерапия воздействует на внутренний мир и мировоззрение, то психокоррекция устраняет недостатки в развитии психики или поведении человека.

Содержание психотерапевтических сеансов должно соответствовать принципам и общей концепции терапии, учитывать как индивидуальные особенности пациента, так и опыт работы психотерапевта в определенной модальности или их сочетании. Выраженная и устойчивая мотивация пациента к позитивным изменениям формируется и поддерживается на всем протяжении лечения и является залогом исцеления.

При лечении процессных аддикций особое внимание уделяется психосоциальным факторам, системе базовых ценностей пациента, перестройке основных жизненных паттернов, личностному окружению, что требует иногда длительной поддерживающей курации.

Практикуется индивидуальный, семейный и групповой форматы работы. Наиболее часто применяемые психотерапевтические методы это: когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ), транзактный анализ (ТА), гештальт-терапия,

«психотерапевтическое шунтирование», групповая психотерапия, семейная психотерапия, элементы сочетанных техник.

Основными **задачами** психотерапии и психокоррекции являются:

- установление эмпатического контакта, консультативно-диагностическая работа;
- формирование психотерапевтического альянса и индивидуального плана лечения;
- лечебная помощь в виде психотерапии симптомо-, личностно- и социоцентрированной направленности, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах;
- укрепление мотивации к избавлению от зависимости, работа с анозогнозией, с текущими изменениями общего состояния пациента;
- коррекция имеющихся психоэмоциональных (преимущественно тревожно-депрессивных) расстройств;
- формирование реалистичной оценки своего состояния;
- формирование позиции принятия ответственности за собственное здоровье;
- психологическое консультирование по конкретному запросу;
- работа с созависимыми близкими и родственниками пациента;
- профилактика срыва/рецидива.

Психотерапевтическая работа проводится в соответствии с клиническими показаниями и противопоказаниями, индивидуально для каждого пациента [1].

Показаниями к проведению психотерапии является патологическое влечение к азартным играм.

Противопоказания к проведению психотерапевтической работы:

- отказ от участия в психотерапевтических мероприятиях;
- состояние алкогольного или наркотического опьянения, тяжёлые проявления абстинентного синдрома;
- выраженное обострение синдрома ПВ;
- острые психотические расстройства различного генеза;
- психопатия в стадии декомпенсации с выраженными расстройствами поведения (агрессия, аутоагрессия);
- тяжёлая соматическая или неврологическая патология в состоянии декомпенсации;
- инфекционные заболевания, гипертермия;
- наличие выраженных суицидальных тенденций;
- выраженное слабоумие (деменция, олигофрения), тяжёлое органическое поражение головного мозга.

Правила проведения психотерапевтической работы:

- строгое соблюдение временных границ;

– гибкость психотерапевтической роли в зависимости от запросов пациента и терапевтической целесообразности;

– наличие психотерапевтического контракта (информирование пациента о целях и методах лечения, получение информированного согласия пациента на прохождение курса лечения, принятие пациентом ответственности за соблюдение основных позиций психотерапевтического контракта).

Основные принципы психотерапевтической работы:

- конфиденциальность;
- индивидуальный подход;
- безусловное принятие пациента;
- гибкость психотерапевтической тактики;
- качество психотерапевтического альянса;
- активизация психологического ресурса самого больного, опора на здоровую часть его личности.

В соответствии с планом амбулаторного лечения пациент посещает не менее 11 психотерапевтических сессий, включающих индивидуальные, групповые и семейные встречи (Таблица 1).

Индивидуальная психотерапия направлена на формирование адекватной самооценки, восстановление способности к самозащите, способности к рефлексии, саморегуляцию аффективной сферы и контроль над импульсами, а также на развитие способности поддерживать близкие межличностные отношения. При индивидуальном подходе используются рациональная психотерапия, КПТ, гештальт-терапия, ТА, метод «психотерапевтического шунтирования».

Продолжительность индивидуального психотерапевтического сеанса от 30 до 50 минут. Кратность посещений соответствует намеченному плану и корректируется по ходу лечения.

Групповая психотерапия направлена на формирование целостной Я-концепции. Обратная связь участников оказывает помощь в развитии способности распознавать неадекватные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, в раскрытии и проработки своих переживаний, научении строить взаимоотношения с другими [16]. Групповая психотерапия воссоздает модель социума, основана на мультимодальном системном подходе и включает в себя такие методики, как КПТ, транзактный анализ, тренинг коммуникативных навыков, элементы прямой и косвенной суггестии (внушения).

Целесообразно проводить занятия в открытых группах с количеством участников не менее 3-х. Продолжительность сессии до полутора часов, кратность встреч не реже 1 раза в месяц.

Встречи в формате **семейной терапии**, согласно плану, проводятся в начале и конце амбулаторного курса, а также по актуальному запросу.

Для зависимых от игры пациентов, оптимальной формой психотерапевтической поддержки является психотерапия, организованная по принципам поддерживающей, рассчитанной на полугодовую курацию специалистов амбулаторного звена. Рекомендуется следующая частота встреч: первый месяц - 1 раз в неделю, второй и третий месяцы – раз в 2 недели, начиная с четвертого - по 1 встрече в месяц. Всего на полный курс лечения планируется не менее 11 психотерапевтических встреч. Их содержание оговаривается на начальных этапах, с учетом полученных клинических данных и далее корректируется по ходу терапии.

По окончании курса лечения с пациентами обсуждается дальнейший план реабилитационной программы (индивидуальное наблюдение нарколога, психолога, психотерапевта в условиях амбулаторного приёма, посещение группы поддержки, групп анонимных игроков «АИ») [17].

Описание некоторых используемых психотерапевтических методик и техник.

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. МИ объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка). МИ – это процесс, совместного с консультантом рассмотрения стимулов, побуждающих человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации [28].

Мотивационное интервью, соответствующее мотивационному циклу Прохазка [29].

Стадия размышления.

Цель: 1) Поддержание мыслей об изменении; 2) Структурирование изменений.

Вопросы:

- 1) Что Вас беспокоит в связи с употреблением? (здоровье)
- 2) Что именно ВЫ хотели бы сделать по поводу данной проблемы (употребления)?

Стадия принятия решений.

Цель: Укрепление изменения образа поведения (эмоциональная поддержка специалиста, группы, родственников).

Вопросы:

- 1) Что вселяет в Вас уверенность в том, что сейчас подходящий момент для изменений?

2) Какие положительные/отрицательные стороны предстоящего лечения/программы вы видите?

Стадия действия:

Цель: Помощь в выборе лучшего пути действий и структурирование этих действий

Вопросы:

- 1) Что Вы хотите получить в результате лечения?
- 2) Как лечение повлияет на Вашу дальнейшую жизнь?
- 3) Чем привлек Вас выбранный метод Лечения?

Стадия поддержки.

Цель: Совместный выбор использование противорецидивной методики или техники.

Вопросы:

- 1) Как Вы справляетесь со стрессом без алкголя?
- 2) Что в Вашей жизни изменилось в лучшую сторону?
- 3) Чего удалось достичь?
- 4) Как Вам помогает выбранный метод противорецидивной терапии?

