

К.В. Аймедов

Ігроманія – паралельний світ

Під редакцією д.мед.н. О.А. Ревенка

Київ – 2012

УДК 616.89-008.446

ББК 56.1

A37

Рекомендовано до друку Вченою Радою
НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
(Протокол № від 08.11.2011 р.)

**Під редакцією доктора медичних наук, керівника відділу наукових проблем
судово-психіатричних експертиз залежних станів Українського науково-
дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології
Міністерства охорони здоров'я України Олександра Анатольовича Ревенка**

Рецензенти:

Іван Кузьмич Сосін – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою наркології Харківської медичної академії післядипломного утворення, Заслужений винахідник України.

В'ячеслав Данилович Мішиєв – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою дитячої соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Заслужений лікар України.

Олександр Іванович Мінко – доктор медичних наук, професор, завідувач відділу клінічної та соціальної наркології Інституту неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України.

Аймедов К.В.

A37 Ігроманія – паралельний світ. Монографія – К.: НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. LAT & K, 2012. – 244 с.

ISBN 978-966-2944-79-2

У монографії викладено аналіз сучасних літературних даних та результатів власних досліджень за проблематикою патологічної схильності до азартних ігор. Також подано варіанти профілактики та реабілітації у різних країнах світу, терапевтичні підходи до боротьби з ігроманією, запропоновані власні розробки.

Книга представляє інтерес для наркологів, психіатрів, сімейних лікарів, медичних психологів, педагогів та соціальних працівників.

УДК 616.89-008.446

ББК 56.1

ЗМІСТ

Передмова	5
Від автора	12
ЧАСТИНА ПЕРША	
Медико-соціальні аспекти азартної гри	15
ГЛАВА 1	
Еволюція азартних ігор та ставлення суспільства до них	15
ГЛАВА 2	
Визначення проблем, пов'язаних з азартною грою та їх межі	31
ГЛАВА 3	
Епідеміологія азартних ігор	38
ГЛАВА 4	
Теорії патологічного гемблінгу, значення ноогенних чинників	44
ГЛАВА 5	
Клінічні ознаки ігроманії	69
ГЛАВА 6	
Профілактика та реабілітація патологічної схильності до азартних ігор	87
ЧАСТИНА ДРУГА	
Власне дослідження – дизайн та результати	97
ГЛАВА 1	
Загальні характеристики проведеного дослідження	97
ГЛАВА 2	
Загальний опис методів, що використано у власному дослідженні	100
2.1. Метод і форма збору анамнезу, клінічного обстеження та спостереження за хворими	100
2.2. Метод збору загальних даних о дослідженном та характеру перебігу хвороби	101

2.3. Метод скринінгового моніторингу патологічної схильності до азартних ігор	107
2.4. Gambling-UDIT-тест	125
2.5. Госпітальна шкала тривоги та депресії	127
2.6. Метод патохарактерологічного діагностичного опитування	129
2.7. Метод дослідження присутності та динаміки тривожних розладів	137
2.8. Метод дослідження присутності та динаміки депресивних розладів	141
2.9. Метод сенсожиттєвих орієнтації	143
2.10. Методика «ціннісні орієнтації» Менделя Рокіча	154
2.11. Метод вивчення провідної мотивації гравця	156
2.12. Тест на визначення схильності до поведінки, що відхиляється (за А. Орлом)	162
2.13. Методика визначення рівню суб'єктивного контролю	169
ГЛАВА 3	
Метод електроенцефалографії	174
ГЛАВА 4	
Метод використання власної терапії	180
ГЛАВА 5	
Побудова загальної профілактики	184
ГЛАВА 6	
Застосування реабілітаційних заходів	189
РЕЗЮМЕ	192
Список використаної літератури	193
ДОДАТКИ	238

ПЕРЕДМОВА

Ситуація, що пов'язана з адиктивною поведінкою, є досить проблемною для багатьох країн світу, у тому числі і України. Причина полягає у докорінній відмінності стереотипів мислення та світогляду послідовних генерацій, що виховувались у різних соціально-економічних умовах, а також через затяжну політичну, економічну та соціальну кризу (П.В. Волошин, 2002; І.К. Сосін, 2010; С.І. Табачников, 2010). В останні роки ситуація в Україні характеризується безперервно зростаючими вимогами та психологічним навантаженням на підростаюче покоління через дію різноманітних масових психогенних чинників (Н.О. Марута, 2003; І.В. Лінський, 2008; О.С. Чабан, 2009). Це, у свою чергу, не змогло не торкнутись психічного здоров'я суспільства, не привести до збільшення у ньому поведінкових розладів, зокрема, хвороб залежності (В.Л. Гавенко, 2001; А.І. Мінко, 2002; О.А. Ревенок, 2004). Залежними від ігор стають особи працездатного віку, що впливає на стан економіки в цілому та зайнятість населення, зокрема (Б.В. Міхайлов, 2000; В.С. Підкоритов, 2003).

За кордоном на проблему ігрової залежності звернули увагу ще 30 років назад (J.C. Barker, M. Miller, 1968; Custer R.L., 1984; E. Hollander, C.M. DeCaria, 2000; J.E. Grant, M.N. Potenza, 2006). Доля патологічних гравців у дорослій популяції варіює у межах від 0,4 до 3,4%, але у деяких регіонах сягає 7,0% (В.О. Солдаткін, О.О. Бухановський, 2005; Г.І. Каплан, Б.Дж. Седок, 1994).

У сучасному світі азартні ігри – доволі розповсюджене явище і для більшості людей воно не несе за собою небажаних наслідків, але є й ті, у кого такий спосіб відпочинку прогресує у патологічну схильність до азартних ігор (патологічний гемблінг або лудоманія). Це явище є різновидом нехімічної адикції і потребує певної уваги як з боку лікарів, так і всього суспільства, насамперед через наслідки, до яких призводить ця схильність (більше того – залежність). Адиктивна поведінка, у даному випадку – адикція від азартних ігор, – це спосіб зміни реальності, втеча від існуючої дійсності з усіма її проблемами й питаннями у «світ гри» через зміну свого психічного стану (А.Ю. Егоров, 2005; А.Н. Ярмиш, В.А. Соболев, А.А. Сердюк, 2000).

За даними Російської Академії наук біля семисот тисяч росіян страждають на ігроманію. За даними Державного наукового центру соціальної та судової психіатрії ім. В.П. Сербського (2007) кожен з 20 мешканців Росії може бути включеним у групу ризику по ігровій залежності. На думку А.Ю. Егорова, у Санкт-Петербурзі налічується біля 50 тисяч

залежних від азартних ігор, а за даними засобів масової інформації у Москві налічується не менше, як 30 тисяч ігрових автоматів, якими користуються 500 тисяч громадян, з яких на ігрову залежність страждають понад 15% (А.Ю. Егоров, 2009). Станом на 1 січня 2005 року кількість офіційно зареєстрованих хворих на ігроманію у Росії склала майже 270 тисяч, що у 9 разів перевищує аналогічні показники 2000 року (О.Ж. Бузик, Т.В. Агібалова, 2006). Переважну більшість ігроманів становлять особи у віці до 30 років. Пристрасть до азартних ігор швидкими темпами поширюється серед дітей та молоді – 12-15% старшокласників у тій чи іншій мірі уражені комп'ютерною залежністю, що чітко з'ясовується на підставі скринінгових досліджень. Захворюваність ігроманією серед підлітків зростає протягом десятиріччя у 17 разів. Неухильно зростає кількість молодих людей призовного віку з ознаками ігрової адиктивної поведінки (В.В. Чірко, 2004).

За даними епідеміологічних досліджень, залежністю від азартних ігор страждає приблизно 0,5-1,5% населення розвинутих країн, особливо у тих регіонах, де ігорний бізнес є легалізованим (В.В. Зайцев, А.Ф. Шайдулина, 2003). Дослідження Національної асоціації США щодо проблем азартних ігор свідчать про те, що середньостатистичний мешканець будь-якої країни з вірогідністю 6% може стати карним злочинцем. Ця вірогідність зростає у наркозалежних до 32%, у залежних від алкоголю – до 34%, а у залежних від азартних ігор – аж до 48%. Окрім того, гемблінг часто поєднується з алкоголізмом: за статистикою потатори у 23 рази частіше стають прихильниками ігрової діяльності, ніж ті, хто не зловживає етанолом (E. Hollander, C.M. DeCaria, E. Mari, 2002).

В Україні поки що не існує загальнодержавної статистики, яка б віддзеркалювала стан проблеми ураженості різних верств населення патологічною грою. Поодинокі дослідження стосуються окремих соціальних груп і колективів (С.І. Табачников, Є.М. Харченко, та ін., 2010; О.С. Осуховська, 2010). Самостійно по допомогу лудомани звертаються рідко; насамперед через відсутність спеціалізованих медичних структур, які могли би надавати таку допомогу комплексно та на підставі сучасних наукових поглядів на проблему.

Адиктивна поведінка при залежності від азартних ігор формується особливо швидко в юнацькому віці, оскільки особистість молодої людини через її психічну й соціальну незрілість менше захищена від впливу зовнішніх і внутрішніх стресів. Ризик також зростає через руйнування традицій сімейного виховання, беззмистовну витрату часу, конфлікти у сім'ї, зростання психічної депривації внаслідок недостатнього задоволення основних емоційних потреб. Все це сприяє формуванню й закріпленню негативних рис особистості, появі тривоги, не-

певненості у собі, підвищенню ризику аутоагресивних форм поведінки (А.Р. Назмутдінов, 2000). У зв'язку з розповсюдженням ігрових автоматів і відсутністю контролю, особливо вікового, в ігрових залах серед населення України у період з 2005 до 2009 року зареєстрована своєрідна гемблінг-епідемія, яка вимагала рішучих заходів на законодавчому рівні. Негативний соціальний досвід такої епідемії продемонстрував, що підлітки легше втягуються в азартні ігри, у них частіше виникають на цій основі проблеми (О.С. Осуховська, 2010). Незважаючи на те, що закон у багатьох країнах забороняє приймати участь в азартних іграх особам молодше 18 років, майже три чверті підлітків порушували цю вимогу протягом року. Показники розповсюдженості серед них проблемної й патологічної схильності до азартних ігор майже у два рази перевищують їх серед дорослих (В.Д. Менделевич, 2007). Це є актуальним для сучасної психіатрії, яка, керуючись новою стратегією охорони здоров'я, передбачає зміщення акцентів із медицини лікувальної на медицину профілактичну, переорієнтацію основної уваги з хвороби на здоров'я (В.С. Підкоритов, 2006). Стан психічного здоров'я є одним із критеріїв соціальної і психологічної стабільності, як окремого індивіда, так і суспільства у цілому (С.І. Табачников, 2010). Суспільно-економічні і морально-етичні умови стали суттєвими факторами, які впливають на показники психічного здоров'я та психічної патології, що особливо чітко спостерігається у підлітків у період їх соціалізації (Н.О. Марута, 2003; Р.Д. Дорофеева, В.И. Долгова та ін., 2007).

Незважаючи на активну розробку і впровадження різних медикаментозних та немедикаментозних методів лікування залежності, її профілактики та реабілітації хворих, кількість залежних осіб не зменшується (А.І. Мінко, І.В. Лінський та ін., 2003; Л.Н. Юр'єва, Т.Ю. Больбот, 2006). Дослідження, проведені у державах Європейського Союзу (R.I.F. Brown, 2006) та Сполучених Штатах Америки (Lesieur H.R., 1997; H.J. Shaffer, C.R. Freed, D. Healea, 2002), вказують на таке глобальне розповсюдження патологічної схильності до азартних ігор, яке дає змогу кваліфікувати це явище як пандемію.

Традиційним став розподіл залежності на хімічну та нехімічну. При цьому більшість авторів однотайно вважають, що механізми формування як одних, так і інших, принципово схожі (А.Ю. Єгоров, 2006; Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитрієва, 2000). Це важливо, бо пошук ефективних методів лікування і реабілітації повинен проводитися в одному, генеральному напрямі. Але ґрунтовних та поглиблених досліджень, які могли би всебічно висвітлити цю принципову тотожність різних видів залежності, універсальність механізмів, що лежать у їх основі, дотепер не проведено. Поряд з цим, однією з актуальних сучасних проблем є

ефективне застосування величезного арсеналу вже розроблених методів фармакотерапії та психотерапії, а також реабілітаційних програм. Знов-таки, це можливо зробити тільки шляхом досконалого вивчення клініко-патогенетичних закономірностей формування та розвитку психічних і поведінкових адиктивних розладів, врахування домінуючих факторів патогенезу, їх впливу на динаміку та вибір терапевтичної програми.

У останні роки спостерігається підвищення інтересу до проблеми патологічного гемблінгу серед різних дослідників у США, країнах Європи (Renter J., 2005; P. Cavedini, G. Riboldi, R. Keller, 2006; J.W. Ciarracchi, 2007), Росії (Т.Н. Дудко, 2005; Т.В. Агибалова, 2009) та інших. В Україні цій проблематиці присвячено декілька публікацій вітчизняних дослідників: С.І. Табачников, І.В. Лінський, О.С. Чабан, О.С. Осуховська та інші. Виходячи з цих міркувань, вважаємо, що мета даного дослідження – всебічне, клініко-патогенетичне вивчення ігromанії, – є своєчасною і актуальною.

Характерною ознакою сьогодення практично в усьому світі є зміщення акцентів з поширеної в минулі десятиліття в популяції залежності від алкоголю і наркотиків у бік так званих «інформаційних» варіантів залежності – патологічного гемблінгу, комп'ютероманії, заміщуючого шуму, залежності «телевізійного пульта» (зіппінг) і т.п. (Е.В. Мельник, 1998; А.П. Долгов, 2008). Профілактика адиктивної поведінки за інерцією продовжує відштовхуватись не від інформаційних технологій, а майже виключно від попередження вживання (або надмірного вживання) психоактивних речовин. Тобто, населення недостатньо інформується про можливі наслідки захоплення грою чи іншими адиктогенними поведінковими стереотипами, не виховується культура поведінки в розважальних закладах.

Багатьма авторами підкреслюється зв'язок адиктивної поведінки, зокрема ігрової, з особистісними проблемами у житті: будь-яка залежність є наслідком особистісної дезадаптації і, разом з тим, фактором її подальшого заглиблення (Н.Г. Пшук, 2004). Залежність часто призводить до численних психічних та соматичних розладів як у самого хворого (І.Д. Спіріна, 2001; О.К. Напреєнко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін., 2001), так і у його близьких родичів (В.В. Гейко, 2010). Є дані про те, що страждають також особи, які не мають безпосередніх контактів з адиктами у власній життєдіяльності, але чий інтерес з ними так чи інакше перетинаються (Л. Сонди, 2002). Навіть у лікарів, які працюють з залежними, частіше, ніж у їхніх колег, виникає «синдром вигорання» (Л.Н. Юрьєва, 2003; Б.В. Михайлов, 2004). У той же час дослідники проблеми не враховують у повній мірі вплив ноогенних чинників на формування патологічної залежності від різних інформаційних технологій – ігор, зокрема (В.М. Запорожан, В.С. Бітенський, К.В. Аймедов, 2009).

Проблема зростання темпів гемблінгу (лудоманії), як і інших нехімічних адикцій, актуальна через свій негативний вплив на різні сфери життя суспільства (Ю.А. Машек, 2007; В.А. Солдаткін, А.О. Бухановский, 2006). Вирішення цієї проблеми є багатовекторним та можливе тільки у рамках комплексної державної або навіть міжнародної програми захисту психічного здоров'я (В.В. Слюсарь, Л.М. Гайчук та ін., 2002). Представлена робота є частиною такої програми. Відмітимо, що у нашій державі активно ведеться інтенсивний пошук патогенетичних механізмів адиктивної поведінки (І.К. Сосін, Ю.Ф. Чуев, 2005; Е.В. Мельник, 2001; А.Е. Войскунский, 2004). Розробляються також організаційні принципи надання допомоги залежним (В.Ф. Москаленко, А.М. Вієвський, С.І. Табачников, 2000), проблематика судово-психіатричної експертизи, пов'язана з адиктивною поведінкою (О.А. Ревенко, 2009), методи епідеміологічного моніторингу, соціального скринінгового дослідження з метою швидкого реагування та втілення різних профілактичних заходів (П.В. Волошин, А.І. Мінко, І.В. Лінський, 2001).

Вивчення проблеми має бути комплексним, не тільки у світлі експериментально-медичних підходів, а й з урахуванням різних наукових галузей. Ліквідувати патологічну схильність до азартних ігор можливо тільки зусиллями різних установ – інституту людини, соціальної політики, юриспруденції, медицини, культурних закладів, виховних установ. Це можливо зробити не в межах однієї держави, а у межах суспільства в цілому. Інакше ігроман буде мігрувати з країни в країну, де відношення до азартних ігор є толерантнішим, а разом з цим сприяти розповсюдженню згубної звички на зразок того, як це відбувається при інфекційних захворюваннях. Вже не говорячи про самого залежного, який не розв'язує в такий спосіб свої проблеми, а, навпаки, накопичує їх.

У МКХ-10 основним діагностичним критерієм патологічного потягу до азартних ігор є постійно повторювана участь у азартній грі, яка триває й часто збільшується, незважаючи на соціальні наслідки. На сьогоднішній день немає жодної моделі, яка б цілком пояснювала складний і гетерогенний характер патологічної схильності до азартних ігор. Безперечно, гемблінг є поліетіологічним, багатofакторним розладом, що виникає внаслідок складної взаємодії психологічних, поведінкових, когнітивних і біологічних факторів (М.Д. Griffiths, 2000). Не вивчені до кінця мотиви участі у азартній грі, їх різноманіття та глибинна структура. Останнє вимагає розробки методів виявлення структури мотивів, які призводять до патологічної ігрової діяльності, а також – методів якісної та кількісної їх оцінки (К.В. Судаков, 2005; В.С. Бітенський, К.В. Аймедов, 2010). Це дозволить знизити рівень існуючого у практиці клінічного суб'єктивізму (О.О. Хаустова, 2005; В.Л. Малигін, І.М. Гуревський, І.В. Ежов, 2006) та визначити додаткові об'єктивізуючі маркери процесу (П.Д. Шабанов, 1999).

Динаміка хвороб залежності, а також різних преморбідних станів (пошукова адиктивна поведінка за А.Є. Лічко, 1985) варіює у досить широких межах (А.Е. Лічко, 1990; Т. Gilovich, 1998; І.В. Лінський, 2007). Насамперед це стосується розвитку захворювання: воно може формуватись як досить повільними темпами (епізодичний тип залежності), так і галопуючим чином (деградація особистості за короткий час, втрата соціальних зв'язків тощо). Традиційно це явище характеризується прогредієнтністю (І.В. Лінський, 2001; В.М. Блейхер, І.В. Крук, 1995). Недоліком цієї характеристики, навіть при дуже широкому її застосуванні, є, на наш погляд, описовість та значний суб'єктивізм категорії «прогредієнтність». Оцінка прогредієнтності робиться на основі клінічних ознак (тривалість, стадія захворювання, швидкість зміни стадій, частота рецидивів, якість ремісії та інше), при цьому часто ігнорується преморбідна основа. В результаті, оцінка прогредієнтності набуває характер суб'єктивної констатації ситуації (І.В. Лінський, 2007).

Вплив різноманітних факторів на перебіг залежності від поведінкових патернів є очевидним, але не до кінця вивченим та систематизованим. У випадку патологічного гемблінгу це позначається на своєчасності його виявлення, адекватності вибору терапевтичної тактики, інтенсивності підтримуючого лікування у ремісії, повноті втілення профілактичних заходів, формуванні терапевтично орієнтованого відношення до проблеми у сім'ї адикта. У цьому дослідженні увагу зорієнтовано на пошуку і систематизації цих факторів, розробці адекватних лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів, що ґрунтуються на з'ясованих закономірностях багатофакторного за своєю сутністю процесу.

Хоча багато авторів висловлюють точку зору на схожість механізмів формування та перебігу хвороб залежності наркотичної та поведінкової природи (В.В. Зайцев, 2001; Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриєва, 2000), ще багато аспектів поведінкових адикцій не вивчено, відсутні не тільки чіткі терапевтичні схеми, але й алгоритми формування та перебігу поведінкових хвороб, яких у сучасному світі налічують більше тисячі назв і типів (А. Ibañez, С. Blanco, J. Saiz-Ruiz, 2005; С. Blanco, 2001). Якщо предиктори формування алкогольної залежності (конституціональні, генеалогічні, дактилоскопічні та інші ознаки схильності до алкоголізму) у більшості своїй з'ясовані, існує їх кореляція не тільки з ймовірністю початку регулярної алкоголізації, а й з тяжкістю перебігу процесу, що вже розвинувся (З.М. Бобрицька, Л.І. Дяченко та ін., 2006), відповідних досліджень по гемблінгу немає (до речі, аналогічні показники виявлені і у хворих на опійну наркоманію, а це дає можливість формувати «групи ризику»; відносно опійної залежності приведені автором ознаки слід вважати не тільки маркерами схильності до захворювання, але і маркерами прогредієнтності цього захворювання (І.В. Лінський,

2001). Зрозуміло, що на момент першого візиту хворого до лікаря, особливо, якщо цей візит відбувся на ранніх стадіях розвитку хвороби, інформація про частоту рецидивів та про якість ремісії може бути відсутньою. У цій ситуації, за винятком досить рідких хрестоматійних випадків, лікар є безсилим прогнозувати прогресивність захворювання, що, у свою чергу, може бути джерелом помилок у виборі адекватної терапевтичної тактики. Звідси — закономірне погіршення результатів лікування. Отже, потреба у прогностичній оцінці прогресивності є нагальною та впливає з суто практичних завдань (П.В. Волошин, Н.А. Марута, 2005).

Не менше значення мають інші аспекти проблеми, такі як кореляція нейрофізіологічних та нейропсихологічних параметрів хімічних та інформаційних залежностей. Задля їх визначення є доцільним підключення всього арсеналу сучасних технологічних та науково-теоретичних можливостей. Окрім клінічного інтерв'ю, клінічних досліджень динаміки хвороби, вивчення анамнезу, патохарактерологічних показників особистості, використання арсеналу інших психологічних методик, лабораторних та інструментальних методів загальноклінічної практики, необхідно об'єктивно вивчати і інші фундаментальні індивідуальні якості. Наявні необхідні передумови для оптимізації існуючих підходів до лікування хвороб залежності з урахуванням клініко-патогенетичних особливостей та закономірностей формування і перебігу патологічного гемблінгу.

Таким чином, актуальність обраного дослідження визначається не лише поширеністю патологічного гемблінгу у популяції, незважаючи на ступінь розвитку суспільства у тій чи іншій країні, і навіть не драматичністю наслідків патологічного потягу до азартних ігор, як для самих гемблерів, так і для їхнього ближнього або віддаленого оточення, а, узагальнюючи, — тим комплексом невирішених проблем, що впливають з віковичної пристрасті людини до розв'язання екзистенціальних вузлів найпростішим шляхом за бінарно-дихотомічним принципом: виграш або програш, усе або нічого. І хоча проблеми ці — вкрай різноманітні (соціальні, побутові, психофізіологічні, психопедагогічні, клінічні тощо), центральною постаттю, яка їх породжує, залишається особистість з її змістовним дуалізмом. Тобто, йдеться насамперед про той же самий людський фактор, дослідити який можливо тільки спираючись на багатовекторний підхід, і патобіологічна сутність якого безумовно вимагає зусиль психіатричної спрямованості. Не заперечуючи патологічного характеру потягу до азартних ігор, фахівці у галузі адиктології дотепер не визначились, до яких саме розладів — особистості чи залежності — відносити гемблінг, отже і підходи до його лікування, профілактики, соціально-медичної експертної оцінки залишаються різноспрямованими залежно від переваг того чи іншого дослідника або наукової школи. Вирішити ці протиріччя автор і намагався у своїй роботі.

