

Практические аспекты консультации пациентов, зависимых от участия в азартных играх. Первичная диагностика, оценка и мотивационное интервью. Сообщение 1

АВТОНОМОВ Д.А. медицинский психолог. Наркологический диспансер №12 УЗ ЮЗАО г.Москвы;
e-mail: d-avtonomov@yandex.ru

Рассмотрены цели, задачи, тактика и специфика первичного диагностического и мотивационного интервью, проводимого клиническим (медицинским) психологом, с пациентами, обратившимися за помощью из-за проблем с азартными играми.

Ключевые слова: патологические азартные игры, первичное интервью, диагностика, мотивационное консультирование

Введение

Патологическая склонность к азартным играм является новой и в целом недостаточно разработанной проблемой российской психиатрии и наркологии [3].

Известно, что у игроков намного чаще, чем в популяции, встречаются различные психические заболевания (аффективные и тревожные расстройства, симптомы химической зависимости, ОКР, признаки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (в анамнезе) и расстройства личности [10—14]. Данные пациенты имеют выраженную тенденцию совершать противоправные действия с целью дальнейшего финансирования своего участия в играх [15]. К тому же у лиц, зависимых от игры, высок риск совершения суицидальных попыток [13, 16]. По-видимому, формирование зависимости от игр для некоторых субъектов было своеобразным тестом, выявившим их преморбидную уязвимость.

Обусловленное расстройством влечений поведение пациентов представляет угрозу для них самих, их семей и для общества, в целом. В связи с этим, необходимы своевременная диагностика как основного, так и сопутствующего расстройства (расстройств), преодоление пессимизма и сопротивления, усиление мотивации на получение эффективной и результативной помощи.

Цель консультации и задачи медицинского психолога

Первичное мотивационное интервью, проводимое клиническим психологом, может помочь пациенту осознать наличие болезненного расстройства, помочь ему сформировать мотивацию к дальнейшему лечению и изменению своего проблемного поведения.

Опыт проведения первичного диагностического и мотивационного интервью был получен в процессе работы в Центре лечения и профилактики игровой зависимости при НД №12 УЗ ЮЗАО г.Москвы и программы реабилитации «Вне Игры» [1].

Наша практика показывает, что в большинстве случаев пациенты, страдающие от патологической склонности к азартным играм, не осознают серьезности своих проблем и тяжести имеющейся у них психопатологии. Они избегают контактов с врачами и не ищут помощи у психиатра. Испытывая страх и недоверие, они в большей степени готовы пойти на контакт с медицинским психологом, чем с врачом в рамках анонимного амбулаторного приема.

Мы полагаем, что такая встреча служит первым шагом на пути, ведущем к осознанию игроками своих трудностей, истинных причин их возникновения и получению квалифицированной помощи.

Мы исходим из гипотезы, что мотивация пациента (а не его родственников, коллег и/или самого клинического психолога) является принципиально важным и решающим условием для получения им результативной и эффективной помощи.

Функции и задачи медицинского психолога:

- самостоятельное осуществление приёма пациентов;
- проведение необходимых психодиагностических, психокоррекционных, реабилитационных и психопрофилактических мероприятий.

Задачи первичной консультации:

1. Выявление жалоб и прояснение субъективной оценки клиентом своего состояния;
2. Диагностика у клиента наличия признаков патологической склонности к азартным играм;

3. Сбор информации о личной жизни, прояснение семейного и социального анамнеза;
4. Сбор психиатрического анамнеза с особым акцентом на диагностику сопутствующей психической патологии и личностных расстройств;
5. Сбор наркологического анамнеза;
6. Оценка антисоциальной активности и суицидального риска;
7. Оценка размаха и масштаба текущего кризиса, заставившего клиента обратиться за помощью;
8. Оценка последствий (межличностных, финансовых, социальных, юридических и т.д.) потерь, вызовов и актуальных угроз, нависших над клиентом;
9. Выявление ожиданий от встречи, оценка мотивации к изменению проблемного поведения;
10. Проведение мотивационной интервенции;
11. Заключение психотерапевтического контракта и/или обсуждение дальнейших шагов клиента для получения им результативной помощи.

Этапность тактики первичного диагностического и мотивационного консультирования

Первый контакт обычно происходит двумя способами: клиент обращается «самотеком» непосредственно в лечебное учреждение или предварительно звонит и договаривается о встрече по телефону. Телефонный звонок может принять сотрудник, работающий в регистратуре, и сообщить время и порядок приёма у специалиста.

