

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.В. Смычка

Выпуск 18



2016

УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3
М42

Рецензенты:

д-р мед. наук, проф., заведующий кафедрой медицинской реабилитации
и немедикаментозной терапии Гродненского государственного медицинского
университета *Л.А. Пирогова*;
канд. мед. наук, заместитель академика-секретаря отделения медицинских наук
Национальной академии наук Беларуси *А.А. Гракович*.

М 42 **Медико-социальная экспертиза и реабилитация:** сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Г. Смычка. – Минск : УП «Энциклопедикс» 2016. – 356 с.

ISBN 978-985-7090-92-1

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медико-социальной экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно освещающим названные проблемы.

Материал систематизирован в трех крупных разделах.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

*За точность и достоверность изложенного материала несет
ответственность автор(ы) статьи.*

ISBN 978-985-7090-92-1

УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3

© ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы
и реабилитации», 2016

© Оформление. УП «Энциклопедикс»

Поэтому своевременная постановка диагноза и корректное назначение психотерапевтической помощи позволит избежать негативных последствий возникающего депрессивного состояния.

Литература

1. Богуш, М.С. Осознание движений в реабилитации больных с нарушением мозгового кровообращения / М.С. Богуш, Г.А. Емельянов, С.С. Василевский, Л.А. Дежец // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Б. Смычка. – Минск : А.Н. Вараксин, 2015. – С. 90-93.
2. Воскресенская, Т.Г. Депрессия при цереброваскулярной патологии / Т.Г. Воскресенская // Журнал Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – Выпуск № 2. – 2009. – С. 9-12.
3. Игумнов, С.А. Методика психосоциальной адаптации и реабилитации больных с цереброваскулярными заболеваниями / инструкция по применению / С.А. Игумнов, Т.В. Майорова / ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» Минск 2008 – С. 1-2.
4. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков.- 2008 г. – С. 466-502.
5. Смычек, В.Б. Ограничения жизнедеятельности у больных после мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы: пособие для врачей / В.Б. Смычек [и др.]. – Минск, 2003. – 64 с.
6. Шахпаронова, Н.В. Постинсультные нарушения высших функций: феноменология, прогноз, реабилитация. 14.01.11 – неврология, диссертация автореферат.
7. Шахпаронова, Н.В. Нейропсихологическая реабилитация больных с когнитивными нарушениями в постинсультном периоде / Н.В. Шахпаронова, Е.М. Кашина, А.С. Кадыков // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007 – Специальный выпуск. Инсульт. Материалы 2-го Российского Международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт» – С.-Пб. 17-20.07 – С. 294.
8. Salter, K. Post Stroke Depression / Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation / Chapter 18, 2013 – P. 1-1042013.

Реабилитационные подходы при игровой зависимости

М.М. Бажнин, И.В. Григорьева, Е.Н. Лагутик

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

На проблему игровой зависимости обратили внимание около 30 лет назад. Игровая зависимость в США включена Американской ассоциацией психиатров в список психических заболеваний, которой подвержены 2-3% взрослого населения. Зависимые игроки идут на большие затраты денег и сил, а также предпринимают активные мыслительные усилия для достижения выигрыша [1, 2].

Гэмблинг проявляется в безудержном желании постоянно участвовать в бесконечных эпизодах азартной игры, превращаясь в потребность и доминанту, подавляя все другие проявления потребностей – начиная с физиологических и заканчивая высшими духовными. Показательно, что потребность в безопасности, базальная для человека, нейтрализуется и перестает быть движущей силой поведения в условиях охватившего азарта [3].

Игровая зависимость относится к информационным, социально-психологическим – нехимическим наркоманиям. Ведущим компонентом в структуре игровой зависимости выступает психическая зависимость.

Игровая зависимость стала серьезной проблемой общества, как с личной стороны, так и с социальной, в связи с серьезными социальными и финансовыми проблемами; распространенностью в их среде криминальных действий (до 60% лиц с игроманией совершают правонарушения); высоким суицидальным риском (13-40% совершают попытки самоубийства, 42-70% отмечают суицидальные мысли) [4].

Выделено, что согласие на проведение лечения и реабилитации определяют: значительное ухудшение семейного (семейные конфликты, угроза развода или развод) и социального статуса (неприятности на месте работы, угроза увольнения или увольнение, долги); сопровождающееся переживаниями вины, ощущениями личного и социального краха; психологическое давление членов семьи или общества в связи с неразрешимостью долговременных психотравмирующих проблем и нарастающих последствий дезадаптации; появление субъективно ощущаемых болезненных признаков ухудшения психического здоровья – невротических и депрессивных расстройств, а также суицидальных тенденций, обусловленных пристрастием к азартным играм.

