

Практические аспекты консультации пациентов, зависимых от участия в азартных играх. Первичная диагностика, оценка и мотивационное интервью. Сообщение 2

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

В первом сообщении [1] нами были показаны особенности начального этапа первичного диагностического и оценочного интервью зависимых от азартных игр, задачи консультации, типичные ошибки, которым может быть подвержен специалист.

Середина консультации

Вторая часть беседы представляет собой сбор информации о пациенте [4, 6—8]. Психолог занимает активную позицию в разговоре, задавая интересующие его вопросы. Принцип тут очень простой: если психолог не будет спрашивать, то, скорее всего, он никогда не узнает. Мы обосновываем свой выбор вопросов, охватывающих основные сферы жизни пациента, на основании многочисленных опубликованных исследований, выявивших наиболее характерные и часто встречаемые психопатологические синдромы, коморбидные заболевания и состояния, а также наиболее типичные для патологических игроков характерологические (личностные) расстройства.

Специалисту необходимо помнить, что коморбидность патологической склонности к азартным играм с другими психическими расстройствами, по данным М. Ibanez с соавторами, составляет 62,3% [14].

Наиболее часто патологическое влечение к азартным играм сочетается:

- с *аффективными расстройствами*. Распространённость депрессивных расстройств колеблется в пределах от 50 до 75% [10, 12], гипоманиакальных и маниакальных — от 8 до 38% соответственно [16]. Специалисту следует знать, что примерно у двух третей пациентов манифестация депрессивного эпизода предшествовала формированию патологического влечения к игре. Согласно [21], для патологических игроков характерно сочетание дистимии и эпизодов глубокой депрессии. Пациенты использовали азартные

игры в качестве антидепрессанта, для того чтобы справиться с дистимией, почувствовав азарт, возбуждение и радость победы, возникающую при участии в азартных играх. Затем, по мере прогрессирования включения в игру и последующего проигрыша, у пациента наступает депрессивный эпизод в связи с финансовыми, межличностными и профессиональными проблемами, возникшими в результате проигрыша;

- *злоупотреблением (зависимостью от) алкоголем и психоактивными веществами, как текущим, так и в анамнезе*. У 66,4% патологических игроков на протяжении жизни диагностировалось злоупотребление психоактивными веществами (включая алкоголь) или синдром зависимости [15];

- *обсессивно-компульсивным расстройством*. Распространённость колеблется в пределах от 1 до 20% [21];

- *тревожным расстройством* (обычно социальное тревожное расстройство), распространённость которого колеблется в пределах от 9 до 46% [21];

- *синдромом дефицита внимания с гиперактивностью*. Согласно данным D.W. Black, T. Moyer, до 40% пациентов имели данное расстройство в анамнезе [11];

- *антисоциальным и пограничным личностным расстройством*. Согласно R.M. Cunningham-Williams с соавторами, у 42% патологических азартных игроков выявлено то или иное личностное расстройство [12];

- *высокой суицидальной готовностью и суицидальными попытками в анамнезе*. По данным M.L. Frank с соавторами, N.M. Petry с соавторами, W.N. Thompson с соавторами, наличие суицидальных мыслей признают от 32 до 70% пациентов. У 13—40% патологических игроков имеются суицидальные попытки в анамнезе [13, 20, 22].

Далее мы перечислим основные аспекты, которые специалист может затронуть во время разговора

[2—9]. Их количество избыточно и вовсе не обязательно, что все приведённые нами вопросы следует задать и что на все из них необходимо получить развёрнутый ответ. Мы предлагаем приблизительную карту обследования и напоминаем, что «карта — это не территория».

Демографические данные. Биологический возраст, место рождения, происхождение родителей, образование. Призывался ли в армию, участвовал ли в боевых действиях. Откуда приехал (для некоренных жителей), когда и с какой целью. Менял ли (и как часто) места проживания. Профессия, специальность, работа. Семейные статус, браки, разводы, долгосрочные значимые отношения.

Социальный анамнез. Выясняется, где и с кем живёт пациент, имеет своё или арендованное жильё. Работает или учится, сколько времени занимает работа/служба и каков график. Отношения с начальством, коллегами и подчинёнными. Имеет ли доступ к рабочим деньгам, есть ли возможность дополнительного заработка, как легального, так и противозаконного. Есть ли ещё возможность брать кредиты и/или закладывать имущество. Отношение к религии, типичное времяпровождение, хобби. Наличие/отсутствие друзей и характеристика окружения пациента. Играет ли кто из окружения в азартные игры и/или говорят на игровые темы. Злоупотребляют ли алкоголем и/или психоактивными веществами. Благоприятствует ли окружение игре в азартные игры и пьянству. Провоцируют ли окружающие пациента на очередной игровой срыв, разговаривая при нем или с ним на игровую тематику и/или доверяя пациенту крупные денежные суммы и ценности.