ВІД АВТОРА

Дотепер повно та вичерпно не описана клінічна картина ігрової залежності, не описані варіації перебігу клініки лудоманії. Недостатньо розроблені комплексні лікувальні програми, програми реабілітації хворих, що страждають ігровою залежністю та не вивчені показники якості життя й соціального функціонування у хворих на ігрову залежність (Ю.Ю. Молчанова, 2007; Б.Д. Малигін, Б.Д. Циганков, 2008). Сучасний стан розвитку наркології (адиктології) передбачає вплив на усі ланки патогенезу залежних станів (R.M. Cunningham-Williams, L.V. Cottier, W.M. Compton et al., 2001; Г.М. Энтін, 2002). На думку численних авторів цілком виправданою є перевага медикаментозної терапії цієї категорії пацієнтів. Зауважимо, що такий підхід в більшості випадків дозволяє успішно усунути прояви синдрому відміни та постабстинентні психічні розлади, але не є спроможним стабільно знизити патологічний потяг як до азартних ігор, як і до інших поведінкових патернів, на ґрунті яких формується залежність (В.Д. Мішієв, 2004; І.В. Лінський, 2006; M. Dickerson, E. Baron, 2008). Відомо, що лудомани рідко звертаються за медичною допомогою самостійно, відсутні методики, які б давали змогу констатувати наявність синдрому залежності від азартних ігор у тих, хто підлягає різним видам експертного дослідження, у тому числі – при працевлаштуванні. Отже, актуальним є не тільки раннє виявлення лудоманії, особливо у підлітків, але й розробка нових організаційних підходів до її лікування, як і нових комплексних методів самого лікування.

Аналіз джерел сучасної медичної інформації демонструє, що функціонування людини у соціумі та сучасному інформаційному просторі нікого не може не залишити залежним від певних речей, тому одразу виникає питання, а можливо в загалі не бути залежним? І якщо ні, то де межа між патологічною й так званою фізіологічною залежністю? Як чітко їх розділити, як прийняти рішення, де потрібна допомога рідних, медиків, соціальних працівників, а де це є невідривною частиною життєвої діяльності? Відповіді на ці питання є, точніше їх намагалися давати вже багато років тому, але й до сьогодні вони не до кінця чітко вирішені. Критерії розмежування досить прості. Там, де ми бачимо деградацію особистості у соціальному, фізичному, матеріальному плані, ми кажемо про патологічну залежність і при цьому не важливо, чим вона викликана, психоактивною речовиною чи повторюваним патологічним поведінковим актом.

Зараз, в епоху швидкого розвитку науково-технічного прогресу, розповсюдженість залежності досить велика, як хімічного, так і не хімічного генезу. З'являються десятки, а те й сотні нових залежностей, наприклад зіппінг (стереотипне бездумне переключення телеканалів), який з'явився з винаходом телевізійного пульта, шопінг (патологічна пристрасть до непотрібних покупок). Багато інших на перший зір непомітних явищ дуже міцно вийшло у наше життя та с часом, у деяких осіб, трансформувалося у важку хворобу під назвою адикція (залежність), а самі залежні особи стали зватися – адикти.

Патологічна схильність до азартних ігор (частіше ми чуємо назву ігроманія) і була одним з таких процесів, який відомий людству вже на протязі тисячоліть, але тільки у останні декілька десятиліть він почав привертати увагу лікарів та дослідників, та до сьогодні ще не має не чіткого опису цієї хвороби та надійного механізму лікування, хоча спроб зробити це в історії було багато. Тому проведене дослідження і має за мету вирішити ці та декілька інших питань стосовно механізмів появи та формування ігрової адиктивної поведінки й розробити міри як їй протидіяти.

Процеси, які відбуваються у розвитку суспільства відбиваються і на кожній окремій людині, а точніше, на характері особистості та особливостях її поведінки, тому виникнення поведінкових залежностей в епоху швидкого розвитку науково-технічного процесу є логічним. Зокрема, збільшення у геометричній прогресії патологічних азартних гравців при розширенні можливостей розважальної індустрії, її привабливості і доступності, також є цілком логічним, особливо, враховуючи факт росту екзистенціального вакууму. Тому, дослідження розглядає всі сторони цього теоретично обґрунтованого процесу і практично вивчає і застосовує арсенал сучасних методів, та способів впливу на це явище. Вого спирається на проаналізовані в медичній літературі питання стосовно патологічної схильності до азартних ігор, а також питання, що стосуються адикції в цілому, що мають вплив на клінічні прояви, стадійність процесу, зміну особистості у процесі захворювання, порівняння терапевтичних підходів (статути товариств самодопомоги «Анонімні алкоголіки», «Анонімні наркомани» та «Анонімні гемблери» мають дуже східні устава, програми та принципи організації) (R. Room, N.E. Turner, A. Lalomiteanu, 1999). Тому, представлений методологічний підхід до проблеми є методологічно виправданим. Але абсолютно ідентичних трансферів автор не застосовав, тому що це не є можливим.

Огляд літератури логічно починати з історії виникнення явища азартної гри та її трансформування у сучасну адикцію, також з розгляду елементарних одиниць типології, існуючих класифікацій, клініки, загальних світових терапевтичних підходів та інших відомих сторін проблематики патологічного потягу до азартних ігор.

ЧАСТИНА ПЕРША

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ АЗАРТНОЇ ГРИ

ГЛАВА 1

*Ми завжди зіштовхуємося з наслідками власних дій
Сесілія Ахерн, «Не вірю. Не сподіваюсь. Кохаю»*

Еволюція азартних ігор та ставлення суспільства до них

Еволюція будь-якого явища – це не є поступовий рух по прямій, а просування по певній удаваній спіралі, де мають місце епізоди регресу, але вже на новому, більш високому рівні (С. Darwin, 1859). Стосовно еволюції азартних ігор та, особливо, відношення людства до цього явища, можна з упевненістю констатувати, що протягом тисячоліть спостерігались, як періоди толерантного відношення до гемблінгу на тому чи іншому просторі розвитку суспільства, так і періоди суцільної заборони ажно жорстокого покарання «відступників» (Є.В. Кульбачна, Е.С. Шабалін, Т.З. Біктіміров, 2006; В.А. Лоскутова, 2007). У цьому сенсі азартна гра та пристрасть до неї суттєво відрізняються від споріднених адиктивних явищ – як давніх (наприклад, опіоманії), так і зовсім нових (наприклад, комп'ютероманії). Там громадська думка була більш послідовною, і, якщо й змінювала свій напрям, то, як правило, один раз і завжди радикально – зі знаку «+» на знак «-» (А.И. Немировский, 2004; Ю.Ю. Молчанова, 2006). У чому причина такого «особливого» положення азартних ігор серед інших видів адиктивної діяльності? Чи криється вона ззовні – у явищі як такому, – чи знаходить всередині ментальності людини як соціальної істоти? Намагаючись дати відповідь на це питання, ми змушені простежити, принаймні схематично, довгий шлях, який пройшло людство від гральної кістки до сучасних казино.

Азартні ігри відомі людству протягом більше десятків тисяч років: вперше вони згадуються сорок тисяч років тому (Б.С. Положий, 1994; В.А. Потапова, 2007). При розкопках стародавніх стоянок знаходять предмети, які могли бути використані для ігор. Є припущення, що спочатку ці предмети мали магічне, сакральне значення, але згодом ставали об'єктом захоплюючої рекреації (В.Я. Семке, Н.А. Бохан, А.И. Мандель, 2006). Єгипетські гробниці (3500 років до н.е.) зберегли зображення людини, яка грає у кости (Т.В. Агибалова, 2007). У стародавньому Тибеті ігорні діаграми були накреслені на дахах храмів (Александр Ф.,

Селесник Ш., 1995). У греків є міф про Зевса та Афродіту, які підкидають кості для визначення долі героя, а «Іліада» Гомера описує олімпійських богів, що грають у лотерею, щоб визначити переможця бою (Ю.Л. Арзуманов, 2004). У давньому Римі правителі заради розваги плебеїв проводили лотереї з безкоштовною роздачею квитків (В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова, 2003). Отже, ігри виникають у різних цивілізаціях незалежно один від одного. Часто фігурки, малюнки на каменях або кераміки, зображують людей або богів, що кидають бабки (бабка-*astragalus* — це таранна кістка або міжфаланговий суглоб кіз, овець або навіть собак), що й використовують рахункові дошки для підрахунку результатів азартної гри (В.Д. Папирин, 2005). У багатьох розкопках доісторичних стоянок людини ще більш раннього періоду «бабки» виявили у досить великій кількості (І. Паравозов, 2000). Незалежно один від одної ігри виникають у різних цивілізаціях. У Месопотамії (місто Ур) грають у «Королівську гру Ура» (Ю.І. Поліщук, 1995). Перша письмова згадка про азартну гру — ставки на кінських перегонах (Китай, 2300 рік до н.е.) (А.Н. Поступной, 2000). Дві тисячі років до н.е. у Китаї винаходять гру «Вій - Ци», яка стала популярною у світі під японською назвою «Го» (у Японію вона потрапила лише через 2,5 тис. років) (С. Даулінга, 2000). Однак, вже у стародавньому Китаю відправляли на каторгу за гру у Шупу (Г.Д. Сафина, В.Д. Менделевич, 2005). У Єгипті з'являється гра «Вовки й шакали», правила якої нагадують популярну гру «Вовк і вівці», у яку можна грати на шахівниці (Ю.А. Свеженцева, 2000).

Гральні кості використовувалися, як для кидання жереба, так і для азартної гри. Гра горіхами «вибхидака» була популярною серед усіх каст, крім дуже релігійних людей. Зібрання ведичних гімнів Ригведа містить поему «Скарги Гравця» («*Gamester's Lament*»), в одному із рядків якої знаходимо заповіт Савитра: «Не грай у кості, а ори свою борозну! Знаходь насолоду у власності своїй і цілуй її високо! Дивися за художеством своєю і за жінкою своєю, нікчемний гравець!» (А.А. Сердюк).

Приблизно 4 тис. років до н.е. у Єгипті винаходять ігри «Моррис» і «Манкала». Моррис — перша стратегічна гра в історії людства, її поле й правила чимось нагадують «Монополію». Манкала й нині популярна в арабському світі (Ю.П. Сиволап, 2006).

Архітектурні розкопки, які датуються 7 століттям до н.е. містили кубики з нанесеними цифрами. Можливо, вони використовувалися для гри у кості (Н. Скокаускас, Р. Саткявичюте, Б. Бурба, 2004).

Перші правила тоталізатора сформульовані в Греції в 5 столітті до н.е. (В.А. Солдаткин, А.О. Бухановский, 2004). В 4 століття до н.е. у Греції грали в гру, правила якої схожі з більярдом, але перший більярдний стіл був створений у Франції тільки у XV столітті (К.Г. Сурнов, Ю.Ю. Мол-

чанова, 2007). Перший відомий закон про ігри – *Lex aleatoria* (alea – гральна кістка) був затверджений у Римі в III в. до н.е.. Він забороняв азартні ігри й дозволяв усі інші: суспільні, громадські, спортивні, у тому числі й гладіаторські (Р.А. Теркулов, О.М. Кормилина, 2004).

I століття до н.е. у Римі влаштовуються перші лотереї. В індійському епосі Махабхарата, написаному, імовірно, в I столітті до нашої ери часто й докладно описується гра в кості, і вона кваліфікується як азартна гра (Махабхарата, Рамаєана, 1974). Римський імператор Клавдій грає в «Табулу» – нині ця гра відома, як «Нарди». 4 століття н.е. (www.glavred.info/archiv/219.html). У Скандинавії винаходять «Хнефатафл». Можливо ця гра є прабатьком або родичем французької гри «Фидчелл», які з'явилися в X столітті (чимось нагадують відому гру «Солітер») (S. DeSchipper, 2005). Ці ігри були неймовірно популярні в європейців до появи шахів, які прийшли в Європу приблизно в XI столітті. Багато загадувань про азартні ігри містяться в народних оповідях різних культур по усьому світу. Грецькі й римські міфи загадують про бога азартної гри або бога удачі (І. Kusyszyn, 2000). В ірландців і шотландців є оповідь про незвичайні ставки або ставки, не затребувані переможцями (J. Livingston, 1974). Але найбільш багато численні драматичні історії про азартні ігри можна знайти в народній літературі Азії, включаючи Південно-східну Азію, Японію, Філіппіни й Індію. В Азії є безліч народних переказів про те, як чоловік використав, замість грошової ставки в азартній грі власних дружин, сестер, доньок, власні тіла або частини тіла (Дж. Хейли, 1998). Деякі із цих переказів прадавнього походження, у деяких розповідається про азартні ігри з богами, тоді як інші – абсолютно світського характеру. Ще один континент, багатий народними переказами про азартні ігри, – Північна Америка. Із усіх досить досліджених світових культур, що грають в азартні ігри, половина – північноамериканські індіанці (Г.А. Цветаєва, 1984).

У міру розвитку цивілізації й виникнення великих міст азартні ігри знайшли своє місце на гучних базарах і в постійних дворах. Тут пропонували на вибір найрізноманітніші потіхи. За задоволення випробувати долю нерідко доводилося розплачуватися золотом і коштовностями (А.Ф. Шайдуліна, 2007).

Попередники ігорних будинків («casino» у перекладі з італійського - будиночок) з'явилися у Римській імперії. День народження казино історики називають 557 рік до нашої ери, коли римський цар Тарквінний Люцій Приск спорудив на честь бога хоронителя врожаю Конса так званий Великий Цирк - давньоримський центр індустрії розваг (revolution.allbest.ru/21011.html).

За свідченням мудреця Цханг Хуа, гру Го придумав імператор Шунь, що правив в 22-23 століттях до нашої ери. Він зауважує, між іншим, з усмішкою: «Кажуть, імператор Шунь рахував свого сина тупим і придумав гру Го, щоб розвивати його». Конфуцій згадував про ці ігри у наступному зауваженні: «Важко людині, чий шлунок вічно повний, застосувати свій розум для чого-небудь. Не чи гравець він у Го? Навіть грати в ці ігри краще, чим віддаватися ледарству». Потрапивши в Японію через Корею приблизно в 735 році нашої ери, Го стає засобом проведення дозвілля імператора і його двору. З 7 по 11 століття імператор забороняє підданам грати в Го поза стінами імператорського палацу, однак цей указ порушує принц Діва, що грав у Го зі своїми васалами, і в 1081 році ця заборона знімається. Гра стає засобом проведення дозвілля під час тривалих облог фортець у середовищі воїнів-самураїв (vib.adib92.ru/section.Part=12).

Взагалі, мало хто на сьогоднішній день може сказати, коли вперше з'явилися азартні ігри. Уже Мохамед (570-632) попереджав, що вино й азартні ігри «Витівки диявола» (www.fortuna-casino.com/history07).

За 100 років аж до нашої ери китайська династія Хань створила забаву кено, яка стала прародителькою майбутніх лотерей. Кошти, що надходили пізніше проведення турів, пішли на будівництво Великої Китайської стіни. Так що появи настільки значущого історичного пам'ятника ми зобов'язані саме першій лотереї (Д.Б. Эльконин, 1978).

У Старому Завіті Бог повчає Мойсея як провести підрахунок синів Ізраїлю також розділити проміж ними землю маршрутом жеребкування. У Біблії зустрічається безліч згадувань про гадання, і, в більшості випадків, застосовувалися для цього, імовірно, бабки. Важливо відзначити, що ці випадки не розглядалися як ігри. Жереб кидався, щоб закінчити суперечку, розділити або розподілити майно, або в інших випадках, коли було потрібно передбачити волю Добродії. Наприклад, усі чотири Євангелія Нового завіту описують кидання жереба, щоб визначити, кому дістанеться одяг розп'ятого Христа. Хоча, немає ніяких свідчень того, що євреї грали в азартні ігри, поки не потрапили під вплив греко-римської цивілізації в IV столітті до н.е. Важливо, що в Талмуді згадується для позначення азартних ігор слово «qubbiyya», запозичене від грецького «кубеіа» – гра в кості. Приблизно гра в кості була завезена в період завоювання Британії легіонами Клавдія в 43 році н.е. Римляни, як відомо, відрізнялися хворобливою пристрастю до азартних ігор. А гру в кості взагалі звеличували, вважаючи, що в ній криється промисел богів. Не виключено, що із цієї причини, хоча й значно пізніше, гра в кості завоювала не тільки вищі прошарки англійського суспільства, але й духівництво. Із цього приводу відомий історик Орденікс Віталіс у

своїй хроніці XII століття похмуро помітив: «Із самого початку розповсюдження християнства серед місцевого населення перешкождали богопротивні діяння єпископів, що заохочували серед духівництва сатанинську пристрасть до азартних ігор». (www.azart.in/page=newspaper-2001.09.18.way8)

Особливу роль у еволюції різнобічно-мозаїчній ігровій діяльності відіграли безперечно шахи. Без перебільшення можна констатувати, це – сама інтелектуально насичена і в той же час доступна форма рекреації. Якщо гру у преферанс можна порівняти з тактикою нашого буття, то шахи – його стратегія. Може, саме через це вони захопили світ і дотепер не втрачають своїх позицій. Перша згадка про них з'явилася у 7 столітті н.е. У 820 році шахи з'явилися на території Київської Русі, їх завезли з Персії. У Європі церква спочатку була налаштована вкрай негативно відносно цієї гри (у 1161 році католицький кардинал Даміані видав указ про заборону гри в шахи серед духівництва) – гра вважалася пороком, подібним п'яництву або азартним іграм (А.В. Шувалов, Р.Р. Гиргенсон, 1992). У 1393 році Регенсбургський собор вилучив шахи із числа азартних ігор (www.pg-club.com/PR_Lib/100_reason.shtml).

В IX столітті н.е. в Китаї винаходять гру «Маджонг». Через Індію й Персію вона потрапила в Європу, де перетворилася в «Доміно». В X столітті імператором Священної Римської імперії Оттоном Великим гра в кості була заборонена духівництву під страхом відмови (casinowave.info/istoriya-azart.html).

Поблажливою була навіть церква: в 960 році єпископ Уїбольд Кембрійський (Уельський) рекомендував парафіянам придуманий ним самим «облагороджений» варіант гри в кості. Його метою було не викоринити ігри, а перетворити їх у добру справу. Це показує, що самі по собі азартні ігри не вважалися злом (www.pg-club.com/PR_Lib/100_reason.shtml).

Безневинні «хрестики-нулики», винайдені в Західній Європі приблизно в XI столітті, споконвічно були азартною грою (<http://gzr.ru/Gazeta/246640.html>).

Якщо ж почати казати про карти – про одну з найбільш стародавніх різновидів гри, то їх історія виникнення – справа не тільки давня, але й досить заплутана. Є версія, що карти з'явилися в Індії. Стародавні індійські карти були круглими, мали вісім мастей, причому колода складалася з 96 карт. Принцип гри, щоправда, більше нагадував шахи, ніж сучасні карти (www.bettingroom.eu/ru/gamb134).

В Енциклопедичному словнику Брокгауза та Ефрона висловлюється припущення, що карти, можливо, були винайдені у Китаї, і трапилося це в 1120 році (по християнському літочисленню). З євро-

пейських держав на карткову пальму першості претендує, насамперед, Італія, де згадування про карти зустрічаються вже в документах другої половини XIV століття (www.rosbalt.ru/2009/07/06/652855.html).

В 1188 р. англійський король Генріх II заборонив хрестоносцям грати в кості. Коли в 1190 році королі Річард Англійський і Пилип Французький відправилися в хрестовий похід, вони змушені були видати спеціальний спільний указ, що визначає, хто, коли й у якому ступені мав право віддаватися азартним іграм. Природно, обидва монарха виключили із загального правила, у першу чергу, себе. Крім найясніших осіб, дозволялося звеселяти себе азартними іграми тільки шляхетним панам, починаючи із принців і закінчуючи лицарями. Причому жодна ставка граючого не повинна була перевищувати 20 шилінгів у добу. Якщо забудькуваті гравці порушували найвище веління, то всі гроші, поставлені за минулу добу на кін, вилучалися в королівську скарбницю плюс ще 100 шилінгів на користь церкви. На довершення покарання винних роздягали догола й шмагали батогом (К. Хорни, 2000).

Перший указ, який регламентував азартні ігри, був виданий в Іспанії в 1276 році королем Альфонсо X, він же створює першу ігорну енциклопедію «Книгу Ігор», у якій описані правила шахів, нард, морриса й нині забутої гри «Алькерке». Укази 1291, 1319 і 1369 рр. у Франції забороняють гру у кості, але їх не було виконано (Джерело: spain.megatis.ru/articles/2_22239.html).

Кarti нинішнього виду винайдені або, вірніше, удосконалені у 1397 р. Винахідником їх називають королівського блазня й живописця Жакеліна Гренгонера. Останній намалював три колоди для забави недоумкуватого короля Карла VI. Кarti ці для гри не були придатні. На його картах, що склалися з фігур, тузів і вісімки, королівську корону мав тільки один бубновий король, що зображав короля Карла VI, всі інші королі мали корони герцогські. Валети зображали придворних, дами - фрейлін, а пікова дама й у той час була при сумному інтересі й мала на голові високу шапку й над нею корону, а на ногах, замість пальців, диявольські пазурі. Зображала вона королеву Ізабеллу Баварську. Кarti були намальовані з великим мистецтвом, Гренгонер одержав за них 1500 золотих ефимків. Ці кarti швидко одержали сумну популярність: їх стали вживати для азартної гри в Парижі в готелі Нельскої вежі, який швидко зробився кублом розпусти, шахрайства й страшної пекельної картярської гри. Гра полягала у наступному: на карту відомої масті ставилася сума, і якщо три кarti тієї ж масті безпосередньо ішли за першою, те поставлена сума була виграна (www.liveinternet.ru/community/1726655/post88190195).

