

Оценка эффективности применения психотерапии при комплексном лечении больных игровой зависимостью

АГИБАЛОВА Т.В. д.м.н., рук. отделения психотерапии Национального научного центра наркологии Росздрава, Москва; e-mail: agibalovatv@mail.ru

БУЗИК О.Ж. д.м.н., зам. директора Московского научно-практического центра наркологии; e-mail: buzic58@bk.ru

ДИНОВ Е.Н. зав. кафедрой прикладной психологии и психотерапии

Института дополнительного профессионального образования РУДН, Москва; e-mail: posantr@yandex.ru

Приводятся данные по разработке и оценке эффективности психотерапевтической программы для больных зависимостью от азартных игр. Авторы выделяют мишени психотерапии, определяющиеся клиническими особенностями, динамикой и компонентами патологического влечения к азартным играм, индивидуальными психопатологическими нарушениями, наличием суицидальных тенденций. На основе анализа эффективности разработанной психотерапевтической программы выделены наиболее успешные модели психотерапевтического воздействия. Предложенная оценка эффективности показала, что комплексное лечение больных игровой зависимостью с применением психофармакотерапии и разработанной авторами психотерапии более эффективно, чем изолированное применение психофармакотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, оценка психотерапии, игровая зависимость

Введение

Оценка эффективности психотерапии в наркологии остается недостаточно разработанной. Отсутствуют общепринятые критерии и методы оценки эффективности психотерапии наркотических больных, в том числе больных с зависимостью от азартных игр. Большинство исследований показывает, что критерий снижения патологического влечения не является единственно надежным при определении непосредственной эффективности психотерапии. Одна из целей психотерапевтического вмешательства — это создание постоянно функционирующих изменений, а не только снятие отдельных симптомов и синдромов. Оценка результата, основанная только на критерии продолжительности ремиссии, не отражает качества ремиссии, внутриличностных изменений, полноты жизненного функционирования и эффективности проводимой психотерапии. Оценка результатов психотерапии с позиций доказательной медицины совпадает с таковой для психофармакотерапии [14] и базируется на рандомизированном контролируемом исследовании с учетом качественных критериев клинических исходов (болезнь, инвалидизация, смерть) вместе с оценкой качества жизни и социального функционирования. Однако следует отметить условность простого переноса процедуры рандомизации при психофармакотерапии на психотерапию [13], поскольку при последней невозможно использовать двойной слепой метод, крайне затруднительно описание модальности психотерапии, затруднен учет факторов личности и эффективности психотерапевта.

В настоящее время накоплено много данных, посвященных этиологии, диагностике, клинике, психопатологии игровой зависимости [1, 3—7, 12, 16, 21]. Известно о факторах, предрасполагающих к возникновению зависимости от азартных игр, наследственности, преморбидных личностных особенностях, клинических проявлениях, психопатологических нарушениях, структуре и динамике патологического влечения к игре (ПВИ), игровом «опьянении», игровом абстинентном синдроме [4, 6—8]. Одновременно с этим явно недостаточно исследований, посвященных разработке научно обоснованных комплексных дифференцированных программ лечения больных игровой зависимостью. Актуальность разработки методов лечения также обоснована тем, что игровая зависимость среди всех аддиктивных заболеваний зависимости данная нозология является наименее курабельной [2] и тесно связана с повышенной суицидальной готовностью [10, 12]. В связи с вышесказанным *цель исследования* — разработка и оценка эффективности комплексной дифференцированной психотерапевтической программы для больных зависимостью от азартных игр.

Объект и методы исследования

В ходе работы изучены 94 мужчины с зависимостью от азартных игр (F63.0). У 81 пациента (86,2%) наблюдалась зависимость от игры в игровых автоматах, у 13 чел. (13,8%) — от азартных игр в казино, тотализаторов. Возрастные границы пред-

ставленной выборки — от 21 до 48 лет, средний возраст составлял $28 \pm 4,1$ года.

В исследование включались мужчины, у которых сформирована зависимость от азартных игр, соответствующая критериям МКБ-10 (F63.0).

Из исследования были исключены пациенты:

- со склонностью к азартным играм и заключению пари (Z72.6);
- с эндогенными психическими заболеваниями;
- с другими зависимостями от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики), за исключением никотиновой зависимости;
- с тяжелым органическим поражением ЦНС;
- с выраженным снижением или недоразвитием интеллекта;
- с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения.

На экспериментальном этапе исследования среди пациентов была выделена основная группа из 52 чел. (средний возраст $27,4 \pm 2,5$ года), страдающие зависимостью от азартных игр. Клинические и социально-демографические характеристики были приблизительно идентичны наблюдавшимся в группе в целом, поскольку отбор в экспериментальную группу осуществлялся на основе случайного выбора. Контрольной группой стали остальные пациенты из исследованной когорты общим числом 42 чел.

Применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психологический и статистический методы исследования.