Если к телефону подходит психолог, то во время разговора клиент получает возможность заявить о своей проблеме и задать интересующие его вопросы. Психолог может, в свою очередь, подтвердить свою готовность оказать помощь и предложить клиенту прийти на очную консультацию. Специалист сообщает адрес, удобный способ добраться до места встречи, продолжительность выделенного на консультацию времени.

Психологу следует избегать длинных разговоров. Разговор должен быть кратким, внятным, недвусмысленным и по существу. Разумеется, не следует давать нереалистические обещания или какие-либо гарантии.

Очень важный момент: на основании нашего опыта консультирования игроков, только каждый второй из записавшихся на приём клиентов приходит на первую встречу со специалистом. Мы обратили внимание на следующий факт: чем больше времени проходит с момента записи, тем меньше вероятность того, что игрок придёт на встречу с психологом.

Как правило, клиенты, позвонившие по телефону, выражают намерение приехать на консультацию немедленно или готовы ждать своей очереди не более полутора—двух часов. Многие из них бывают очень разочарованы тем, что они не могут «прийти и поговорить» в любое удобное для них время. Необходимость считаться с реальностью («Реально то, что оказывает сопротивление» [9]), встречаться с фрустрацией для многих из них просто невыносима. Некоторые из игроков совершенно искренне полагают, что специалист априорно рад встрече с ними и нетерпеливо ждёт их появления в своём кабинете. А раз они все-таки соизволили нанести ему визит, то он (психолог или врач) должен «войти в их положение» и «пойти им навстречу». Иногда для пущей убедительности игрок, намеревающийся прийти на консультацию, уже по телефону с самого начала пытается манипулировать специалистом, добиваясь удобного для него времени, говоря о «чрезвычайно срочной необходимости встречи» или о её «особой важности» для его дальнейшей судьбы. Зачастую ссылаясь на то, что в другое время он, дескать, «очень занят».

Мы считаем, что не следует пассивно идти на поводу у клиентов. Если у специалиста есть возможность принять игрока в тот временной промежуток, когда он это сделать может, то эту возможность следует использовать. Если такой возможности нет, то не стоит идти на компромиссы и искусственно выискивать дополнительные возможности. Не следует отменять или переносить других заранее записанных клиентов ради впервые позвонившего первичного клиента.

Иногда некоторые не очень опытные специалисты «ведутся» на аргументы игроков и их настойчивые просьбы «сделать для них исключение и т.д.». Однако результат подобной политики оставляет желать лучшего. «Выкроив время» для такого клиента и «пойдя навстречу», получив от него встречные заверения о том, что он «уже едет» и «сейчас будет», специалист может впустую прождать всё время, а клиент так и не дойдёт до порога консультационного кабинета. Психолог, сам того не желая, оказывается одним из тех многих людей из окружения игрока, которые, руководствуясь самыми добрыми намерениями и искренне желая им помочь, были, по факту, введены в заблуждение и обмануты.

Безусловно, согласно нашему опыту, если клиент хочет прийти на консультацию вскоре после телефонного звонка, то это повышает шансы того, что он не передумает и все-таки дойдёт до специалиста. Однако это отнюдь не гарантирует, что он придёт, даже если по телефону игрок клялся, что «непременно будет» и «обязательно приедет» и т.д.

Также необходимо знать, что зачастую клиенты, позвонившие, чтобы договориться о времени приёма, находятся в остром кризисе после очередного игрового срыва и крупного проигрыша или находятся под сильным давлением третьих лиц. Некоторые игроки звонят, выйдя прямо из казино, и их эмоциональное состояние нестабильно, а поведение в высшей степени импульсивно.

Специалисту необходимо знать, что некоторые игроки записываются на консультацию с целью «подстелить себе соломку» — только для того, чтобы потом рассказать своим родным, коллегам или начальству, что они «взялись за голову» и уже «ходили лечиться» и т.д. То есть только для того, чтобы продемонстрировать «серьёзность» своих намерений и нейтрализовать встречные требования третьих лиц наконец-то начать лечиться и обратиться за помощью к психологу или врачу.

Бывает так, что игрок настаивает на срочной необходимости встречи, а психолог не может принять его в то время, на которое он рассчитывал. Психологу перед предложением альтернативного времени приёма зачастую бывает полезно спросить у игрока по телефону: *«Сколько времени существует проблема, из-за которой Вы хотите получить помощь?»*. Обычно, отвечая на этот вопрос, игроки говорят, что проблема существует несколько лет, а иногда и целое десятилетие. Психолог может сказать в ответ приблизительно следующее: *«Если я Вас правильно понял, проблема с азартными играми существует у Вас уже целых столько-то лет. Что Вы думаете насчёт того, чтобы встретиться и обсудить то, что Вас беспокоит, завтра во столько-то?»*. Благодаря такой постановке вопроса клиент, захваченный идеей «надо срочно что-то делать», получает возможность более спокойно и адекватно взглянуть на свою ситуацию. В идеале, при помощи специалиста игрок может понять, что для проблемы, существующей в течение многих лет, один—два дня ничего не решают, а также осознать тот факт, что он, прекрасно зная о существовании у него проблемы с азартными играми на протяжении длительного времени, не предпринял ни малейших усилий для её решения.