Офіційний літопис лотерей починається з 1446 року, коли вдова фламандського живописця Яна Ван Ейка у такий спосіб знайшла гідних власників для картин чоловіка. Семантично слово «лотерея» походить відспівзвучного італійського слова «lotto», яке у перекладі означало «доля». В 1465 році серія лотерей була проведена в Бельгії, виручений капітал пішов на будівництво каплиць, каналів також портових споруд. В 1539 році король Франції, запровадив проведення лотереї заради поповнення скарбниці. Відповідно до королівського декрету заснував лотерею в Лондоні. Гроші були спрямовані на розвиток першої британської колонії в Америці — Джейстаун, Вірджинія. Бенжамин Франклін, використав лотерею як грошовий фонд Революції. На капітал було куплено озброєння, а також провізію для повстанців. В 1567 році королева Англії Єлизавета затвердила проведення першої державної лотереї в країні. 400000 білетів були призначені заради продажу. Переможців чекала винагорода у вигляді гобелена чи золота. Метою проведення став збір коштів на ремонт південно-англійських портів також гаваней, але гроші пішли на інші громадські потреби. Громадяни, що програли у лотереї незабаром підняли повстання. В 1612 році король Англії Джеймс I відповідно до королівського декрету заснував лотерею в Лондоні. Гроші були спрямовані на розвиток першої британської колонії в Америці — Джейстаун, Вірджинія. В 1627 році була проведена лотерея заради збору коштів на будівництво лондонського акведука. В іншій половині 17 століття король Франції, Людовик XIV, що увійшов у підручники як «Король-Сонце» умудрився присвоїти собі перший приз лотерей, що складав 100 тисяч франків. А третій приз дістався його дружині. Такий збіг обставин обурич вельмож, і, щоб уникнути поганой слави, король повернув призи, які були надалі розподілені проміж іншими гравцями. Надалі багато політичних діячів використовували лотереї у своїх цілях. Наприклад, Бенжамин Франклін, використав лотерею як грошовий фонд Революції. На капітал були куплені озброєння також провіант заради повстанців (shkolazhizni.ru/archive/0/n-3525).

Джордж Вашингтон використовував зібрані кошти, заради будівництва Mountain Road, яка дозволила штату Вірджинії у майбутньому розгортатися в західному курсі. Томас Джефферсон, що ввійшов у літопис завдяки своїй незвичайності, начебто один з найбільш активних також популярних президентів Сполучених Штатів Америки, нагромадив до кінця життя боргів на суму 80.000 доларів. Використовуючи лотерею, він зміг продати своє багатство також розплатитися з кредиторами (Й. Хейзинга, 1992).

1753 лотерею здійснили в Англії, щоб заснувати британський Музей. Через декілька років у Франції уперше з'явилася державна мо-

нополю на лотереї. Після її появи, інші лотереї були визнані незаконними, а гроші, одержувані від неї, були спрямовані на погашення боргів країни. Уперше з'явилася державна монополія на лотереї. Loterie Royale стала попередницею Loterie Nationale (community.livejournal.com/lt0/49.html).

До 1790 року в Америці лотереї були найбільш розвиненим способом приватного фінансування. В 1790 році 50 коледжів, 300 шкіл, а також 200 церков були побудовані на доходи від американських лотерей. Найбільш відомі університети типу Гарварда, Єльського, Принстона, також Колумбії трималися за рахунок них (www.goldsmircasino.com/ru/stat/26). В 1817 у Нижній Канаді (нині Квебек), було зроблено спробу, законодавчо заборонити всі види азартних ігор. Але вона зазнала фіаско. Громадськість активно проти цього заперечила (profitclubipc.com/azart103).

У 1856 році «Act Concerning Lotteries» («Актом про лотереї») були скасовані всі види лотерей у Канаді, але у 1912 році у Канаді дозволили проведення лотерей на іподромах. В 1964 році Нью-Хемпширський законодавчий орган створив державну лотерею, вона належала до тоталізаторів і також проводилася на іподромах, щоб обійти 70-літній федеральний статут антилотереї. Лотерея стала вигідним заняттям, також багато штатів запозичили дану ідею, впровадивши її в себе. В 1967 році Нью-Йорк став другим штатом Америки, що відновили лотереї. 1969 рік – внесені поправки у Кримінальний кодекс Канади, легалізували лотереї, казино, дозволили патентувати благодійні та релігійні організації, у рамках яких дозволено було проводити азартні заваби по застереженим урядом схемам. В Америці ж знайшли нове застосування лотереям, стали проводити набір новобранців маршрутом жеребкування. Пізніше ця система була скасована, але на зміну прийшло добровільне зарахування в ряди воїнів. В 1970 році у Радянському Союзі з'явилася лотерея «Спортлото», 49 видам спорту присвоїли порядкові номери. У розіграші брали участь біля 1,5 мільйонів розпроданих квитків. В 1975 році вже було дозволено відчужувати рекламу американським лотереям у засобах масової інформації, у тому числі по радіо також телебаченню (www.cristalpalaceonline.com/gambling/128p).

У 1480 році у Франції карти одержують «сорочку» – однаковий малюнок на зовнішній стороні. Перше згадування про шашки. Винайдена гра «Солігер» (у СРСР вона продавалася за назвою «Тактика»). В 1521 році сенат у Венеції заборонив лото як азартну гру, а от у колишньому СРСР згубний вплив гри не був виявлений: навпаки, дерев'яні барилки були в кожному будинку, так само, як шашки або шахи. В англо-мовних країнах лото називається Бінго (kiev.afisha.ua/citynews/1184848).

Уперше гра, схожа на покер, згадується в 1526 році. Сьогодні вона є об'єктом інтересу величезної аудиторії азартних громадян і найсучаснішим різновидом гри, яка все ширше розповсюджується як онлайн-покер (bobrdobr.ru/tags).

У правління короля Генріха III благочестивий Сюзерен наставляв на шлях справжній служителів церкви, призиваючи святих батьків «зосередитися на духовних предметах, залишивши в спокою гральні кістки, які несуть лише вічний прокльон заблудної душі». Адже сам король також відрізнявся пристрастю до гри, але був досить невезучий. Зла доля переслідувала монарха так завзято, що значна частина його особистих коштів безповоротно відходила у кишені баронів (www.naitysebya.narod.ru/pat.html).

У Франції з 1583 р. карти обкладалися податком на розкіш. Гербовий збір стягувався з кожної колоди карт. Штемпель, що засвідчував сплату податку, ставився на туза. Хазяї, у квартирах яких грали в азартну гру або влаштовувалися «ігорні академії» (ігорні будинки), оголошувалися позбавленими цивільних прав і виганялися з міста. Закон не визнавав карткових боргів і зобов'язань, більше того, батьки мали право по суду стягнути гроші з тих, кому програли їхні діти. Наступні закони ще більш посилили це положення: той що виграв повинен був не тільки повернути гроші, але й сплатити штраф в 3 тисячі ліврів, а то й зазнати кару у вигляді тюремного ув'язнення (ngbets.by.ru/psi5.html).

Першою відомою жінкою, заоханою в азартні ігри, згідно з офіційною історичною хронікою, була королева Шотландії Марія Стюарт. У 1587 році їй було пред'явлене обвинувачення у тому, що вона грала в гольф через кілька днів після смерті чоловіка (www.business.kiev.ua/i601/a21161).

В 1600 році у Франції винайдена рулетка, «батьком» вважають відомого математика Блеза Паскаля, хоча є історичні хроніки, що свідчать про наявність рулетки ще у Індії та Китаю (Н.В. Шемчук, Д.С. Ошевський, 2005). Один з перших ігорний будинок був легалізований у Венеції в 1626 році, саме в таких місцях збиралися всі вершки венеціанського суспільства для спілкування, ігор і навіть інтимних уті. Знатні й багаті вельможі містили там ділові угоди. Ці будинки називали «Casini» або «малий будинок», що практично збігається із сучасною назвою всіх ігорних закладів. Поступово до процесу розповсюдження ігор приєдналися світські влади, обклавши ігорні заклади податками (severinform.ru/index.php?page=article&artid=279).

В 16 столітті папа Юлій II використовував петанк для посилення італійського впливу у Ватикані. Але вже в 1629-м інший Папа заборонив гру як надто азартну, у відповідь, на що ченці й священники побуду-

вали для гри закриті майданчики і, незважаючи на заборони, у монастирях у неї продовжували грати (www.petanque-ua.org/article.12).

Проти азартних ігор проводилися й загальнодержавні закони. Указом 1648 р. ініціатором якого було духівництво, заборонялося «усяке бісівське дійство, знущання й скомороство із усякими бісівськими іграми», у тому числі заборонялися й такі «цивільні громадянські» ігри як зернь, карти, шахи й лодиги. У 1717 р. при Петрі I заборонялася гра в карти на гроші під загрозою великого штрафу. Спочатку заборона стосувалася тільки військових, але згодом закон був розповсюджений на всіх громадян. При Катерині II в 1765 р. був уведений податок на карти на користь виховних будинків – 10 копійок з кожної привізної колоди та 5 копійок з колоди вітчизняного виробництва. А за участь в азартних іграх були встановлені помірні стягнення (Д. Турбервилль, 1990).

Заборонені були ігорні будинки після пам'ятного 1917 року, однак існували закриті підпільні заклади, у яких бажані могли пограти в «баккару», «штос», «вікторію» і «макао» за невеликі комісійні. Радянська влада в середині XX століття повністю заборонила ігорні заклади, але це не означає, що ті зникли. Навпроти, ігорний бізнес існував підпільно, перейшовши на нелегальні позиції й зміцнившись на них. Ігорні заклади переживають друге народження в період перебудови, адже заборона на «казино» знімається, щоб знову бути накладеним через майже двадцять років (www.o35.ru/stat/istoriya_kazino_stat.html).

Паскаль, збирався написати книгу із красномовною назвою «Математика випадку», але так і не здійснив цю ідею. А перший загальнодоступний математичний опис азартних ігор «Про розрахунки при азартних іграх» було опубліковано голландцем Християном Гуйгенсом в 1657 році (www.kommersant.ru/k-money-old).

У Швейцарії, в 1765 році відкрилося перше легальне казино, яке опікувалось організацією азартних ігор. Там можна було не тільки розважатися, але й замовити будь-яке блюдо чи напої. Так став формуватися образ сучасного казино, який включає й ресторан, і готель. В 1791 р. Національні збори Франції заборонили всі азартні ігри, установивши суворі каральні міри, але не для гравців, а для власників кубел і навіть для мешканців, які не донесуть, що в будинку відкрита картярська гра. Після революції під час Директорії стали роздавати дозволи на відкриття ігорних будинків, потім віддавати їх на відкуп (А.В. Терещенко, 2007).

Дев'ятнадцяте сторіччя додало до іміджу ігорних закладів нові штрихи: з'явився якісний сервіс, став розкішним і комфортним внутрішній інтер'єр, а охорона у входу стала обмежувати доступ у казино, пропускаючи усередину громадян, що тільки респектабельно виглядали. Азартні ігри стали модним хобі, а казино – місцем, де обов'яз-

ково потрібно було засвітитися кожному, хто вважав себе забезпеченою людиною (В.Л. Янин, 1976).

В 1859 році в пустелі Сьєрра-Невада знайшли золото й срібло. Слідом за азартом золотодобування прийшов азарт гри. Але період розгулу тривав недовго. Президент Авраам Лінкольн, що був лютим супротивником азартних ігор, призначив губернатором Невади свого однодумця, і той переконав місцеві законодавчі збори в 1861 році ввести кримінальну відповідальність за всі види азартних ігор і лотерей. Вже у 1864 році законодавці спробували легалізувати ігорний бізнес. Але губернатор припинив їхню ініціативу. Сутичка гілок влади тривала кілька років і закінчилася у 1869 році компромісним рішенням: покарання за організацію ігорного закладу було зм'якшено, а прості гравці були зовсім урятовані від залучення до суду. У 1909 році в органах влади знову взяли гору супротивники азарту – усі види гри були заборонені в Срібному штаті. (www.liveinternet.ru/users/bittersin).

У Німеччині після об'єднання її під владою Пруссії законом від 1 липня 1868 р. були закриті всі ігорні будинки. За гру в суспільному будинку покладалася штраф 1500 марок, за гру на вулиці – 150 марок або арешт. Іноземці висилалися. У 1873 р. були закриті ігорні будинки по всій Європі (крім Монте-Карло). В 1899 році в найкрупніших світових казино з'явилося нове поняття – «приватні кімнати», де можна було, не відволікаючись на ігорний зал, робити необмежені ставки. У 1896 році у США були створені перші автомати із грошовими виграшами – «однорукі бандити» (Ю.В. Фомичева, А.Г. Шмелев, И.В. Бурмистров, 1991).

Зі скаргою на американське законодавство в СОТ звернулася карибська держава Антигуа і Барбуда. У середині 90-х років ця країна в надії диверсифікувати свою економіку зробила ставку на розвиток Інтернет-казино та залучила до участі в цьому проєкті кілька великих компаній. Але через протидію США проєкт провалився. Мініюст США вважає віртуальні азартні ігри незаконними, посилаючись на американський закон, що забороняє азартні ігри «через державний кордон». Цей закон був прийнятий ще в 1961 р. і спочатку був спрямований проти організаторів азартних ігор за допомогою міжнародних телефонів. У Конгресі обговорюється ідея законодавчої заборони робити й приймати ставки в Інтернеті. Діяльність ігорних компаній регламентується в США законами штатів, більшість яких рахує ігорний бізнес в Інтернеті протизаконним, але федеральна влада хотіла зміцнити статус-кво (subscribe.ru/archive/29232122.html).

У літку 1978 року, в африканській савані неподалік від Йоганнесбурга почалося будівництво одного із самих грандіозних ігорно-розва-

жальних комплексів світу – Сан Сіті, його засновником був Сол Керзнер. На іншій території Південно-Африканської Республіки, у якій у той час законодавчо був закріплений апартеїд, азартні ігри були заборонені (www.kommersant.ru/doc.aspx?Docsid=101print=true).

В 1978 році в Атлантик-Сіті були легалізовані азартні ігри та відкрилося перше казино. У США не так багато місць, де дозволені азартні ігри. У лютому 1987 року Верховний Суд США визнав право корінних мешканців США на проведення азартних ігор на території резервацій, а роком пізніше Конгрес прийняв Закон про регулювання проведення азартних ігор індієськими племенами Indian Gaming Regulatory Act, який дозволяє індієським племенам відкривати ігорні заклади в індієських резерваціях, якщо штат, на території яких резервації розміщалися, уже легалізував ігорний бізнес. Це дало додатковий поштовх росту ігорного бізнесу.

Початок азартної гри в Інтернеті датується приблизно 1994-1995 роками. Одна з головних причин, що сприяли розвитку віртуального ігрового бізнесу, – американське законодавство про азартні ігри. Перші Інтернет-казино всі як один належали компаніям, зареєстрованим у мілких острівних державах Карибського басейну. Клієнтура цих закладів практично повністю складалася із громадян США. На перший погляд це видалося вигідним як для власників подібного бізнесу, так і для гравців. Власники заощаджували на накладних витратах (їм не потрібно було орендувати будинки, платити зарплату персоналу, витрачатися на обладнання) і могли як мінімум пообіцяти більш вигідніші для граючих умови, ніж у реальних казино. Гравцям же не потрібно було витрачати час і гроші на поїздку в Лас-Вегас або Атлантик-Сіті – увімкнув комп'ютер і грай. Новий бізнес став швидко розвиватися, число Інтернет-казино постійно збільшувалося, поліпшувалося використовуване ними програмне забезпечення, зростало число пропонованих клієнтурі комп'ютерних ігор, підвищувалися розміри виграшу (у 2002 році в Інтернеті вперше була виграна сума, що перевищує \$1 млн). Зіткнувшись із новим конкурентом, традиційні казино США спробували використати свої лобістські зв'язки для прийняття законів, спрямованих проти Інтернет-гри. Тим часом до комп'ютерної азартної гри підключалися всі нові країни. Інтернет-казино – один із самих швидкозростаючих секторів бізнесу у світі з річним обігом, який оцінюється, за різними даними, в \$10-50 млрд. Законодавчі обмеження ігорного бізнесу в Україні та Росії можуть навести багатьох вітчизняних гравців на думку про гру за комп'ютером (www.kommersant.ru/doc.sid885203).

В 1995 році була створена Американська ігрова асоціація American Gaming Association (AGA), критики якої вказували на те, що у своїй

діяльності вона намагається надати респектабельний вигляд непристойному заняттю. Нині у 48 штатах США (з 50-ти) у тій чи іншій формі азартні ігри (карти, тоталізатор, ігрові автомати і т.д.) дозволені лише у двох штатах (Гаваї і Юта) азартні ігри заборонені повністю. У низці штатів ігровий бізнес навчився обходити юридичні перешкоди, наприклад, законодавство штатів Іллінойс, Міссурі, Луїзіана й Айова забороняють грати в азартні ігри на землі штату, тому заборону майстерно обійшли — у якості казино стали використовувати величезні баржі, що формально знаходяться у воді, а не на землі (www.stratagema.org/lobbizmpressclip.php?nws=ikz7q47).

Нині у світі діють більше 2 тисяч Інтернет-казино, по оцінках консалтингової фірми Stearns & Co, в 2002 році їх прибуток склав 3,5 млрд дол., а в 2003 році — 4,2 млрд дол. Приблизно 60 % свого доходу віртуальні ігрові будинки одержують за рахунок гравців, що мешкають у США — при цьому на території самих Сполучених Штатів азартні ігри в мережі сітки заборонені. У липні 2000 року Палата представників Конгресу США відхилила запропонований Акт про заборону ігор на гроші в Інтернеті (www.crime.vl.ru/index.php?p=1089).

За даними організації Christiansen Capital Advisors, в 2001 році в США загальний оберт легальної індустрії ігрового бізнесу склав \$827 млрд., а нелегальний обсяг — близько \$380 млрд. Спільний обсяг ставок, які робили американці в різних іграх та лотереях складав приблизно \$1.2 трлн (www.gambling.doc.com =101print=true).

Стокгольм, 9 січня 2003 року, оприлюднив дані про те, що майже 100 тисяч мешканців Швеції страждають залежністю від азартних ігор, з них 25 тисяч потребують професійної психологічної допомоги. Дані Інституту народної охорони здоров'я Швеції. Таким чином, адикція перетворилася в одне з найпоширеніших захворювань у Швеції. У минулому році грошовий обіг на ринку азартних ігор і лотерей країни з 8, 9-мільйонним населенням склав 10 млрд. шведських крон (близько 1,1 млрд. доларів). Шведське інформагентство повідомило, для профілактики й боротьби із залежністю від азартних ігор Інститут народної охорони здоров'я розробив програму дій на 2004-2006 роки, що передбачає здійснення інформаційних кампаній і різних семінарів. На реалізацію програми Інститут запросив в уряду 45 млн. крон, це близько 5 млн. доларів (www.rosbalt.ru/2003/01/09/80339.html).

26 листопада 2004. Держдума Росії прийняла у першому читанні законопроект про обмеження реклами азартних ігор. Документ підтримали 405 депутатів (www.rosbalt.ru/print/186929.html).

Інтернет-індустрія азартних ігор зазнала різкий підйом в 2005 році — була створена низка великих компаній у Лондоні, який став своєрід-

ним корпоративним центром. 3 жовтня 2006 року міжнародна Інтернет-індустрія азартних ігор зіштовхнулася з найбільшою у своїй історії кризою після того, як конгрес США схвалив закон, що обмежує азартні інтернет-ігри (www.kommersant.ru/doc.aspx?Docsid=7096).

11 листопада 2006 року, на розгляд Верховної Ради України, з'явився законопроект №2521 «Про державне регулювання діяльності по організації проведення азартних ігор». Потім 21 листопада 2006 року був внесений законопроект №2521-1 «Про азартні ігри», а 24 листопада - законопроект «Про правове регулювання організації й проведення азартних ігор на території України». 26 квітня 2007 року з'явився законопроект №3491 «Про державні лотереї й інших азартних іграх», поданий Міністерством фінансів України. У Верховній Раді було зареєстроване більше десятка законопроектів, стосовно регулювань ігорного бізнесу (www.liga-zakon.ua/arhiv.12-23r).

26 квітня 2007 року з'явився законопроект №3491 «Про державні лотереї та інші азартні ігри», поданий Міністерством фінансів. У Верховній Раді зараз зареєстровано більше десятка законопроектів, у тому або іншому вигляді дотичних регулювань ігорного бізнесу (delo.ua/segodnja1085).

Депутати казахстанського мажиліса (парламенту) на засіданні 13 грудня 2006 року, схвалили в другому читанні проекти законів «Про ігорний бізнес» і «Про внесення змін і доповнень у деякі законодавчі акти з питань ігорного бізнесу». Як бачимо, випередивши в цьому Україну й Росію, 28 лютого 2007 – Парламент Дагестану прийняв закон «Про заборону на території Республіки Дагестан діяльності по організації й проведенню азартних ігор» (gzt.ru/business/2007/02/28/210236.html).

5 травня 2007 року Президент Узбекистану Іслам Каримов підписав ухвалу про запобіжні заходи незаконної діяльності, пов'язаної з організацією й проведенням азартних ігор. Як відмічається в документі, незважаючи «на заходи, що вживають, продовжують мати місце спроби нелегальної організації азартних ігор, далеких від національних звичаїв і менталітету населення». Правоохоронними органами виявляються факти створення окремих місць для проведення підпільних ігор із залученням у них підлітків і молоді. З метою подальшого регулювання сфери ігорного бізнесу, «захисту моральності населення, особливо, підлітків і молоді», «підвищення відповідальності організаторів ігор, заснованих на ризику», президент Узбекистану доручив уряду здійснити цілу низку превентивних і каральних заходів (www.newsland.ru/news/detail/id/05272).

12 червня 2008 року Мінфін України оприлюднив законопроект «Про азартні ігри в Україні». Згідно із законопроектом, в Україні перед-

бачалося створити Державний реєстр ігорних закладів, установити обмеження на проведення азартних ігор. Законопроект припускав регламентацію процедури ліцензування господарської діяльності в сфері ігорного бізнесу. Згідно з даними Рахункової палати України, у країні понад 120 тисячі ігрових автоматів, які не пройшли обов'язкової сертифікації, що створює ґрунт для широкомасштабного шахрайства. По оцінці Рахункової палати, потенціал виведення з «тіні» доходів від ігорного бізнесу складав 3-7 мільярди гривень (<http://for-ua.com/ukraine/2008/06/12/141800.html>). Це були дані на 2008 рік. Радіо Свобода повідомило, що жителі Польщі витрачають усе більше грошей на азартні ігри. До кінця 2008 року ця цифра склала майже 5 мільярдів доларів (www.svobodanews.ru/467830.html).

17.10.2008 року Google зняла свою заборону на рекламу інтернет-казино. Лондонський офіс Google 16 жовтня 2008 року відвідала королева Великобританії Єлизавета II. Вона власноручно завантажила на Youtube відеоролик, знятий 40 років тому, а Google відзначив її відвідування, на день поставивши королівський профіль у свою емблему. Королева взагалі відома своєю любов'ю до ІТ. Проте, монархи просто так офіси великих Інтернет-компаній не відвідують. У ході візиту Єлизавета II схвалила рішення Google відновити рекламу азартних ігор для британських користувачів. Отут треба дещо пояснити. В 2006 році американським Інтернет-казино остаточно перекрили кисень — Джордж Буш підписав закон, що забороняє банкам і кредитним компаніям перераховувати платежі за послуги подібних мережних ресурсів. Тільки одне з ряду казино за місяць втратило через цей закон півмільярда доларів. Втрати всієї галузі важко навіть уявити (obozrevatel.ua/news/2009/6/11/3071675.htm).

15 квітня 2009 — газета «Голос України» — Світова фінансова криза торкнулася чимало найважливіших галузей економік провідних країн світу, але не індустрію азартних ігор. Незважаючи на проблеми сучасності, обсяг світового ринку азартних ігор, по оцінках консалтингової компанії GBGC, перевищив у минулому році 70 млрд. дол. США (www.golos.com.ua/article/1239713.html).