Актуальные проблемы. В чём, по мнению пациента, заключены его главные трудности и как он понимает причины их появления. Как пациент сейчас оценивает свою жизненную ситуацию. Что беспокоит его больше всего. Какие чувства, с которыми он сталкивается, вызывают у него наибольшую тревогу. И такой важный вопрос, проливающий свет на мотивацию пациента и его объектные отношения: «Кто Вам рекомендовал прийти на консультацию?».

Семейный анамнез. Включает в себя информацию об отце и матери: их возраст, профессия, место работы, социальный статус. Живы они или нет, причины и время смерти, если умерли, состоят в браке или развелись. Продолжают жить вместе или нет. Образование родителей и их характер. Каково состояние их здоровья как психического, так и физического. Были ли у кого-либо из них или ближайших родственников алкоголизм, суицидальные попытки, игровая зависимость, психическое заболевание или эпизоды антисоциального поведения. Были ли в семье случаи насилия, включая сексуальное, и/или пренебрежения ро-

дительскими обязанностями. Как пациент думает, был ли он желанным ребёнком или нет. Как к нему относились и воспитывали. Какие, по его мнению, у его родителей были ожидания и надежды относительно его персоны. Каковы взаимоотношения родителей между собой, кто доминирует в отношениях. Знают ли они о проблеме пациента, как они относились к пациенту до игры и как относятся сейчас. На кого из родителей или ближайших родственников, по мнению пациента, он больше похож. Знает ли пациент, в честь кого его называли. Краткая информация о сиблингах: сколько братьев и сестёр, место пациента среди них (порядок рождения). Какие отношения с сиблингами, как сложились их судьба и жизнь и какие у них проблемы, трудности и успехи.

Особенности развития пациента. Как протекали его детство и отрочество, с какими затруднениями сталкивался, как учился, как проводил свободное время. Был ли пациент в детстве неугомонным, расторможенным и гиперактивным. Имел ли трудности с концентрацией внимания и страдала ли из-за этого школьная успеваемость. Проявлял ли безрассудство в опасных ситуациях, нарушал ли бездумно социальные правила, прерывал занятия, убегал из школы, был ли неспособен довести начатое до конца. Как взаимодействовал с родителями, учителями, сверстниками и друзьями. Были ли какие-то деструктивные и самодеструктивные паттерны и проблемы в переходном возрасте (с едой, игрой, алкоголем, наркотиками, риском, сексом, суицидальными мыслями и попытками). Были ли эпизоды жестокого обращения с животными.

Супруга (супруг). Информация о возрасте, образовании, физическом и психическом здоровье, характере. От кого исходила инициатива женитьбы (замужества). Когда, где и как состоялось заключение брака. Кто на нем присутствовал. Каковы были отношения членов родительских семей. Напоминает ли супруг (супруга) одного из родителей пациента. Как складывались отношения в браке. Какие значимые события произошли со времени заключения брака: переезды, болезни, рождение детей, смерти, смены работы и т.д. Какие изменения произошли в связи с игрой. Как игра пациента отразилась на супруге. Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы. Как ситуация может развиваться по наихудшему сценарию. Как ещё пациент может усугубить проблему. Какие есть положительные стороны проблемы. Упрекают ли в семье пациента его прошлыми играми и нарушением взятых ранее на себя обещаний, тем самым провоцируя новый срыв. Кто ведёт семейный бюджет и у кого хранятся деньги. Продолжают ли доверять пациенту деньги и ценности. Есть ли внебрачные устойчивые взаимоотношения и/или случайные связи с той или иной стороны.

Сексуальная сфера. Отмечает ли пациент изменения в сексуальной сфере в связи с участием в азартных играх. Использует ли пациент игру с целью подавить/заместить свою сексуальность. Или наоборот, азартная игра потенцирует его (её) сексуальность. Возбуждается ли сексуально во время игры, в случае выигрыша или, наоборот, в случае проигрыша ищет ли утешения в сексе. Вступает ли пациент во внебрачные связи с целью избежать чувства одиночества или потому, что не может выносить близости в паре и стремится организовать любовный треугольник.

Дети. Количество, пол, возраст, проблемы и радости. Были ли они желанными или нет, какие сейчас отношения с ними. Занимается ли их воспитанием и образованием, если «да», то как и каким образом. Кто из детей, по его мнению, похож на него и в чём состоит сходство. Как игра повлияла на взаимоотношения с детьми.