Для оценки эффективности разработанной психотерапевтической программы с учетом принципов доказательной медицины вся выборка пациентов случайным образом была рандомизирована на основную и контрольную группы. Таким образом, провели оценку эффективности на основе двух групп данных. Использовались клинические данные, определяющие сравнительную динамику клинической картины у пациентов из основной и контрольной группы и изучались данные качественного и количественного анализа ремиссий.

С целью максимальной объективизации, в нашем исследовании использовался ряд критериев для оценки эффективности разработанной психотерапевтической программы:

1) сравнительная динамика клинической картины у пациентов из основной и контрольной группы по шкале оценки тяжести патологического влечения к азартным играм, шкале Монтгомери—Асберг для оценки депрессий, шкале Гамильтона для оценки депрессии, шкале общего клинического впечатления (субшкала терапевтического эффекта);

2) сравнительная оценка длительности ремиссий в основной и контрольной группах;

3) качественный анализ ремиссий по объективным и субъективным признакам в основной и контрольной группах.

В соответствии с принципами доказательной медицины применяемая психофармакотерапия была стандартизирована, универсальна как для основной, так и для контрольной групп. Основная группа пациентов получала стандартизированную психофармакотерапию и специально разработанную психотерапевтическую программу. Контрольная группа больных получала стандартизированную психофармакотерапию, также проводились неспецифические методики в рамках разъяснительной психотерапии: информирование об игровой зависимости как заболевании. Психофармакотерапия назначалась с первого дня развития игрового абстинентного синдрома длительностью 4 мес. Пациенты получали: эсциталопрам по 10 мг — одна таблетка утром, налтрексон по 50 мг.

В дальнейшем осуществлялось катамнестическое наблюдение в течение не менее чем 12 мес. как в основной, так и в контрольной группах. Выбор и длительность вышеуказанной психофармакотерапии основаны на данных, приведенных в научной литературе по результатам многочисленных исследований, в которых были получены убедительные нейробиологические данные, подтверждающие дисфункцию системы серотонина (5-НТ) при зависимости от азартных игр. Проводились клинические испытания эффективности флувоксамина, циталопрама, эсциталопрама, пароксетина, сертралина и флуоксетина в лечении зависимости от азартных игр как в нашей стране, так и за рубежом. В различных исследованиях, в том числе в двойных слепых плацебо-контролируемых, было показано, что эффективность указанных антидепрессантов превышает плацебо [11, 15—17, 19, 20, 22]. Учитывая все эти данные, а также превалирующую психопатологическую симптоматику, в настоящем исследовании мы использовали эсциталопрам, препарат с двойным действием на серотонин — аллостерический ингибитор обратного захвата серотонина. Применение налтрексона обосновывается тем, что он как антагонист μ -опиоидных рецепторов эффективен в лечении болезней зависимости. Основной механизм действия налтрексона — модуляция мезолимбических дофаминовых проводящих путей, ответственных за вознаграждение и подкрепление. Поэтому полагают, что налтрексон можно использовать с тем, чтобы устранить вознаграждающие и подкрепляющие свойства участия в азартных играх и таким образом уменьшить патологическое влечение к азартным играм (ПВИ). Для оценки тяжести и структуры ПВИ в динамике использовалась специальная шкала [4].

Результаты исследования

Выделение психотерапевтических мишеней для работы с пациентами, зависимыми от азартных игр

Для проведения психотерапевтического лечения необходимо выделение мишеней. Главными мишенями психотерапии в нашем исследовании являются структурные компоненты ПВИ. Для формирования психотерапевтического альянса на первых этапах лечения основное внимание уделяется наличию и выраженности психологических защит. Именно на их выявление и коррекцию направляется основная психотерапевтическая работа. От успешности этих мероприятий зависит дальнейший процесс психотерапии. При этом также учитываются индивидуальные личностные особенности пациентов и наличие суицидальных тенденций в психике.

При актуализации ПВИ психологические защиты направлены на поддержание влечения и на его реализацию, несмотря на очевидные и выраженные «потери» (работа на поддержание «игрового гомеостаза»). Проявления психологических защит у пациентов из основной и контрольной групп наблюдались на всех этапах заболевания и в период ремиссии.

Психологические защиты на различных этапах зависимости от азартных игр проявляются по-разному и играют различные роли.

Такой механизм психологической защиты, как «изоляция аффекта», был выявлен у всех пациентов при актуализации ПВИ. Этот защитный механизм проявлялся в том, что пациенты понимали, что играть в азартные игры нецелесообразно, это вредит здоровью, снижает социальный статус, приводит к деградации личности и т.д., однако продолжали играть. При этом они аффективно не включались в это понимание, изолируя себя от переживаний по этому поводу, но получение желаемого аффекта требует своей реализации. Понимание вреда существует безотносительно к пациенту, без эмоциональной включенности.

При актуализации ПВИ помимо «изоляции аффекта» преобладали такие механизмы психологической защиты, как *рационализация, вытеснение и отрицание*. Несколько реже встречались *интроекция, всемогущество, расщепление, регрессия, проекция*.