21 квітня 2009 року — газета «Економічна правда», опублікувала думку про зареєстрований у Верховній Раді проект закону з голосною назвою «Про заборону ігорного бізнесу». Залишивши головному науково-експертному управлінню Верховної Ради вивчення окремих юридичних недоліків документа, спробуємо проаналізувати в цілому ідею заборони азартного бізнесу. Насправді, ідея не нова. Протягом усієї своєї історії ігровий бізнес як різновид бізнесу, більшу частину часу був під заборонаю. У цьому схожі історії його розвитку у всіх розвинених краї-

нах світу. 1717 рік у Росії, 1868 рік у Пруссії, 1837 рік у Франції, 1910 рік у США, 1924 рік в Іспанії. Це далеко не повний перелік «чорних» дат для азартного бізнесу й спроб розрубити Гордіїв вузол шляхом заборони цієї сфери діяльності. Однак шораз азартний бізнес відроджувався, як Фенікс із попелу (www.specstroysservices.ru/board/index.php1id).

15 травня 2009 року Народні депутати заборонили ігорний бізнес в Україні до прийняття спеціального законодавства по здійсненню ігорного бізнесу в спеціальних зонах (www.kp.ua/daily/150509).

8 червня 2009 року – виступив заступник мера Москви Сергій Байдаков – «ілюзій, що всі казино самоліквідуються під бій курантів до 1 липня ...не треба сьогодні уявляти, що 1 липня з помахом чарівної палички все зникне саме собою. Напевно будуть спроби організації якихось сурогатних технологій і будуть спроби ряду несумлінних організаторів піти в нелегальний сектор» (www.rg.ru/2009/06/29/casino12.html).

Площами, що звільнилися після прийняття Закону, зацікавилися у Федерації спортивного покеру. Ті ж самі карти й гроші, але заборонного азарту, як казали, при цьому немає. Оскільки покер – от уже два роки як офіційний вид спорту. «Азартні ігри – це ігри, де успіх залежить винятково від випадку – орел і решка, рулетка і так далі. І цим азартним іграм, або game of chance англійською, протиставляються games of skill – ігри навичок. Ігри, де вирішує людина. Крім покеру, на підході й більш винахідливі та химерні сурогати. Наприклад, ігрові автомати шляхом зміни вивіски перетворюються в лотерейні. А це вже інший вид діяльності. Юристи пророкують небувалий сплеск винахідливості у тих, хто шукає прогалини в законах. Тим часом, є думка, що краща заміна для казино – центри психологічної реабілітації страждаючих ігровою залежністю. Принаймні шлях до них пацієнтам уже добре відомий (<http://www.vesti.ru/doc.html?id=291437&cid=7>).

1 липня 2009 року. У Росії офіційно більше немає ігорних закладів. Набув чинності Закон, який забороняє їхню діяльність. З 1 липня ігорні заклади, за винятком букмекерських контор, тоталізаторів і покерних клубів, можуть працювати тільки в чотирьох ігорних зонах (www.lenta.ru/news/2009/07/03/gamb).

В Україні так само було заборонено гральні заклади 15 травня 2009 року, але ми і зараз зіштовхуємось з ними (<http://korrespondent.net/ukraine/politics/836846>). Наприклад, казино й досі працюють під назвою лотерейні автомати, інтерактивні клуби та інше (<http://news.rambler.ru/8706129>).

ГЛАВА 2

Визначення проблем, пов'язаних з азартною грою та їх межі

Термін «азартна гра» мав багато тлумачень, відтінків змісту, та, навіть, різних значень залежно від культурного або історичного контексту. Можна сказати, що зараз провідним є економічний нахил в азартних іграх: укладання парі на гроші або яку-небудь матеріальну цінність про подію із сумнівним результатом (наприклад, спортивний тоталізатор). Головним наміром такого парі є одержання прибутку. Звичайно, результат гри має бути з'ясований у межах короткого проміжку часу. Таким чином, азартна гра — це насамперед угода про виграш, укладена на основі певних правил між двома або кількома особами, як фізичними, так і юридичними. Азартна гра обов'язково включає в себе елемент ризику, який в принципі може бути розрахований за законами теорії ймовірності, але кінцевий результат гри залежить від багатьох факторів (обставин), у тому числі й від можливостей учасників процесу. Семантично слово «азарт» походить скоріше за все від французького *hasard*, що перекладається як випадок. Азартна гра, таким чином, (фр. *jeux d'hasard*) — буквально перекладається з французької як «гра випадку» (до революції у Росії писали «азардная гра»). Ця дефініція цікава тим, що у ній підкреслено залежність виграшу від випадку, а не від певних якостей учасників гри. Але існують і інші версії: у арабській *аз-захр* — це позначення гральної кістки, у іспанській мові *азаг* — це гра у кості. У слов'янських мовах, які запозичили це слово, азарт означає емоційний стан гарячої завзятості якою-небудь діяльністю; прояв фатальної захопленості, наснаги, ентузіазму, пов'язаний з випадком, грою, ризиком, небезпекою (М. Фасмер, 1987). Так це поняття трактується у головних тлумачних словниках:

- за Словником Брокгауза та Ефрона — це запал, запальність;
- за Тлумачним словником Даля — це знову-таки запал, запальність, але ще і гарячість;
- за Словником російських синонімів — наснага, запал, ентузіазм, лютя;
- за Великою Радянською Енциклопедією — це захоплення, запал, запальність, зайва гарячість.

Отже, східнослов'янські мови привнесли нове розуміння не тільки у визначення, але і у процес гри, пов'язавши його не стільки з випадком, скільки з емоційністю, пристрасстю, нетерпінням, захопленням (у французів: *passion* - пристрассть, *emballement* — захоплення). Гадаємо, що це, напевно, відбиває особливості ментальності слов'ян, їх ко-

лективне несвідоме за К. Юнгом. Для слов'ян азартна гра – це насамперед гра емоцій і пристрастей. Достатньо навести лише один приклад – російська рулетка (www.jobtoday.com.ua/slovar/index1.php).

Ігроманія, лудоманія та гемблінг – є синонімічними поняттями і саме у такому контексті вони вживатимуться у нашому дослідженні. Феноменологічною ознакою такого розладу поведінки є перманентна необхідність відчуття азарту. Вона не відбивається, зокрема, у тривіальній назві «лудоманія», що походить від латинського *ludus* – гра – та *homo ludus* – людина, що грає. Ще менше семантичних прив'язок до загальноприйнятої дефініції «азартна гра» у синонімічному понятті гемблінг, що походить від «гембл» – у перекладі з англійської «афера». Але, враховуючи традиції вітчизняної та закордонної адиктології, ми вживатимемо усі три назви (визначення процесу) у одному і тому ж спільному значенні (igraya.info/tolkoviy_slovar_onlain).

Ігрова залежність (патологічний гемблінг) – патологічна схильність до азартних ігор F63.0 за МКХ-10 «полягає у частих повторних епізодах участі в азартних іграх, що стає домінуючим у житті суб'єкта та веде до зниження соціальних, професійних, матеріальних і сімейних цінностей; належної уваги обов'язкам у цій сфері не приділяється» (МКХ-10, 1994). Однак, наведене визначення ігрової залежності спирається переважно на соціальні прояви явища. Між тим, наше розуміння залежності від азартних ігор ближче до медико-психологічного бачення відповідної поведінки, як адиктивної поведінки. Адимкція (від лат. *addictio* – присудження чи підлеглість, що позначає «присуджене покарання або премія, чи документ про передачу майна або прав», буквально термін означає «казати, віддати наказ») – термін, з римського права. Сьогодні адимкція, як медична проблема – це нав'язлива потреба, що відчувається людиною та спонукає її до певної діяльності. Таким чином, доцільніше бачити у патологічному гемблінгу не розлад особистості (як це передбачене у МКХ-10), а різновид адиктивної поведінки. Подібну точку зору ми зустрічали у А.Ю. Егорова.

На думку деяких вчених, ризик стати ігроманом ніяк не залежить від здоров'я, соціальних параметрів, умов виховання, а скоріше від характеру і темпераменту, причому останній, як вважається, є інваріантою, зумовленою майже виключно спадковістю. Пацієнти найчастіше ризикують не тільки своєю роботою, але і найбільшими особистісними цінностями, роблять великі борги, порушують закон для того, щоб здобути гроші або ухилитися від сплати боргів. Участь у азартних іграх, навіть потяг до гри посилюються у періоди стресу. У звичайному житті ігромани зазнають внутрішнього дискомфорту, пригніченості. І тільки повернення до кататимного для них захоплення (гри) усуває стрес. Роз-

вивається поступовий відхід від дійсності, перезавантаження у віртуальну реальність (сленг комп'ютероманів), а це, особливо у підлітково-му віці, спричиняє порушення адаптації або навіть дезадаптацію – це зниження шкільної успішності, а у перспективі – неможливість соціалізації. Сьогодні погляд на проблему лудоманії як на психічну, а, точніше, наркологічну (адиктивну) хворобу тільки формується. Тому чітких, стандартних критеріїв цього розладу, загальних підходів до терапії, інших класичних засобів впливу на цю патологію звичайно ще немає (R. Ladouceur, C. Sylvain, C. Boutin, 2001; К.Г. Сурнов, Ю.Ю. Молчанова, 2006).

Різні автори дуже різноманітно описують (термінологічно та клінічно) динаміку патологічного гемблінгу. Окрім того, з ігроманами частіше працюють не лікарі-адиктологи, наркологи чи психіатри, а психологи, соціальні працівники, члени родини залежних. Отже і систематизація розладу проводиться з різних «точок огляду», на підставі дуже обмежених кількісно груп спостережень. I. Marks (1990), запропонував такі критерії для діагностики поведінкових (нехімічних) залежностей: 1) спонукання (потяг) до контрпродуктивної поведінкової діяльності; 2) наростаюча напруга, аж поки ігрова діяльність не буде доведена до завершення; 3) завершення цієї діяльності негайно, але ненадовго знімає напругу; 4) повторна тяга і внутрішня напруга через години, дні або тижні (симптоми абстиненції); 5) зовнішні прояви унікальні для даного синдрому адикції; 6) подальше існування синдрому визначається зовнішніми та внутрішніми проявами (дисфорія, туга); 7) гедоністичний відтінок потягу на ранніх стадіях адиктивної поведінки.

Ц.П. Короленко та Т.А. Донських (1988), також виділяють низку характерних ознак, властивих азартним гравцям. Зокрема, це:

- 1) постійне залучення, збільшення часу, проведеного в ситуації гри;
- 2) зміна кола інтересів, витіснення колишніх життєвих мотивацій ігровою, постійні думки про гру, перевага та уява ситуацій, пов'язаних з ігровими комбінаціями;
- 3) «втрату контролю», що об'єктивізується у нездатності припинити гру, як після великого виграшу, так і після постійних програшів;
- 4) стан психологічного дискомфорту, роздратування, занепокоєння, що розвиваються через порівняно короткі проміжки часу після чергової участі в грі; це співіснує важкоподоланим бажанням знову приступити до гри (такі стани по низці ознак нагадують стани абстиненції у наркоманів; вони супроводжуються головним болем, порушенням сну, занепокоєнням, зниженням настрою, порушенням концентрації уваги);

5) характерним є поступове збільшення частоти участі у грі, прагнення до усе більш високого ризику;

6) періодично виникаючі стани напруги, що супроводжуються ігровим «драйвом», прагненням знайти можливість участі в азартній грі, якщо його навіть вдається подолати;

7) швидко наростаюче зниження спроможності пручатися спокусі, що виражається у періодичних остаточних рішеннях «раз і назавжди «зав'язати»», які виявляються абсолютно неспроможними при найменших провокуючих ситуаціях (зустріч із старими знайомими-гравцями, розмова на тему гри, наявність ігрного закладу неподалік тощо).

F. Maccallum, A. Blaszczynski (2002), відзначають, що для діагностики патологічного потягу до азартних ігор стан повинен відповідати наступним критеріям: 1) повторні (два та більше) епізоди азартних ігор протягом не менше року; 2) ці епізоди відновлюються, незважаючи на відсутність матеріальної вигоди, суб'єктивне страждання та порушення соціальної і професійної адаптації; 3) неможливість контролювати інтенсивний потяг до гри або перервати її вольовим зусиллям; 4) постійна фіксація думок і уявлень про акт азартної гри та всім, що є з нею пов'язано.

Проблема ігromанії у ланках діагностичної психіатричної рубрики існує з 1969 року; це сталося завдяки зусиллям L. Mogeno, J. Saiz-Ruiz, J.J. Lopez-Ibor, які уперше ввели її у міжнародну класифікацію DSM III. Надалі вона перейшла у МКХ-9 під назвою: «Порушення контролю імпульсу, що ніде більше не фігурує». Там патологічний гемблінг (шифр: 313.31) згадувався разом з kleптоманією, піроманією, трихотоманією, і мав наступні риси:

– неможливість утриматися від дій, які призводять до негативних наслідків самому собі чи близьким;

– висока внутрішня напруга перед тим, як вчинити цю подію;

– відчуття задоволення й полегшення під час виконання цієї дії.

Ніяких інших пояснень у МКХ-9 не було. У той же час у класифікації DSM-III порушення мало таке описання: хронічна прогресуюча нездатність пручатися імпульсові гри, поведінці гравця, що ставить під загрозу, порушує і руйнує особисте, сімейне та професійне положення. Характерними проблемами є великі борги і наступне невиконання зобов'язань по їхній сплаті, розриви сімейних стосунків, шахрайство й заборонена фінансова діяльність.

Діагностичними критеріями патологічного потягу до азартних ігор згідно з DSM-III визначено наступні (на дезадаптивну поведінку гравця вказують, щонайменше, чотири пункти з нижченаведених):

1) часта участь у грі та добування грошей для гри; 2) часта участь у грі на великі суми грошей протягом тривалішого часу, ніж суб'єкт мав в минулому; 3) потреба збільшити розмір або частоту ставок, задля досягнення бажаного збудження; 4) занепокоєння або дратівливість, якщо гра зривається; 5) повторна втрата грошей через гру та короткочасні борги («до завтра»), щоб відігратися («полювання за виграшем»); 6) кількаразові спроби зменшити або припинити участь у грі; 7) почастішання гри у ситуаціях, які загрожують необхідності виконання своїх соціальних і професійних обов'язків; 8) приношення у жертву деяких важливих соціальних, професійних або розважальних заходів заради гри; 9) продовження гри, незважаючи на нездатність заплатити зростаючі борги, або, незважаючи на інші важливі соціальні, професійні або юридичні проблеми, які, як це добре відомо суб'єктові, будуть накопичуватись через гру.

Більш розвиненою слід вважати американську класифікацію психічних розладів DSM-IV (1994), у якій діагноз патологічного гемблінгу ставиться при наявності нижче перелічених п'яти та більше пунктів з розділу А та відповідності розділові Б (М. Landry, 2001).

Розділ А: 1) захоплений гемблінгом постійно повертається думками до минулого досвіду гри, навмисно відмовляється від гри або, навпаки, смакує і готується до реалізації чергової можливості пограти, або обмірковує спосіб отримати кошти для цього; 2) він продовжує гру навіть тоді, коли ставки надмірно зростають, досягаючи при цьому бажаної гостроти відчуттів; 3) робив кількаразові, але безуспішні спроби контролювати свою пристрасть до гемблінгу, грати менше або зовсім припинити цю діяльність; 4) виявляє занепокоєння і дратівливість при спробі грати менше або зовсім відмовитися від гемблінгу; 5) грає, щоб віддалитися від своїх проблем або зняти дисфорію (наприклад, почуття безпорадності, провини, тривоги, депресію); 6) повертається до гри наступного дня після програшу, щоб відігратися (думки про програш не дають спокою); 7) бреше сім'ї, лікарю та іншим зацікавленим особам, щоб приховати ступінь свого залучення до гемблінгу; 8) здійснював кримінальні дії (підробка документів, шахрайство, крадіжка, присвоєння чужого майна) з метою забезпечення коштів для гри; 9) ставить під загрозу та навіть готовий повністю розірвати заради гри стосунки з близькими людьми, кинути роботу або навчання, відмовитися від перспективи кар'єрного росту; 10) у ситуації відсутності грошей через гру перекладає вирішення проблем на інших людей.

У розділі Б підкреслено, що ігрова поведінка не пов'язана з маніакальним епізодом.

Близькі за змістом діагностичні критерії містяться і у МКХ-10 (1994), де патологічна схильність до азартних ігор (F-63.0) класифікується у розділі «Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих» (F60-69) під рубрикою «Розлади звичок та потягів» (F63), куди також входять патологічні підпали (піроманія) і патологічна схильність до крадіжок (клептоманія). За МКХ-10 патологічна схильність до азартних ігор - це розлад, який характеризується частою повторною участю в азартних іграх, що домінує у житті суб'єкта та веде до редукції соціальних, матеріальних, професійних і сімейних цінностей. Облігатним є сильний потяг грати у азартні ігри, який майже не піддається вольовому контролю, опановує думками та уявленнями акту гри та супутніми цьому обставинами. Є додаткове зауваження, що слід диференціювати лудоманію з екстравагантною участю у азартних іграх гіпоманіакальних осіб (F30.-), соціопатичних осіб (F60.2), а також участю у них людей заради задоволення або наживи (такі гравці звичайно без особливих зусиль стримують свій потяг, якщо зустрічаються з великими витратами або іншими несприятливими наслідками азартних ігор).

Не будемо забувати, що у МКХ-10 передбачена також рубрика Z, яка містить різні аспекти медичної допомоги населенню, у тому числі – і при розладах соціального функціонування (Z72-Z76 – звернення до установ охорони здоров'я у зв'язку з іншими обставинами). Z72 – це проблеми, пов'язані із стилем життя. У ній, зокрема, є підрубрика Z72.6, назва якої – схильність до азартних ігор та, коли б'ються об заклад. Це свідчить про розповсюдженість проблеми, про наявність великої когорти гравців, яких не можна визнати хворими на ігроманію. Між тим, чітких критеріїв розмежування різних груп граючих у діючій класифікації нема.

Першу класифікацію типів нехімічної залежності у пострадянському просторі запропонував Ц.П. Короленко (1993). Він виділив безпосередньо нехімічні адикції, до яких відніс азартні ігри, адикцію стосунків, сексуальну, любовну адикції, адикцію ухилення, адикцію до витрати грошей, ургентну адикцію, а також работоґолізм і проміжні (стосовно нехімічної та хімічної залежності) адикції, наприклад, адикцію до їжі (переїдання і голодування), що характеризується тим, що при цих формах задіяні безпосередньо біохімічні механізми. Крім перерахованих, у наш час описана значна кількість інших нехімічних адикцій: залежність від комп'ютера та Інтернету, від фізичних вправ (спортивна), духовний пошук, «стан перманентної війни», синдром Тоада, або залежність від «веселого автоводіння» (joy riding dependence), зіпінг, гаджет-залежність тощо (Б.В. Михайлов, С.І. Табачников,

О.К. Напреєнко, В. В. Домбровська, 2003; Y. Amichai-Hamburger, E. Ben-Artzi, 2003; В. Гриффит, 2006).

Нами також було запропоновано власну класифікацію варіантів адиктивної поведінки:

– залежності ейфоризуючого типу: алкоголізм та опіоманія, гіперсексуальність (німфоманія, сатириазис, проміскуїтет), порнозалежність;

– адикції стимулюючого типу: психостимулятори, екстремальна та спортивна діяльність, перегляд спортивних видовищ, ігрова (залежність від азартних ігор), серійні вбивства, kleptomania, піроманія;

– вікарні (такі, що заповнюють психологічну порожнечу) залежності: «синдром заміщуючого шуму» (радіо, музичні записи), читання «запоєм», світські розваги, накопичення, трудоволізм, шопінг, залежність від телевізійного пульта, залежність від пластикових карток, що дають право на знижки чи інші привілеї;

– електронні версії попередніх форм: комп'ютерні ігри, надлишкове користування Інтернетом, надлишкове користування комп'ютером, гаджет-залежність;

– одурманюючі та такі, що призводять до зміни свідомості: психодизлептики, телевізійна, кіно-залежність, «ностальгічні», тобто хвилюючі пам'ять (колекціонування фотографій артистів, членів своєї родини або друзів, марок, сертифікатів про участь у конференціях);

– символічні, що підвищують самооцінку: амбіційність, прагнення «накопичувати» «почесні титули, орден, медалі, знайомства з культовими особами, прагнення носити винятково модні, дорогі речі;

– адикції зміни зовнішності та соматичного стану: булімія (харчова залежність - це не тільки переїдання або голодування, але й залежність від смаку, наприклад, кави, шоколаду, вершків, кока-коли та інших), анорексія, анаболічні стероїди, бодібілдинг (К.В. Аймедов, 2007).

ГЛАВА 3

Епідеміологія азартних ігор

Розгляд проблеми доцільно розпочати з аналізу антропологічних даних. Антрополог Джон Роберті, дослідивши ігрову поведінку багатьох племен, продемонстрував, що всі ігри можна розділити на три основні види: гри, для яких пріоритетною є фізична майстерність, але припустимі також елементи стратегії та випадковості; стратегічні ігри, у яких фізична майстерність не має принципового значення, але є елементи випадковості; та ігри, що цілком засновані на випадку. Було виявлено, що там, де грали в ігри, «замішані» тільки на випадку, культуральні особливості племен базувалися на вірі у всемогутність богів (R.J. Rosenthal, L.J. Ruge, 1994). Таким чином, гри, засновані на випадковості, зв'язувалися з вірою у надприродне. Стратегічні ігри, з іншого боку, співвідносилися з усвідомленням своєї громадської ролі або з усвідомленням пріоритету соціальної системи, тоді як ігри, засновані на фізичній майстерності, будувалися на розумінні важливості як своєї особистості, так і свого оточення. Американський антрополог А.Л. Кребер з'ясував, що пуританські релігії (протестантизм, буддизм або іслам), припускаючи фізичні або стратегічні гри, повністю заперечували азартні (A.L. Kroeber, 2001). Дослідник припускав, що для цих релігій неприпустимим був екстаз, який виникав під час гри. Він зробив цікаве спостереження, що у азартні ігри грають, як байдужі до власності австралійські аборигени, так і мешканці Папуа - Нової Гвінеї, які витрачають багато часу й зусиль на придбання власності. Кребер не зміг знайти ніяких зв'язків між азартними іграми й рисами економіки, системами добробуту або видом релігії. У ієрархії цінностей все, що так чи інакше пов'язане з азартом й випадком, знаходиться на досить низькому рівні. Розваги, які припускають наявність майстерності, спритності й знань, навпаки, користуються великою пошаною, наприклад Олімпійські ігри. Люди практичні знаходять інтерес у заняттях діловими іграми. Рольові гри, поширення яких переживає бум останнім часом, призначені для людей з багатою фантазією; вони закріплюються у тому середовищі, де споконвічно не була сильною позиція ігор азартних. Існують інтелектуальні, музичні та інші види ігор, які складають серйозну конкуренцію азартним іграм.

Найбільш азартними гравцями у світі є, скоріше за все, китайці та інші корінні народи Далекосхідної і Південно-Східної Азії. За найскромнішими підрахунками, в цих країнах витрачається на ігри до третини річного прибутку середньостатистичної родини. Китайці,

в'єтнамці, бірманці, тайці та інші народи, що тут проживають, постійно зайняті пошуками таких розваг, які приносили б мінімальні збитки. Однак, ці люди мають феноменальну здатність будь-яку неவிбагливу розвагу зробити азартною і в найкоротший термін позбутися майна (R. Kraut, M. Patterson et al., 1998).