Стадия срыва/рецидив

Цель: Уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва.
Подготовка клиента к стадии предварительных размышлений.

Вопросы:

- 1) В чем Вы видите причины срыва/рецидива?
- 2) Чему учит ситуация срыва?
- 3) Какие коррективы Вы хотели бы внести в наш план лечения?

Когнитивно-поведенческая психотерапия – это терапевтическая методика с доказанной эффективностью, которая соединяет в себе два научных психологических подхода: когнитивный и поведенческий (бихевиористский). Согласно первому: психологические проблемы и нервно-психические заболевания вызываются мыслями и убеждениями, стереотипами мышления, приобретенными в течение жизни. Второй утверждает, что поведение человека можно изменить с помощью обучения, поощряя желаемые действия и не подкрепляя не желаемые [27].

Трансактный анализ (ТА). Его выигрышными характеристиками являются доступность, простота в усвоении терминологии пациентами, наглядность, тонкая диагностика состояния. В основе ТА – положение о том, что основа личности каждого человека не зависит от возраста и состоит из устойчивой структуры: Родитель-Взрослый-Дитя (Р-В-Д). Суть терапии заключается в анализе элементов этой структуры, гармонизации их взаимных влияний у пациента и поиске нового позитивного взаимодействия с другим человеком (людьми). Модель Р-В-Д

относительно проста для понимания и удобна для самостоятельного использования в качестве «инструмента для облегчения жизни». ТА весьма эффективен в осознании имеющихся психологических проблем и внутренних конфликтов, позволяет произвести коррекцию многих имеющихся расстройств. Важным достоинством транзактного анализа является его пригодность для создания подходящего контекста, на фоне которого можно применять другие формы психотерапевтической работы.

При применении ТА в установленных терминах, совместно с пациентом производится структурный и функциональный анализ Эго-состояния. Целью анализа являлись ответы пациента на вопросы: «Кто я? Почему поступаю именно так? Какую позицию в жизни занимаю?», оценка собственных возможностей в настоящее время, влияние болезни на изменение уклада жизни и взаимоотношений с внешним миром и ближайшим окружением. Рассматриваются значимые отношения, происходит разбор привычных эмоций, анализ предпочитаемых жизненных игр, пересматривается жизненный сценарий [26].

Гештальт-терапия. Целью гештальт-терапии является создание и укрепление целостного образа (гештальта) личности клиента. Посредством осознания клиент должен выявить отвергаемые им части своей личности: отвергаемые эмоции, потребности, черты характера, мысли. Затем принять (либо нейтрализовать) их, принять себя и тем самым восстановить целостность своей личности. Большое внимание при этом уделяется также развитию независимости личности — умению следовать своим собственным мечтам и потребностям, а не потребностям других людей. В процессе терапии активизируется творческое приспособление, что улучшает способности клиента к адаптации в постоянно изменяющихся условиях внешней ситуации. Вместо оценки, базирующейся на плохо переработанных мнениях других людей, клиент опирается на организмическое оценивание, связанное с возросшим осознанием и дифференциацией собственных потребностей, присвоением собственных ценностей и логикой актуальной жизненной ситуации [7].

«Психотерапевтическое шунтирование». В основе метода лежит клинко-психопатологическая диагностика психического состояния пациента с выявлением психопатологических изменений, возникших вследствие заболевания. В трактовке метода используется принятый в отечественной психиатрии и наркологии понятийный аппарат, служащий для описания клинических психиатрических феноменов. Соответственно устоявшимся понятиям, психический аппарат разделяется на составляющие его сферы. Проводя то или иное психотерапевтическое воздействие и обращаясь к личности в целом, мы, тем не менее, воздействуем на ту или иную сферу психики больного. Каждая из отдельных методик адресуется к той или иной функции психического аппарата.

Патологические изменения, возникающие вследствие болезни зависимости, разнонаправлены и затрагивают различные сферы и функции: аффективную, когнитивную, волевую сферу, расстройства поведения. Метод предполагает воздействие через наиболее сохраненные функции психического аппарата пациента (либо мышление, либо чувства, либо поведение) на сниженные (деформированные, изменённые). Другими словами, речь идёт о наложении «психотерапевтических шунтов» (анастомозов) в тех случаях, когда не представляется возможным действовать, непосредственно обращаясь к чувствам или когнитивной сфере пациента. Таким образом, при интеллектуальной изменённости и нарушениях в сфере мышления, стремимся воздействовать на эмоционально-аффективную сферу и наоборот. То, что пациент не в состоянии понять, он может почувствовать.

Например, пациент с зависимостью от азартных игр и алкоголя стал эмоционально сниженным, мало откликаемым при достаточной сохранности мышления. Работа в этом случае будет направлена на стимуляцию его чувственности, на расширение спектра его эмоционального реагирования через когнитивную сферу. Просим пациента подумать, что в той или иной ситуации чувствуют его близкие и значимые для него люди, и проводим «чувственный тренинг», мысленно перенося пациента в схожие ситуации. Затем идёт проработка и оценка пациентом своих чувств, эмоций, ощущений.

В случае, когда изменения психической деятельности в большей степени связаны с расстройствами когнитивной сферы, а способность чувствовать и переживать (сопереживать) расстроена в меньшей степени, проводим психотерапевтическую работу в противоположном направлении. Обращаясь к чувствам пациента, просим его подумать о собственной перспективе и о перспективе, ожидающей его близких и родственников в случае продолжения им злоупотребления алкоголем, игры в игровые автоматы.

Если у пациента в большей степени страдает поведение, то, обращаясь к наиболее сохраненной функции психического аппарата, стремимся (через чувства или когнитивную сферу) воздействовать на его паттерны поведения. Анализируются и прорабатываются все нюансы поведения как в состоянии «опьянения», эйфории от игры (абстиненции, при актуализации ПВ), так и в ремиссионный период. Оцениваются контролируемость и неконтролируемость поступков и поведения в целом в зависимости от психопатологического состояния. Отрабатываются варианты альтернативного поведения и возможные механизмы противостояния и защиты от неконтролируемого поведения.

Работа проводится как индивидуально, так и в группе. На начальных этапах – исключительно индивидуально. Проводится клиническая и психологическая диагностика наиболее сохраненных и наиболее нарушенных функций психического аппарата. Эти стороны функционирования разбираются с самим пациентом. Затем,

непосредственно применяя технику «шунтирования», активизируются (в позитивном направлении) изменённые психические функции.

В процессе психотерапии осуществляются эмоциональная поддержка и одобрение любых позитивных изменений в поведении, мышлении и эмоциональности пациента [6].

Семейная психотерапия – направление психотерапии, где семейная система рассматривается как ресурс в контексте решения проблем, предъявляемых пациентом. Семейная психотерапия направлена на изучение самоконтроля, развитие навыков стрессоустойчивости и улучшение функциональных отношений в семье. Это помогает уменьшить риск патологического влечения к азартным играм, выявить и осознать разрушительные паттерны семейной системы. Семья рассматривается как единый организм и является целостным объектом внимания. Терапия проводится в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи. Показано, что она дает положительные результаты по сравнению с несемейной терапией для взрослых и подростков [2].