Для работы с *изоляцией аффекта* мы использовали техники гештальт-упражнений, позволяющие осознать подавленные чувства, быть в контакте с собственными чувствами, уметь их отреагировать. Пациенты подавляли типичные чувства, направленные против них самих: гнев, беспомощность, печаль, стыд, вину, напряженность и страх, самопоричание. В ходе психотерапевтической работы пациенты понимали, что их эмоциональная реакция возникает в ответ на определенные запускающие события, и их

внешние ответные реакции могут быть более эффективными. В результате число негативных, патогенных эмоциональных реакций сократилось.

При преобладании такой защиты, как *рационализация*, психотерапия направлена на проработку причинно-следственных связей, на обучение тому, что не все явления в этом мире можно рационально объяснить, что рациональное объяснение проблемы еще не ее решение, дает возможность снять тревогу по поводу проблемы и подменяет, отодвигает ее решение.

При *отрицании* основная работа была направлена на принятие пациентом проблем, связанных с игровой зависимостью, проводилось информирование (предоставление информации без затрагивания личности пациента), что давало ему возможность сопоставить полученную информацию с происходящими в его жизни событиями.

При преобладании такой психологической защиты, как *интроекция*, психотерапия направлена на разотождествление чужих убеждений и установок, принятых когда-то без критики, и личностью пациента. Когда пациент понимал, что эти убеждения и установки не его собственные, не слиты воедино с его личностью, это давало ему возможность критично взглянуть на них, осуществить «перерешение», избавиться от них, изменить.

При преобладании психологической защиты *всемогущество* необходимо постепенное, пошаговое обучение тестированию реальности и соотнесению своих возможностей и реальных событий. Затем необходимо признание пациентом проблемности той модели взаимоотношений, которую он использует. Ценным для пациента является то, чтобы научиться выносить на обсуждение свои недостатки и слабости.

При *расщеплении* необходимо показать пациенту, что любое событие может восприниматься не фрагментарно, а целиком, без резко полярного отношения. Преодолеть эту психологическую защиту помогает обучение принимающему, безоценочному мышлению.

При *регрессии* разработанная нами программа психотерапии была направлена на создание конфронтации симбиотических взаимоотношений пациентов с родственниками, их патологическую зависимость от других людей и при этом поддерживали их самостоятельность, автономность, способность отвечать за свои поступки.

Психотерапевтическая тактика преодоления *вытеснения* предполагала использование таких техник, как структурирование и обозначение всех долгов пациента, написание самоотчетов, ведение дневника, планирование жизненной стратегии на ближайший год, что давало возможность приостанавливать работу вытеснения.

При работе с *проекцией* важно показать пациентам, что они «отзеркаливают», проецируют собствен-

ные устремления, желания и потребности на других людей, концентрируя при этом внимание на проблемах самого пациента, показывая, что только так можно их решить.

Психотерапия, направленная на работу с механизмами психологических защит, позволяет преодолеть противодействие пациентов вовлечению в психотерапевтический процесс, дает возможность сформировать устойчивый психотерапевтический альянс между врачом и пациентом.

Психотерапия

патологического влечения к азартным играм

ПВИ является определяющим синдромом зависимости от азартных игр, поэтому настоящее исследование посвящено разработке такой психотерапии, основной целью которой является подавление ПВИ и предотвращение его актуализации в период ремиссии. Психотерапевтическое воздействие, прежде всего, было направлено на идеаторные нарушения в структуре ПВИ. Идеаторные расстройства включали в себя так называемые когнитивные ошибки, представляющие собой аргументы в пользу необходимости, целесообразности, оправданности процесса игры.

При обострении ПВИ в структуре идеаторного компонента у исследованных пациентов из «когнитивных ошибок» доминировало *сверхобобщение*, оно встречалось у всех пациентов в основной и контрольной группах.

Произвольное умозаключение наблюдалось у 23 пациентов (44,2%) из основной группы и у 17 пациентов (40,6%) из контрольной.

Избирательное абстрагирование также встречалось достаточно часто: 15 пациентов (28,8%) из основной группы и 13 пациентов (31,0%) из контрольной.

Относительно преувеличения и преуменьшения можно отметить, что в основной группе 14 пациентов (26,9%), а в контрольной — 11 пациентов (26,2%) демонстрировали это нарушение.

Дихотомическое мышление было у четверти выборки пациентов.

Наименьший процент встречаемости наблюдался относительно такой «ошибки мышления», как *персонализация*: в основной группе — 12 пациентов (23,1%), в контрольной — 9 пациентов (21,4%).