Точних даних про поширеність ігроманії немає. Це стосується, як недосконалості технологій вивчення масштабів проблеми, так і постійного розширення її поля (внесок тільки одного Інтернету у розповсюдження азартних ігор важко переоцінити – він зробив саму гру майже «невловимою» для дослідників). За даними соціологів, кількість людей, що відчувають постійну тягу до гри, складає близько 1% від загальної популяції (D.A. Kom, H.J. Shaffer, 2009). Існують й інші спостереження. У Данії при п'ятимільйонному населенні майже 150 тис. чоловік є відвідувачами ігорних закладів (залів автоматів, карткових клубів, звичайних або віртуальних казино). Датськими психологами діагностована лудоманія приблизно у 40 тис. співвітчизників (R. Gupta, J. Derevensky, 2008). Аналогічні дані приводяться щодо патологічно азартних гравців Швейцарії, населення якої всього на 2 млн. чоловік більше (J. Harris, 2006). У розвинених країнах близько 60% дорослих грають у азартні ігри. За даними європейських соціологів лудоманом стає кожний двохсотий звичайний гравець, тобто поширеність ігрової залежності серед населення окремих міст сягає 2-3 %. Переважають чоловіки у віці 20-30 років. Жінок серед ігроманів 10-12% (J.W. Ciarracchi, N.M. Kirschner, F. Fallik, 2007). Аналогічні цифри наводить джерело <http://addictions.ru/section=about-addictions> – від 0,5 до 1,5% населення розвинених країн, особливо в тих регіонах, де ігорний бізнес легалізований. При цьому близько 70% населення Європи хоча б раз у рік проводять своє дозвілля саме в ігрових салонах (P. Cavedini, G. Riboldi, R. Keller et al., 2002).

Дослідження поширеності проблеми у Великобританії (2005) дало змогу стверджувати, що з 1999 року кількість гемблінг залежних збільшилась на 0,4-0,6 відсотка. Згідно з цією статистикою, кількість гравців у Великобританії коливається у межах 250-300 тисяч осіб. Серед відвідувачів казино 5,6 % є проблемними гравцями, навпаки, серед прихильників Національної Лотереї тільки 0,7 % є проблемними. У абсолютних числах це складає відповідно 60-70 тисяч та 250-300 осіб (R.M. Cunningham-Williams, L.B. Cottier, W.M. Compton, E.L. Spitznagel, 2007). Таким чином, толерантне відношення до лотерей поряд з тенденцією до закриття казино не є до кінця обгрунтованим, і диктується скоріше міркуваннями економічного характеру.

Дані, що стосуються двох сусідніх держав – Росії та України, – є приблизними, але багато у чому схожі: з 145 мільйонів росіян більше семи мільйонів є патологічними гравцями, а з 48,5 мільйонів українців до чотирьох мільйонів – постійні гравці (www.narcolog.com.ua/game/epidemiya_ludo_21.html). Залежно від культуральних особливостей народу, традицій, темпераменту того чи іншого етносу, різним є відношення громадськості та медиків до проблеми лудоманії: в Іспанії домінує медичний підхід, і лудоманія вважається хворобою, у Данії азартні ігри вважають проявом розпусти (L. Kusyszyn, R. Rutter, 2001).

Доцільно також дослідити динаміку лудоманії у Сполучених Штатах Америки, де, з одного боку, поширеним є ігровий бізнес, а, з іншого боку, спостерігається особливе ставлення населення до своїх психологічних проблем. Тому обстеження психологічного здоров'я нації проводиться способами, принципово відмінними від таких у Європі, що дозволяє виявити більш високий відсоток потенційних і наявних лудоманів – 3-5 %. В абсолютних числах це означає, що 20 млн. американців страждають ігровою залежністю, ще кілька мільйонів належать до категорії ризику (американські медики розподіляють патологічних та проблемних гравців, перші це особи які вже мають чітку клінічну картину та вагомі соціальні та матеріальні проблеми, другі тільки до них наближаються) (R. Ladouceur, C. Jacques, F. Ferland, I. Giroux, 1999). Дані інших дослідників свідчать про те, що тільки за першу половину 1990-х років число проблемних гемблерів зросло в Канаді більше ніж на 75 % (<http://old.consilium-medicum.com/psycho/64.shtml>).

Згідно з іншими світовими джерелами, поширеність протиправних дій серед ігроманів складає до 60%, до 50% тих, що звернулися по медичну допомогу, незабаром кидають лікування та зникають з поля зору фахівців, тривала ремісія спостерігається тільки у 13% ігроманів, відмічено високий суїцидальний ризик – від 13 до 40% патологічних гравців роблять спроби самогубства, в цих хворих знаходять статистично значиму коморбідність з палінням і зловживанням алкоголем (<http://archfam.ama-assn.org>), а супутнім з ігроманією афективним розладам присвячено окремі огляди (www.mooodisorderscanada.ca/gambling/report/p1.htm)

Дослідження Національної асоціації США з проблем азартних ігор показали, що в будь-якого середньо-статистичного громадянина у світі є 6% шансів стати карним злочинцем, 34% шансів – стати алкоголіком, 32% шансів – стати наркоманом і, нарешті, 48% шансів – стати ігроманом. Лікарі вважають, що хвороблива пристрасть до гри у переважній більшості випадків, розвивається на тлі інших психічних змін, нашаровуючись на них (N. King, H. Breen, 2003).

За демографічним даними (у Фінляндії), типовий ігроман, який звертався по допомогу, – це чоловік (76%) середнього віку (49%), що живе один (66%). Багато хто з них безробітні (35%) або пенсіонери (32%). За словами медичних працівників, історії лудоманів і алкоголіків дивно схожі. Аналогічні схеми корекції також дали найкращі результати. Ті, хто починав грати тільки у період криз, краще інших піддавалися лікуванню. За даними голландських дослідників, більшість реабілітаційних центрів пропонує профілактичні та інформаційні заходи, а також індивідуальну або сімейну терапію (D.F. Jacobs, 2000).

У 1980 році лудоманію вперше визнали хворобою і почали досліджувати (D. Greenberg, H. Rankin, 1980). Курс лікування з діагнозом «ігроманія» у шведській клініці коштує щонайменше 70 тисяч доларів і є успішним тільки у половині випадків (M. Ferrioli, A.R. Ciminero, 2009). Австралійські вчені виявили у багатьох аматорів гри нестачу дофаміну та ендорфінів, з чим пов'язують потребу у ризиковій діяльності (J. Langenbacher, L. Bavly, E. Labouvie et al., 2001). Інша група лудоманів – люди з розладами мислення частіше на субклінічному рівні, для яких надцінною ідеєю стають досягнення виграшу, або повернення втрачених протягом гри коштів (N. Littman-Sharp, U. Jain, 2000).

У різних країнах розробляються заходи щодо боротьби з патологічним гемблінгом. У США за традицією розвивається напрям, де провідними є засади само- та взаємодопомоги. Нині у «Асоціації анонімних гравців» нараховується більше 30 тисяч осіб (R.O. Frost, B.M. Meagher, J.H. Riskind, 2001). Використовуються для цього і можливості Інтернету, де є сайти для проблемних гравців (E. Echeburua, J. Fernandez-Montalvo, C. Baez, 2005). У країнах Європи лікуванням гравців опікується держава. У Німеччині розроблені спеціальні програми, згідно з якими усі казино зобов'язані боротися з лудоманією. «Гранд-казино» у німецькому Бадені веде з лудоманами роз'яснювальні бесіди. Існує також практика «чорних списків» для азартних гравців, яким заборонено відвідування закладу (www.bbc.co.uk/1041.shtml).

Сьогодні «інформаційного вибуху» привнесло нові технології і у споконвічну зацікавленість людини азартною грою – йдеться про Інтернет азартні ігри та Інтернет-Казино, як платні так і безкоштовні. Перше віртуальне казино, створене компанією «Інтернет-казино інк», з'явилося на світ 18 серпня 1995 року (www.watchtower.org/202072/article_04.htm). Спершу воно пропонувало 18 різних електронних ігор, що у точності копіювали справжні. Сьогодні сайти online gambling пропонують абсолютно всі різновиди карт і інших ігор, включаючи екзотичні. Деякі казино надають споживачам послуг можливість «закачати» он-лайн гру, щоб ознайомитися з усіма її правилами і тонкощами,

виробити власну стратегію, важливу для більшості гравців, перш ніж грати на реальні гроші (makskaur.blogspot.com/01_archive.html). Популярність азартних он-лайн ігор зумовлена також зручністю користування, анемпатійністю стосунків (заглиблення виключно у гру) та закритість від «реального» суспільства, яке звинувачуватиме гемблера. Естетично Інтернет-азартні ігри оформлені завжди бездоганно, що приваблює (барвиста графіка, відмінне музичне оформлення, спецефекти, новизна). Існує і безперечний недолік Інтернет-казино, оскільки гравцеві доводиться розсекретити реквізити своєї електронної картки. Незважаючи на це, послуги віртуальних круп'є стали користуватися небувалим попитом. Особливо швидко зросла популярність карткових ігор, оскільки відповідні комп'ютерні програми написані задовго до 1995 року, таким чином, у більшості користувачів персонального комп'ютеру вже був досвід гри. Сьогодні число постійних відвідувачів цих сайтів досягає 20 млн., а через 15 років очікується збільшення числа гравців до 160 млн. осіб. Тільки компанія ICI реєструє за місяць до 7 млн. відвідувань свого сайту (crifo.com.ua/sect_id=9415).

Казино online дуже вигідні для їх створювачів (можна порівняти затрати у 300 млн. доларів для створення одного реального казино та 1,5 млн. доларів на створення електронного аналогу типу ICI. Якщо «Казино Монте-Карло» обслуговує кілька тисяч співробітників, то для віртуального закладу з таким же рівнем сервісу потрібні тільки 15-20 реальних людей. Компанія ICI одержує від свого закладу 24% прибутку зі ставок. У реальному казино максимальний прибуток становить 8-16%. З огляду на динаміку «лудоманії он-лайн» важливо підкреслити, що завжди існує стримуючий фактор для розвитку цієї форми захоплення гемблерів до гри. Це — опір бізнес-кіл, які отримують прибуток з реальних казино, та лобіювання ними законів, які перешкоджають відкриттю нових сайтів (штати Теннесі, Миннесота у США). Через переслідування з боку влади Інтернет-казино, що обслуговують американських та європейських гравців, відкриваються сьогодні головним чином за межами США та Європи. Інтернет-казино дають 7% від легального обороту всієї ігрової індустрії. Але, за прогнозами Американської ігрової асоціації, до 2015 року через Інтернет буде проходити до 50% оборту світового ігрового бізнесу (eazart.ru/index.php.nma=search1w).

Особливістю ігрових автоматів, які усе більше обіймають ринок гемблерних послуг, є те, що вони гарно оформлені. Це сприяє посиленню сугестивного ефекту щодо можливості легкого виграшу за короткий час.

Складно оцінити існуючий обсяг проблеми, враховуючи, що патологічні гравці мешкають практично по всіх країнах світу. Враховуючи

це, важко дослідити і закономірності розвитку хвороби, але практично всі дослідники патологічної схильності до азартних ігор вважають її мультифакторною, як з точки зору виникнення так і умов розвитку клінічної симптоматики. Якщо й існує якась закономірність у поширенні азартних ігор, то поки вона не виявлена. Ніхто не може з усією визначеністю сказати, чому одна нація азартна, а інша зовсім байдужа до нього.

Фахівці з етнографії та культурології вважають, що провідним фактором, який впливає на розповсюдження азартних ігор, виступає релігія. Практично кожне віровчення незалежно від напрямку, заперечує такі стани людської психіки, як азарт і екстаз, чи намагається ігнорувати їх, або знищити. Пуританські настрої найбільш активно насаджують головним чином іслам, буддизм, православ'я й протестантство. Деякі релігії й конфесії, виражають свій протест слабко й ведуть боротьбу з її культом менш інтенсивно, якщо не сказати потурають поширенню азартних ігор (I. Galdston, 2007).

Вивчаючи поведінку людей, інші філософи навіть висловлюють припущення, що в гуманітарних і природничих науках повинна очолювати концепція «гомо людус» – людину граючу, а не «гомо сапиенс» – людину розумну. Тобто людина по натурі своєї - гравець. Однак цей підхід не пояснює повною мірою й уже тим більше не виправдовує лудоманію, при якій людина втрачає спроможність зазнавати насолоди від ігрового процесу й постійно прагне переживати почуття азарту (A. Gaboury, R. Ladouceur, 1989).

Автором було проведено власне соціально-демографічне дослідження (за допомогою тесту запропонованого асоціацією анонімних гемблерів «Gamblers Anonymous») серед різних верств населення з метою отримання даних про розповсюдження патологічної схильності до азартних ігор в Україні, а саме, на прикладі міста Одеси. У дослідженні взяли участь 5192 особи, це були люди різного віку від 16 років, чоловічої та жіночої статі, різних професій, соціальних ролей, тобто вельми різноманітні за багатьма показниками. Результатом було отримання власного відсоткового показника розповсюдження ігроманії в Одесі (4,6% мали за відповідями ознаки залежності від азартної гри, 13,0 склали групу підвищеного ризику стати залежними, та 24,2% у анамнезі налічували ігровий досвід), що за допомогою соціологічних засобів можливо проектувати на населення країни в цілому (К.В. Аймедов, 2010). Про це детальніше піде мова у наступних розділах.

ГЛАВА 4

Теорії патологічного гемблінгу, значення ноогенних чинників

Незважаючи на те, що проблема гемблінгу та гемблерів існувала дуже давно, а людство завжди намагалось пояснити патологічний характер потягу до азартних ігор, суцільного пояснення цього явища не існує і донині. Проаналізуємо основні теоретичні напрями, у яких проводиться вивчення азартних ігор. Наприклад, згідно з постулатами теорії особистості, пристрасть до гри є показником конкретного базового особистісного типу. Якщо раніше акцент робився на ролі навколишнього середовища у формуванні базових особистісних якостей, то тепер вивчаються насамперед індивідуальні біологічні відмінності, що генетично зумовлені (D.A. Abbott, S.L. Cramer, 2003). У той же час, середовищний чинник не відкинуто. Навпаки, прихильники так званої ноогенної теорії психічних та поведінкових розладів пропонують активно вивчати роль ноосфери у формуванні фенотипу особистості та її схильності до різних проявів девіантної поведінки (V. Zaporozhan, 2005). Близькою до попередньої за змістом є так звана теорія сили, що розглядає пристрасть до азартних ігор, як наслідок низької самооцінки та у зв'язку з цим, як пошук якихось досягнень (R.W. Wildman, 1989). Теорія конфлікту залежності розглядає мотивацію гемблінгу як безсвідомий потяг до незалежності (K. Unwin, M.K. Davis, J.B. DeLeeuw, 2000). Ці три теорії можна розглядати як своєрідний «гібрид» психодинамічного та феноменологічного підходів до пояснення гемблінгу.

Наступну групу теорій можна віднести до розряду біхевіористських. Наприклад, теорія навчання стверджує, що усі типи поведінки є дослідженими особистістю реакціями на різноманітні стимули із зовнішнього середовища. Щодо залежності, вона є результатом повторення та посилення певних типів поведінки, які викликають почуття внутрішнього комфорту (C. Sylvain, R. Ladouceur, J.M. Boisvert, 1997). Згідно з положеннями моделі швидких циклів, цикли гемблінгу (такі як казино чи ігрові автомати, де ставки, виграші та нові ставки швидко змінюють одне одного), що повторюються досить швидко, вважаються більш сприятливими розвиткові залежності, ніж уповільнені цикли, такі як лотерея, де між ставкою та результатом проходить певний період часу (B. Spunt, 2002). Оперантна модель поведінки (або підсилення) показує, усі поведінкові реакції, за якими послідує винагорода, будуть посилюватися, а ті, які не заохочуються ззовні або за якими виникає покарання, зійдуть у результаті нанівець (N. Skokauskas, R. Satkeviciute, V. Burba, 2003). Теорія притуплення зацікавленостей та потреб пов'я-

зує гемблінг з притупленням інших зацікавленостей та зниженням потреб (W.S. Slutske, S. Eisen, H. Xian, 2001). Теорія гри: патологічні гравці грають не заради грошей, а заради задоволення. Деякі теоретики вважають, що гра є інстинктивним потягом, свого роду базовою необхідністю, яка забезпечує виживання, інші вважають, що гра – то є вивчений або надбаний на благо особистості навик. У будь-якому разі цей потяг задовольняється внаслідок гемблінгу. Окремі дослідники розглядають гемблінг як механізм соціалізації, через який культурні цінності передаються наступним поколінням та посилюються у них (M. Aasved, 2003). Гіпотеза зниження напруження (дисфорії) або втечі розглядає гемблінг як засіб, за допомогою якого людина знижує або полегшує неприємні емоційні стани, ангедонію (G. Anderson, R.I.F. Brown, 1987). Теорія фрустрації вбачає у наполегливості патологічного гравця похідну від фрустрації, яка була викликана несподівано (як йому здається) невдалою грою (J. Rabow, L. Comess, N. Donovan, C. Hollas, 1984). Теорія збудження чи пошуку сенсації (сильних відчуттів): зацікавленість у гемблінгові підтримується сильними відчуттями, які супроводжують гру та станом збудження, «дійства», що подовжує процес гри (M.C. McGuffin, 1994). Теорія ризику та дії: аналогічно теорії збудження, теорія ризику стверджує, що любителі ризикових відчуттів найчастіше стають завзятими патологічними гравцями (C.P. Peck, 1986). Гіпотеза подвійного ефекту об'єднує попередні теорії, постулюючи одночасність зниження напруження та збільшення збудження адиктивними типами поведінки (H. Tavares, S.S. Martins, D.S. Lobo et al., 2003). Згідно з гіпотезою подвійного посилення, гемблінг посилюється емоційною винагородою від «дії», яка виникає за розкладом з фіксованими інтервалами, що відповідають ставкам, а також посилюється реальною грошовою винагородою, що відбувається безсистемно, залежно від виграшів (V.C. Lorenz, R.A. Yaffee, 1986).

Класична модель умовного рефлексу запропонована І.П. Павловим та його послідовниками. Асоціативне навчання відбувається таким чином, що рефлексивна реакція на події може бути ненавмисно підсилена іншими подіями, які не мають жодного відношення до справи. Реакція на гемблінг посилюється певними асоціаціями, такими як голос круп'є, об'ява умов ставок, загальний емоційний стан тощо (O. Newman, 1975). Теорія механізму завершеності поведінки є комплектом теорії зниження напруги та класичної моделі. Ланцюжок подій та проявів, що мають відношення до гемблінгу, стимулює бажання грати, щоб врешті завершити цей патерн, який по суті своїй не може бути завершеним. Незавершеність патерну викликає стан високої напруги та тривожності, усунути чи полегшити який можна тільки повернув-

шись до гри (Y. Kammer, J.A. Burlison, A. Jadamec, 2002). Когнітивний підхід дуже витончено пояснює гемблінг тим, що патологічні гравці продовжують грати, навіть коли програють, тому що помилково переконані у тому, що неодмінно виграють (раціоналізують програші) (J.R. Graham, V.H. Lowenfeld, 1988). Теорія атрибутів (зовнішньої та внутрішньої орієнтації) розглядає причини та раціоналізації, якими гравці пояснюють свої удачі чи невдачі. Ті, що вірять в удачу та долю, вважаються зовнішньо орієнтованими. Ті, що вірять у власні сили, вважаються внутрішньо орієнтованими (M.G. Dickerson, 1984).

Гіпотеза ілюзії та контролю стверджує, що гравці стають більш впевненими у собі та йдуть на збільшення ризиків, якщо вони вірять, що їх дії та вибір можуть впливати на прихід щасливого для них сполучення складових гри (D. Clarke, F. Rossen, 2000). Гіпотеза великого чи швидкого виграшу, навпаки, говорить, що гравці, яким у тій чи іншій мірі пощастило на початку їхньої кар'єри, починають вірити, що їх удача є наслідком їх неординарної і везучої особистості та очікують подальших виграшів. Це переконання примушує їх продовжувати гру і коли вони програли, то приходити на гру знову і знову. Ще далі по шляху розладів мислення йде гіпотеза забобонності, згідно з якою гравці продовжують грати тому, що впевнені: удача залежить від думки про виграш або ритуальних дій певного характеру (T. Iglesias, 1996). Перехідною ланкою між когнітивно-біхевіористськими та соціологічними підходами до проблеми є концепція соціального навчання чи моделювання: люди, що відтворюють певні типи поведінки, імітуючи тих, хто їм подобається та кого вони розглядають, як рольову модель (J. Greene, 1982).

Структурні соціальні моделі побудовані на класовому принципі. Отже, і гемблінг до певної міри носить класовий характер. Наприклад, теорія належності до вищого суспільства або причетності до достатку є фактично розвитком попередньої та розглядає гемблінг як відмінну рису належності до вищих класів (K.R. Coventry, R.I.F. Brown, 1993). Теорія девіантності, навпаки, стверджує, що, оскільки гемблінг нерозривно пов'язаний з кримінальними структурами, він являє собою практично найбільш розпусний та асоціальний тип поведінки, властивий безпринципним нижчим класам (J. Welte, G. Barnes, W. Wiczorek et al., 2001). Теорія (класової) привабливості прийняття рішень, на відміну від двох попередніх, «відає» гемблінг представникам робочого класу, які у такий спосіб можуть прийняти хоча б будь-яке рішення самостійно та відчутти почуття контролю хоча б над будь-якою ситуацією (Z. Steel, A. Blaszczynski, 1998). Теорія аномії, депривації та різності статусів розглядає гемблінг як альтернативний спосіб соціального та економічного

просування для представників незаможних прошарків нижчих класів (С.Р. Peck, 1986). Структурно-функціональна модель побудована на тому, що гемблінг грає деяку позитивну соціальну роль, а саме, – знижує групове напруження та/чи розвиває класову солідарність (G.A. Marlatt, J.S. Baer, D.M. Donovan, D.R. Kivlahan, 1988). Згідно зі спостереженнями прихильників гіпотези співвідношень промислових та міських поселень, гемблінг є більш поширеним у межі центру міста пропорційно його розмірам, та менш розповсюдженим серед мешканців промислових робочих кварталів окраїни (D. Gerstein, S. Murphy, M. Tose et al., 1999). Теорія залежності від релігійних переконань побудована на загальновідомому факті, що серед тих, хто сповідує протестантизм, помітно менше пацієнтів із залежністю від гри. Католики та євреї грають активніше. Ця теза має пряме відношення до попереднього, оскільки у великих містах протестантизм розвинутий менше (Lorenz V.C., 1986). Звичайно, існує низка «етнічних» теорій. Наприклад, гіпотеза належності до етнічних громад та етнічних меншостей стверджує, що серед етнічних меншин пацієнтів із залежністю від гри завжди буде більше (D. Vaucut, 1985). Економічні теорії базуються на тому, що люди за своєю природою схильні вкладати менше, а одержувати більше матеріальних цінностей (K. Blum, J.G. Cull, E.R. Braverman, 1996), наприклад, теорія максималізму та утилізації цінностей, де раціональність прийняття рішення патологічним гравцем полягає у тому, що він пропонує оптимальне співвідношення мінімальної ставки та максимально можливого виграшу (H.R. Kaplan, 1988). Існує також гіпотеза регресивності, згідно з якою податки та втрати від гемблінгу непропорційно великі саме в тих, хто належить до малозабезпечених прошарків населення (E. Moran, 1993). Додамо сюди марксистську теорію гемблінгу, яка розглядає це явище як ще одну можливість для панівної буржуазії експлуатувати пролетарські маси (I. Marks, 1990). Теорія споживання та споживача говорить, що гемблінг створений для споживання, і, отже, продається. Аналогічно до теорії гри, цей підхід підтверджує, що реальною винагородою у гемблінгу є задоволення. Власники комерційних ігрових підприємств готові до неминучих втрат, і саме гравці сплачують ці втрати. Метою гравця насправді є зменшення розміру втрат господаря установи, у якій він грає (H.R. Lesieur, C. Anderson, 1995).