Семейная терапия разделяется на следующие этапы:

- диагностика семейной системы, проверка диагностических гипотез, необходимых для выбора терапевтической техники;
- медиация семейных конфликтов (терапевт как медиатор): проработка напряжения между членами семьи, прояснение потребностей участников конфликта, устранение симптомов, поиск причин конфликта, конструктивные переговоры;
- закрепление результатов. Этап проверки новых вариантов поведения, реагирования и получение обратной связи от членов семьи. Взаимоподдержка. [19].

Групповая психотерапия. Заключительный этап «закрепления результатов» проводится уже в группе пациентов, прошедших индивидуальный этап.

В группе в окружении заинтересованных пациентов происходит обмен позитивным опытом, который каждый пациент вынес из индивидуальных занятий. Главная цель – научиться противостоять зависимости от азартных игр и найти в себе точки опоры для социальной адаптации в обществе.

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, взаимоподдержка.

При работе с пациентами с патологическим влечением к игре доказали свою эффективность такие подходы, как мотивационный, личностно-ориентированный и когнитивно-поведенческий.

Работа с созависимыми. Основная работа с родственниками больных зависимостью может вестись по двум направлениям. Цикл состоит из двух информационных блоков, объединенных общей тематикой. Один из блоков посвящен теме био-психо-социодуховным нарушениям, которые происходят у больных зависимостью в процессе развития их заболевания. Второй блок направлен на доведение до родных и близких больных зависимостью информации о нарушениях в социальной системе, в которой существуют как сами больные, так и их родственники и друзья. Кроме этого, рассказывается о системе поддержки близких больных зависимостью, осуществляемой в рамках групп самопомощи «Анонимные Игроки».

Индивидуальная работа с родственниками пациентов ведется по тем же принципам, что и подобная работа с пациентами. Цель данной работы: помочь членам семьи получить навык адекватно ограждать себя от патологического воздействия на их личность проявлений болезни зависимого человека и проработать способы конструктивного изменения патологической семейной системы взаимоотношений.

При участии в психокоррекционной работе родственников больных зависимостью, прогноз эффективности лечения всегда более благоприятный.

8.3. Другие лечебные мероприятия

В случае сопутствующей сочетанной и/или коморбидной патологии возможно назначение других методов лечения: рефлексотерапии, физиотерапии (транскраниальной электростимуляции - ТЭС).

Рефлексотерапия является практическим средством лечебного воздействия в руках врачебного сообщества в большинстве стран мира. Иглоукалывание – это интегративная терапия с использованием опыта народной медицины и современных достижений нейрофизиологии.

Все заболевания, которые формируются на уровне структур головного мозга, относятся к заболеваниям ЦНС и в динамике своего развития формируют обязательные феномены (типовые реакции ЦНС): патологическую Доминанту и Детерминанту патологического состояния.

С учетом достижений современной науки игровую зависимость следует рассматривать с позиции сформировавшихся на уровнях ЦНС Доминанты и Детерминанты патологического состояния [13]. Доминанта в основном определяет психосоциальную часть зависимости, детерминанта патологического состояния – биохимические изменения и реакции в определенных нейротрансмитерных системах ЦНС.

Эффект рефлексотерапии во многом определяется пониманием пациентом того, что с ним делают, настроенностью на процедуру и ожиданиями плановых изменений в состоянии организма в ходе проводимого сеанса, а также

субъективными впечатлениями в ходе процедуры, как подтверждение правильности лечения.

Показания и противопоказания к применению иглотерапии устанавливаются в соответствии с Приказом МЗ и СР от 13 апреля 2007 г. № 266 «Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике» [14]. Особое внимание необходимо уделять сохранности критики восприятия больного, которое может быть нарушено при ряде психических расстройств.

Одна из современных теорий воздействия иглоукалывания на ЦНС и сформированные функциональные нейросистемы – это возможность при лечении ИРТ ослабления детерминантных систем с их ожидаемым по эффекту иглоукалывания регрессом и ограничением в развитии с последующим выходом заболевания в ремиссию.

Особенности лечением ИРТ:

- Персонализированная форма воздействия;
- Возможность воздействовать на основные патогенетические звенья заболевания;
- Воздействие без аллергических реакций; отсутствие побочных и токсических реакций;
- Полноценное не медикаментозное лечение.

Для лечения Игровой зависимости курс лечения состоит из 8-10 сеансов. Периодичность проведения процедур 2 раза в неделю.

Целесообразность такой тактики определяется условиями проводимого лечения, где иглоукалывание является частью комплексной терапии с определенными возложенными на нее лечебными планами по «усмирению» психовегетативных проявлений возникающих у лиц с игровой зависимостью в периоды отказа от игры.

Сеансы проводятся в положении лежа. Продолжительность сеанса около 40 минут. Если в день проводимого сеанса иглоукалывания пациент получает другие физиотерапевтические процедуры, то возможность проведения сеанса ИРТ не менее чем через 2 часа после физиолечения и должна завершать лечение у физиотерапевта в этот день.

Дополнительное использование возможностей акупунктурной рецептуры в лечении игровой зависимости может быть расширено по запросу у «постели» больного.

Физиотерапия. Транскраниальная электростимуляция (ТЭС) - инновационная безболезненная процедура, направленная на значительное улучшение мозговой деятельности. Преимущество метода:

- эффективный физиотерапевтический метод;

- имеет более 30 лет клинических применений в 21 стране мира;
- метод активизирует естественную выработку эндорфинов;
- применяется в острую, подострую и хроническую стадию заболеваний, а так же используется в профилактических целях;
- является альтернативой приёму лекарственных средств, либо существенно сокращает количество принимаемых медикаментозных препаратов;
- сокращает сроки лечения;
- сочетается с любыми методами лечения.

В настоящее время достоверно установлены основные лечебные эффекты ТЭС-терапии [20]:

- нормализация циркадных ритмов;
- нормализация процессов вегетативной регуляции;
- нормализация психофизиологического статуса;
- антидепрессивный и антистрессорный эффект;
- нормализация сна;
- снижение утомляемости;
- улучшение настроения;
- купирование абстинентных синдромов, купирование постабстинетных аффективных нарушений;
- восполнение синдрома дефицита эндорфинов, проявляющегося при ПВАИ (эндорфины оказывают регулирующее влияние на эмоциональный фон, глубину и качество сна, аппетит, память).

Противопоказания:

- судорожные состояния, эпилепсия;
- острые психические расстройства;
- тяжелые заболевания головного мозга, такие как гидроцефалия, опухоли и кисты;
- наличие кардиостимулятора, мерцательная аритмия.

9. СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Работа с пациентом

1. Первичный диагностический этап – социальная диагностика:

- мотивационное интервью, целью которого является побуждение к коммуникации, прояснение запроса и определение вида социальной дезадаптации;
- составляется социальная карта (сбор информации о пациенте и его семье), социограмма (ближайшее окружение пациента), генограмма (сведения о генетическом родстве) (Приложение 9);

2. Работа специалиста по социальной работе на этапе лечения включает индивидуальные консультации пациентов по социально-правовым вопросам;

3. Работа специалиста по социальной работе на стадии выписки пациента: во время подготовки к выписке пациента, составляется индивидуальный план дальнейшей реабилитации пациента и его семьи. План включает в себя: совокупность мероприятий и ресурсов, направленных на поддержание ремиссии: рекомендованные (или установленные) сроки реабилитационных действий; информацию по координации мероприятий и использованию ресурсов.