Аффективная сфера. Следует исследовать как прошлое, так и настоящее и учитывать продолжительность, силу и сочетание симптомов. Клинически значимо, если длительность симптомов мании равна или превышает одну неделю, сопровождается значительными нарушениями функционирования и не связана с употреблением ПАВ. Для депрессивных симптомов клинически значимы продолжительность присутствия симптомов на протяжении двух и более недель, отсутствие связи с соматической болезнью, злоупотреблением ПАВ и пережитой утратой. Необходимо выяснить, были ли в прошлом у пациента:

- снижение настроения или, наоборот, резкое повышение настроения, экспансивность и раздражительность;
- заторможенность или повышенная моторная активность;
- сонливость или бессонница или снижение потребности во сне;
- присутствовала ли утрата чувства удовольствия и интереса, усталость, безудержная активность и трудность доведения начатого до конца;
- наблюдалась ли потеря или увеличение веса, снижение концентрации внимания;
- были ли восприятие «укороченного будущего», подавленность и пессимизм или ощущение безграничных возможностей и игнорирующий реальность оптимизм;
- переживал ли пациент снижение самооценки и уровня притязаний, виновность, перманентные суицидальные мысли или у него было ощущение всемогущества, напыщенность, высокомерие и идеи величия;
- объективно, здесь-и-сейчас наблюдается ли замедление мышления, речи, движения или, наоборот, присутствует полет идей, скачки мыслей и ажитация.

Игровой анамнез. Первый опыт игры, основные виды игр, в которые играет пациент. Кто послужил проводником в мир игры и каково прогрессирование вовлеченности в игру. Есть ли потеря контроля над игрой, деньгами, временем. Присутствует ли у пациента неспособность прервать игру усилием воли, чувство вины после эксцесса, скрытность, игра в долг, навязчивое желание «отыграться», пропуск работы из-за игры. Какова частота игры за последний год и когда пациент играл в последний раз. Наличие игровых долгов и соизмеримость их с доходами. Присутствует ли у пациента изменение в личности и образе жизни, изменение ценностных ориентиров, есть ли признаки зависимости. Какие сферы жизни у пациента страдают из-за игры: личная, финансовая, межличностная, профессиональная и социальная. Какие у пациента типичные триггерные ситуации. Что (кто) чаще всего, по его мнению, провоцирует очередной игровой срыв.

Предыдущие попытки прекратить играть и история лечения (если она была). Этот пункт важен тем, что пациенты склонны повторять и воспроизводить с каждым новым психологом и психотерапевтом старые поведенческие стереотипы. Какие решения относительно своего участия в азартной игре пациент принимал. Какие цели и задачи перед собой ставил. Пытался ли в прошлом уменьшить степень своей вовлеченности в азартные игры. Пытался ли самостоятельно прекратить играть, и что из этого вышло. Какие стратегии для достижения этой цели использовал. В чём был успех. Что пошло не так. С какими проблемами он столкнулся, воздерживаясь от игры. Почему, как он думает, он не достиг своей цели. Что ему мешало; было это препятствие внешним или внутренним. Обращался ли за помощью по поводу своих проблем с игрой. Была ли это профессиональная помощь или нет. Получал помощь амбулаторно или стационарно. В чём, по его мнению, заключалось лечение, и как он реагировал на него. Прекратил ли получать помощь досрочно или «срывался» во время её оказания. Пытался ли решить проблему посредством переездов и добровольной изоляции себя от соблазнов. Что произошло после его возвращения домой. Какие методы самоограничения и самонаказания использовал. О каких ещё способах лечения знает, но считает, что они ему не помогут или не подходят. О каких ещё способах лечения знает, ещё не пробовал, но готов попробовать. Какие выводы для себя извлёк из своих предыдущих попыток прекратить играть или взять игру под контроль.

Наркологический анамнез. Включает в себя информацию об употреблении любых психоактивных веществ (легальных и нелегальных), включая алкоголь. Возраст начала употребления, количество, час-

тота, способы приема, продолжительность, динамика, признаки злоупотребления и зависимости. Возникала ли у пациента когда-либо проблема алкоголизма или наркомании. Употреблял ли пациент ПАВ и/или алкоголь в прошлом году. Если нет, то есть ли какие-то особые причины, по которым он не употреблял алкоголь и ПАВ. Пытался ли когда-нибудь пациент сократить количество (или частоту) употребления алкоголя и/или ПАВ. Раздражается или злится, когда кто-либо критикует его пьянство. Испытывает ли пациент чувство вины относительно употребления. Приходилось ли пациенту когда-либо начинать утро с приема алкоголя или ПАВ, чтобы привести себя в норму. Называл ли кто-либо пациента «алкоголиком» или «наркоманом» (даже, если он был с этим категорически не согласен). Были ли в прошлом проблемы из-за употребления алкоголя и/или ПАВ. Какое влияние оказало употребление алкоголя и/или ПАВ на жизнь, работу, карьеру, семью и здоровье. Был ли пациент агрессивен и опасен для окружающих в состоянии опьянения, наносил ли себе самоповреждения и травмы. Случались ли расстройства памяти после употребления. Были ли эпизоды запойного пьянства и/или синдром отмены. Обращался ли за медицинской помощью из-за этого. Лечился ли от какой-либо зависимости. Когда, где, каким методом и сколько раз. Как относился к рекомендациям специалиста. Какова была эффективность лечения, доволен ли он сам результатами. Отмечает ли пациент связь употребления (или отказа от употребления) алкоголя и/или ПАВ с игрой. Использовал ли алкоголь и/или ПАВ как средство «самолечения» от игромании (или наоборот). Обострялась или затухала тяга к игре после употребления ПАВ. Дата последнего употребления алкоголя или ПАВ. Принимаемые пациентом лекарственные препараты или БАДы.