В соответствии с полученными результатами были разработаны следующие подходы к психотерапии идеаторного компонента ПВИ, когнитивная психотерапия «ошибок мышления»:

1) психотерапевт дает определение «ошибкам мышления» и «когнициям», рассказывает, что когниция — это мысль или образное представление, которое может остаться незамеченным, если пациент не сконцентрируется на них. Человеку свойственно полагать, что его мысли и представления являются отра-

жением реальности, и он редко оценивает их достоверность;

2) на следующем этапе пациенту объясняют, как мысли влияют на чувства и поведение. Демонстрируется связь между мышлением, эмоциями и поведением. Важно объяснить эту взаимосвязь пациенту с помощью абстрактного примера, не затрагивающего его лично.

Домашние психотерапевтические задания соответствуют общей структуре лечения, являются одним из способов получения информации, необходимой для опровержения «ошибок мышления». Также домашние задания позволяют получить объективные, реалистические, детальные отчеты. Необходимо разбивать домашние задания на небольшие, реально выполнимые части. Если пациент отказывается выполнять домашние задания, не приходит или опаздывает на назначенные психотерапевтические сессии или подчеркивает свою неспособность быть ответственным, психотерапевт должен искать когнитивные причины, вызвавшие это регрессивное поведение. В ходе психотерапевтической работы совместно с пациентом определяются стратегии поведения в случае рецидива, составляется план-памятка.

Таким образом, все указанные этапы, домашние задания и работа на сеансах позволяют пациенту развить «альтернативную логику», которая эффективно противостоит обострению идеаторного компонента патологического влечения.

Аффективный компонент ПВИ был достаточно выражен и многообразен. Депрессивная симптоматика характеризовалась наличием сниженного настроения без выраженной моторной и идеаторной заторможенности. Эта симптоматика наблюдалась у всех пациентов с игровой зависимостью, достигая такой глубины, когда появлялись снижение интереса к окружающему, подавленное настроение, отсутствие желания работать или что-либо делать, уменьшение потребности в общении, чувство вины перед близкими за свое поведение. Редко отмечались угнетенное тоскливое настроение, общая подавленность, стремление к одиночеству, отвержение эмоциональных контактов, безразличие к окружающему, безучастность. Тревога была связана, как правило, с мыслями об игре или с игровыми событиями, но возможна и вне связи с этим. Отмечалась эмоциональная лабильность: перепады настроения, возникающие при воспоминании о негативных последствиях игры и связанных с ней событиях или при разговорах на игровую тематику. Дисфорические расстройства характеризовались выраженной раздражительностью, злобностью, вспышками агрессии.

Психотерапия аффективного компонента ПВИ включала в себя заключение контракта на то, что па-

циенты, какие бы негативные чувства они ни испытывали, будут говорить о них и прорабатывать эти моменты с врачом. После этого пациентам помогали научиться различать чувства и реальность, выражать такие чувства, как гнев, злость, агрессия, в безопасной психотерапевтической обстановке. Закреплялись эти навыки на тренинге управления эмоциями, который включал в себя приемы «Горячий стул», «Пустой стул», написание пациентом словаря своих чувств.

Отдельно мы выделили психотерапевтическую работу, направленную на умение пациентов справляться со стрессом. Для этого использовались методики нейролингвистического программирования *построение ресурсного состояния, стратегии работы со стрессом*.

Поведенческий компонент в структуре ПВИ прямо зависел от проявлений и выраженности идеаторного и аффективного компонентов, проявляясь в суетливости и непоседливости при разговорах на тему игры, активном поддержании таких разговоров, в компьютерных, карточных и других играх. Психотерапевтическая работа заключалась в том, что проводился поведенческий тренинг с целью обучения приспособительным умениям, необходимым при столкновении с ситуациями, способствующими реализации игрового поведения.

В нашем исследовании с 35 пациентами основной группы был заключен *антисуицидальный контракт*. Необходимость заключения такого контракта диктовалась либо суицидальными мыслями, выявленными в ходе беседы, либо наличием суицидальных идей, парасуицидов в анамнезе. С частью пациентов (14 чел.) антисуицидальный контракт был заключен даже при отсутствии указанной выше симптоматики, поскольку после тщательного изучения анамнеза было сделано заключение о необходимости подобной процедуры, которая могла бы существенно уменьшить конфликтную напряженность во внутриличностной сфере. Как правило, большая часть пациентов, активно высказывавших суицидальные мысли, с пониманием относилась к заключению контракта, испытывая чувства облегчения и релаксации. Часть пациентов (6 чел.) демонстрировала реакции протеста и негативизма, что могло приводить к ухудшению общей симптоматики, обострению патологического влечения к азартным играм. В этих случаях заключался *контракт на самонеповреждение* — более мягкий вариант антисуицидального контракта, необходимый, чтобы избежать акцентуации реакций протеста и негативизма. Для купирования этих реакций проводились дополнительные психотерапевтические сессии, осуществлялись дистантные формы психотерапии для поддержки между сессиями. При оценке эффективности психотерапевтического вмешательства у пациентов, с которыми был заключен антисуицидальный контракт, было выявлено, что в основной группе отмечаются дос-

товерные отличия ($p < 0,05$) по таким показателям, как «желание умереть» и «суицидальные действия».