Работа с семьей

1. Консультирование членов семьи осуществляется как при личной встрече, так и заочно (по телефону):

- первичное консультирование родственников пациентов и мотивирование на включение в лечебную программу;
- информирование: о работе анонимных групп; о времени консультаций с врачами и психологами.

2. Сбор катамнеза:

- сбор информации о ремиссии пациента, о выполнении индивидуального плана реабилитации, о прохождении обучения или трудоустройстве;
- помощь и рекомендации родителям в разрешении вопросов и проблем, возникающих на амбулаторном этапе, информирование о возможности противорецидивной госпитализации;
- в случае поступления информации о возврате к игромании - информирование и рекомендации к госпитализации.

3. Взаимодействие с учреждениями профилактики и другими внешними структурами:

- взаимодействие с представителями внешних структур;
- помощь в жизнеустройстве пациентов, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- взаимодействие с администрациями учебных заведений, лечебно-профилактическими учреждениями;
- участие в подготовке и организации семинаров с целью обмена опытом и информирования о Центре профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей ГБУЗ «МНПЦН ДЗМ» для учреждений профилактики, образования, социальных органов и пр.

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 том числе посредством Интернет, способствует вовлечению в азартную игру различных слоев населения, увеличению риска развития игровой зависимости. Вместе с этим растет количество больных, у которых патологическое влечение к азартным играм возникает на фоне уже сформированной зависимости от алкоголя или наркотиков, а также на фоне других психических заболеваний.

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. Наиболее эффективными являются терапия, направленная на формирование у пациентов адекватной самооценки, способности к осознанию себя и своих возможностей, умения конструктивно решать конфликтные и стрессовые ситуации. Важным компонентом профилактики является обучение приемам эмоциональной саморегуляции и способам самореализации.

Для достижения наилучшего результата лечебно-реабилитационных мероприятий, используется комплекс психофармакологических, психотерапевтических и социальных воздействий. Необходимой составляющей лечебно-реабилитационного процесса является работа с родственниками пациента, так как доказана роль семейных взаимоотношений в формировании и рецидиве зависимых форм поведения, в данном случае – зависимости от азартных игр.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия). Автореферат дис. доктора медицинских наук. Москва, 2007. – 47 с.
2. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Копоров Г.С., Профилактика, лечение и реабилитация игровой зависимости. Методические рекомендации №10, М., 2016. — 48 с.
3. Бузик, О.Ж., Агибалова Т.В. Шкала оценки тяжести патологического влечения к азартным играм // Вопросы наркологии. – 2011. – № 1. – С. 47-53.
4. Бузик О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение. Автореферат дис. доктора медицинских наук. Москва, 2008. – 46 с.
5. Бузик О.Ж. Лечение зависимости от азартных игр: учебное пособие / О.Ж. Бузик; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2023. – 116 с.
6. Бузик О.Ж. Метод «психотерапевтического шунтирования» в лечении больных игровой зависимостью, сочетающейся с различными формами химической зависимости // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Материалы 4-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции – М, 2006 – Вып 4 – С 87-89.
7. Елисеев, О. П. Гештальт-психология личности: учебник для вузов / О. П. Елисеев. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 289 с. — (Высшее образование)
8. Иваничев Г.А. //Механизмы акупунктуры//, Казань, 2004
9. Крыжановский Г.Н. //Общая патофизиология нервной системы//,Москва. «Медицина», 1987
10. Мунтян П. Вид компьютерной аддикции: зависимость от компьютерных игр / Павел Мунтян. – Минск // Психология зависимости / сост. К.В. Сельченко. – Минск: Харвест, 2007. – С. 143-151. – (Библиотека практической психологии)
11. Новостной портал индустрии азартных игр «Gambling Industry News». Режим доступа: <https://gamblingindustrynews.com/global-gambling-statistics/#3> Последнее посещение 18.06.2024.
12. Носов Н.А. Виртуальная психология. — М.: «Аграф», 2000. — 432 с.

13. Панченко Е.Н. // К использованию концепции о детерминантных структурах в рефлексотерапевтической практике//, журнал «Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», №12, Москва, 1986, «Медицина»
14. Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс»
15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2007 г. № 266 «Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике» // Доступ из справочно-правовой системы «Гарант»
16. Рудестам К. Групповая психотерапия. Питер, 2022. – 448 с.
17. Сайт сообщества «Анонимные игроки России». Режим доступа: <https://gamblersanonymous.ru/sobraniya> Последнее посещение: 17.06.2024.
18. Сеченов И.М. //Рефлексы головного мозга. Попытка свести способ происхождения психических явлений на физиологические основы//, С. Петербургъ, 1866
19. Солдатова Г.У., Рассказова Е.И., Вишнева А.Е., Теславская О.И., Чигарькова С.В. Рожденные цифровыми: Семейный контекст и когнитивное развитие. – М.: 2022. – 356 с.
20. Толоконников Ю. А., Крутов А. А., Семиглазова Т. Ю., Бортникова Е. В., Кондратьева К. О., Рогачев М. В., Беляев А. М. Транскраниальная электростимуляция учебное пособие для врачей и обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – СПб.: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2021 – 52 с.
21. Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» от 29.12.2010 № 436-ФЗ // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс»
22. Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ (последняя редакция) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс»
23. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (последняя редакция). // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс»
24. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 № 442-ФЗ (последняя редакция) // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс»
25. Федеральный закон от 29.12.2006 № 244-ФЗ «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о

внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» // Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс»

26. Шустов Д.И. Клиническое руководство по трансактному анализу. Когито центр, 2020 г. 336 с.

27. Computer-delivered cognitive behavioural therapy: effective and getting ready for dissemination. F1000 Medicine Reports. 2: 49. July 2010.

28. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. New York, 2002.

29. Prochaska./., Di Clemente C. Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change // Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982. N 19(3). P. 276-288.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Шкала оценки тяжести патологического влечения к игре [3]

Шкала позволяет оценить в баллах интенсивность каждого симптома (клинического признака) в структуре патологического влечения к игре. Основная задача шкалы – количественно выразить сугубо качественные характеристики патологического влечения к игре. Она состоит из оценочного глоссария, в котором все симптомы ранжированы в соответствии с определенным «весом» каждого из них, выраженном в относительных единицах (баллы). Таким образом, шкала патологического влечения к игре даёт возможность оценить степень выраженности компонентов, составляющих патологическое влечение к игре, у пациента в баллах (от 1 до 3) и уровень его редукции в процессе лечения. Кроме того, использование шкалы позволяет оценивать актуализацию влечения в период ремиссии.