Антисоциальные действия. Совершал ли пациент преступления, чтобы добыть денег для финансирования игры. Шел ли он на преступления, чтобы рассчитаться с долгами, возникшими по причине игры. Если «да», то как часто за последний год. Были ли это имущественные преступления (воровство, растраты, подлоги) или преступления против личности (грабежи, разбои и т.д.). Был ли пациент под следствием, подвергался ли аресту и заключению или криминальному преследованию. Испытывал ли чувство раскаяния и угрызения совести после совершения антисоциальных действий. Пытался ли действительно (поступками) искупить свою вину. Какие пациент сделал выводы из своих антисоциальных поступков и их последствий.

Суицидальная настроенность. Также следует исследовать как прошлое, так и настоящее. Пациента следует прямо спросить, думал ли он о желательности смерти, были ли мысли о том, чтобы нанести себе са-

моповреждение, думал ли он о том, чтобы убить себя. Связаны ли мысли о самоубийстве с игрой (с проблемами из-за игры). Пытался ли он когда-либо себя убить. Какая мысль остановила в последний момент. Когда, где, каким образом он совершил суицидальную попытку, и какие последствия имели его действия. Когда он думал о самоубийстве последний раз. Следует выяснить, есть ли у пациента прямо здесь и сейчас мысли о самоубийстве. Есть ли у него конкретный план по реализации суицидального намерения. Думал ли пациент о том, чтобы убить кого-либо ещё (или вместо себя). Что может помочь пациенту остановиться и остаться в живых. И нуждается ли он, по его мнению, в госпитализации прямо сейчас.

Мотивация к изменению и лечению. Для исследования мотивации можно задать следующие вопросы: *Когда Вам впервые пришла в голову мысль о том, что Ваше участие в азартных играх превращается в проблему? Сколько времени прошло после ясного осознания, что Вам нужно прекращать играть? Почему Вы обратились за помощью только сейчас? Что такое произошло, что заставило Вас прийти на консультацию? Что послужило для Вас «последней каплей»? Есть ли у Вас поддержка со стороны окружающих, близких? Чья это была идея прийти сегодня на консультацию? Кто убеждал Вас в том, что Вы нуждаетесь в помощи? Кто был инициатором сегодняшней встречи? Кто искал информацию о способах помощи и лечебных учреждениях для Вас? Какие конкретно действия совершили Вы, чтобы прийти сюда? Что вы ждете от нашей встречи? Что, по Вашему мнению, с Вами не так? На какую помощь Вы рассчитываете и какую помощь Вы хотите получить?*

Завершение

Пациента можно спросить: *«Есть ещё что-то важное, о чём я должен (мог бы) был спросить Вас, но не спросил? Есть ли какие-то ещё важные для Вас вопросы, которые не были затронуты?»* [4, 5].

Мы полагаем, что мотивация пациента является решающим компонентом для выздоровления и она более важна, чем формальная постановка диагноза. Постановка диагноза не входит в компетенцию медицинского психолога. Диагноз ставит врач. Тем не менее, медицинский психолог может сообщить пациенту о своем понимании того, что происходит с пациентом в клиническом смысле, если он считает, что это необходимо для усиления мотивации. Задача психолога на первоначальном этапе заключается в мотивировании пациента на встречу с врачом для получения разносторонней квалифицированной помощи, которая включает в себя, в том числе, психофармакотерапию и участие в специализированных реабилитационных

программах. Психолог может, обобщив свои впечатления, сообщить пациенту о своем видении проблемы и предложить возможный план действий, включающий в себя альтернативные варианты.

Техники мотивационного интервью

Итак, возвращаясь к первой встрече, некоторые трудности у специалиста возникают в том случае, когда пациент обратился за помощью под сильным давлением извне. Иногда у таких пациентов, собственно говоря, отсутствует мотивация не только на реабилитацию и лечение, но и на консультацию (беседу). Их буквально приводят, держа за руку, встревоженные родственники. Они являются инициаторами встречи и считают, что задача психолога — убедить и вразумить пациента или даже, в более тяжёлых случаях, вылечить его без его (пациента) желания. Разумеется, при таком жизненном раскладе пациент воспринимает психолога в переносе как союзника преследующей его родительской фигуры. То есть он активно диссимилирует, жёт, дезинформирует и избегает попытки исследовать то, что происходит с ним. Говоря психоаналитическим языком, демонстрирует все признаки психопатического и параноидного переноса [4, 5]. В этом случае для работы с таким пациентом на первичной консультации психолог может использовать специфическую технику, сутью которой является то, что психолог занимает метапозицию по отношению к пациенту и лицу, заинтересованному в его лечении. Психолог отказывается присоединяться к давящим на пациента фигурам и свою беседу строит максимально неинвазивно и нейтрально. Для этого в основном он использует открытые вопросы, сформулированные через третье лицо [1]. Они сформулированы, на первый взгляд, несколько странно, но, тем не менее, благодаря им психолог может обойти сопротивление пациента.