Мы также заметили, что, если клиент записался на утренние часы, вероятность того, что он придёт на консультацию, по нашей статистике, составляет около 10%. Многие клиенты перезаписываются повторно через некоторое время (от нескольких дней до полугода) и затем опять не приходят на консультацию. Такие действия (и последующие бездействия) могут осуществляться несколько раз, прежде чем клиент переступит порог консультационного кабинета.

Из всех пришедших на первую встречу примерно каждый второй игрок опаздывает на неё. Время опоздания колеблется в интервале от 5 до 30 мин. Причём, большинство опоздавших уверено, что время консультации будет для них продлено, так как они (игроки), разумеется, опоздали не по своей вине, а во всём виноваты дорожные пробки, сотрудники ГИБДД, неожиданно возникшие трудности нахождения места встречи (к слову игровые клубы, в том числе нелегальные, клиент находит без проблем) и прочие обстоятельства «непреодолимой силы».

Начало консультации

Первым этапом консультирования клиентов, обратившихся из-за проблем с азартными играми, являются знакомство и установление границ [4, 5, 7]. Специалист приглашает клиента пройти в кабинет и указывает на кресло, где он может расположиться.

Дальше психолог представляется сам и спрашивает у клиента о том, как он хочет, чтобы его называли, напоминая, что сведения, которые он получит, не будут разглашены и являются конфиденциальными.

Представляясь, большинство игроков называет свое настоящее имя. Разумеется, к пациенту следует обращаться на «Вы», даже если он говорит о том, что к нему можно обращаться на «Ты». Специалисту следует избегать неуместного панибратства и соблюдать разумную дистанцию.

Установление границ при работе с патологическими азартными игроками чрезвычайно важно. Игрок — это человек без чётких границ, и он пытается организовать свою жизнь привычным для себя образом. Если у человека нет границ, то он неизбежно будет нарушать границы других людей. Психолог должен установить ясные пространственные (расположение в кабинете, дистанция) и временные границы встречи, ясно говоря, сколько времени есть в его распоряжении.

Рекомендованное время первичной консультации составляет 90 мин. Если клиент опоздал, то ему сообщается, что время его консультации будет сокращено на соответствующие его опозданию минуты. Ответственность специалиста заключается в том, чтобы его слова соответствовали поступкам. Психолог должен планировать беседу с учётом реально оставшегося времени и завершить её в установленный заранее срок. Мы считаем, что лучше назначить новое время для дополнительной, повторной консультации, чем выходить за рамки заранее оговорённого и отведённого времени.

Вот наиболее характерные ошибочные ожидания, намерения, подходы, действия, бездействия и заблуждения, которым может быть подвержен специалист:

1) психолог демонстрирует свою радость и удовлетворение только из-за того, что пациент пришел к нему на консультацию;

2) психолог очень хочет понравиться пациенту и расположить его к себе;

3) психолог ожидает, что пациент пришел по собственной воле, высоко мотивирован и готов к изменениям;

4) психолог боится обидеть или как-то задеть пациента. Психолог считает, что пациент (зачастую бывавший в таких жизненных переделках, каковые психолог не может себе и вообразить) хрупок, как стеклянная елочная игрушка, и что он психолог, может своими вопросами как-то ему повредить;

5) психолог пассивно идет на поводу у пациента;

6) психолог пытается неискренне подбодрить и ободрить пациента. (Фразы: «*Не отчаивайтесь!*» или «*Всё будет хорошо!*» банальны и неуместны);

7) психолог пытается активно утешать и умиротворять пациента, сглаживать «острые углы»;

8) психолог пытается давать преждевременные советы пациенту под видом рекомендаций;

9) психолог избегает активной конфронтации с враждебностью и самодеструктивностью пациента;

10) психолог позволяет себе вслед за пациентом смеяться (так называемый «Смех висельника»), когда клиент, смеясь и улыбаясь, с радостным выражением лица рассказывает о том, какие беды, потери и несчастья выпали на его долю.