Компоненты и клинические признаки ПВАИ	Баллы
ИДЕАТОРНЫЙ КОМПОНЕНТ	
I. Расстройства первого уровня	
1. Мысли об игре возникают эпизодически или отсутствуют, проявляются и усиливаются при разговорах на тему игры или нахождении в игровом зале. Они не затмевают и не подменяют другие жизненные интересы. Критика к игровой зависимости формальная. Установка на лечение ситуационная.	1 балл
2. Мысли об игре актуальны, возникают часто, влияют на все интересы больного, занимают значительную часть времени. Больной предпочитает говорить на «игровую» тематику, с трудом отвлекается на другие темы, невнимателен, задумчив. Недостаточно интересуется нейтральными для него событиями. Критика к болезни частичная. Возникают мысли о нецелесообразности лечения. Пессимистическая оценка жизненной перспективы.	2 балла
3. Мысли об игре и на темы, связанные с игрой, постоянны, подавляют или исключают другие мысли, характеризуются гиперболичностью, влияют на намерения и действия пациента. Они не поддаются разубеждению, отвлечению. Имеют место представления сцен игры с участием самого игрока. Любая поступающая информация соизмеряется с возможностью реализации в игре. Отсутствие критики к болезни. Мысли о лечении не возникают и полностью отвергаются при предложении со стороны. Возможно появление идей самообвинения и суицидальных мыслей.	3 балла
II. Расстройства второго уровня	
Отсутствуют	0 баллов

Компоненты и клинические признаки ПВАИ	Баллы
<p>В первую очередь характеризуются специфическим идеаторным фоном (настроенностью), который проявляет себя настороженностью (недоверием) к людям, ощущением недоброжелательности и неискренности с их стороны, восприятием других людей (в том числе и членов семьи) как угрозы собственному благополучию; убежденностью в своей необычности, особых способностях, отличности от других, ощущением наделённости даром особого везения, верой в свою удачливость.</p> <p>Конкретные проявления заключаются в следующих наиболее часто встречающихся расстройствах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сверхобобщение; 2) произвольное умозаключение; 3) избирательное абстрагирование; 4) преувеличение и преуменьшение; 5) персонификация. 	3 балла
АФФЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ	
I. Депрессивная симптоматика	
1. Хмурый взгляд, неразговорчивость, грустное выражение лица, сниженное настроение.	1 балл
2. Снижение интереса к окружающему, подавленное настроение, отсутствие желания работать или что-либо делать, уменьшение потребности в общении, чувство вины перед близкими за своё поведение.	2 балла
3. Снижение витальных потребностей, угнетённое тоскливое настроение, «потухший взгляд», общая подавленность, стремление к одиночеству, отвержение эмоциональных контактов, безразличие к окружающему, безучастность.	3 балла
II. Тревога	
1. Возникает временами, при воспоминаниях об игре или негативных событиях, связанных с её последствиями (проигранных деньгах, семейных конфликтах и др.).	1 балл
2. Отмечается большую часть дня. Связана, как правило, с мыслями об игре или с игровыми событиями, но возможна и вне этой связи.	2 балла
3. Постоянная, как фон с приступообразным усилением. Напряжённое ожидание надвигающейся неопределённой опасности с ощущением своего полного бессилия перед ней.	3 балла
III. Эмоциональная лабильность	
1. Перепады настроения, возникающие при воспоминании о негативных последствиях игры и связанных с ней событиях или при разговорах на игровую тематику.	1 балл

Компоненты и клинические признаки ПВАИ	Баллы
2. Частые перепады настроения, возникающие как ситуационно, так и без внешних видимых причин, сопровождающиеся взволнованностью и слезливостью.	2 балла
3. Выраженные перепады настроения, наблюдающиеся в течение всего дня, слезливость, необоснованная обидчивость, требование к себе повышенного внимания, сочувствия.	3 балла
IV. Дисфория	
1. Гневливость, ворчливость, конфликтность, недовольство собой и окружающими.	1 балл
2. Напряжённость, раздражительность, злобность с приступами тоскливо-гневливого отчаяния.	2 балла
3. Тоска, подавленность, взрывчатость, вспышки агрессии или аутоагрессии.	3 балла
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ	
1. Некоторая суетливость и непоседливость при разговорах на тему игры. Активное поддержание разговоров на игровую тематику. Податливость к провоцированию и индуцированию на игру со стороны других пациентов. Настроенность на приём лекарств.	1 балл
2. Пронос игральные карты в стационарное отделение, организация групповой игры с вовлечением других больных. Заключение пари со ставками на телевизионные футбольные матчи. Игра в компьютерные, карточные и другие игры. Стремление к заключению пари с больными и даже персоналом по любому поводу. Конфликтность с персоналом при напоминании о приёме лекарственных препаратов.	2 балла
3. Пассивность, молчаливость, раздражительность. Конфликтность с персоналом. Настоятельная просьба отпустить на несколько часов для решения «важных» проблем на работе или дома. Негативизм при необходимости приёма лекарств. Снижение чувства дистанции при общении с врачом и медицинским персоналом, повышенная претенциозность, несоблюдение режима отделения, требование к себе особого внимания. Временами неусидчивость и беспокойство. Возможно суицидальное поведение.	3 балла
ВЕГЕТАТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ	
I. Нарушения сна	
1. Трудность засыпания с явлениями ментизма на игровую тематику, иногда раннее пробуждение.	1 балл
2. Трудность засыпания, частые пробуждения с трудностью последующего засыпания, раннее пробуждение с чувством разбитости, невыспанности.	2 балла
3. Трудность засыпания, частые пробуждения, тревожный поверхностный сон, нередко полное отсутствие сна.	3 балла
II. Сновидения	

Компоненты и клинические признаки ПВАИ	Баллы
1. Сновидения на игровую тематику, как правило, эмоционально нейтральные или позитивно окрашенные с картинками выигрышных ситуаций, в которых сам больной является центральным персонажем. Сон часто односюжетный. Больной без особой детализации может воспроизвести основную фабулу сна.	1 балл
2. Яркие эмоционально насыщенные сновидения на игровую тематику, как правило, негативно окрашенные со сценами значительных проигрышей или «постоянно ускользающих» выигрышей и невозможностью отыгратья. При частых пробуждениях отмечается либо смена сюжета сна, либо стереотипно повторяющееся сновидение с клишированным негативным финалом. Стройное воспроизведение сна затруднено из-за его многосюжетности и поглощённости общим эмоционально негативным фоном.	2 балла
3. Кошмарные сновидения как на игровую тематику (угроза расправы со стороны кредиторов или правоохранительных органов за растрату казённых денег), так и на тематику катастроф (крушение поезда, в котором погибает либо сам больной, либо его родственники; землетрясение, кораблекрушение, автокатастрофа и т.п.). При поверхностном сне эмоциональные реакции яркие, насыщенные. Больного нередко охватывает страх, поскольку он не всегда сразу понимает, где сон, а где явь. Воспроизведение сна затруднено, так как при попытке его описания больной вспоминает, прежде всего, эмоциональное состояние, с ним связанное, что затрудняет воспроизведение.	3 балла
III. Нарушения аппетита	
1. Неустойчивость аппетита, порой с ощутимым изменением вкусовых пристрастий (потребность в сладкой, солёной, копчёной или другой пище).	1 балл
2. Выраженное изменение аппетита (снижение или, наоборот, повышение), с нередко возникающими диспепсическими расстройствами (тошнота, ощущение тяжести в желудке, жжение в эпигастральной области и др.) при отсутствии патологии желудочно-кишечного тракта.	2 балла
3. Полное отсутствие аппетита или значительно повышенный аппетит без ощущения сытости. Возможно изменение (извращение) или выраженное снижение вкусовых ощущений.	3 балла
ВСЕГО	

Тест Такера на выявление игровой зависимости

Инструкция: «Пожалуйста, ответьте на предложенные Вам вопросы, используя следующую шкалу: Никогда - 0 баллов; Иногда - 1 балл; Чаще всего - 2 балла; Почти всегда - 3 балла».