Примерный список вопросов:

1. Чья была идея прийти Вам сюда сегодня?
2. Почему, как Вы думаете, г-жа А. заинтересована в нашей встрече?
3. Что больше всего беспокоит г-жу А. в Вашем поведении?
4. Что, по мнению г-жи А., Вы делаете не так?
5. Что, как Вы думаете, Вам следует перестать делать, чтобы г-жа А. оставила Вас в покое?
6. Как Вы думаете, что Вам следует начать делать, чтобы г-жа А. оставила Вас в покое?
7. Каких конкретных изменений от Вас ожидает г-жа А.?
8. Как Вы думаете, что г-жа А. ожидает от нашей встречи?
9. Чем, по мнению г-жи А., эта встреча могла бы быть Вам полезной?
10. Ответы на какие вопросы, по мнению г-жи А., Вы сегодня получили?

Благодаря такой постановке вопроса многие пациенты идут на контакт с психологом. Более того, благодаря данным формулировкам пациенты начинают занимать позицию другого человека, как бы смотря на себя со стороны. Мы убеждены, что активная позиция психолога лишь усиливает сопротивление пациента, более того, он ещё до встречи с психологом готовился к защитному отражению атак. Когда этих атак не происходит, его «самосбывающееся» пророчество не реализуется на практике, пациент оказывается в растерянности. В некоторых случаях он может соприкоснуться со своей внутренней психической реальностью, со своими тревогами и попытаться поделиться ими с психологом. Если этого не происходит, то, по крайней мере, у пациента создается иной, более реалистичный и позитивный образ психолога, чем тот, который был до встречи. Это может облегчить контакт в будущем, когда пациент будет готов.

Другим способом обращения с пациентами, прошедшими не по своей воле, является предоставление им информации об игромании как о заболевании. Психолог может рассказать о болезни, о её характерных признаках, симптомах, динамике и течении. В некоторых случаях возможна демонстрация пациентам соответствующей медицинской литературы или классификации болезней. Говорить следует максимально нейтрально и не пытаться в чём-либо убедить пациента. Если он говорит, что все услышанное к нему не относится, психолог может сказать, что очень рад за пациента и если он для себя поймет, что с ним что-то не так, то может обратиться за помощью, когда сочтет нужным.

Психолог должен ясно понимать, что совершенно не обязательно, чтобы все пациенты, приходящие в его кабинет, болели игроманией. Пациент может быть носителем семейного симптома, быть так называемым идентифицированным пациентом. Члены семьи могут проективно размещать в пациенте (речь идет исключительно о пациентах подросткового возраста) свои собственные психопатологические симптомы и проблемы и затем торжественно настаивать на том, чтобы психолог или врач лечил его.

Проблема заключена в том, что в случае развития у пациента патологической склонности к азартным играм происходит то, что А.Н. Леонтьев определял как «сдвиг мотива на цель». Игра сама по себе и изменённое состояние сознания, которое её сопровождает, всемогущие фантазии на тему крупного выигрыша становятся самостоятельным побуждающим мотивом.

Мотивация является фундаментальным психическим феноменом. *Мотивация* не тождественна понятию *причина*, однако она является движущей силой индивида. Мотивация представляет собой систему устойчивых мотивов, определяющих поведение и избирательность отношений [17]. Мотивация пациента на лечение и реабилитацию является важным и наи-

более решающим компонентом для выздоровления. Мотивационный подход основан на следующих тезисах [17, 18]:

- мотивация клиента является ключом к изменениям;
- мотивация является многомерным феноменом;
- мотивация не статична, напротив она динамична и изменчива;
- мотивация зависит от социальных взаимодействий;
- мотивация может меняться;
- мотивация зависит от стиля психолога (врача);
- задача психолога (врача) заключается в том, чтобы выявить и повысить мотивацию.

Целью мотивационного интервью являются поддержание и усиление мотивации изменить свое проблемное поведение. Мотив сам по себе невозможно сформировать, его можно только актуализировать и поддержать. Мотивационное консультирование представляет собой клинический стиль для пробуждения у клиента собственной внутренней мотивации к изменениям [17, 18]. Эта цель достигается благодаря неконфронтационному способу взаимодействия, обходящему сопротивление пациента. Мотивационное консультирование имеет преимущество по сравнению с традиционным подходом, который базируется на информировании пациентов о неблагоприятных последствиях, которое несет их зависимое поведение, и о преимуществе здорового, независимого образа жизни [17—19]. Подобная тактика обычно лишь усиливает сопротивление у пациентов, побуждая их спорить с психологом или врачом и приводить контраргументы, причём необязательно вслух. Чаще происходит, как в известной басне Крылова: «А Васька слушает, да ест».