Примечание. Если психолог не смог сдержаться (иногда это действительно сложно сделать) и смеялся вместе с пациентом, то в этом случае психолог может сказать: «*Я беру назад свой смех и приношу Вам свое извинение; то, что Вы рассказали мне, не было для Вас в тот момент смешным*». Если специалист видит, что пациент пытается соблазнить его на то, чтобы он посмеялся вместе с ним, над его страданиями, то психолог может императивно заявить: «*Для Вас это было не смешно! Я не буду смеяться над Вашей бедой!*»

11) психолог избегает задавать неловкие вопросы, даже если чувствует, что ответы на них для него важны;

12) психолог соглашается с тем, что главная проблема пациента — финансово-долговая;

13) психолог, искренне изумившись, услышав рассказ пациента о величине его долгов и/или о проигранных суммах, начинает выступать в роли финансового советника или юриста;

14) психолог соглашается с версией пациента относительно его мотивов, заключающейся в том, что он (пациент) играет в азартные игры, чтобы расплатиться с долгами;

15) психолог разделяет уверенность пациента в том, что все его проблемы будут решены в случае погашения всех долгов;

16) психолог соглашается с версией пациента о том, что, когда у него отсутствуют денежные средства, он функционирует адекватно психически и эмоционально и у него нет каких-либо признаков расстройства;

17) психолог отказывается выражать свое сомнение и недоверие пациенту, даже когда явно чувствует, что ему недоговаривают, грубо искажают факты и их значение, лгут и откровенно вводят в заблуждение;

18) психолог пассивен, отказывается от своей власти и позволяет пациенту руководить процессом консультирования;

19) психолог позволяет пациенту определять время окончания сессии. (У психолога есть исключительное право определять время окончания сессии. Пациент начинает сессию фактом своего прихода в консультационный кабинет, а специалист завершает ее актом своей воли).

Подобные ожидания, действия и бездействия являются в большинстве случаев откровенно антитерапевтическими и не приносящими никакой пользы. Удивляет лишь то, насколько широко и часто некоторые психологи используют подобные подходы при консультировании. Пациент в этом случае может воспринять консультанта как ещё одного простака, которого он одурачил и обвёл вокруг пальца, и который не стоит ни его внимания, ни его времени.

Для патологических игроков, в целом, характерна пассивная позиция относительно собственного выздоровления. Многие игроки занимают пассивно-высокомерную позицию по отношению к психологу или врачу. Типичное их послание без слов: «Ну, вот я пришел, давайте лечите меня». Визит к специалисту по поводу лечения зависимости воспринимается многими вроде посещения врача-стоматолога. Игроки зачастую полагают, что достаточно зайти, сесть в кресло, и — всё остальное специалист сделает сам. Отсюда проистекает частота запросов и просьб загипнотизировать их, применить воспитательные и запретительные меры, «дать верные установки», «внушить идеи о вреде игры» и т.д. В анамнезе у таких игроков зачастую есть истории обращения за помощью к экстрасенсам, бабкам-гадалкам, знахаркам. Некоторые пытались лечиться заговорами, снимали порчу, сглаз и/или прибегали к методам «плацебоопосредованной суггестии», осуществляемым врачами-наркологами под названиями: «кодирование», «25-й кадр» и т.д. Эффект от подобных процедур (представляющих собой, по сути, «исцеление переносом» [7]) обычно краткосрочен и нестойк, что, однако, не мешает пациентам жаждать его повторения. Такие методы лече-

ния выгодны обеим сторонам, ибо одна сторона (врачи) легко зарабатывает деньги, а вторая сторона — пациенты — получает своеобразную «индულгенцию» для продолжения игры, следуя логике: «Я хотел бросить играть («Я — хороший») — Я лечился у специалиста — Я пошел в казино, чтобы проверить эффективность лечения — Оказалось, что меня плохо лечили! — Поэтому я снова играю» («Я не виноват»).

Игроки прячут от самих себя свое наслаждение, получаемое в игре, и пытаются убедить себя и психолога в том, что они играют исключительно ради денег и выигрыша. Особенно трогательно из уст игроков звучат истории о том, что они, дескать, играют лишь ради того, чтобы «отыграться», т.е. вернуть себе назад свои же потраченные ранее на игру деньги. Не дай бог, если их заподозрят в алчности, жадности, стяжательстве и желании обогатиться за чужой счёт! Они пытаются выставить себя как людей, имеющих исключительно финансово-долговые проблемы, вроде обманутых вкладчиков разорившегося банка или лиц, пострадавших по вине мошенников.