1. Играл ли ты за последний год в компьютерные игры так, что не замечал времени?
2. За последний год, играя в компьютерные игры, нужно было тебе больше времени для того, чтобы достичь нужной степени азарта?
3. Когда ты играл накануне, возвращался ли на следующий день к той же игре, чтобы пройти незавершённые уровни?
4. Брал ли ты деньги в долг, чтобы иметь возможность играть?
5. Было ли у тебя когда-нибудь чувство, что у тебя могут быть проблемы с зависимостью от компьютерных игр?
6. Можно ли так сказать, что компьютерные игры являлись иногда причиной твоих проблем со здоровьем (включая стресс и беспричинное беспокойство)?
7. Критиковали тебя когда-нибудь за твоё пристрастие к компьютерным играм, даже если ты считал эти замечания несправедливыми?
8. Было ли когда-нибудь твоё пристрастие к компьютерным играм причиной твоих проблем?
9. Возникало ли у тебя когда-нибудь чувство вины за то, как ты играешь, или за то, что происходит во время игры?

Интерпретация результатов:

Баллы за ответы на все вопросы суммируются.

0 баллов – нет никаких негативных последствий от компьютерной игры.

3 – 7 баллов – человек играет в компьютерные игры на уровне, который может привести к негативным последствиям.

8 – 27 баллов – человек играет на уровне, ведущим к негативным последствиям; возможно, контроль над пристрастием к компьютерным играм уже потерян – чем выше результат, интенсивнее игра, тем серьёзнее могут быть проблемы; высока вероятность патологического формирования зависимости.

Шкала тревоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. BAI)

Шкала тревоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, сокр. BAI) – клиническая тестовая методика, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженности.

Шкала тревоги Бека представляет собой простой, удобный инструмент для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц. Заполнение шкалы занимает не более 10 минут, как правило, это можно доверить самому испытуемому.

Инструкция: «Пожалуйста, тщательно изучите каждый пункт. Отметьте, насколько Вас беспокоил каждый из этих симптомов в течение ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, включая сегодняшний день, поставив крестик в соответствующей колонке справа».

Симптом	Совсем не беспокоил	Слегка. Не слишком меня беспокоил	Умеренно. Это было неприятно, но я мог это переносить	Очень сильно. Я с трудом мог это выносить
1. Ощущение онемения или покалывания в теле				
2. Ощущение жары				
3. Дрожь в ногах				
4. Неспособность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				
6. Головокружение или ощущение легкости в голове				
7. Ускоренное сердцебиение				
8. Неустойчивость				

9. Ощущение ужаса				
10. Нервозность				
11. Дрожь в руках				
12. Ощущение удушья				
13. Шаткость походки				
14. Страх утраты контроля				
15. Затрудненность дыхания				
16. Страх смерти				
17. Испуг				
18. Желудочно-кишечные расстройства				
19. Обмороки				
20. Приливы крови к лицу				
21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				

Интерпретация результатов:

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы.

Значение до 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги

Значение от 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги

Значение выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствует об очень высокой тревоге.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI, A. Beck, 1961)

Инструкция: «В опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу, а затем определите по каждой группе одно из утверждений, которое ближе всего соответствует тому, как Вы чувствуете себя в течение данной недели и сегодня. Поставьте галочкой это *утверждение*. Если несколько утверждений одной группы кажутся Вам полностью подходящими, отметьте каждое из них. Прежде чем сделать выбор, обязательно прочитайте все утверждения данной группы».

		Балл	Ваш балл
А	1. Я не испытываю грусти.	0	
	2. Мне грустно или тоскливо.	1	
	3. Мне все время тоскливо или грустно, и я не могу избавиться от этого чувства.	2	
	4. Мне так грустно или печально, что это просто невыносимо.	3	
Б	1. Мысли о будущем не вызывают у меня уныния и удрученности.	0	
	2. Мне становится грустно, когда я думаю о будущем.	1	
	3. Я чувствую, что от будущего мне ничего хорошего ожидать не стоит.	2	
	4. Я считаю, что будущее безнадежно и ничто в лучшую сторону измениться не может.	3	
В	1. Я не считаю себя неудачником.	0	
	2. Я считаю, что терпел неудачи чаще, чем средний человек.	1	
	3. Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, то все, что я вижу, - лишь цепь неудач.	2	
	4. Я считаю, что как личность (родитель, муж, жена) потерпел полное поражение.	3	
Г	1. Я не испытываю никакой особой неудовлетворенности, недовольства.	0	
	2. Ничто не радует меня так, как прежде.	1	
	3. Я больше ни от чего не получаю удовлетворения.	2	
	4. Я недоволен и неудовлетворен всем.	3	
Д	1. Я не чувствую себя в чем-либо виноватым.	0	
	2. Большую часть времени я чувствую себя плохим и никчемным.	1	
	3. Я чувствую себя виноватым.	2	
	4. Я чувствую себя очень скверным и ни к чему не годным человеком.	3	
Е	1. Я не считаю, что я наказан.	0	
	2. У меня такое чувство, что что-то нехорошее может случиться со мной.	1	
	3. Я считаю, что наказан или буду наказан.	2	
	4. Я считаю, что заслуживаю наказания.	3	
Ж	1. Я не испытываю разочарования в себе.	0	
	2. Я разочарован в себе.	1	
	3. Я испытываю отвращение к себе.	2	
	4. Я ненавижу себя.	3	
З	1. Я не считаю, что я хуже других.	0	
	2. Я осуждаю себя за свои слабости и ошибки.	1	
	3. Я виноват во всем, что происходит не так, как этого бы хотелось.	2	