W. Miller и S. Rollnick [18] приводят принципы мотивационного интервьюирования — формулировка FRAMES:

- F — feedback — предоставь обратную связь о поведении;
- R — responsibility — подкрепи у пациента чувство ответственности за изменение поведения;
- A — advice — дай совет по поводу изменения поведения;
- M — menu — обсуди меню возможных вариантов изменения поведения;
- E — empathy — выражай эмпатию по отношению к пациенту;
- S — self-efficacy — поддерживай самооэффективность пациента.

Мотивационный подход заключается не в том, чтобы принуждать пациентов делать то, что они делать не собираются. Сами пациенты зачастую пытаются вовлечь психолога в давно описанную транзактными аналитиками игру «Да, но». Цель этой игры заключается в том, чтобы, заявив о проблеме,

последовательно отвергнуть любую предлагаемую помощь и любые варианты возможного решения проблемы.

Мотивационная беседа делает акцент на противоречии между поведением пациента и его целями и ценностями. Психолог дает пациенту возможность рассмотреть их и реалистично оценить свою ситуацию. Проявляя эмпатию, избегая осуждения и конфронтации, психолог способствует актуализации амбивалентного отношения к проблеме, поддерживая внутренние резервы пациента.

Мотивационное интервью основано на теории когнитивного диссонанса. Слово сочетание «когнитивный диссонанс» происходит от английских терминов: *cognition* — знание и *dissonance* — несоответствие, разногласие. Когнитивный диссонанс — состояние, характеризующееся столкновением в сознании индивидуума противоречивых знаний, убеждений и поведения. Когда такое столкновение происходит и намерения рассогласовываются, у субъекта возникает потребность свести их к общему знаменателю. Столкновение двух когниций относительно одного объекта субъективно переживается как дискомфорт. Традиционно считается, что люди стремятся к гармонии как желаемому внутреннему состоянию и минимизации напряжения. Если возникает противоречие между тем, что человек знает, и тем, что он делает, то это противоречие человек стремится как-то сам себе объяснить. Наличие диссонанса приводит к действиям, направленным на его уменьшение. Способы, посредством которых субъект справляется с диссонансом, разнообразны и специфичны для каждого конкретного человека.

Некоторые игроки просто-напросто избегают контактировать с информацией, связанной с одним из элементов, который входит в противоречие с другим. Если диссонанс возникает между двумя элементами, например между желанием перестать играть и желанием продолжать игру, то этот диссонанс может быть устранён посредством изменения одного из этих элементов. Один из способов изменения — это представление противоречия как не противоречия для того, чтобы вновь достичь состояния внутренней когнитивной согласованности. Другим способом является реальное изменение своего поведения. Но пациенты в своём большинстве предпочитают не стоять перед выбором одного или другого. Ведь выбор всегда предполагает отказ от одной из альтернатив. Вместо этого они «выбирают» уменьшать диссонанс посредством самообмана, рационализируя противоречие. Другой путь — это глобальное уменьшение и сокращение восприятия. Пациенты «атакуют» собственный психический аппарат осознания-восприятия, который связывает их с реальностью. Некоторые игроки говорят нам, что их жизнь проходит как во сне, в тумане и спутанности. И единственная идея, путе-

водная звезда, освещающая их путь, — это мысль: «Где ещё достать денег?».

Ещё один способ избежать состояния когнитивного диссонанса — это занять свой ум ошибочной (с точки зрения логики) идеей, образуемой путем замены местами причины и следствия, или, нарушая логичную взаимосвязь своих действий с последствиями своих поступков. В этом случае, например, игрок убежден, что он играет «ради денег и выигрыша», а продолжает играть, чтобы «отдать долги». При этом он игнорирует тот факт, что заработанные им деньги тратятся на игру. Равно как и выигранные в результате игры деньги также идут на продолжение его участия в дальнейших играх. То есть «выигрыш» никоим образом не решает его финансовые проблемы. Выигранные деньги не расходуются им на другие «неигровые» нужды, так как патологическому игроку жалко их тратить. По сути, играя, патологический азартный игрок прогрессивно ухудшает свое финансовое состояние, а периодически выпадающие выигрыши дают ему лишь возможность увеличивать время нахождения в игре и/или играть по более крупным ставкам. Мотивация «играю, чтобы расплатиться с долгами» является результатом подмены причины события его следствием.

Психолог может задать вопрос: «А каким образом у Вас появились долги?»». Этот вопрос почти неизменно ставит игрока в тупик, так как честным ответом на него является признание того факта, что долги появились из-за участия пациента в азартных играх. Следующее суждение психолога: «Итак, похоже, что Вы считаете, что Вам нужно продолжать играть, чтобы расплатиться с долгами, возникшими благодаря игре?» зачастую вызывает у игрока болезненный когнитивный диссонанс.

Цель мотивационного интервью заключается в активизация противоречий пациента относительно его желаний и поступков, чтобы стимулировать благоприятное отношение к изменению привычного пове-

дения. Из метода мотивационного интервьюирования [17] мы в своей практике используем такие элементы, как индуктивное расспрашивание, активное выслушивание и регулярное использование подведения итога. Просим приводить доводы «за» и «против» альтернативного образа действий, избегаем морализаторства и оценок, а также способствуем формированию и подкреплению адаптивных установок и форм поведения.