Теорія Гофмана про взаємодію у малій групі вбачає у гемблінгу зручність для рольових ігор: гравці напускають на себе певний бажаний вигляд та являють вигадані характери залежно від ролей та поведінки привабливих для них особистостей. Основна роль гемблінгу, згідно з Гофманом, – не вигравати, а здобути престиж та розвивати бажані якості характеру (I. Galdston, 1960). Теорія взаємодії Розенкранца, на-

впаки, обмежує зовнішній вплив на динаміку гемблінгу: його світ живе своїм соціальним життям. Чим більше патологічний гравець занурюється у гру, тим щільніше його соціальне життя фокусується на гемблінгу. Пацієнти із залежністю від гри продовжують грати ради того, аби залишатися разом з тими, хто також присвятив себе грі (D. Oldman, 1974).

Психоаналітичні теорії базуються на тому, що будь-який потяг до гри є симптомом особистісної фіксації на ранній стадії психосексуального розвитку. Безперечно, до психоаналітичних теорій належить скриптова трансактна теорія: патологічні гравці продовжують грати незалежно від втрат, оскільки виконують негативні побажання своїх батьків. Все це є наслідком невгамовної критики їхніх помилок батьками у дитинстві та віщування тих же батьків про те, що у них у житті нічого не вийде (R.A. McCormick, 1987). У теорії трансакції родинних систем пристрасть до гемблінгу викликана напруженою родинних відносин та іншими родинними негараздами (/ S.A. Eisen, W.S. Slutske, M.J. Lyons et al., 2001). У теорії родинної системи гемблінг, навпаки, — є результатом, а не причиною родинних негараздів. Патологічні гравці та їхні подружжя грають різні ролі у соціально інтерактивній грі, яку вони знаходять для себе привабливою (H.R. Lesieur, S.B. Blume, 1991).

Прихильники теорії реакції на удар долі (дистрес) стверджують, що проблемний гемблінг нерідко буває тимчасовою реакцією на стресові стани чи травматичні події. Порушення емоційного контролю ситуації у зв'язку з бідою призводить до неадекватної оцінки оточуючих обставин та своїх сил. Отже, йдеться про тимчасовий, а томувиліковний стан: з усуненням конфлікту пристрасть до гри проходить (M.A. Lumley, K.J. Roby, 1995). Згідно з теорією відновлення втрат, компульсивний гемблінг — це стан нескінченних спроб повернути програне, що призводить до прискорення та збільшення ставок (J. O'Connor, M. Dickerson, 2003). Кількісні дослідження, які звичайно ґрунтуються на опитуваннях, націлені на визначення відповідностей між гемблінгом та різноманітними соціодемографічними і поведінковими проявами та відхиленнями у оточуючому середовищі. Декотрі соціологи та біхевіористи наполягають на тому, що не існує якісної різниці між патологічними та нормативними гравцями. Тоді ексесивний гемблінг можна визначити як таку точку на шкалі оцінки потягу, коли гра порушує фінансовий та соціальний статус гравця — модель континууму (continuity) або оцінки параметрів (J. Proimos, R.H. DuRant, J.D. Pierce, E. Goodman, 1998).

Гіпотеза статусної фрустрації, сподівань та натхнень тісно пов'язана з теорією Аномії та стверджує, що гемблінг не є наслідком жадібності, але викликається незадоволенням своїм соціально-економічним

положенням. Серед гравців, які сподіваються на краще, часто можна знайти тих, хто знаходиться на межі переходу на більш високий соціальний рівень (L.J. Rugle, L. Melamed, 1993). Гіпотеза субкультури розглядає прихильність до гемблінгу як наслідок його популярності у тому культурному середовищі, у якому людина прагне вагомості (R.E. Solomon, 1995). Існують культурні, соціальні та економічні відмінні між робітничим та середнім класами. Гіпотеза культури робітничого класу пов'язує азартні ігри саме з цим прошарком (M.P. Kafka, 2000). Дуже цікавою, на наш погляд, є теорія життєвого циклу («уському свій час»): з роками необхідність у стимулюванні проходить, тому старших людей рідше можна побачити серед патологічних гравців (K.M. Koller, 1972). Теорія безперервності стверджує, що відношення до гемблінгу закладається в юнацтві та не змінюється протягом життя: старша генерація грає не так часто, тому що в молодості у них закладено негативне ставлення до азартних ігор («ефект когорти»). Близька до неї вікова гіпотеза говорить про те, що слід очікувати активного збільшення числа патологічних гравців серед молоді (M.D. Griffiths, 1990). Субкультуральна гіпотеза батьківського впливу наполягає на тому, що діти повторюють модель батьків у своєму відношенні до гемблінгу. Якщо хоча б один з батьків був патологічним гравцем, у його дітей є великий шанс стати таким самим (S. Fisher, 1999). Гіпотеза ролі батьків у домашніх обов'язках припускає, що кількість часу, який чоловіки витрачають на домашні обов'язки та покупки, буде мати зворотну залежність від гемблінгу (D.M. Downes, V.P. Davies, M. David, P. Stone, 1987). Згідно з гендерною гіпотезою, жінки та чоловіки грають з різною метою, а кількість як патологічних, так і нормативних гравців серед чоловіків завжди буде вищою, однак одружені грають менше, ніж одинаки та розлучені. До речі, реальні потяги проблемних гравців реалізуються частіше при відсутності половини – подружжя є частиною соціального контролю (L.J. Dell, M.F. Ruzicka, A. T. Palisi, 1981). Гіпотеза вікового критерію пов'язує захоплення гемблінгом з зацікавленістю азартними іграми у юнацтві. При чому, комп'ютерні ігри – «брама» до гемблінгу (іншою такою «брамою» є державні лотереї – каталізатори) (T. Zyss, J. Boron, 2002). Гіпотеза доступності пов'язує поширеність гемблінгу з відповідною політикою держави (S. Wharry, 2001). Ко-адиктивна теорія передбачає, що зацікавленість одним видом наркотичних речовин ініціює спробу розширити коло своїх вражень. Також частіше стають патологічними гравцями люди, чиє життя пов'язане з ризиком (T. Toneatto, J. Brennan, 2002). Згідно з теорією еволюції, пошук ризику та емоційне піднесення є інстинктивними процесами, що походять від збудження, яке викликається небезпекою для життя (для наших предків виживання на межі

смерті було природним станом). На біологічному рівні існує прагнення до таких епізодів. Отже, гемблінг можна вважати інтелектуальним замінником фізичних конфліктів (M. Tentler, 2001).

Медичні та мультиказуальні теорії гемблінгу передбачають пріоритет біологічних чинників у формуванні цього процесу. Е. Moran розглядає патологічний гемблінг як синдром, до якого входять заклопотаність підвищеною зацікавленістю грою, непереборне бажання грати, втрата контролю над грою, порушення відносин у родині (Е. Moran, 1993). Компульсивний гемблінг – це психологічне захворювання стверджує R.L. Custer: ваблення та симптоми виходу з нього мають психологічне походження як результат задоволення, полегшення або втечі від дійсності, що притаманні грі. Патологічні гравці є самотніми, тривожними, депресивними, невпевненими у собі та мають низьку самооцінку – вважає автор (R.L. Custer, 1987). Якщо у згаданій вище теорії безперервності потяг до гри формується у відповідності до умов виховання цілої генерації, то, на відміну їй, у теорії переривання різниця між легкою формою зацікавленості азартними іграми та патологічним гемблінгом (заклопотаність ідеєю гри, втрата контролю над ситуацією, chasing – гонитва, збільшення ставок та симптоми with-drawal) полягає не тільки у кількісних відмінностях: патологічні гравці якісно відрізняються від звичайних гравців мотивами гри (С. Coyle, W. Kinney, 1990). Ще далі просувається по цьому шляху гіпотеза спадковості, яка припускає, що схильність до патологічного гемблінгу обумовлена нейрорхімічною дисфункцією та передається від батьків до дітей (J.L. Carrasco, J. Saiz-Ruiz, E. Hollander et al., 1994). Загальна теорія адикцій постулює т.з. адиктивний особистісний синдром. Зокрема, стверджується, що люди народжуються або з підвищеним, або зі зниженим рівнем збудження. І те, і інше вони намагаються виправити. Той, хто відчуває себе знедоленим та слабким, при певних обставинах удається до гемблінгу або до інших адикцій, аби втекти у інший вимір, де можна здаватися собі більш успішним та щасливим (Т. Barker, М. Britz, 2000). Поряд з цією можна поставити А Parsimonious Need-State Model, у якій існує два типи патологічних гравців: у одних – психологічна, у інших – біологічна мотивація. Хронічно депресивні гравці прагнуть полегшити свій стан, а хронічно потребуючі у стимулюванні грають заради гострих відчуттів. Гемблінг приносить тимчасове полегшення, за яким «рикошетом» повертаються початкові стани, що виключно гемблінгом і усуваються (R. Bland, S. C. Newman, Н. Om, 1993). Біологічно потреба у фізіологічному та емоційному збудженні у потенційних гравців з народження вища, ніж у інших, – стверджує гіпотеза гострих відчуттів та збудження (W. Boyd, D.W. Bolen, 1970). Прихильники теорії Opponent-

process therapy запевняють: як і парашутисти, патологічні гравці не відчувають звикання до первинних неприємних емоцій, які викликаються їхньою поведінкою. Проте, у них розвивається звикання до протилежної, приємної емоційної реакції, що автоматично виникає як противага неприємним відчуттям (R.E. Solomon, 1995). Реверсивна теорія до певної міри поєднує декілька попередніх: у стані стресу та тривоги люди звертаються до гри, аби розслабитися. Ті, кому нудно, грають, аби пожвавити атмосферу. Мотивації для гемблінгу можуть зазнавати швидких реверсивних змін у процесі гри. Патологічний гемблінг розвивається, коли тривожність починає працювати як асоціативний механізм, викликаючи бажання грати (W.S. Slutske, S. Eisen, W.R. True, 2000). Теорію «надбаної безпорадності» можна віднести до когнітивних: адикція — це прямий наслідок хронічних негативних станів (низька самооцінка, депресія, відчуття провини, тривожність), результат вивченої внутрішньої значущості контролю над ситуацією (loкус of control orientation). Але «надбана безпорадність», яка також може приймати форми посттравматичного синдрому або «контузії», виникає тільки у тих, хто генетично до цього схильний (M.H. Orzack, 1998). Різновидом когнітивно-біхевіорального підходу до пояснення гемблінгу можна також вважати синдром дефіциту винагороди — адиктивна модель з компонентом Skinnerian Learning. Патологічний гемблінг є результатом дисбалансу у нейрохімічній «системі винагородження», у результаті чого виділяється дофамін. Пацієнт навчається відшукувати та використовувати «самоліквальні» типи поведінки (зокрема, залежнісну), що відновлюють нейрохімічний та гедоністичний баланси (N.M. Petry, C. Oncken, 2002). Позитивістська The Synoptic Model розглядає гемблінг як нормальну соціальну активність. Патологічна пристрасть є наслідком неспроможності індивідууму грати за правилами та умовами нормативного гемблінгу (M. Olds, J.E. Fobes, 1981).

Скоріше за все гуманістична The Pathway Model патологічного гемблінгу підрозділяє патологічних гравців у залежності від їхньої мотивації (біологічна або зовнішня). Частина проблемних гравців можуть занурюватись у гру або припиняти її за власним бажанням, контролюючи ситуацію. Інші, емоційно нестабільні патологічні гравці шукають у грі полегшення, «захисту» від неприємних зовнішніх подразників. Біологічно схильні, імпульсивні патологічні гравці поєднують імпульсивність з антисоціальністю (D.M. Ledgerwood, K.K. Downey, 2002). Ще більш узагальнюючою є загальна теорія гемблінгу, що припускає будь-які мотивації (внутрішні, психофізіологічні та зовнішні причини, які походять з умов середовища, «дистальна» або передпричина та ситуативні причини виникнення тощо). Звички та преференції у об-

ласті гемблінгу в кожній з соціальних груп різні. При цьому індивідуальні рішення починати, продовжувати або закінчувати гру приймаються ситуативно, на психофізіологічному рівні індивідууму (G.W. Hall, N.J. Carriero, R.Y. Takushi et al., 2000).

Американські психологи W.I. Thomas (1901) та C.J. France (1902) одними з перших зацікавились вивченням ігрової залежності. Вони пов'язували поведінку «на межі ризику» з примітивною людською реакцією «бий або біжи» (Fight or flight). Обидва вважали, що у спадок передаються не тільки анатомічні, але й біхевіоральні або психологічні характеристики особистості. На підставі цих переконань був зроблений висновок про існування біологічної потреби у переживаннях, притаманних ситуаціям, які загрожують життю та провокують вітальну реакцію виживання. Ця гіпотетична необхідність підтримується наявністю стратегій поведінки, які ведуть до пошуку ризикових ситуацій та передаються нащадкам. Саме сюди W.I. Thomas та C.J. France безпосередньо відносили те, що вони називали імпульсом або інстинктом гемблінгу. Але імпульсивна поведінка у ситуаціях штучного ризику, як правило, веде до виключення індивідууму з ланки розвитку, отже, є деструктивною за своєю суттю. Концепція W.I. Thomas брала за основу зниження напруги або дисфорії, витоки яких автор находив не в оточенні гравця, а в його психиці. C.J. France вказував на універсальну генетичну потребу сучасної людини у сильних емоціях, що виходить до досвіду далеких предків. Патологічний гемблінг він розглядав, як нову еволюційну можливість пониження напруги, що була накопичена у процесі розвитку. Як зауважив відомий критик біхевіоризму M. Aasved, ці гіпотези засновані у більшому ступені на припущенні та віруванні, чим на науковому підході. Більш того, обидві вони базуються не на дарвінізмі, а на ламаркістських постулатах, згідно з якими еволюційні зміни відбуваються на рівні індивіду, а не на рівні популяції за Ч. Дарвіним (M. Aasved, 2003).

Сучасний етіопатогенез ігromанії є вельми різноманітним. Дослідження, проведені переважно за кордоном, розглядають патологічний потяг до азартних ігор з позицій п'яти основних теоретичних концепцій: 1) спадково-біологічної, пов'язаної з наявністю у пацієнтів DRD-2 гена, що модулює функції дофамінових рецепторів; 2) поведінкової; 3) когнітивної; 4) психодинамічної; 5) соціальної. Ризик формування адиктивної поведінки прийнято розглядати з позицій багатофакторної моделі, де кожний з факторів або їх комбінація (спадковість, особливості характеру, микро- і макро-соціальне оточення, зрілість особистості в цілому) приймають участь у динаміці розладу на етапі преморбіді. До загальбіологічних факторів належать спадковість, пре-пери- і постнатальні шкідливості, що сприяють виникненню органічної неповно-

цінності головного мозку. В осіб, залежних від гри, батьки статистично частіше були патологічними гравцями. S. Eisen, W. Slutske та співавтори (2001), дослідивши ігрову поведінку в 359 пар близнюків, встановили факт сімейного накопичення патологічної залежності від гри, вважаючи, що існує єдиний континуум генетичних дефектів, який лежить у основі гемблінгу. Коморбідність гемблінгу з розладами потягів, антисоціальним розладом особистості, алкогольною залежністю частково пояснюється патологічними генами, які впливають на виникнення цих психічних розладів. Іспанські дослідники А. Ibanez та співавтори в огляді про роль генетичних факторів у розвитку патологічного гемблінгу стверджують, що патологічний гемблінг хоча б частково обумовлюється генетичними факторами (А. Ibanez, С. Blanco, I.P.de Castro, J. Fernandez-Piqueras, J. Saiz-Ruiz, 2003). М.Н. Potenza та співавторами встановлені зв'язки між патологічним гемблінгом та поліморфізмом генів дофамінових рецепторів, геном переноснику серотоніну і геном монаміноксидази (М.Н. Potenza, R.A. Chambers, 2001). Американські генетики вивчали поліморфізм 31 гена, залучених у передачу дофаміну, серотоніну, норадреналіну та ГАМК у 139 гемблерів. Найбільші зміни виявлені у генах DRD2, DRD4, DAT1, TPH, ADRA2C, NMDA1 та PS1, при чому, зміни у генах, пов'язаних з дофаміном, серотоніном та норадреналіном, складають приблизно однаковий ризик для виникнення патологічного гемблінгу.

В.А. Солдаткин і А.О. Бухановский (2006), розглядаючи клініко-динамічну модель розвитку патологічного потяга до азартних ігор, дійшли висновку, що особистісна predisпозиція представлена комбінацією гіпертимних і нестійких рис, що доходять до рівня акцентуації або перевищуючих її. Установлений середньо-сильний варіант полової конституції. Набагато частіше патологічним гемблінгом занедужують чоловіки (співвідношення чоловіків і жінок – 6:1). На властиво клінічній стадії картина патологічного гемблінгу досягає своєї структурної завершеності, багато в чому відповідної до синдрому психофізичної залежності. На більш пізніх етапах формуються особистісні зміни, що розвиваються за стереотипом: загострення особистісних рис – деформація особистості – збіднення з наростанням психосоціальної дезадаптації. Автори вважають правомірним включення патологічного гемблінга в групу хвороб залежної поведінки на правах окремої самостійної форми. Також вони надають особливе значення різним церебральним захворюванням, розглядаючи їх як фактори, що сприяють ослабленню гальмівних процесів з розвитком гіперзбудливості і ригідності психічних процесів (А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин, 2006). Зниження стріатумної та медіальної префронтальної активації, що рееструються в

патологічних гемблерів, сприяють зниженню чутливості «системи нагороди» (Э.В. Мельник, 2000).

Крім того, при дослідженні методом ЕЕГ у гемблерів часто виявлявся дезорганізований тип ЕЕГ з перевагою б-активності, що свідчить про діенцефально-стовбурні порушення з подразненням специфічних і асоціативних ядер таламусу, пригніченням ретикулярної формації стовбуру мозку і заднього гіпоталамусу при інтактному стані переднього гіпоталамусу та хвостатого ядра. Виявлена висока частота пароксизмальних порушень, виразність пароксизмальної активності та спектральний склад ЕЕГ змінюються після впливу «специфічного» подразника. Ці зміни можуть бути пояснені наявністю генератора патологічно посиленого збудження. За даними М. Regard з співавторами, більше, ніж в 20% досліджених, в анамнезі фігурували черепно-мозкові травми, ліворукість та амбидекстрія у гемблерів відмічалися в 43% випадків, недомінантність лівої півкулі по мові - в 52%, ЕЕГ показала дисфункціональну активність у 65 % гравців. Автори висловлюють припущення, що патологічний гемблінг є наслідком пошкодження мозку, особливо фронтолімбичної системи (М. Regard, D. Knoch, E. Gutling, 2003). На користь наявності органічного ґрунту при виникненні гемблінгу кажуть і дані Р. Carlton та співавторів (P.L. Carlton, P. Manowitz, 1994). Гемблери мають соціальну сміливість, середню ініціативу у соціальних контактах, для них характерною є впевненість у собі. Звертає увагу і інша функція, а саме функція «ухвалення рішення». Е. Весона та співавтори, відзначаючи втрату контролю та критики в неврологічних пацієнтів з ураженням вентромедіальних структур та префронтальної кори, висловлює гіпотезу про наявність розладів, пов'язаних із прийняттям рішень. Автори вважають, що на базі таких уражень формуються не тільки важкі психічні захворювання, але й залежність від психоактивних речовин, а також патологічний гемблінг (Е. Весона, М. Lorenzo, M.J. Fuentes, 1996). Здатність до ухвалення рішення як функції вентромедіальної префронтальної кори спеціально досліджувалася Р. Cavedini та співавторами в 20 патологічних гравців та 40 здорових добровольців за допомогою «Гемблінг-тесту». Результати дослідження показали істотні відмінності в прийнятті рішень у патологічних гравців та здорових осіб. Автори також вказують на загальні нейропсихологічні основи гемблінгу, obsесивно-компульсивного розладу та хімічної залежності (Р. Cavedini, G. Riboldi, R. Keller et al., 2002). На подібні нейробіологічні основи хімічної залежності та патологічного гемблінгу, як і інших компульсивних розладів (патологічний потяг до купівель, сексуальні, комп'ютерні адикції та інші), вказує і М. Potenza (2001).

Різні автори вказують на той факт, що патологічні гравці мають особистісний радикал або комбінацію кількох рис особистості, які

сягають ступеня акцентуації, спостерігається відповідний стиль виховання у родині. У більшості випадків преморбідна акцентуація була розцінена як епілептоїдна або гіпертимна. Більше четверті патологічних гравців мали вищу освіту, інші – середню. У 2/3 випадків первинним мотивом звертання до гри було одержання задоволення від гострих відчуттів («адреналіну»), у 1/3 – одержання легких грошей (частіше – у осіб пенсійного віку). Серед мотивів звертання до гри були мрії про нове життя («після того, як я виграю, моє життя зміниться») або заповнення вільного часу. Зустрічалися також вказівки на зняття напруги, борги, бажання одержати матеріальну незалежність (N.M. Petry, B.D. Kiluk, 2002). Близькі дані приводять D.M. Saunders та P.E. Wookey (2000). Найбільшим ризиком формування залежної поведінки від азартної гри характеризуються особи у віці від 21 року до 30 років – період соціального становлення. Нечисленність вікової групи від 15 до 20 років, можливо, була зумовлена відсутністю власних коштів для гри та низькою мотивацією звертання по допомогу. Однак, саме у цьому віці часто відбуваються перші спроби азартної гри. Переважали розведені, а серед одружених майже половина у період звертання за допомогою проживали роздільно (криза сімейних стосунків). Таким чином, середньостатистичний портрет російського патологічного азартного гравця може бути представлений у такий спосіб: це – чоловік у віці 21-30 років з середньою освітою, у половині випадків – неодружений або розлучений, спадковість його обтяжена алкогольною залежністю по лінії батьків, у третині випадків він сам страждав залежністю від алкоголю, його первинним мотивом звертання до гри були одержання гострих відчуттів або легкі гроші (Г.В. Ломакіна, Г.А. Набиркін, 2006). Подібну характеристику типового гравця (за винятком віку) приводять R. Stinchfield і K.C. Winters (1998). Основним мотивом залучення до азартних ігор підлітків вважається вільний час. У розвитку ігрової залежності важливе значення мають порушення сімейних і сексуальних стосунків. Дуже часто гравці не прагнуть вертатися додому після роботи через гнітючу атмосферу сімейного побуту. По визначенню Ц.П. Короленко (1993), адиктивна поведінка характеризується прагненням відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану. Тобто замість вирішення проблеми «тут і зараз» людина вибирає адиктивну реалізацію, досягаючи тим самим більш комфортний психологічний стан в даний момент, відкладаючи наявні проблеми «на потім». Цей відхід може здійснюватися різними способами, елементи адиктивної поведінки тією чи іншою мірою властиві практично будь-якій людині (вживання алкогольних напоїв та інших психоактивних речовин, екстремальна діяльність). Проблема адикції (патологічної залежності) починається

тоді, коли прагнення відходу від реальності, пов'язане зі зміною психічного стану, починає домінувати у свідомості, стаючи центральною ідеєю, що вторгається в життя, що й приводить до відриву від реальності. Серед факторів, що спонукають до появи гемблінгу, Ц.П. Короленко та Н.В. Дмитрієва (2000) виділяють: неправильне виховання в сім'ї, участь в іграх батьків, знайомих, прагнення до гри з дитинства (доміно, карти, монополія і т.д.), переоцінку значення матеріальних цінностей, фіксовану увагу на фінансових можливостях, заздрість до більш багатой родички і знайомим, переконання в тому, що всі проблеми можна розв'язати за допомогою грошей. Ц.П. Короленко та Н.В. Дмитрієвої (2000) особи, що брали участь в азартних іграх, і які швидко стають гемблерами, виявляють до розвитку адикції порушення функції «Я». Їм властива низька самооцінка, погана переносимість фрустрації, слабкий контроль над імпульсами. Вони знаходять притулок у втечі в світ фантазій. А. Pasternak (1997), у якості факторів ризику виділяє: належність до національних меншин, відсутність сімейного статусу, наявність депресії, а також різні варіанти хімічної адикції. Намагаючись сховати або компенсувати свою вразливість, адикти, в той же час, видають себе характерною манерою поведінки.