Большинство специалистов считают, что при оказании лечебно-реабилитационной помощи следует использовать системный подход, основанный на принципах комплексности, мультидисциплинарности, преемственности периодов и этапов долговременности [4, 5].

Лечебно-реабилитационная помощь проходит в течение трех периодов: предреабилитационном в течение 2-4 недель с лечением игрового абстинентного синдрома, постабстинентных расстройств, подавлением патологического влечения к игре, мотивированием на участие в реабилитационных программах реабилитационном от 9 до 12 месяцев с комплексом лечебных, психотерапевтических и социальных мероприятий, направленных на восстановление психического здоровья, подавление влечения к игре, нормализацию семейных отношений, социального статуса и профилактиком – не менее года с предотвращением рецидивов заболевания, включает медикаментозную и психотерапевтическую поддержку и оптимизацию социальных установок [5, 6].

Выбор конкретных условий определяется уровнем реабилитационного потенциала, тяжестью патологического гемблинга, его коморбидностью с другими психическими заболеваниями и социальным статусом лиц с игровой зависимостью. Чаще лечение и реабилитация проводится в амбулаторных условиях, в ряде случаев в стационарах.

Устойчивые ремиссии по данным исследований отмечались у лиц с высоким реабилитационным потенциалом, благополучным преморбидом,

монозависимостью, состоящих в браке, имеющие постоянную работу, участвующие в продолжительных лечебно-реабилитационных программах.

Изучение распространенности игровой зависимости среди населения Республики Беларусь и определение диагностических критериев зависимости от азартных игр позволят ускорить диагностику и разработать реабилитационные подходы пациентам с игровой зависимостью.

Цель исследования: разработать реабилитационные подходы при игровой зависимости.

Материалы и методы. Для разработки реабилитационных подходов при игровой зависимости использовались материалы изучения распространенности зависимости от азартных игр среди населения Республики Беларусь. Исследование было проведено у 460 человек в возрасте от 20 до 40 лет жителей г. Минска и Минской области. Распределение по полу: женщины – 220 (45%), мужчины – 240 (55%). Средний возраст респондентов – $25,4 \pm 0,34$ лет. Методами исследования явились: диагностическое клиническое интервью с использованием диагностических критериев DSM-V (2013); канадский тест показателя проблемного гемблинга (CPGI) в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова [5]; письменное диагностическое интервью, содержащие расширенный список утверждений характерных для зависимости от азартных игр.

Результаты. Данные анонимного клинического исследования населения с применением метода диагностики игромании показали, что в группе лиц часто посещающих игровые заведения из 181 человек были представлены 88% – мужчины и 12% – женщины. Средний возраст группы $29,5 \pm 0,25$ лет. По семейному статусу: состояли в браке 69,7% лиц, у 47,3% это были повторные браки, находились в состоянии развода – 29,3% человек.

По патологическому влечению и выбору азартной игры лидирующими оказался выбор игровых автоматов – 63,4%, предпочитали играть в рулетку и карты – 31,9%, участвовать скачках на ипподроме – 5,4% лиц. Часто посещали игровые заведения (до 2 раз в неделю) – 26,1%, средняя частота (до 1 раза в месяц) – 56,5% и редко – 17,4% человек. Частота посещения игровых заведений свидетельствовала о том, что чем больше человек втягивался в игру, тем труднее ему становилось от нее отказаться.

Оценка отношения респондентов к четырем типам произошедших с ними в жизни событий: 1) опасность, несчастные случаи, телесные наказания, 2) болезни и смерть близких, 3) проступки, совершенные кражи, 4) новые жизненные ситуации показала, что более половины лиц указывали ситуальными несколькими типом событий. Характерными для данной группы лиц явились воспоминания о произошедших опасностях, несчастных случаях и телесных наказаниях – у 82,4% человек, что показывает на устойчивый характер сосредотачиваться на негативных воспоминаниях и враждеб-

ной стороне жизни. У 17,8% респондентов ответы были сосредоточены на событиях связанных с болезнью или смертью близких.