Важной частью мотивационного вмешательства является то, чтобы сами пациенты (а не специалист, проводящий консультацию) называли аргументы в пользу отказа от игры. Мы предлагаем пациентам самостоятельно приводить аргументы в пользу изменений своей текущей ситуации и составлять список проблем, которые у них возникли из-за игры. Психолог, напротив, в некоторых случаях может играть роль «адвоката дьявола», приводя аргументы в пользу продолжения игры.

Специалист может предложить пациенту прямо во время консультации заполнить специальную таблицу аргументов «за» и «против» продолжения игры.

Затем результаты обязательно обсуждаются. В ходе данной работы можно выявить мотивы, аргументы и предпосылки изменений. Важным является побуждение пациента к самостоятельному анализу своей жизненной ситуации. Работая в рамках мотивационного подхода, психологу следует прояснить, какова у пациента мотивация продолжать играть и какова мотивация отказаться от игры. Причём эти противоположности должны рассматриваться вместе.

Другим вариантом данного задания является предложение специалиста пациенту на листе бумаги написать «10 плюсов» азартной игры, а затем и «10 минусов». На практике обычно пациенты с лёгкостью, без всяких проблем и с энтузиазмом пишут «10 минусов». Однако затрудняются привести «10 плюсов» или приводят их очень обезличенно и формально. Некоторые игроки заявляют, что «никаких плюсов»

Таблица аргументов «за» и «против»

Таблица

Продолжать играть		
№	Аргументы "за"	Аргументы "против"
1		
2		
3		
Отказаться от игры		
№	Аргументы "за"	Аргументы "против"
1		
2		

у игры вообще нет. В таком случае психолог может сказать приблизительно следующее: *«Вы утверждаете, что никаких плюсов у игры нет. На основании того, что Вы только что мне про себя рассказали, у меня возникло чувство недоумения. Тогда ради чего столько лет Вы играли в азартные игры?»*.

Мотивационное интервью разработано для того, чтобы помочь пациентам принять решение об участии в реабилитации. Оно основано на уважении выбора, который делает пациент, и конструктивной самоконфронтации. Психолог может попросить пациента привести аргументы в пользу сохранения существующего статус-кво. Он может задать пациенту вопрос: *«Зачем (ради чего) Вам следует прекращать играть?»*. Пациент тут же оказывается в непривычной для себя роли, ведь обычно все происходило с точностью до наоборот. Кто-то из его окружения приводил ему аргументы в пользу отказа от игры, преследовал, обвинял, винил и стыдил его, что побуждало пациента усиливать свои защитные маневры. Теперь он должен сам доказать психологу, что отказаться от игры важно для него самого. При такой постановке вопроса пациенту приходится самому приводить аргументы в пользу изменения. Психологу важно уметь задавать открытые вопросы, размышлять, приводить аргументы, выделять из речи пациента важные для него мотиваторы и возвращать ему его собственные слова.

Лечение возможно только после признания болезни. Первоначально следует помочь пациенту осознать наличие у него болезненного расстройства и помочь сформировать мотивацию к изменению. Признание болезни (или отказ от признания болезни) является ответственностью пациента. Задача психолога — дать пациенту информацию о заболевании, а не убеждать его в том, что он болен. Если пациента его жизнь не убедила в том, что у него есть проблемы и с этим надо что-то делать, то никакой, даже самый блестящий, психолог или врач сделать это не в состоянии.

Отличие мотивационного интервью от других подходов в том, что главную работу по мотивированию проводит сам пациент [17, 18].

Завершение консультации

Психолог должен понимать, что основой надлежащих отношений между ним и пациентом является информированное добровольное согласие. Этот принцип лежит в основе поговорки, которая может быть девизом специалиста и призывом к пациенту: «Нас трое — ты, я и болезнь. Давай объединимся, чтобы победить болезнь». Пациент имеет право на самостоятельное отношение к психокоррекционному вмешательству и реабилитации. Пациент имеет право получить информацию:

- о диагнозе (относится к компетенции врача);
- цели предлагаемого лечения и психокоррекции;

- его возможных последствиях;
- возможных разумных альтернативных методах и подходах;
- прогнозе в случае отказа от предлагаемого лечения и реабилитации.

Пациент не должен действовать с закрытыми глазами, он имеет право получить объективную, непредвзятую информацию и разъяснения по поводу своего заболевания и его потенциальной опасности для того, чтобы он мог осознать необходимость лечения. Эта информация включает в себя сведения о рецидивирующем характере патологической склонности к азартным играм, о рекомендуемом сроке и процессе реабилитации, о необходимости последующих действий, направленных на профилактику срыва и рецидива заболевания.