	4. Я считаю, что у меня много серьезных недостатков.	3	
И	1. У меня нет мыслей о том, чтобы причинить себе вред.	0	
	2. Я считаю, что лучше было бы, если бы я умер.	1	
	3. У меня есть определенные планы насчет самоубийства.	2	
	4. Я покончу с собой, как только появится такая возможность.	3	
К	1. Я плачу не чаще, чем обычно.	0	
	2. Я плачу чаще, чем обычно.	1	
	3. Я плачу все время и не могу остановиться.	2	
	4. Раньше я плакал, но сейчас не могу плакать, даже если этого хочу.	3	
Л	1. Я сейчас не более раздражителен, чем обычно.	0	
	2. У меня в настоящее время легче, чем обычно, возникает раздражительность и недовольство.	1	
	3. Сейчас я постоянно чувствую раздражительность.	2	
	4. Меня совсем не раздражает то, что обычно всегда раздражало.	3	
М	1. Я не утратил интереса к другим людям.	0	
	2. Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми.	1	
	3. Я почти утратил интерес к другим людям, и у меня почти нет никаких чувств к ним.	2	
	4. Я полностью утратил интерес к другим людям, и они меня совершенно не заботят.	3	
Н	1. Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда.	0	
	2. Я пытаюсь отложить принятие решений.	1	
	3. Я больше не могу принимать решения без чьей-либо помощи.	2	
	4. Я больше совсем не могу принимать решений.	3	
О	1. Я не считаю, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно.	0	
	2. Меня беспокоит то, что я выгляжу старым и непривлекательным.	1	
	3. Я чувствую, что внешне со мной происходят изменения, делающие меня непривлекательным.	2	
	4. Я считаю, что выгляжу гадко и отталкивающе.	3	
П	1. Я могу работать почти так же хорошо, как и раньше.	0	
	2. Мне нужно дополнительное усилие, чтобы что-нибудь сделать.	1	
	3. Я не могу выполнить никакую работу вообще.	2	
Р	1. Я сплю так же хорошо, как обычно.	0	
	2. Я просыпаюсь утром менее отдохнувшим, чем обычно.	1	
	3. Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно, и мне трудно снова уснуть.	2	
	4. Я просыпаюсь рано каждый день и не могу спать более 5 часов.	3	
С	1. Я устаю ничуть не больше, чем обычно.	0	
	2. Я устаю быстрее, чем обычно.	1	
	3. Я устаю от любого занятия.	2	
	4. Я слишком сильно устаю, чтобы чем-либо заниматься.	3	
Т	1. Мой аппетит не хуже, чем обычно.	0	
	2. Мой аппетит не такой хороший, как обычно.	1	
	3. Мой аппетит гораздо хуже, чем обычно.	2	
	4. У меня нет аппетита вообще.	3	
У	1. За последнее время я заметно не похудел, если похудел вообще.	0	
	2. Я похудел более чем на 3 кг.	1	
	3. Я похудел более чем на 5 кг.	2	
	4. Я похудел более чем на 8 кг.	3	
Ф	1. Я озабочен своим здоровьем не более чем обычно.	0	

	2. Я озабочен ноющими или другими болями, или расстройством желудка, или запорами, или другими неприятными ощущениями в моем теле.	1	
	3. Я настолько обеспокоен тем, как я себя чувствую, что мне трудно думать о чем-нибудь другом.	2	
	4. Я полностью поглощен тем, как я себя чувствую.	3	
X	1. Я не заметил, что в последнее время изменился мой интерес к противоположному полу.	0	
	2. Секс интересует меня менее чем обычно.	1	
	3. Сейчас меня значительно меньше интересует секс.	2	
	4. Я утратил всякий интерес к сексу.	3	
	СУММА		

Интерпретация результатов:

При результате менее 10 баллов выявляется отсутствие депрессии или ремиссия (выздоровление),

при результате 14-19 баллов – легкая депрессия,

при результате 20-28 баллов – депрессия средней тяжести,

при результате 29-63 баллов – тяжелая депрессия.

Общий результат выше 19 баллов свидетельствует о клинически значимой депрессии;

тяжесть >24 баллов говорит об обязательной необходимости лечения антидепрессантами.

Целью лечения является достижение результата менее 10 баллов.

Шкала безнадёжности Бека (HopelessnessScale, Becketal. 1974)

Инструкция: «Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных».

01	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРН О	НЕВЕРН О	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРН О	НЕВЕРН О	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРН О	НЕВЕРН О	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Всё, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости

1 2	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
1 3	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
1 4	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Дела идут не так, как мне хочется
1 5	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Я сильно верю в своё будущее
1 6	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
1 7	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
1 8	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым
1 9	ВЕРН О	НЕВЕРН О	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
2 0	ВЕРН О	НЕВЕРН О	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого

Подсчет баллов.

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1

04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация результатов:

Максимальный счёт – 20 баллов

0-3 балла – безнадежность не выявлена;

4-8 баллов – безнадежность лёгкая;

9-14 баллов – безнадежность умеренная;

15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности

Автор Ч.Д. Спилбергер (в адаптации Ю.Л. Ханина)

Шкала реактивной тревожности (РТ)

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет».

№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я не чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я не доволен собой	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4

18	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4

37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Интерпретация результатов:

до 30 - низкая тревожность;

31 - 45 - умеренная тревожность;

46 и более - высокая тревожность.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективность значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует повышения чувства ответственности и внимания к мотивам деятельности. Но иногда очень низкая тревожность активного вытеснения личностью высокой тревоги ставит целью показать себя в «лучшем свете». Шкалу можно успешно использовать в целях саморегуляции, в целях руководства и психокоррекционной деятельности.

Сокращенный многофакторный опросник исследования личности (Mini-Mult, СМОЛ)

Инструкция: «Вам предлагается тест, направленный на изучение Вашего характера. При выполнении теста требуется прочитать последовательно все тестовые утверждения, решая при этом: верно или неверно каждое данное утверждение по отношению к Вам. Не тратьте много времени на обдумывание утверждений. Наиболее точно отражают характер непосредственные реакции, ответы, которые первыми приходят в голову».

Текст сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ)

1. У Вас хороший аппетит.
2. По утрам Вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В Вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами Вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У Вас очень редко бывает запор.
7. Иногда Вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами Вас беспокоят тошнота и позывы на рвоту.
10. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
11. Иногда Вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю Вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству других людей.
14. С Вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против Вас.
16. В детстве Вы одно время совершали мелкие кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или месяцев Вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У Вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда Вы находитесь среди людей, Вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих Вас людей не считают Вас неприятным человеком.

21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше Вашего.
22. Большинство людей довольно своей жизнью более, чем Вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда Вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. Часто у Вас бывают подергивания в мышцах.
27. У Вас очень часто бывает чувство, как будто Вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
28. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что Вам хочется все сделать наперекор, хотя Вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против Вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным способом.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто Вы не можете понять, почему накануне Вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами Ваши мысли текли так быстро, что Вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что Ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства Ваших знакомых.
36. Временами Вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы Ваше самочувствие в основном было хорошим.
38. У Вас бывали периоды, во время которых Вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что Вас часто незаслуженно наказывали.
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о Вас другие.
42. С памятью у Вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым Вы только что познакомились.
44. Большую часть времени Вы чувствуете общую слабость.
45. У Вас редко болит голова.
46. Иногда Вам бывало трудно сохранять равновесие во время ходьбы.
47. Не все Ваши знакомые Вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть Ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что Вы слишком застенчивы.
50. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.