На основании нашего опыта работы мы полагаем, что начальной точкой понимания проблем патологических игроков является тезис, что *пациенты играют не ради денег*. Деньги являются «входным билетом», пропуском в мир удовольствия и способом хоть как-то его соизмерить. Мы полагаем, что *патологические игроки играют ради удовольствия и снятия напряжения* [2, 13]. Предвкушение азарта, удовольствие от стремления к удовольствию от игры, азартная игра, игровой процесс для патологических игроков сами по себе становятся (являются) формой и источником получения наслаждения.

Игрок привык взаимодействовать с окружающими посредством лжи, давления, манипуляций и подхалимства. Соответственно, он практически неизбежно воспроизведёт свое привычное обращение с другими людьми на сессии и с психологом. Его поведение в консультационном кабинете может простирается от вербальной агрессии (за которой прячутся страх и уязвимость) до самоуничтожения с взыванием о спасении (за которым стоят надменность, высокомерие и отрицание любой реальной помощи).

Специалисту следует понимать, что он всегда, будучи в контакте с игроком, находится между Сциллой профессиональной позиции (которую пациент может воспринять как жёсткую, отвергающую или безразличную) и Харибдой человеческой эмпатии (которую пациент может воспринять как слабость и неуместное «спасательство»). Психолог должен обладать знанием и умело балансировать между этими двумя крайностями.

Далее, после знакомства, установления ясных временных и пространственных границ, психолог предла-

гает пациенту в свободной форме рассказать о причине своего обращения [4 — 6].

Вопрос, обращённый к пациенту, может звучать приблизительно так:

— *Что привело Вас на консультацию?*

— *Расскажите мне о проблеме, приведшей Вас на консультацию.*

— *Какова цель Вашего визита ко мне?*

— *Чья была идея обратиться к нам (ко мне) за помощью?*

Первая часть беседы представляет собой активное выслушивание и наблюдение за пациентом. Задача специалиста — помочь пациенту высказать в свободной форме все то, что он может и хочет сказать. Следует избегать наводящих вопросов или торопить пациента, ему дается возможность самостоятельно организовать коммуникацию со специалистом тем способом и с той скоростью, на которую тот способен. Во время такой речи специалист может отслеживать и оценить способность пациента вспоминать, мыслить, понимать и анализировать [5, 6].

Обычно первичная диагностика патологической склонности к азартным играм не вызывает затруднений у специалиста. Для самих пациентов их формальный диагноз во многих случаях также не представляет загадку. Между осознанием проблемы и первым обращением к специалисту, согласно нашим наблюдениям, проходит несколько лет. За это время пациент многократно убеждается в наличии у него проблемы. Некоторые пациенты, войдя в кабинет, с порога заявляют, что у них, дескать, «игромания». Проблема тут вот в чём: абсолютное большинство пациентов, знающих, что у них «игромания», не знает, что игромания — это *психическое заболевание*. Большинство пациентов, признавая у себя наличие «игромании», считает её пороком, моральным дефектом и проявлением своей глубокой ущербности. Даже те пациенты, которые знакомы с 12-шаговой программой выздоровления, ходившие на группу «Анонимных Игроков» и слышавшие о том, что игромания — это заболевание, в глубине души по-прежнему считают себя ущербными, порочными и преступными. Воспринимая то, что с ними происходит через призму морали и этики, они неизбежно оказываются в тупике.

Используя моральную парадигму, пациенты принимают на себя роль грешника и преступника. Преступник — это свободный человек, являющийся автором своих поступков, полностью ответственный за свои действия и совершающий их по своей злой воле. Моральная парадигма — это парадигма греха и наказания (искупления). Игромания, согласно этой парадигме, — это грех, и игроки, согласно моральной парадигме, — это порочные натуры, которые в состоянии контролировать своё поведение, но при этом, тем не менее, делают выбор в пользу игры. Также в мо-

ральной парадигме подчёркивается роль наслаждения, желания. Игрок — это страстный человек, делающий выбор в пользу своего порока. Лечение игромании в такой парадигме, если рассматривать его крайне упрощенно, сводится к покаянию, наказанию, воздержанию и исправлению. Собственно говоря, этими практиками и занимаются наши пациенты, вне зависимости от того, являются ли они религиозными или нет. Они раскаиваются после очередной игры, пытаются искупить свою вину, проклинают и обзывают сами себя последними словами, наказывают себя или позволяют другим людям наказывать их. Ещё в 1927 г. профессор Зигмунд Фрейд обратил внимание на последовательно сменяющиеся одна другую фазы, характерные для патологического азартного игрока: игра — «покаяние» — очередной игровой срыв [8].