Воспоминания о негативных проступках и совершенных кражах отмечено у 52,9%, что сочеталось с постоянным желанием скрыть данный опыт, как постыдный, практически все отметили огромную значимость необходимости в помощи относительно предупреждения краж в дальнейшем жизненном опыте. Воспоминания новых жизненных ситуаций вызвали большое впечатление только у 29,4% человек.

Таким образом, наиболее характерным для данной категории лиц явилась фиксация на негативной стороне прошлого опыта и тенденция избегания обвинений в совершенных проступках и кражах.

Описание пережитых чувств явилось важным средством достижения их жизненного стиля, отражало их подход к проблеме своей игровой зависимости и способствовало выявлению имеющегося интереса к эмоциональной стороне жизни, к собственным чувствам и чувствам других людей.

Характеристика социального интереса включала оценку категорий: активность-пассивность, враждебность-доброжелательность, отгороженность-общительность, зависимость-независимость. Анализ ответов показал, что у 15,9% поведение по отношению к зависимости было пассивным; испытывали чувство несостоятельности по отношению к зависимости – 18,8% человек; доброжелательное отношение было – 12,9% человек; независимое отношение – 2,9% человек, неуверенность – 23,5%; печаль – 12,3%; и только 17,6% отметили активность в собственном поведении и сопротивление по отношению к развитию зависимости.

Таким образом, основным стилем поведения явился – недейтельный и неактивный по отношению к развитию зависимости от игры, характерным явилось отсутствие социального интереса и неудовлетворенность собой и своей настоящей деятельностью.

Основными мотивами продолжения игры явились: удовольствие от выигрыша – 73%; победа над соперником по игре – 18%; полученный значительный заработок – 9% человек. Особенно ими подчеркивалось пережитое ощущение испытанного всемогущества, которое создавал выигрыш.

Наряду с возрастающими дисфункциональными процессами в общении и погружением в игровой социум происходило искажение и потеря ценности таких значимых механизмов межличностной перцепции, как идентификация, эмпатия, рефлексия. Утрачивалась способность ставить себя на место партнера, сопереживать, представлять, каким воспринимают тебя окружающие.

Анализ предшествующего опыта реализации реабилитационных программ позволил определить необходимость использования системного

подхода, основанного на принципах комплексности, мультидисциплинарности; единый алгоритм диагностических и терапевтических процедур для каждого пациента, обеспечивающий преемственность периодов и этапов лечебно-реабилитационных мероприятий; индивидуальный подход к каждому пациенту с подбором вмешательств, основанных на выявлении терапевтических мишеней; преемственности периодов реабилитации различающихся: предреабилитационный в течении 2 недель; реабилитационный до 3 месяцев; постреабилитационный – в амбулаторных условиях, течении 1 года с предотвращением рецидивов.

Выделить следующие базовые подходы к реабилитационному процессу лиц с игровой зависимостью: а) использование различных методов мотивационных подходов включающих позитивную и негативную мотивировку; б) осознанный выбор участия в процессе реабилитации; в) вхождение в директорию ответственности за свои действия и последствия своей зависимости; г) обучение анализу и оценке саморазрушающего и альтернативного конструктивного поведения. Восстановление коммуникативных навыков; д) понимание игровой зависимости, как проявление личностных скрытых проблем. Осознание необходимости тщательной личностной проработки: изменение негативных способов поведения, мышления и чувств, которые предрасполагают человека к игровому предпочтению; е) для достижения гарантированных изменений в процессе реабилитации проработки всех сторон личности: поведения, эмоций, навыков, взглядов и ценностей; ж) создание сильного потенциала действия и относительно выздоровления и преодоления инерции прежних поведенческих стандартов; з) создание устойчивой целостной жизненной модели выздоровления для пролонгирования реабилитационного эффекта.

Заключение. Системный подход к реабилитационному процессу лиц с игровой зависимостью включает необходимые ресурсы, как со стороны задействованных в реабилитации специалистов, так и со стороны зависимых от игры, что обеспечивает динамичность и эффективность реабилитационной помощи.

Литература

1. Усков, А.Ф. Неистребимая аддикция к жизни / А.Ф. Усков // Психология и лечение зависимого поведения. – М.: Класс, 2000. – С. 5-8.
2. Короленко, Ц.П. Аддиктология: настольная книга / Ц.П. Короленко, В.Г., Н.В. Дмитриева; – М., Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.
3. Эльконин, Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин. – М.: Юнити, 1995. – 122 с.
4. Егоров, А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А.Ю. Егоров // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65-77.