А.О. Асанов (2005) відзначає, що одним з механізмів формування залежності є видова різноманітність гральних апаратів і ігор з різним рівнем складності. Це передбачає задоволення будь-якого смаку, як по складності, так і по образному (форма, колір) і звуковому (тип, гучність) змісту. «Зустріч» поза грою з «подразниками» (картинки, звук), що асоціюються із грою, викликає компульсивний потяг до гри з наростанням емоційної напруги.

Е.О. Брюн (2006) відзначає, що захворювання, пов'язані із залежністю — є єдиним хворобливим процесом (нозос), що мають різні клінічні форми, у тому числі хімічної залежності: алкоголізм, наркоманія, токсикоманія; харчова залежність, гемблінг та інші форми залежної поведінки. Біологічне підґрунтя патогенезу захворювань, пов'язаних із залежністю, складає психічний дизонтогенез, етіологічно виведений з біохімічних порушень головного мозку (генетична схильність, травми, психічні та соматичні захворювання), психологічна дисгармонія, соціокультурна і етнічна неузгодженість, а також перекручене інформаційне середовище. Таким чином, сучасна наркологія визнає поліетіологічність або біо-психо-соціальну природу захворювань, пов'язаних із залежністю. Автор вважає, що основною, філософськи виправданою методологією в наркології повинна стати антропологія, як інтегральна наука про людину, постулююча інтеграцію знань загальнонауковим методом дослідження повинен стати структурно-динамічний аналіз феноменології.

Оскільки людину неможливо розглядати поза його інтенціями, і поза засвоєнням потоку, остільки все це і є сферою інтересів наркології.

Дослідження А.Ю. Єгорова (2005) свідчать про те, що ігрова залежність або патологічний потяг до азартних ігор (гемблінг) належить до нехімічних (поведінкових) форм адикції. У цих випадках об'єктом залежності є не психоактивна речовина, як при хімічній залежності (токсикоманії, алкоголізмі, наркоманії), а поведінковий паттерн. Патологічний гемблінг є однієї з найпоширеніших форм поведінкової залежності і по своїх клінічних проявах найбільше нагадує адикції хімічні. Відповідно до цього патологічний гемблінг називають «моделлю поведінкової адикції» (А. Ibanez et al., 2003; А.Ю. Єгоров, Е.А. Волкова, 2006). На думку А.Ю. Єгорова (2006) нейропсихологічний ґрунт хімічної залежності (імовірно, і нехімічній теж) становить порушення функціональної асиметрії мозку, яке виражається в підвищеній активності правої півкулі. Автор (А.Ю. Єгоров, 2005) рахує, що по своєї феноменологічної сутності всі адикції (пристрасті) близькі до психопатологічного поняття надцінної ідеї. Небезпека ігрової залежності полягає також у тому, що вона пов'язана із суїцидальною готовністю (Г.В. Ломакіна, Г.А. Набиркін, 2006).

У літературі дотепер не вщухають суперечки – гемблінг є адикцією чи більшою мірою однією з форм обсессивно-компульсивного розладу (Blanco C. et al., 2001).

А.Е. Бобров (2007) відносить патологічну схильність до азартних ігор до поведінкових адикцій, ставлячи її в одну низку із kleптоманією, трихотіломанією, розладами прийняття їжі, деякими формами сексуальної перверсії і патологічною агресією. У той же час автор відзначає, що поведінкові залежності тісно сполучені з патологією особистості. На це вказує часте виявлення в таких хворих характерологічних розладів, а також властиві цим особам порушення «Я» - концепції і різні форми патології процесів смислоутворення. У патогенезі поведінкових адикцій центральну роль грають порушення в системі позитивного підкріплення (зниження чутливості до винагороди, ангедонія, амотиваційний синдром), а також когнітивно-стильові аномалії, які зумовлюються недостатнім розвитком виконавських функцій і диференціацій лобової кори. Ці зміни «Я», що є скороченими редукованими формами психічної дисоціації, закріплюються як механізм психологічного «захисту» (відхід від реальності, гіперкомпенсація) і сприяють патологічному розвитку особистості. Зазначений аспект проблеми поведінкових залежностей зближає різні типи патологічних залежностей (у тому числі і хімічні) з дисоціативні розладами. На думку А.Е. Боброва і Е.А. Кузнецовой-Моревой (2007) особливе положення ігрової залежності саме й визначається тим, що при даному розладі адиктивний

синдром може бути розглянутий у найбільш явному – «рафінованому» вигляді, не затушованим супутньою токсично-органічною та вторинною соматогенною симптоматикою. У хворих ігровою залежністю, як правило, виявляється низька диференційованість самосвідомості, незавершеність процесів ідентифікації «Я», недостатня психологічна автономія і схильність до пасивно-споглядального стилю поведінки. Усе це, на клінічному рівні звичайно розцінюється як прояв психічного інфантилізму. Однак важливо підкреслити, що в підґрунті описаних явищ по суті лежать динамічні когнітивні порушення, які багато в чому і визначають умови для подальшого формування патологічних пристрастей.

На думку низки авторів (Е.В. Сизоненко, Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик, 2006; В.Я. Семке, 2002) девіантним і адиктивним формам поведінки сприяють невіршення заборонних механізмів, стеничність у досягненні задоволень, споживче ставлення до навколишніх, відсутність позитивних ідеалів і почуття боргу. Якщо людина повністю реалізує всі аспекти свого «Я» у суспільстві, мотивація «втечі від реальності» у нього, швидше за все. Адиктивна поведінка за В.Я. Семке, (2002) характеризується прагненням відходу від тяжкої реальності шляхом штучної зміни свого стану за рахунок підтримки певних видів діяльності і рівня інтенсивності емоцій шляхом прийняття деяких речовин. Кажучи про основні клінічні феномени девіантної поведінки, автор відносить «трудоголізм», гемблінг, колекціонування, «параноя здоров'я», та різні форми фанатизму до надцінних психологічних захоплень. За С.Р. Seager (1988), адиктивна особа характеризується наступними психологічними особливостями: зниженою переносимістю труднощів повсякденного життя (поряд з гарною стійкістю до кризових ситуацій), прихованим комплексом неповноцінності, зовнішній соціабельністю (у комбінації із страхом перед стійкими емоційними контактами), прагненням говорити неправду і обвинувачувати інших (знаючи, що вони невинні), уникненням відповідальності в ухваленні рішення, залежністю, тривожністю, стереотипністю та повторюваністю поведінки. Зараз вважається загальновизнаним факт порушення міжполушарних стосунків у генезі психічних розладів (Г.А. Джолдигулов, Р.М. Гусманов, Ю.С. Шевченко, 2005; А.Ю. Егоров, 2006; W. Feigelman, L.S. Wallisch, H.R. Lesieur, 2008).

В.В. Зайцев та А.Ф. Шайдулина (2003) відзначають, що нехімічні залежності являють собою специфічні клінічні та психологічні феномени, які поєднують відсутність біохімічного підкріплення, а об'єктом залежності може бути нехімічна речовина (наприклад, їжа), механічне або електронне обладнання. На думку авторів, хворобам залежності властиві наступні ознаки:

- синдром зміненої сприйнятливості організму до дії даного подразника (захисні реакції, стійкість до нього, форма споживання);
- синдром психічної залежності (нав'язливий потяг, психічний комфорт у період споживання, будь-то наркотик, алкоголь або ігровий апарат);
- синдром фізичної залежності (компульсивний потяг, втрата контролю над дозою, абстинентний синдром, фізичний комфорт в інтоксикації).

Остання з наведених ознак більш виражена у людей, що страждають залежністю від яких-небудь хімічних речовин, і в гравців, але меншою мірою, він також може мати місце. Крім виявлених особливостей афективної сфери в гравців звертається увага на високу поширеність у преморбіді порушень когнітивних функцій.

Ігрова залежність не є проблемою тільки самого пацієнта, вона в значній мірі торкається членів його найближчого оточення. А.Ф. Шайдулина (2007) виділила найбільше часто спостережувані стереотипи сімейного реагування:

1. реакція по типу заперечення проблеми;
2. близькі гравця, довідавшись про існуючу проблему, починали уживати різні дії, спрямовані на її вирішення, розв'язання;
3. члени родини гравця, зіштовхнувшись із проблемою, намагалися боротися з нею «власними силами», не тільки не звертаючись за допомогою, але і ізолюючись від тих, хто міг довідатися про хворобу;
4. адекватна оцінка членами сім'ї наявної проблеми, бажання підтримати свого близького, а також налаштованість змінити власні стереотипи поведінки.

Результати нейропсихологічних досліджень свідчать, що при патологічному гемблінгу як і при хімічній залежності відзначається зниження чутливості «системи нагороди» (С. Bergh, Т. Eklund, Р. Soedersten, С. Nordin, 1997; Р. Cavedini, G. Riboldi, R. Keller et al., 2002). Автори вказують на спільне нейропсихологічне підґрунтя гемблінгу, обесивно- компульсивного розладу і хімічних залежностей. На подібні нейробіологічні підґрунтя хімічної залежності і патологічного гемблінгу, як і інших компульсивних розладів (адикція до вчинків, сексуальні адикції, комп'ютерні адикції та т.п.), вказують і інші дослідники (М. N. Potenza, 2001). Результати неврологічного, нейропсихологічного та ЕЕГ обстеження (М. Regard, D. Knoch, E. Gutling, 2003) показали, що в осіб з ігровою залежністю набагато частіше зустрічаються різноманітні ознаки мозкової дисфункції. Ліворукість в цих осіб відзначалася в 43% випадків, ЕЕГ показала дисфункціональну активність в 65% гравців. Автори висловлюють припущення, що патологічний гемблінг є наслідком пошкод-

ження мозку, особливо фронтолімбічної системи. P. Carlton та співавт. (1994) наводять дані, що свідчать про високу частоту синдрому дефіциту уваги в дитинстві в проблемних гравців, що промовляє на користь органічного ґрунту. На думку інших дослідників (E. Hollander, A.J. Buchalter, C.M. Decaria, 2000) серотонин пов'язаний з поведінковою ініціацією і розгальмовуванням, необхідним для початку ігрового «запою» та складністю його припинення, норадреналін пов'язаний з збудженням і почуттям ризику, властивим гравцям. Дофамін, що викликає позитивне або негативне підкріплення при впливі на систему нагороди, сприяє закріпленню адикції. C. Warren і B.E. McDonough (2004) підтверджують важливу роль катехоламінових структур у формуванні гемблінгу. Вони наводять дані про різке посилення тяги до гри після прийняття психостимуляторів (амфітаміну) у проблемних гравців. Серотонінова, дофамінова, норадреналінова дисфункції - патофізіологічне підґрунтя патологічного потяга до азартних ігор (Ibanez A. et all., 2003).

Послідовники соціального напрямку зв'язують ігрову поведінку з порушенням сімейних і сексуальних відносин (R.W. Wildman, 1989; H.R. Lesieur, C. Anderson, 1995).

На думку В.Д. Менделевича (2007), при нехімічних адикціях має місце надцінне захоплення об'єктом або діяльністю, поведінка, що зумовлює, людину, що відтискує на другий план або повне блокування будь-якої іншої діяльності. Дані закордонних і вітчизняних дослідників показують, що в основі всіх варіантів залежності лежать єдині механізми (Т.В. Чорнобровкіна, І.Р. Аркавий, 1992; В.Д. Менделевич, Р.Г. Садикова, 2003; Н. Milkman, S. Sunderwirth, 1987; I. Marks, 1990; R. Brown, та інші, 1993) В.Д. Менделевич, у свою чергу, також відзначає, що патологічні азартні гравці мають більш низьку спроможність до прогнозування життєвих подій. Їх характеризує знижена вольова діяльність і здатність до подолання перешкод. Автор підкреслює комбінацію зазначених рис зі зсувом профілю особистості у бік екстернальності, що знаходиться у прямій залежності з емоційною неврівноваженістю.

На думку Ю.Ю. Молчанової (2005), ризик формування залежності від гри однаковий як для осіб з девіаціями характеру, так і для осіб з «нормальною» психологічною передиспозицією, оскільки він більшою мірою зумовлений викривленням ціннісної ієрархії певної частини суспільства. Результати, які вона отримала, дозволяють зробити наступні висновки. По перше, особи з «нормальною» психологічною передиспозицією, виявляться настільки ж піддані розвитку ігроманії, як і такі зі споконвічними девіаціями, за умови влучення в ігрову ситуацію. Та по-друге, джерела нових залежностей слід шукати не тільки в особливостях і коморбідних розладах, але й у давньому викривленні ціннісної

ієрархії істотної частини суспільства. Це виражається в підвищеному очікуванні «щасливого випадку» і відповідної більшої суб'єктивної значимості підкріплювального ефекту вигравів (як «перемоги» або «винагороди») у порівнянні з «непідкріплювальними» програшами. Сама залежність, у міру розвитку, втрачає індивідуальні особливості, швидко здобуваючи риси складного поведінкового рефлексу, механізми уташення якого вимагають подальшого пророблення. Автор Ю.Ю. Молчанова провела дослідження із встановлення ролі ціннісних, мотиваційних, значенневих категорій у комплексі факторів, що детермінують розвиток ігрової залежності. Результати дослідження показали, що позитивні соціальні цінності, що безпосередньо зумовлюють поведінку людини, виявилися незначними для гемблерів. Вишикувався своєрідний ціннісний профіль, де домінують асоціальні мотиви поведінки, прикриті суспільно-прийнятними цінностями.

К.Г. Сурнов і Ю.Ю. Молчанова (2007) досліджували структуру інтересів при ігровій залежності і розглядають ігрову залежність як форму культурної патології. Їхнє дослідження пацієнтів з ігровою залежністю показала відсутність суттєвих специфічних особливостей у патологічних гравців по статевіковим, коморбідним, особистісним (за клінічними, класифікаціями), соціальним (освіта, сім'я, робота) та іншим «класичним» показникам. У той же час виявлена перевага серед гемблерів своєрідній ціннісній ієрархії, у якій виражено прагнення до задоволення егоїстичних, гедоністичних мотивів мінімально витратними в плані часу, праці, особистих зусиль. На думку авторів, джерелами подібної ціннісної ієрархії є складний комплекс архетипів російської свідомості, прояви якого в різні історичні періоди слугували народні казки (з виразним пріоритетом удачі і везіння над працею та терпінням), споконвічні слов'янські мрії про град-Китеже, залежність від ідей і вождів, авантюризм і опора на надприбуток у бізнесі. Також, Ю.Ю. Молчанова (2007) здійснила вивчення стимулів, що запускають ігрову поведінку в осіб з патологічною схильністю до азартних ігор, оскільки стимули, що безпосередньо спонукають до дії, мають важливе значення в системі задоволення вимогливих станів.

Кажучи про нейропсихологічні аспекти ігрової залежності» В.В. Ханіков і Ю.Ю. Молчанова (2007) відзначають: «Дивна однаковість клінічної картини ігрової залежності і відсутність виразних характерних клінічних факторів, що привертають, природно, наводить на думку про формування при гемблінгу універсального базисного механізму в ЦНС, причому в тій нейрохімічній сфері, яка в основному не задіяна в інших основних психопатологічних процесах, як-от: афективних, когнітивних, вольових». Автори у своєму дослідженні керувалися ендорфінною теорією, заснованій на безлічі досліджень.

В.Д. Папирін (2005) дослідив динаміку формування ігроманії залежно від преморбідних особливостей пацієнтів. В 87% пацієнтів відмічалися обтяжена спадковість, адиктивні розлади, дисгармонічні сім'ї (алкоголізм, схильність до азартних ігор, неповна сім'я, високий рівень конфліктогенності в комбінації з гіперопікою, нав'язливим контролем і пригніченням ініціативи). По особистісній особливості пацієнти були розділені на дві групи: особи з гіпертимними рисами характеру без акцентуації (істероїди, циклоїди, астенічні, компульсивні) – 69% і особи з гіпотимними рисами особистості (астенічні, недовірливі, тривожні, пасивно-підчиняємі) – 31%, у гіпертимних пацієнтів відмічалось досить швидке (4-6 місяців) становлення ігрової залежності. Відмічалось тотальне охоплення грою, соматоформні реакції, безсоння.

Переважало тривожно-депресивне фон настрою із суїцидальною спрямованістю. У пацієнтів з рисами характеру, що гальмуються, відзначалося повільне формування ігрової залежності (1-1,5 року). Емоційний фон переважно депресивний. Е.О. Кузнецова-Морева (2007) при вивченні психічного стану та особливостей хворих патологічною схильністю до азартних ігор отримала результати, що вказують на центральну роль особистісних розладів у генезі патологічної схильності до азартних ігор.

Результати дослідження В.В. Скобеліна (2005) показали спільне зниження соціальних здібностей у даної категорії осіб в середньому на 12%. Крім того, виявлена недостатність інтелектуальної обробки соціальної інформації особами з ігровою залежністю, у яких дані властивості детермінують у значній мірі міжособистісна взаємодія. Для вивчення психопатології розладів у залежних від гри В.Л. Малигін і Б.Д. Циганков (2008) використали «Опитувач виразності психопатологічної симптоматики» SCL - 90 R. Психопатологічні розлади були представлені комбінацією депресивних розладів, тривоги, обсесивно-компульсивних розладів, ворожості і паранояльності. Залежно від комбінації симптомів виділені наступні синдроми: тривожно-депресивний, астено-депресивний, депресія з перевагою апатії. У більшості випадків відмічалися ознаки зміненої свідомості, що характеризуються поглинанням гри, концентрацією уваги на грі з одночасною відстороненістю від навколишньої дійсності. Також, автори встановили, що одним з важливих мотивів звертання до гри є «мрії про нове, більш яскраве життя», яке може забезпечити виграш. При цьому часто відмічається їхня нездатність забезпечити собі в реальному житті комфортні умови існування, що, очевидно може свідчити про своєрідний психологічний захист і формування ілюзорно-компенсаторної поведінки.

Л.П. Веліканова (2004) вважає, що механізми формування всіх залежностей ідентичні. Як правило, у їхній основі найчастіше лежать і

ідентичні психологічні механізми, тобто проблема виростає з незадоволеності якихось потреб індивідуума, неможливості досягнення цілей та недостатньої самореалізації.

На думку Е.А. Башариної і Н.В. Козиної (2007), для хворих з патологічною схильністю до азартних ігор характерні: високий рівень потреби у відчуттях, високий рівень дезадаптації в стресі та високий рівень депресії, а також низький рівень нервово-психічної стійкості, М.В. Деміна, В.В. Чирко (2005) провели дослідження із зіставлення особливостей хворих патологічною схильністю до азартних ігор, розладом приймання їжі й алкогольною залежністю. Результати дослідження показали, що для всіх трьох груп хворих було характерне посилення імпульсивності, підвищена афективна ригідність, емоційна нестійкість, тривожність і тенденція до деперсоналізаційно-дереалізаційним порушенням. Єдиною загальною конституціональною рисою особистості для хворих усіх вивчених груп з'явилася знижена схильність до уяви. Разом з тим, хворих з патологічною схильністю до азартних ігор відрізняла більш висока раціональність і експресивність, а також найнижча нормативність поведінки.

Г.В. Старшенбаум (2005) розділяє патологічних гравців на два типи осіб. Гіпертимні особи самовпевнені й енергійні, схильні до марнотратства, особливо в періоди тривожно-депресивних проявів. Гіпотимні — подавлені, невпевнені, легко засмучуються при невдачах. Виділяють, що також сміються, плачуть і зневірених гравців. Для гравця, що сміється, гра — насамперед, розвага, він контролює розміри програшів, обвинувачує в них інших людей або випадок. Гравець, який платить, підпорядковує гри всі інші інтереси, постійно стурбований необхідністю віддавати борги, які неухильно зростають. Зневірений гравець повністю поневолений грою, у нього не залишається ні роботи, ні родини, ні друзів, без гри він почуває себе, як наркоман без наркотику й може імпульсивно покінчити із собою. Багато дослідників вважають, що Інтернет-залежність має подібні властивості з патологічним гемблінгом (Л.Н. Юрьєва, Т.Ю. Більбот, 2006; К. Young, 1996). В одному з досліджень патологічного гемблінгу була виявлена висока кореляція із психологічною травматизацією. Поширеність у цій категорії адиктів тих, хто отримував травми, що ведуть до появи симптомів посттравматичних стресових розладів, виявилася значно переважаючими показники звичайної популяції. Автори припустили, що ця форма «заученої безпорадності» приводить до негативного афекту, як до спільної життєвої реакції, і що миттєве задоволення за допомогою гемблінгу пропонує «тимчасовий перепочинок у жадібному пошуку самоствердження» (S.M. Specker, G.A. Carlson, K.M. Edmonson et al., 1996).

Не викликають сумніву індивідуальні соціально-демографічні фактори ризику: більш низьке соціально-економічне положення, низь-

кий рівень освіти, відсутність сім'ї або постійного партнера, молодий та середній вік, чоловіча стать (National Research Council. Pathological Gambling, 1999; American Psychiatric Association, 2000). Особи, піддані патологічному потягу до азартних ігор, значно частіше, ніж здорові, мають родичів, що також страждала цим психічним розладом (Н. Скокаускас, Р. Саткявичюте, Б. Бурба, 2004).

Ж.Е. Grant та S.W. Kirn (2002) у своєму дослідженні відзначили, що в патологічного гравця спостерігається інтенсивне, важко контрольоване прагнення грати. Він захоплений думками про гру так само, як алкоголік страждає залежністю від алкоголю і думками про випивку. Якщо перешкодити подальшій участі такої людини в грі, то вона стає дратівливою і ще більшою мірою занурюється в невідступні думки про неї.