«Покаяние» — это технический прием («перезагрузка совести»), подготавливающий почву для очередной игровой срыва. Подобное «покаяние» не имеет никакого отношения к истинному, первоначальному значению этого слова, означающего «изменение мышления» и радикальную перемену образа жизни. Никакого реального изменения мышления не происходит, никаких выводов не делается. Из совершенных поступков не извлекается опыт, образ жизни остается тем же. После проигрыша у патологического игрока происходит оргия самобичевания, самоунижения и жалости к себе. Затем наступает своеобразный «катарсис», освобождение и патологический азартный игрок успокаивается и в очередной раз говорит себе: «Теперь всё, больше я играть не буду! Я завязываю! Это был просто кошмарный сон, и он больше не повторится. Я начинаю жить заново и т.д.».

Некоторые пациенты пытаются решить проблему, изолировав себя от соблазнов, посещая монастыри, некоторые постыятся и лишают себя привычных удовольствий, разговаривают со священнослужителями, дают клятвенные зарок больше не играть и т.д. После этого, обычно через короткое время, они снова идут играть и цикл повторяется. Именно крах подобных стратегий совладания и приводит их в кабинет к психологу или врачу.

Моральной модели «греха» противопоставлена медицинская модель заболевания. Согласно медицинской парадигме, игромания — это психическое заболевание, расстройство влечений. Патологический азартный игрок — это больной человек, который не свободен в своих поступках, потому что временами им руководит болезнь. Тут важно не перепутать не свободу в поступках с понятием *невменяемость*, которая относится к юридической парадигме. Понятие *невменяемость* применимо в тех случаях, когда поведение, вытекающее из психического расстройства, само по себе образует состав преступления. Патологический азартный игрок не в состоянии контролировать свои симптомы и нуждается в лечении, а не в на-

казании. По мере прогрессирования расстройства игра становится потребностью, зависимость ограничивает свободу и препятствует адаптации и развитию личности.

Медицинская модель обращает внимание на наследственную предрасположенность, органические изменения, сопутствующие психические заболевания и психологическую склонность. Патологическая склонность к азартным играм может возникнуть у человека вне зависимости от его религиозных воззрений и высоты его моральных норм. Её невозможно вылечить путем «покаяния», потому-то в случае развития заболевания «покаяние» становится необходимой частью болезни зависимости. Именно благодаря «покаянию» происходит перезагрузка совести, которая готовит почву для нового игрового срыва.

Мы убеждены, что торжественные клятвы, посты, молитвы, зарок, тренировки силы воли, самонаказания — суть способы избегания решения проблемы, тешащие высокомерие заболевшего и поднимающие его рухнувшую самооценку. Они дают игроку лишь временную иллюзию, что он своими силами может контролировать появление симптомов своего заболевания. Согласно медицинскому взгляду, патологически азартный игрок не ответственен за то, что он заболел, но он ответствен за своё выздоровление. Он не властен над симптомами своего заболевания, главным из которых является появление вне зависимости от его воли аддиктивного влечения. Но пациент властен над тем, как он обращается с этим симптомом, с тем, что он делает в случае его возникновения.

Опытный клинический психолог, внимательно слушающий и наблюдая за пациентом, его поведением и тем, как он организует коммуникацию, не прибегая к специальным диагностическим методикам, может получить в самых общих чертах информацию:

- о *внешнем виде пациента*, включающем в себя информацию о возрасте, его соответствии биологическому возрасту, телосложению, соотношении веса и роста. Выясняется наличие шрамов, следов увечий, хирургических операций, самоповреждений, следов от внутривенных инъекций. Татуировки, их качество исполнения, место расположения и содержание изображенных образов. Состояние зубов; одежда и её состояние. Наличие аксессуаров и украшений. Изучается манера держаться и вести себя;
- *моторной сфере и жестике* (поза, координация, походка, неусидчивость, тики, гиперкинезы, компульсии, ажитация или скованность);
- *мимика* (живая, бедная, скорбная, заискивающая и т.д.);
- *выражении лица и глаз* (безучастное, застывшее, напряженное, печальное, надменное, презрительное, настороженное или нарочито театральное);
- *речи пациента* (голос тихий, громкий, охрипший и т.д.). Уточняется характер поведения в разговоре

(молчание, паузы, перебивание речи психолога, общая плотность дискурса). Выявляются такие особенности, как ригидность, спонтанность, тональность, скорость, объем, наличие речевых дефектов, например таких, как заикание и т.д.;

- *когнитивной сфере*, которая включает в себя:

а) конкретное содержание мыслей (суицидальные и самообвинительные мысли, идеи величия, параноидные идеи и идеи отношения; бредовые, сверхценные и навязчивые конструкции, фобии);

б) процесс и темп мышления, куда входят ассоциативный ряд, скорость, темп течения мыслительных процессов и гладкость протекания, их адекватность. Последовательность, аморфность и наличие признаков «закупорки мыслей» (шперрунги);

в) мотивационная сторона мышления (целенаправленность, разноплановость, соскальзывания, обстоятельность, резонёрство);

г) смысловая сфера (адекватность/неадекватность смыслов, паралогичность, псевдоабстракции);

д) уровень интеллекта и эрудиции в самых общих чертах (высокий, средний, низкий). Насколько гибко или ригидно мышление пациента. Способен ли пациент воспринимать новые идеи.