Пациенту сообщается цель реабилитации, а именно достижение устойчивой ремиссии. Под устойчивой ремиссией мы понимаем ремиссию длительностью не менее года, при этом желаемый результат — это достижение, по возможности, пожизненной ремиссии. Другой важной целью лечения является профилактика возникновения (или прогрессирования в случае наличия) параллельной зависимости, будь то нехимическая (поведенческая) или зависимость от психоактивных веществ, включая алкоголь.

Также психолог может рекомендовать пациенту проконсультироваться у врача психиатра-нарколога и/или психотерапевта.

Возможной разумной альтернативой лечения является предложение принять участие в группах самопомощи сообщества «Анонимных Игроков».

В завершение встречи психологу необходимо достижение эмпатического понимания тех проблем, чувств и состояний, с которыми актуально встречается пациент. Обобщая услышанное, психолог может сказать пациенту:

— *Вы говорили о том, что Ваша семейная (профессиональная, деловая) жизнь рушится из-за Вашей чрезмерной вовлеченности в азартные игры, Вас это беспокоит и тревожит и Вы желаете положить этому конец.*

— *Сегодня Вы говорили мне о том, что, играя, Вы теряете контроль над своей жизнью. Из-за игры Вы начинаете делать то, что не хотите, а затем испытываете чувство вины и стыда. Предыдущие попытки взять игру под контроль не увенчались успехом и Вас начали посещать суицидальные мысли, что настолько Вас напугало, что Вы решили искать помощи.*

— *Стремительный рост Ваших долгов из-за игры и усиливающееся давление со стороны кредиторов заставило Вас усомниться в идее, что Вы «отыграетесь», то есть решите проблемы, возникшие из-за игры посредством ещё большей включенности в игру, что привело Вас в чувство рас-*

терянности и недоумения. Похоже на то, что теперь Вы стали более открытым, для того чтобы получить информацию о возможных альтернативных способах решения Ваших проблем.

Завершая встречу, психолог подводит итоги и предлагает пациенту предпринять шаги, необходимые для выхода из сложившейся для пациента неблагоприятной ситуации. Полезно будет, если в конце психолог спросит у пациента: «На какие вопросы в ходе сегодняшней встречи Вы получили ответ?». Психологу следует дать пациенту возможность принять решение о своих дальнейших действиях (или бездействии) относительно той проблемы, из-за которой он пришел на консультацию. Также рекомендуется по возможности кратко обсудить следующие шаги пациента относительно его ситуации.

В любом случае, задача психолога — обогатить и расширить видение и понимание пациента, дабы пациент покинул кабинет психолога, не только поговорив на волнующую его тему, но и чтобы он смог взглянуть на свою проблему с другой стороны и под другим углом. Важно, чтобы пациент не только получил ответ на беспокоящее его вопросы, но и смог задать себе новые вопросы, выводящие его понимание и осознание на качественно новый уровень.

Список литературы

1. Автономов Д.А. Практические аспекты консультации пациентов, зависимых от участия в азартных играх. Первичная диагностика, оценка и мотивационное интервью. Сообщение 1 // Наркология. — 2012. — №3. — С. 59—66.
2. Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия (Терапия, фокусированная на решении) // Краткосрочная позитивная психотерапия. — СПб.: Речь, 2000.
3. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис, 2003. — 128 с.
4. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / Пер. с англ. А.Ф. Ускова. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 368 с.
5. Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. Пер. с англ. М.И. Завалова. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 464 с.
6. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 480 с.

7. Патопсихология. Психоаналитический подход: Теория и клиника: Учебное пособие для студентов вузов / Под ред. Ж. Бержере / Пер. с фр. и науч. ред. А.Ш. Тхостова. — М.: Аспект Пресс, 2008. — 397 с.
8. 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.
9. Фенихель О. Психоаналитическая терапия неврозов. — М.: Академический проект, 2004. — 848 с.
10. Becona E., Del Carmen L.M., Fuentes M.J. Pathological gambling and depression // Psychological Reports. — 1996. — Vol. 78. — P. 635—640.
11. 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.
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. Frank M.L., Lester D., Wexler A. Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous // Journal of Gambling Studies 1991. — Vol. 7. — P. 249—254.
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. Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers // Journal of Substance Abuse Treatment. — 2003. — Vol. 25. — P. 263—270.
16. McCormick R.A., Russo A.M., Ramirez L.E., Taber J.I. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment // American Journal of Psychiatry. — 1984. — Vol. 141, №2. — P. 215—218.
17. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior. — N.Y.: Guilford Press, 1991.
18. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior. — N.Y.: Guilford Press, 2nd ed., 1999.
19. Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) // Psychology of Addictive Behaviors. — 1996. — Vol. 10 (2). — P. 81—89.
20. Petry N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers // J. Nerv. Ment. Dis. — 2002. — Jul. — Vol. 190, №7. — P. 462—469.
21. Grant J.E., Potenza M.N. Pathological gambling: a clinical guide to treatment. — Washington, DC: American Psychiatric Pub. — 2004. — P. 270.
22. 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.

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

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