Рассмотрим полученные результаты более подробно.

1. Сравнительная динамика клинической картины у пациентов из основной и контрольной групп по шкалам: оценки тяжести патологического влечения к азартным играм; Монтгомери—Асберг для оценки депрессий; Гамильтона для оценки депрессии; шкале общего клинического впечатления (субшкала терапевтического эффекта)

Нами сравнивались две группы: экспериментальная — пациенты, прошедшие курс специально разработанной психотерапии, и контрольная — пациенты, не получившие интервенции такого рода. По своим клиническим характеристикам, патопсихологическим параметрам, полу, возрасту группы не различались между собой, так как отбор в основную экспериментальную группу производился на основе случайного выбора. Однако пациенты из экспериментальной группы знали о своем участии в специальной «Психотерапевтической программе» и давали письменное согласие на такое участие. Важно отметить, что, согласие на участие в «Психотерапевтической программе» дали все пациенты, которым это было предложено, отказов не было, никто из больных не возражал против психотерапевтических сеансов, в большинстве своем они выражали удовлетворение от проводимого вмешательства.

Как видно из рис. 1—5, проведение психотерапии достаточно быстро и значительно снижает интенсивность ПВИ. Наиболее значимые статистически достоверные различия между основной и контрольной группами получены при оценке динамики идеаторного компонента. Уже на 2-й неделе терапии в основной группе уровень идеаторного компонента в 2 раза ниже, чем в контрольной (рис. 1). В дальнейшем на 4-й неделе лечения как в основной, так и в контрольной группах отмечался подъем интенсивности идеаторных

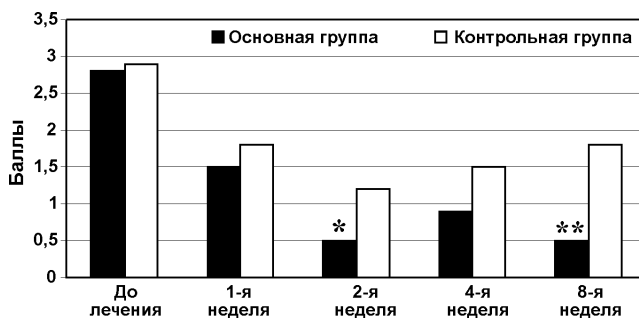


Рис. 1. Динамика идеаторного компонента патологического влечения к азартным играм в основной и контрольной группах: достоверность отличий от контрольной группы * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

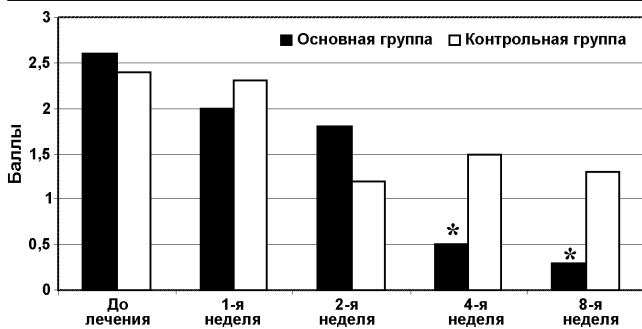


Рис. 2. Динамика аффективного компонента патологического влечения к азартным играм в основной и контрольной группах: достоверность отличий от контрольной группы * — $p < 0,05$

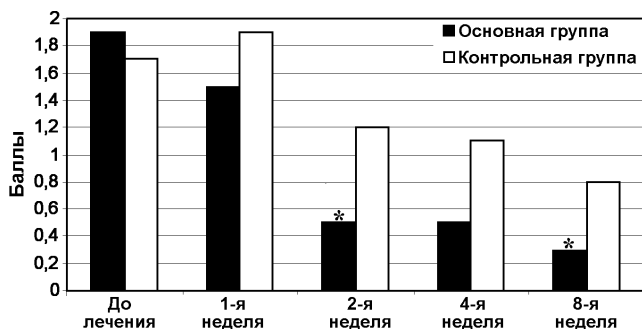


Рис. 3. Динамика поведенческого компонента патологического влечения к азартным играм в основной и контрольной группах: достоверность отличий от контрольной группы * — $p < 0,05$

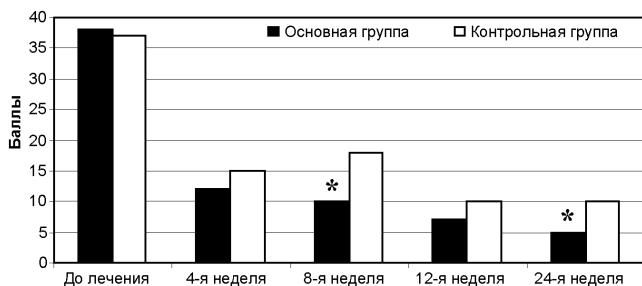


Рис. 4. Динамика показателей шкалы Монтгомери—Асберг для оценки депрессии в основной и контрольной группах: достоверность отличий от контрольной группы * — $p < 0,05$