Примечание:

— в случае подозрения психолога на наличие бреда следует прояснить структуру бреда, его центральную тему, степень разработанности и силу вовлечения. Насколько бредовая идея (идеи) доминирует в сознании пациента и нарушает процесс мышления, как перестроилась социальная жизнь пациента под её влиянием;

— в случае подозрения психолога на наличие идей величия следует прояснить, на чём, по мнению пациента, основана убежденность в своем превосходстве (будь то на обладании знанием, особыми способностями предвидения, интуицией, происхождением, избранностью и т.д.) и как это проявляется в беседе с психологом;

— в случае подозрения психолога на наличие параноидных идей, которые проявляются в настороженности, недоверии, бдительности и убежденности в наличии заговора и во враждебном отношении окружающих. Следует прояснить степень враждебности и опасности поведения пациента для окружающих, которое может проявляться в раздражительности, активной или пассивной агрессии, враждебности, неуважении и негодовании;

- *аффективном состоянии*. Общий уровень эмоционального развития, стабильность/нестабильность аффекта, его адекватность ситуации, сила, продолжительность. Насколько пациент чувствителен к внешним раздражителям, стимулам и насколько способен произвольно контролировать свои эмоции. Интерес к жизненным явлениям и событиям, общая эмоциональная

включенность. Оживление, радость в глазах, улыбка, выражение блаженства при разговоре об игре. Как пациент реагирует на слова и молчание психолога;

- *состоянии памяти*. Насколько легко вспоминает события и даты своей биографии, что избирательно забывает, помнит ли имя психолога и т.д.;

- *внимании*. Способность к сосредоточению и переключению, отвлекаемость, истощаемость внимания;

- *насколько пациент адаптирован к реальности*. Склонен ли к уходу от реальности (суицидальное и аддиктивное поведение), противостоянию реальности (антисоциальное и асоциальное поведение) или игнорированию реальности (бесплодное фантазирование, аутизация);

- *критике к заболеванию и состоянию*. Какова внутренняя картина болезни и внутренняя картина здоровья, если она сформирована у пациента. Осознание болезни, понимает ли, пациент что патологическая вовлеченность в азартные игры — это психическое заболевание?;

- *представлении о здоровье и выздоровлении*: как себе представляет свое выздоровление? По каким признакам поймет, что ему становится лучше? По каким изменениям в его поведении он полагает, что окружающие его люди поймут, что он начал выздоравливать?;

- *локусе контроля*. Внешний или внутренний;

- *ведущем векторе отношений*. К людям, против людей, от людей;

- *доминирующих защитных механизмах личности*. Примитивные защиты: изоляция, отрицание, всемогущество, интроекция, проекция, расщепление. Высшие защиты: изоляция аффекта, вытеснение, интеллектуализация, морализация, рационализация, уничтожение сделанного, поворот против себя и смеждения. Также об избыточности или слабости защит и о ригидности их применения;

- *восприятии психолога-консультанта*. Типичны две крайности: «Магический спасатель» и «Потенциально опасный преследователь». Или в целом адекватное восприятие;

- *мотивации к изменению*. Мотивация к изменению отсутствует, мотивация внешняя/контролируемая, мотивация внутренняя/автономная.

Несколько слов о дискурсе пациента: обычно пациент заблаговременно готовит свою речь и продолжительность этого заранее отрепетированного им сообщения занимает от нескольких секунд до нескольких десятков минут. Вероятно, эту речь пациент неоднократно проговаривал сам себе по дороге к консультационному кабинету. Мы полагаем, что всё, что пациент подготовил, неважно, сколько в этой истории лжи и самообмана или правды, служит ему защитой. Вопрос тут вот в чём — насколько сильно и ригидно пациент готов придерживаться своего нарратива. Некоторые пациенты говорят почти без умолку, чтобы

избегать диалога с психологом, другие чувствуют себя настолько парализованными стыдом и страхом, что не могут связать и двух слов, вся их отрететированная речь тут же разваливается. Другие пациенты, отстраняются от своих переживаний, говоря о себе во втором и даже в третьем лице, так что у психолога складывается ощущение, что они как будто рассказывают историю о ком-то постороннем или пересказывают виденный ранее кинофильм или прочитанную книгу. Некоторые начинают с постановки себе диагноза, говоря, что у них игромания, а затем вопросительно смотрят на реакцию психолога, как будто ожидая, чтобы он подтвердил их гипотезу или похвалил за проницательность. В любом случае на начальном этапе интервью психологу гораздо более важно обращать внимание на то, как пациент говорит, а не на то, что он говорит [4, 5].