51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли Ваших знакомств.
53. Иногда Вы немного сплетничаете.
54. Временами Вы чувствуете, что Вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У Вас бывает сильное сердцебиение, и Вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У Вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к Вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда Вы полны энергии.
62. За последнее время у Вас ухудшилось зрение.
63. Часто у Вас звенит или шумит в ушах.
64. В Вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда Вы чувствовали, что на Вас кто-то действует гипнозом.
65. У Вас бывают периоды, во время которых Вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, Вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
69. Временами Ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

Таблица «Ключи» для обработки результатов обследования

Шкалы	Ответы	№ Вопросы
L	Неверно (Н)	5,11,24,47,58
F	Н Верно (В)	22,24,61 9,12,15,19,30,38,48,49,58,59,64,71
K	Н	11,23,31,33,34,36,40,41,43,51,56, 61,65,67,69,70
1 (HS)	Н В	1,2,6,37,45 9,18,26,32,44,46,55,62,63
2 (D)	Н В	1,3,6,11,28,37,40,42,60,65,61 9,13,11,18,22,25,36,44
3	Н	1,2,3,11,23,28,29,31,33,35,37,40,41,43,45,50,56

(Hy)	В	9,13,18,26,44,46,55,57,62
4	Н	3,28,34,35,41,43,50,65
(Pd)	В	7,10,13,14,15,16,22,27,52,58,71
6	Н	28,29,31,67
(Pa)	В	5,8,10,15,30,39,63,64,66,68
7	Н	2,3,42
(Pt)	В	5,8,13,17,22,25,27,36,44,51,57,66,68
8	Н	3,42
(Se)	В	5,7,8,10,13,14,15,16,17,26,30,38,39,46,57,63,64,66
9	Н	43
(Ma)	В	4,7,8,21,29,34,38,39,54,57,60

Интерпретация результатов:

Обработка результатов осуществляется с помощью накладных «ключей», выполненных на прозрачной пленке. Подсчитывается количество ответов испытуемого, совпавших с «ключом» по каждой из используемых шкал опросника. Качество полученных тестовых результатов, возможность их использования для вынесения заключения, определяется в зависимости от величины оценок по дополнительным шкалам. При значениях оценки по шкале L выше 4 или по шкале F выше 6 - данные считаются недостоверными. В этих случаях проводится повторное обследование. При инструктаже обращают внимание испытуемого на необходимость более внимательной работы с опросником. Если и при повторном обследовании получен недостоверный результат, может быть принято решение о нецелесообразности дальнейшей работы с кандидатом.

Шкала суицидальных мыслей Бека.

(Scale for Suicide Ideations - SSI)

I. Отношение к жизни/смерти

1. Желание жить

0. От умеренного до сильного

1. Слабое

2. Отсутствует

2. Желание умереть

0. Отсутствует

1. Слабое

2. От умеренного до сильного

3. Доводы в пользу жизни/смерти

0. Доводов в пользу жизни больше, чем в пользу смерти

1. Примерно одинаковы

2. Доводов в пользу смерти больше, чем в пользу жизни

4. Желание совершить активную суицидную попытку

0. Отсутствует

1. Слабое

2. От умеренного до сильного

5. Пассивная суицидная попытка

0. Принял бы меры предосторожности, чтобы остаться в живых

1. Положился бы на волю случая (например, вышел бы на проезжую часть оживленной улицы)
2. Не предпринял бы ничего для того, чтобы остаться в живых (например, прекращение приема инсулина диабетиком)

II. Характеристики суицидальной идеаторной активности

6. Продолжительность мыслей

0. Мимолетные
1. Достаточно продолжительные
2. Неотступные

7. Частота

0. Возникают очень редко
1. То возникают, то исчезают
2. Не отпускают

8. Отношение к суицидальным мыслям/желаниям

0. Отрицательное
1. Амбивалентное; индифферентное
2. Согласие

9. Контроль над суицидальным поведением

0. Уверен, что может противостоять суицидальным мыслям/желаниям
2. Не уверен в этом
3. Не контролирует себя

10. Сдерживающие факторы (семья, религиозные убеждения; возможная инвалидизация в случае безуспешной попытки; необратимость поступка)

0. Не совершит самоубийства в силу сдерживающих факторов (указать, каких)

1. Принимает во внимание сдерживающие факторы

2. Не думает о сдерживающих факторах

11. Причины предполагаемой суицидной попытки

0. Манипулировать окружающими, привлечь к себе внимание, отомстить кому-то

1. Сочетание «0» и «2»

2. Положить конец страданиям, разом решить все проблемы

III. Характеристики предполагаемой суицидной попытки

12. Метод: степень продуманности

0. Не обдуман

1. Обдуман в общем виде

2. Детально проработан

13. Степень доступности метода и наличие возможности для совершения суицида

0. Недоступен в принципе; возможность отсутствует

1. Для подготовки требуется время; на настоящий момент возможность отсутствует

2. Метод доступен; возможность есть

14. Субъективно ощущаемая способность к совершению суицида

0. Считает, что ему не хватит смелости или что у него не получится покончить с собой

1. Не уверен в том, что ему хватит смелости или что у него получится покончить с собой

2. Уверен в собственной смелости и компетентности

15. Ожидание/предвосхищение суицидной попытки

- 0. Нет
- 1. Слабое; под сомнением
- 2. Есть

IV. Реализация предполагаемого суицида

16. Реальная подготовка

- 0. Нет
- 1. Частичная (например, начал запасаться таблетками)
- 2. Завершенная (имеет достаточный запас таблеток, заряженный пистолет и т. п.)

17. Предсмертная записка

- 0. Нет
- 1. Только начал составлять; только обдумывает
- 2. Написана

18. Последние действия и распоряжения (оформление завещания, страховки на близких, подарки друзьям и родственникам и т. п.)

- 0. Нет
- 1. Думает об этом; сделал некоторые распоряжения
- 2. Сделал все необходимые распоряжения

19. Утаивание суицидальных намерений

- 0. Высказывает их открыто
- 1. Не говорит о них
- 2. Скрывает их

V. Предпосылки для совершения суицида

20. Наличие суицидных попыток в прошлом

- 0. Нет
- 1. Одна
- 2. Несколько

21. Желание умереть после последней суицидной попытки

- 0. Слабое
- 1. Амбивалентные чувства
- 2. Сильное

Интерпретация результатов:

Сумма всех баллов (максимум 38) определяет риск суицида на момент интервью: чем больше балл, тем выше риск. Два дополнительных пункта фиксируют случаи предшествующих попыток суицида и их количество.

Шкала позволяет оценить три составляющих суицидального мышления: активное суицидальное желание, пассивное суицидальное желание и подготовительные действия.

Клинически значимым «порогом» суицидального риска в исследованиях на взрослых принято считать 6 баллов и более.

Социальная карта

Причина обращения за медицинской помощью:

Желание прекратить играть на период _____

на всегда _____

как получится _____

ИНИЦИАТОР: сам (а), лечащий врач, семья,
работа: _____

Причина, побудившая к
этому: _____

Пытался (лась) самостоятельно прекратить
играть: _____

Результат: _____

Лечился (лась) в
клинике: _____

Результат: _____

Настроение (в
норме/снижено/повышено) _____

Степень контакта: беседует
охотно/закрыт(а) _____

Что дает игра? расслабление/успокоение/помогает общаться/отвлечься от
неприятных мыслей или
другое _____

Участие в программах
самопомощи _____

Готовность к лечению

Образование: _____ Профессия _____

Место
работы _____ Должность _____

Инвалидность _____

Социальное
окружение _____

Увлечение,
хобби _____

Отношение к игре родных и друзей:
отрицательное/безразличное /положительное/это их
проблема _____

Отношение к игре коллег: отрицательное/безразличное /положительное/это их
проблема _____

Нарушение
законов _____

Помощь
юристов _____

Примечания: _____

Дата _____ Специалист _____