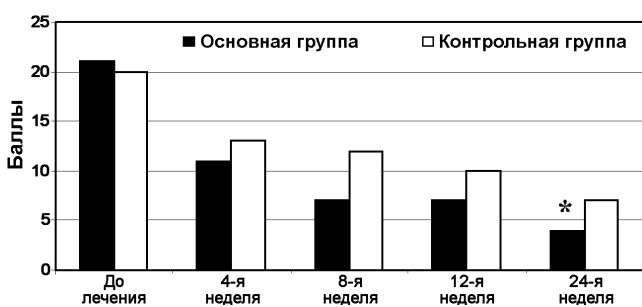


Рис. 5. Динамика показателей шкалы Гамильтона для оценки депрессии в основной и контрольной группах: достоверность отличий от контрольной группы * — $p < 0,05$

расстройств, но в основной группе он был менее выражен, чем в контрольной. На 8-й неделе лечения степень выраженности идеаторного компонента в основной группе была в 3 раза ниже, чем в контрольной (рис. 1).

Динамика аффективного компонента ПВИ не столь однозначна, но также различается в основной и контрольной группах. Статистически достоверные отличия наблюдались к 4-й неделе лечения (рис. 2).

Динамика поведенческого компонента ПВИ представлена на рис. 3. Статистически достоверные отличия в основной группе по сравнению с контрольной наблюдались ко 2-й и 8-й неделе лечения (рис. 3).

На рис. 4 представлена динамика психопатологических расстройств по шкале Монтгомери—Асберг для оценки депрессий (MADRS). На 4-й неделе лечения отмечается почти 70%-ная редукция психопатологической симптоматики в основной группе и 60%-ная в контрольной группе по сравнению с уровнем до начала лечения. При этом статистические различия в группах получены на 8-й и 24-й неделе лечения.

При оценке психопатологической симптоматики по шкале Гамильтона было выявлено, что данная шкала менее чувствительна и не всегда соотносится с аффективными нарушениями по шкале патологического влечения к азартным играм. Были получены следующие результаты. По шкале Гамильтона в основной группе редукция психопатологической симптоматики на 8-й неделе терапии достигала более 50% по сравнению с днем до начала лечения (рис. 5). Статистические различия в группах отмечены на 24-й неделе лечения.

По шкале общего клинического впечатления на момент завершения исследования результаты терапии больных показали следующее: в основной группе количество пациентов, у которых зарегистрировано «выраженное улучшение», составило 40 чел. (76,9%), «умеренное улучшение» — 8 чел. (15,4%), «незначительное улучшение» — 0, «изменений нет или ухудшение» — 4 чел. (7,7%). В контрольной группе количество пациентов, у которых зарегистрировано «выраженное улучшение» — 28 чел. (66,7%), «умеренное улучшение» — 0, «незначительное улучшение» — 4 чел. (9,5%), «изменений нет или ухудшение» — 10 чел. (23,8%) (табл. 1).

По данным шкалы UKU, общая распространенность нежелательных явлений в основной и контрольной группах больных существенно не различалась. Из нежелательных явлений в основной и контрольной группах больных зафиксированы:

- сонливость — 4 наблюдения в основной группе, 3 — в контрольной;
- тремор — 2 наблюдения в основной группе, 3 — в контрольной;

Таблица 1

Шкала общего клинического впечатления (терапевтический эффект) в основной и контрольной группах

Терапевтический эффект	Основная группа (N=52)		Контрольная группа (N=42)	
	Абс.	%	Абс.	%
Выраженное улучшение	40	76,9	28	66,7
Умеренное улучшение	8	15,4	—	—
Незначительное улучшение	—	—	4	9,5
Изменений нет или ухудшение	4	7,7	10	23,8

Таблица 2

Сравнительная оценка ремиссий в основной и контрольной группах

Длительность ремиссии	Основная группа (N=52)		Контрольная группа (N=42)	
	Абс.	%	Абс.	%
До 3 мес.	0*	0	4	9,5
От 3 до 6 мес.	4**	7,7	10	23,8
От 6 до 9 мес.	11	21,2	12	28,6
От 9 до 12 мес.	37**	71,1	16	38,1

Примечание. Различия между группами, установленные в U-тесте по методу Манна—Уитни: * — значимые ($p < 0,05$); ** — очень значимые ($p < 0,01$)

- сухость во рту — 3 случая в основной группе, 2 — в контрольной;
- тошнота — 4 наблюдения в основной группе, 5 — в контрольной;
- головокружение — одно наблюдение в основной группе, 3 — в контрольной;
- ослабление либидо и задержка эякуляции — 6 наблюдений в основной группе, 5 — в контрольной.