В первой части беседы у пациента есть возможность изложить основные жалобы и рассказать о причинах, заставивших его обратиться за помощью. Переход от первой части ко второй психолог может осуществить, суммируя то, что услышал от пациента. При этом полезно использовать слова пациента, прозвучавшие ранее в его речи. Психолог как бы подводит черту под речью пациента, связывая воедино его тревоги, страхи и надежды [4]. Например, психолог может сказать пациенту:

— *Насколько я Вас понял, причина, заставившая Вас обратиться за консультацией, — тревога и беспокойство из-за того, что Вы утратили контроль за игрой;*

— *Если я правильно Вас понял, то Вы пришли сюда потому, что чувствуете, что с Вами в последнее время происходит что-то не так и это связано с Вашим активным участием в азартных играх;*

— *Вы упомянули сегодня о том, что, несмотря на проблемы, которые в Вашу жизнь привнесли азартные игры, Вы оказались не в состоянии от них отказаться и это нанесло удар по Вашей самооценке и самоуважению.*

Список литературы

1. Автономов Д.А., Беляева О.В., Герасимов Р.В., Плющева О.А. // Вне игры: Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр. — М.: РБФ НАН, 2008. — 156 с.
2. Автономов Д.А. Исследование обстоятельств приобщения, мотивации и отношения к участию в азартных играх у пациентов на разных этапах формирования зависимости // Вопросы наркологии. — 2010. — №1. — С. 88—96.
3. Зайцев В.В. Патологическая склонность к азартным играм — новая проблема российской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — №1. — С. 52—56.
4. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
5. Патофизиология. Психодинамический подход: Теория и клиника: Учебное пособие для студентов вузов / Под ред. Ж. Бержера / Пер. с фр. и науч. ред. А.Ш. Тхостова. — М.: Аспект Пресс, 2008. — 397 с.
6. Секреты психиатрии / Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон / Пер. с англ. / Под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 2-е изд.-е. — 576 с.
7. Фенихель О. Психодинамическая терапия неврозов. — М.: Академический проект, 2004. — 848 с.
8. Фрейд З. Достоевский и отцеубийство // Интерес к психоанализу: Сборник / Пер. с нем.; Худ. обл. М.В. Дарко. — Мн.: ООО «Попурри», 2004. — С. 108—131.
9. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
10. Black D.W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour // Psych. Serv. — 1998. — Vol. 49, №11. — P. 1434—1439.
11. Crockford D.N., El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review // Canadian Journal of Psychiatry. — 1998. — №43. — P. 43—50.
12. Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B., Compton W.M. et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders — results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area study // American Journal of Public Health. — 1998. — Vol. 88. — P. 1093—1096.
13. Grant J.E., Potenza M.N. Pathological gambling. — American Psychiatric Publishing, Inc., 2003. — 270 p.
14. Ibanez A., Blanco C., Donahue E., Lesieur H.R., Perez de Castro I., Fernandez-Piqueras J., Saiz-Ruiz J. Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment // Am. J. Psychiatry. — 2001. — Oct. — Vol. 158. — P. 1733—1735.
15. Thompson W.N., Gazel R., Rickman D. The social costs of gambling in Wisconsin // Wisconsin Policy Research Institute Report. — 1996. — Vol. 9 (6). — P. 1—44.
16. Frank M.L., Lester D., Wexler A. Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous // Journal of Gambling Studies. — 1991. — Vol. 7. — P. 249—254.

PRACTICAL ASPECTS OF GAMBLING ADDICTED PATIENTS CONSULTATION. INITIAL DIAGNOSTICS, EVALUATION AND MOTIVATIONAL INTERVIEW. PART I

AVTONOMOV D.A.

medical psychologist. Narcological dispensary №12 UZ UZAO Moscow.
Moscow, 117449, 10-A Shvernika str.; tel.: (499)126-25-01, fax: (499)126-10-64.
e-mail: d-avtonomov@yandex.ru

The author discusses aims, goals, tactics and specifics of the initial diagnostic and motivational interview conducted by a clinical (medical) psychologist with patients seeking help due to gambling-related problems.

Key words: pathological gamblers, initial interview, diagnostics, motivational consultation