Динамика распространенности нежелательных явлений как в основной группе, так и в контрольной имела в целом регрессирующий характер: с максимальным (более 50%) количеством симптомов в первые две недели лечения и постепенной их редукцией вплоть до момента окончания терапии. Все нежелательные явления были слабо или умеренно выраженными.

2. Сравнительная оценка длительности ремиссий в основной и контрольной группах

Как видно из табл. 2, в основной группе у 37 пациентов (71,1%) ремиссия продолжалась от 9 до 12 мес. В контрольной группе ремиссия такой же продолжительности отмечена всего у 16 пациентов (38,1%), что имеет статически высокозначимые отличия. Менее длительная по продолжительности ремиссия от 6 до 9 мес. наблюдалась в основной группе у 11 чел. (21,2%), а в контрольной — у 12 чел. (28,6%), но различия статистически недостоверны. Ремиссия продолжительностью от 3 до 6 мес. в основной группе была у 4 чел. (7,7%), а в контрольной — у 10 чел. (23,8%), различия статистически

достоверны. Ремиссии до 3 мес. наблюдались только в контрольной группе у 4 чел. (9,5%).

Таким образом, высокий процент продолжительных и стойких ремиссий в группе пациентов, получивших комплексное лечение, психофармакотерапию и психотерапию, по сравнению с контрольной группой, доказывает эффективность разработанной психотерапевтической программы.

3. Качественный анализ ремиссий по объективным и субъективным признакам в основной и контрольной группах

В научной литературе ремиссия определяется как «...период, в течение которого ... индивидум является бессимптомным, т.е. не соответствует синдромальным критериям расстройства, а имеет не больше чем минимальные признаки болезни». При этом ремиссия оценивается по нескольким критериям: выраженности и характеру остаточной симптоматики (неполная ремиссия в сравнении с полной), уровню социального функционирования, субъективно-психологическому восстановлению пациентов и устойчивости самого состояния ремиссии. Эти характеристики объединяются в понятие *качество ремиссии* (цит. по [9]). Мы проанализировали количество срывов, не приведших к рецидиву заболевания, причем пациентов с единичными срывами включали в категорию достигших ремиссии. Как видно из табл. 3, в основной группе количество пациентов с рецидивами заболевания составило 15 чел. (28,9%), в контрольной группе — 26 чел. (61,9%), различия статистически достоверны. Срывы, не повлекшие за

Сравнительная оценка качества ремиссии у пациентов из основной и контрольной групп

Характеристика	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Воздержание (ремиссия)	37	71,1	16	38,1
Единичные игровые эпизоды (срывы)	8	15,4	4	9,5
Рецидив	15	28,9	26	61,9

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — достоверные различия между основной и контрольной группами

Динамика семейного статуса в основной и контрольной группах пациентов, зависимых от азартных игр

Изменения семейного статуса	До начала лечения		Катамнестический период	
	Основная группа (N=52)	Контрольная группа (N=42)	Основная группа (N=52)	Контрольная группа (N=42)
Объективные признаки				
Развод	13 (25,0%)	8 (19,0%)	1 (1,9%)	2 (4,8%)
Вступление в брак	26 (50,0%)	22 (52,4%)	0	0
Совместное проживание (гражданский брак)			5 (9,6%) *	0
Субъективные признаки				
Стабилизация семейных отношений			30 (57,7%)*	10 (23,8%)
Появление постоянного партнера			5 (9,6%)*	1 (2,4%)
Самостоятельное проживание			3 (5,8%)	0

собой рецидив заболевания, в основной группе наблюдались чаще, чем в контрольной: у 8 чел. (15,4%) и у 4 чел. (9,5%) соответственно.

В процессе катамнестического наблюдения пациентам и их родственникам задавали вопросы об изменениях в семейном и социальном статусе, семейных отношениях. Полученные результаты обнаружили статистически достоверные различия между группами (табл. 4). В основной группе 5 пациентов (9,6%) установили постоянные отношения с совместным проживанием с партнершей, вступили в гражданский брак. В контрольной группе за период катамнестического наблюдения не было пациентов, вступивших в гражданский брак. О стабилизации и улучшении семейных отношений сообщили 30 пациентов (57,7%) из основной группы и 10 пациентов (23,8%) из контрольной.

При сравнительной оценке социального статуса пациентов в период катамнестического наблюдения были получены следующие статистически достоверные различия. Продолжили трудовую деятельность 37 пациентов (71,1%) из основной группы и 16 чел. (38,1%) из контрольной. Были уволены с работы 3 пациента (5,8%) из основной группы и 10 чел. (23,8%) из контрольной. Устроились на работу 5 пациентов (9,6%) из основной группы и один пациент (2,4%) из контрольной. Также были получены достоверные различия по такому параметру, как отчисле-

ние из учебных заведений. В основной группе таких пациентов не было, в контрольной группе 4 чел. (9,5%) были отчислены из учебных заведений в связи с пропусками учебы, неуспеваемостью.

Заключение

Проведенное исследование показало, что комплексное лечение больных игровой зависимостью с применением психофармакотерапии и разработанной психотерапии более эффективно, чем изолированное применение психофармакотерапии. Высокий процент продолжительных и стойких ремиссий, а также положительная динамика социального и семейного статуса больных, получавших комплексное лечение, отражает эффективность разработанной психотерапевтической программы.

Список литературы

1. Агибалова Т.В. Аффективные расстройства в структуре игрового абстинентного синдрома // Психоневрология в современном мире: Материалы ФГУ «СПб. НИПНИ им. Бехтерева» Росздздрава. — СПб.: Человек и здоровье, 2007. — С. 168.
2. Бобров А.Е. Поведенческие зависимости и психическая диссоциация // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9—11 октября 2007 г., Москва). — М., 2007. — С. 36.
3. Бузик О.Ж., Агибалова Т.В. Психофармакотерапия патологического влечения к азартным играм // Человек и лекарство: Материалы XIV Российского национального конгресса. — М., 2007. — С. 477—478.

4. Бузик О.Ж. Звисимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2008. — 46 с.
5. Винникова М.А., Агibalова Т.В., Лобачева А.С., Бузик О.Ж. Клинический случай игровой зависимости // Клинико-экспериментальные аспекты общей патологии: Сб. научных трудов межрегиональной научно-практической конференции (Рязань, 2004) / Под ред. Ю.Ю. Бяловского. — Рязань, 2004. — С. 106—111.
6. Даренский И.Д., Аюпян В.С. Болезненное пристрастие к азартным играм // Наркология. — 2006. — №5. — С. 54—57.
7. Дудко Т.Н., Бондаренко С.Н. Клинические особенности патологического влечения к азартным играм // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции. — Москва, 5—7 октября 2004 г. — С. 297—298.
8. Дудко Т.Н., Мягкова М.А., Панченко Л.Ф., Бондаренко С.Н., Казутина Е.А. Клинические особенности игромании // Наркология. — 2006. — №10. — С. 43—48.
9. Захарова К.В. Качество и стойкость ремиссии при применении фармакотерапии у больных с депрессивными расстройствами: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2008. — 20 с.
10. Ломакина Г.В., Набиркин Г.А. Опыт работы с пациентами, страдающими лудоманией // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения: Сб. науч. ст. конференции, посвященной 30-летию МУЗ ПБ г.Краснодара. — Краснодар, 2006. — С. 431—433.
11. Лоскутова В.А. Подходы к терапии нехимических зависимостей // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. — М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. — С. 75—81.
12. Солдаткин В.А. Криминогенность, виктимность и суицидогенность при патологическом влечении к азартным играм // Вопросы наркологии. — 2009. — №3. — С. 52—59.
13. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — Т. 14, №1. — С. 87—96.
14. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. — М., 1998. — 352 с.
15. Dembinskas A. Psichiatrija. Vaistų įoinios. — Vilnius, 2003. — 557 s.
16. Hollander E., Begaz T., De Caria C. Pharmacologic approaches in the treatment of pathological gambling // CNS Spectrum. — 1998. — Vol. 6, №3. — P. 72—82.
17. Hollander E., Buchalter A.J., De Caria C.M. Pathological gambling // Psychiatr. Clin. North. Am. — 2000. — Sep. — Vol. 23, №3. — P. 629—642.
18. Hollander E., Pallanti S., Allen A., et al. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? // American Journal of Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 137—145.
19. Kim S.W., Grant J.E., Adson D.E., Shin Y.C. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling // Biol. Psychiatry. — 2001. — Jun. — Vol. 1, №49 (11). — P. 914—921.
20. Kim S.W., Grant J.E. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder // Int. Clin. Psychopharmacol. — 2001. — Sep. — №16 (5). — P. 285—289.
21. Pallanti S., Quercioli L., Sood E., Hollander E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study // J. Clin. Psychiatry. — 2002. — Jul. — №63 (7). — P. 559—564.
22. Zimmerman M., Breen R.B., Posternak M.A. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling // Journal Clin. Psychiatry. — 2002. — Jan. — №63 (1). — P. 44—48.

CONTRASTIVE STUDY ON USE OF PSYCHOTHERAPY WITH PATIENTS ADDICTED TO GAMBLING

AGIBALOVA T.V., BUZIK O.Zh., DINOVA E.N.

National Scientific Center for Research on Addictions of Russian Ministry of Healthcare, Moscow

Moscow Scientific and Practical Centre for Addictions, Moscow

The article reviews different approaches to evaluation of psychotherapy in general, and in addiction medicine in particular. Views diversity and challenges of objectification of the effects of a psychotherapeutic intervention are shown. Different views on evaluation of psychotherapy effectiveness in addiction medicine have been analyzed and systematized. The authors show that the issue of evaluation of psychotherapy effectiveness and safety, especially with addicted patients, remains open and needs further thorough clinical investigation.

Key words: psychotherapy, psychotherapy evaluation, gambling addiction