За науковим даними низки дослідників, зміст і репертуар природних антитіл відображає біохімічну індивідуальність організму людини, що при розвитку «ігрової» залежності відбувається зміна в імунній системі, що виявляється в збільшенні синтезу імуноглобулінів, що зв'язують нейромедіатори опійної і моноамінової природи. (М.А. Мягкова, Т.Н. Дудко, Л.Ф. Панченко, С.Н. Петроченко, В.С. Морозова, 2007). У зв'язку із цим отримані результати можуть стати початком створення нових способів діагностики, що допомагають клініцистам у виборі методів лікування хворих ігроманією.

Прихильність до азартних ігор може також несприятливо впливати на міжособистісні відносини азартного гравця та приводити до проблем у взаємостосунках, ігноруванню родини, домашньому насильству і жорсткому поводженню з дитиною (D. Jacobs, 2000). Сьогодні немає жодної моделі, яка повністю пояснювала б складний і гетерогенний характер патологічної схильності до азартних ігор. У цей час воліють вважати патологічну схильність до азартних ігор поліетіологічним розладом, що виникає внаслідок складної взаємодії психологічних, поведінкових, когнітивних і біологічних факторів (W.R. Miller, S. Rollnick, 1991). Актуальність проблеми патологічної залежності від азартних ігор розглядається у зв'язку із трьома основними причинами:

1) виникнення соціальних і фінансових проблем в патологічних гравців: 23% гравців мають фінансові проблеми, 35% розлучені, в 80% порушені міжособистісні стосунки в шлюбі (Ciarcocchi J.W., 2002).

2) поширеністю протиправних дій: до 60% серед залежних від азартних ігор роблять правопорушення (H.R. Lesieur, C. Anderson, 1995; R.A. Volberg, 1996). Патологічні гравці характеризуються високим суїцидальним ризиком: від 13 до 40% здійснюють спроби самогубства, в 32-70% відмічаються суїцидальні думки (S.M. Specker, G.A. Carlson, K.M. Edmonson et al., 1996; K.M. Diskin, D.C. Hodgins, 2001; N.M. Petry, B.D. Kiluk, 2002; S.W. Kim, J.E. Grant, 2003).

У багатьох наявних дослідженнях (А.Е. Личко, 1983; А.Б. Смулевич, 1983; І.П. Лисенко, А.Д. Ревенок, 1988; Н.Н. Іванець, 2002) відзначається, що адиктивна поведінка, зокрема наркоманія, найбільше часто формується в осіб з аномаліями характеру. При цьому ризик формування залежності зв'язаний не стільки з виразністю психопатії або акцентуації, скільки з її характером. При цьому одні дослідники особливого значення надають нестійкості, епілептоїдності і конформності (А.Е. Личко, 1985), інші гіпертимним та істероїдним рисам характеру (В.Д. Папирін, 2005). Більшість дослідників вказує на таку рису, як втрата контролю над власною поведінкою, причому це стосується всіх варіантів гемблінгу – від гри на тоталізаторі до ігрових автоматів (O'connor J, Dickerson M., 2003). Поруч авторів відзначено (A. Roy, Z. Steel, A. Blaszczynski, 1998; A. Blaszczynski, L. Nowe, 2002; J. O'connor, M. Dickerson, 2003), що патологічних гравців відрізняє більш високий рівень нейротизму та імпульсивності, у порівнянні з контрольною групою здорових людей. У цьому аспекті виділяють три їх підгрупи: 1) з порушенням поведінки; 2) емоційно нестійкі; 3) антисоціальні, схильні до імпульсивних вчинків, підкреслюючи тим самим неоднорідність групи патологічних гемблерів.

Так, за спостереженнями С. Rotter (2004) хворі на патологічний гемблінг часто думають, що вони мають особливе «шосте почуття» і більш щасливі, чим інші люди. Т.Н. Дудко із співавт. (2004) виявили наступні біологічні, психічні, середові та соціальні передумови формування ігроманії: спадковість (алкоголізм, пристрась до азартних ігор, психічні захворювання), психічні розлади (психопатії, дефіцит уваги з гіперактивністю, низька фрустраційна толерантність), середовищні (адиктивна родина, адиктивне виробниче середовище, адиктивні друзі, особливості виховання), соціальні (соціальна дезінтеграція, нестабільність, реклама азартних ігор).

Менш досліджені мотиви звертання до гри. Найбільше часто відзначається бажання отримати задоволення (92,3%), відчуття азартного хвилювання (92,3%), бажання «зробити гроші» (87,7%), тобто гедоністичний мотив і близький до нього мотив з гіперактивацією поведінки, а також, на наступних етапах розгортання, хвороби мотивація на зняття напруги (В.Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков, 2005; J.C. Rotter, 2004).

Психоаналітична концепція патологічного потяга до азартної гри походить із того, що за нелогічною, постійною впевненістю патологічного гравця у виграшу приховуються інфантильні фантазії всемогутності, очікування необмеженого задоволення своїх бажань. Постійне повернення до гри означає протест, несвідоме агресивне ставлення до реальної дійсності, що не бажає повертатися до цих фантазій. Низька чинність его у комбінації з нарцисизмом може сприяти зняттю із себе

відповідальності і покладання її на інших, зокрема на фортуна (J.V. Murray, 1993).

У рамках психодинамічної моделі (N. McConaghy, A. Blaszczynski, A. Frankova, 1991) компульсивна поведінка гравця пояснюється домінуючими психологічними захистами, властивими obsесивно-компульсивній особистості, яка в умовах стресу перетворюється у симптоматичну поведінку, що здобуває характер ритуалу або компульсії. Патологічні пристрасті (патоманії) на думку Л. Сонди (2005) характеризуються тим, що, знаходячись у гострій фазі, хворий відправляєшся шукати об'єкт підтримки та опори, відмовляючись від пошуків об'єкта прихильності тільки в ті періоди, коли він з'єднується з одурманюючим засобом, що є перманентним «протезом» в обмін на невірну матір і загублений дуалюніон (двоїстий союз). У будь-якій патологічній пристрасті можна виділити наступні характеристики: 1) схильність, що екстремально відхиляється від норми, до дуалюністичної, партиципативної форми існування; 2) нездатність переносити будь-яке, навіть минуше переривання дуального ланцюга; ланцюг цей повинен бути завжди замкнений, острах волі; 3) надмірне і постійне прагнення до прийняття й доповнення дуальним партнером; для цього прагнення до прийняття характерні дві аномальних риси: а) людина, що страждає від патологічної пристрасті (патоман), неодмінно прагне бути прийнятим (схваленим) таким, яким він є; б) і це повинна зробити цілком певна персона, і ніяка інша. Така ригідність робить цих пацієнтів нездатними до зміни не тільки в характері, але й при виборах об'єктів, а часто і при виборі специфічних об'єктів та дій, характерних для патологічної пристрасті; 4) свою нездатність розірвати дуалюніон пацієнт, що страждає патоманією, переносить на дії з об'єктом патологічної пристрасті, а тому і з'являється неможливість відмовитися від використання цього об'єкта; пацієнт буде мешкати у нерозривному зв'язку з таким об'єктом, що заміщає; 5) патоман звертається із своїм засобом патологічного задоволення, як з фетішем, зв'язуючись із ним нерозривним ланцюгом, утворюючи з ним дуалюніон, схожий з тим, який колись раніше існував у стосунках з матір'ю; б) відсутність прийняття усвідомлюється патоманом лише поступово; швидше за все, він інтроєціював своє власне Я в персону, що не побажала його прийняти (схвалити); у результаті такий інтроєкції патоман не здатний прийняти й самого себе; 7) до ядерних процесів патологічної пристрасті (патоманії), поряд з нездатністю ухвалювати самого себе, ставиться й саморуйнування; усе це – наслідки інтроєкції дуального партнера, той що побажав прийняти персону майбутнього патомана. Згодом самосаботажі можуть почати усвідомлюватися й приводити до знецінювання всіх цінностей, включаючи й власну персону. І тільки патоманічний

фетиш до самої смерті втримує свою цінність як об'єкт, що заміщає дуального партнера. Таким чином, поступово патоманний засіб і дія повністю й нероздільна захоплюють владу над персоною. Хворий починає жити тільки заради цього фетиша; тільки він може компенсувати страждання, пов'язані з невірним дуалюніоном, наділяючи патомана відчуттям безмежного блаженства. Л. Сонди, класифікуючи форми патоманії залежно від вікового періоду, відніс пристрасть до азартних ігор у рубрику патоманія дорослих поряд із сексуальною розбещеністю, алкоголізмом, наркоманією, колекціонуванням і опіоманією.

Н.Ж. Shaffer, D. A. Kom (2002) підкреслюють, що поняття адиктивна поведінка охоплює різні типи поведінки; сюди входять наркотична залежність і алкоголізм, паління, пристрасть до азартних ігор і їжі, а також гіперсексуальність. Усі ці типи поведінки харчує потужна сила підсвідомості, і це надає їм такі якості, як непереборність потягу, вимогливість, ненаситність і імпульсивна безумовність виконання.

Сьогодні багато психоаналітиків рахують, що головним в адиктивної поведінці є не імпульс до саморуйнування, а дефіцит адекватної інтерналізації батьківських фігур і, як наслідок, порушення здатності до самозахисту. Незабаром і пацієнт, і терапевт починають розуміти, що помірність саме по собі не приводить до автоматичної зміни всіх сторін життя. Для цього необхідно звернутися до лежачих в основі проблеми труднощам модуляції афекту, регулювання самооцінки й вибудовування відносин з іншими людьми. Нерідко терапевтові доводиться зіштовхнутися з алекситимією (М. Griffiths, 1991). Багато адиктивних пацієнтів не здатні розпізнавати та ідентифікувати переживані ними внутрішні почуття.

П.В. Качалов (2007) відзначає, що другий нарцисичний травматизм, генітальний, пов'язаний з бажанням іншої (матері): очевидно, цей другий травматизм є основним в етіології ігрової адикції. Психіка потенційного перверта, наркомана або гравця перевантажена афектами, що збільшують звичайні підліткові страхи перед труднощами доступу до генітальній любові (адаптації до дорослості) і підліткову злість перед необхідністю остаточної відмови від любовних (генітальних) претензій на первинні об'єкти кохання (батьків). Залежність наркотична або ігрова є засобом досягнення компромісу між дитячістю і дорослістю та засобом прямого знеболювання при повсякденному зіткненні з реальностями навколишнього дорослого генітального світу.

Вивчаючи роль патологічних внутрішніх об'єктних відносин у генезису ігрової залежності Л.Е. Комарова (2007) відзначає, що сам акт азартної гри (у першу чергу це ставиться до рулетки і ігровим автоматам, тобто до тих її видів, де виграш або програш не залежить від майстерності граючого) по своєму психологічному змісту є актом відмови

від волі, тобто відмовою «Я» від реальності, і зануренням у світ всемогутніх фантазій. Так що розмова про «свободу вибору» у цьому випадку представляється не позбавленим лукавства.

І.Р. Fedoroff (2003) вважає, що азартна гра задовольняє нарцисичні бісексуальні імпульси та надає можливість аутоеротичного задоволення, у якому сама гра виступає як сексуальне збудження, виграш є еквівалентом оргазму, а програш — зякуляції, дефекації та кастрації. У сучасному психоаналізі ігроманію прийнято розглядати як патологічну захисну організацію, де сама гра використовується в психічній економії не стільки для реалізації витиснутих лібідозних або агресивних імпульсів, скільки як психологічний захист від внутрішніх конфліктів прикордонного, а то й психотичного рівня. Цей підхід пояснює найбільш істотні характеристики ігрової залежності, а саме: її компульсивність, відхід від реальності, тенденція до саморуйнування. Потенційний гравець не здатний знайти задоволення своїх потреб і бажань у силу принципової нездійсненності останніх. Однак замість корекції своїх очікувань (що властиво невротикам) він вимагає заміни реальності (що характерно для перверсій).

На думку В.А. Потапової (2007), психічний розвиток індивіду у випадку ігрової адикції нібито залишається фіксованим на перехідному об'єкті (актуальний зв'язок з матір'ю, з відносинами мати-дитя, наприклад, іграшкою), який репрезентує матір, стосунки з нею. Сурогат гри насправді — це сурогат відносин з первинним об'єктом. Автор висловлює припущення, що патоморфоз психічних розладів у бік маломенталізованих адиктивних патологій може бути наслідком злоякісних нарцисичних інтеракцій з первинним об'єктом. Занурюючись у гру, як у первинне материнське лоно, гравець відмежовує почуття та бажання у стосунках з реальними об'єктами у своєму житті.

Виходячи з концепції ноогенних неврозів та поняття екзистенціального вакууму за В. Франклом (1997) та ноетики за В.М. Запорожаном (2009), нами створено власну теорію розуміння виникнення у людини потягу до гри. Враховуючи постійне інформаційне навантаження, різку зміну цінностей, а точніше втрату духовних за рахунок збільшення ваги матеріальних, швидке перетворення соціуму з соціалістичного до капіталістичного та інші політичні, екологічні навантаження, мозок людини шукає шлях до захисту, яким все частіше стає будь-яка залежність, а саме і залежність від азартних ігор, за допомогою якої людина набуває свій власний (віртуальний, або паралельний) світ, особливі емоції та почуття, коло «друзів» та в кінцевому рахунку свій особистий зміст життя. Це все частіше зустрічається у наших промовах з залежними, і розуміння цього факту вказує на напрямок шляху до лікування та профілактики даної патології.

ГЛАВА 5

Клінічні ознаки ігроманії

Сьогодні клініка гемблінгу тільки частково описується у різноманітних наукових дослідженнях, частіше закордонними дослідниками, вітчизняні вчені, звертають увагу на цю проблему тільки в останні роки, в розрізі окремих статей, таких, як, наприклад, праці С.І. Табачникова, І.В. Лінського, О.С. Чабана, О.С. Осуховської, але всебічного висвітлювання та вивчення особливостей цієї рубрики, поки що автором не зустрічалось, тому дана робота має це однією з поставлених задач. У даному підрозділі зібрані різні дані, які автор отримав у ході проведення інформаційного дослідження з вказаної проблематики та доповнив власними спостереженнями, систематизував і зробив аналіз отриманих даних, що викладено у наступних підрозділах.

Досліджуючи психологічні особливості осіб, залежних від азартних ігор, більшість авторів виділяє втрату контролю над власною поведінкою (J. O'connor, M. Dickerson, 2003). A. Blaszczynski і L. Nowe (2002). Вказуючи на неоднорідність групи проблемних гемблерів, виділяють три підгрупи: а) з порушенням поведінки, б) емоційно нестійкі, в) антисоціальні, схильні до імпульсивних вчинків.

Говорячи про тендерні (статеві) відмінності серед осіб, залежних від азартних ігор, слід підкреслити, що в жінок ігрова залежність часто супроводжувалась депресивним розладом, тоді як у чоловіків – алкогольною залежністю (H. Tavares з співавт., 2003).

Аналіз динаміки ігрових зривів, проведений В.В. Зайцевим (2003), дозволив знайти розвиток фаз у поведінці гравців: фаза помірності, фаза «автоматичних фантазій», фаза наростання емоційної напруги, фаза ухвалення рішення, фаза витіснення ухваленого рішення, фаза реалізації ухваленого рішення. Це дозволило авторові казати про певний ігровий цикл. Надалі В.В. Зайцев і А.Ф. Шайдуліна (2001) описали ігровий цикл, що полягає з виділених фаз. Автори дослідили так звані «помилки мислення», що формують ірраціональні установки гемблерів. Вони поділяють помилки мислення на стратегічні, що зумовлюють загальне позитивне відношення до своєї залежності, і тактичні, що запускають і підтримують механізм «ігрового трансю». В абсолютній більшості обстежених хворих (96,0%) спадковість виявилася обтяженою хімічною залежністю. При цьому в 66,7% хімічною залежністю страждала родичка першої лінії спорідненості.

Т.Н. Дудко і С.Н. Бондаренко (2004) здійснили дослідження, метою якого було вивчення клінічних і патопсихологічних особливостей

ігрової залежності, а також розробка тактичних і стратегічних методик лікування та реабілітації осіб з патологічним потягом до азартних ігор. Дослідження показало, що для ігрової залежності характерні наступні психопатологічні синдроми: патологічний потяг до азартних ігор, ігровий абстинентний синдром, синдром виграшу, синдром програшу під час і по завершенню гри. В усіх без винятку хворих відмічалася різного ступеня виразності ігрова деградація, що включала морально-етичні, інтелектуальні, емоційні і поведінкові порушення, що в подальшому приводять до особистісної та соціальної дезадаптації.

В.А. Солдаткін (2007) розробив метод кількісної оцінки прогресивності патологічного гемблінгу. Для оцінки прогресування хвороби запропоновано три коефіцієнти, які дозволяють відповісти на запитання про клінічну значимість виявлених особливостей, і впливу різних факторів на темп розвитку патологічного гемблінгу.

R.L. Custer (1987) виділив діагностичні ознаки, характерні для «справжніх» патологічних гравців: більш високий рівень інтелекту (IQ близько 120); «трудоголізм», що відрізняється високими професійними досягненнями; високий рівень внутрішньої енергії, що вимагає реалізації; уникнення важких конфліктів за допомогою неправди, перебільшення і викривлення фактів та надмірна критичність до членів родини, друзів; авантюризм і ризик у справах; часте нудьгування у компанії; схильність продовжувати свою ділову активність після роботи; гарні організаторські, але погані виконавські здібності; прогресуючі борги в максимально можливих кількостях і з наростаючою частотою; гра для таких осіб — найбільш привабливий спосіб одержання задоволення та релаксації.

Крім того, R.L. Custer (1984) виділив три стадії розвитку гемблінгу: 1) стадію виграшів; 2) стадію програшів; 3) стадію розчарування. Для стадії виграшів характерні: випадкова гра, часті виграші, частішання випадків гри, збільшення розміру ставок, фантазії про гру, безпричинний оптимізм. Для стадії програшів характерні: гра на самоті, хвастощі виграшами, думки тільки про гру епізоди, що затягуються, програшів, нездатність зупинити гру, позичання грошей на гру, неправда та приховання від близьких своєї проблеми, зменшення турботи про родину, зменшення робочого часу на користь гри, відмова сплачувати борги зміни особистості (драгівливість, стомлюваність, нетовариськість). Для стадії розчарування характерні: втрата професійної й особистої репутації, значне збільшення часу, проведеного за грою, і розміру ставок, віддалення від сім'ї та друзів, каяття сумління, ненависть до інших, паніка, незаконні дії, безнадійність, суїцидальні думки і спроби, арешт, розлучення, зловживання алкоголем, емоційні порушення, відхід у себе (аутизація).

Автор також описав 5 фаз (стадій), що послідовно змінюють одну одну у міру прогресування хвороби.

Перша стадія — підготовча. За аналогіями з вірусними інфекціями, «вірус» ігрової залежності вражає далеко не кожного, хто з ним стикається. Продовжуючи діяти під впливом психоаналітичних теорії та теорій особистості, R.L. Custer виявив шість основних рис, наявність яких у потенційного гравця робить його більш уразливим до «вірусу» потягу:

- низька самооцінка та нетерплячість до відмов та несхвалення;
- імпульсивність;
- високий рівень тривожності чи глибока депресія;
- нетерплячість до розчарування та потреба у негайному задоволенні;
- відчуття всемогутності та схильності до магічного мислення;
- активність, жадання діяльності, збудження, стимуляції та ризику.

Індивідууми з описаними якостями, які ростуть в обстановці батьківської неуваги, відкидання або без батьків, а також в умовах, де гроші та матеріальні цінності звеличуються вражено, особливо схильні обирати азартні ігри у якості способу звертання уваги до себе та визнання з боку оточуючих.

Наступна стадія — стадія виграшу — розвивається у потенційних патологічних гравців, коли їм вдається одноразово або на протязі певного періоду вигравати суми, які перебивають програші. На цій стадії спостерігається немотивований оптимізм, збудження та очікування швидкого виграшу, який окрім грошей, повинен надати значимість, причому без будь-яких зусиль. Гравець залучається до гри все більше, вірячи в успіх.

За R.L. Custer, саме в цей період «життя гравця скоює зловісний поворот». Хоча він скуштував відчуття виграшу, в нього ще залишаються у житті інші зацікавленості, він ще здатний припинити відвідування ігрових закладів та нечасто позичає гроші на гру. Але йому подобається гра та виграш здається таким близьким та вигідним. Поступово гра займає все більше його часу та уваги. Особливо швидко недуга розвивається, якщо гра підкріплює відчуття його власної значущості. Закінчується ця стадія, як правило, тим, що гравець виграє значну суму, яку можна порівняти, наприклад, з річним прибутком. Він приписує це виключно своїм особистісним якостям та навичкам і думає, що може стати мільонером. Великий виграш підтверджує ідею його всемогутності, правильності його системи міркувань та переконує його в тому, що програшиться неможливо.

Стадія програшів характеризується кількістю невдач, що поступово збільшуються. Уявна всемогутність живить впевненість у собі, тоді гравець починає ніби заgravати з програшами, роблячи ставки все більш крупними. Він все більше бреше, і більша частина його життя вже зайнята грою, у тому числі за рахунок роботи, навчання. На цій стадії гравець вже залучений у циклічний процес гра – програш – позика (грати-програти – позичити - сховатися) та швидкість цього циклу тільки збільшується. Поступово підхід до гри стає все менш прорахованим, а ставки все більш крупними. Йдуть у хід вже не просто накопичення, а численні кредити у банках і т.п., крім того, все отримане у борг вже ніколи не повертається.

На цьому етапі можна відмітити метаморфозу, яка відбувається з гравцем. Гра стає не одним з видів соціальної діяльності, а єдиною справою, яка заслуговує уваги, при якій гравець вже не тримає себе у руках, гарячиться та повністю відключається від дійсності. Постійні програші ведуть до напружених відношень у родині, подружжя та найближчі родичі починають відчувати себе зрадженими та використаними гравцем з метою отримання грошей. Гравець так звик брехати, що не говорить правду тоді, коли бесіда не має відношення до його хвороби. Він знає, що під загрозою знаходяться його робота, особисте життя та що він може бути залученим до кримінальної відповідальності, але продовжує позичати гроші, поступово переходячи до незаконних способів їх отримання. Все це робиться в очікуванні великого виграшу. Автор у цей період відмічав зміни мотивів залучання у гру. Якщо раніше проблемний гравець приймався за гру з метою приємно полоскотати нерви та відчуття власної значущості, то тепер він втікає у гру від все більш наростаючої тривоги та депресії. Тільки вона приносить полегшення та дозволяє забути про борги, погрози з боку кредиторів та загальної негативності ситуації, яку він сам створив. Все його життя стає гонитвою за зникаючими грошима. Іноді, відчуваючи безвихідність ситуації, гравець може поділитися зі своїми друзями чи родичами своєю проблемою у надії на те, що вони виручать його, коли дадуть грошей. Якщо допомога приходить, гравець може, як обіцяв, на деякий час припинити гру, але врешті рещт, своє слово завжди порушує. Нажаль, фінансова допомога у таких ситуаціях не тільки послаблює почуття відповідальності гравця, але й надає йому до гри оптимізму, укріплюючи відчуття всемогутності. Гравцю здається, що він контролює ситуацію та він робить ще більші ставки в надії на те, що вже наступна ставка принесе, нарешті, довгоочікуваний виграш. Період програшів може продовжуватися до 15 років та закінчуватися, як правило, величезною заставою з боку родичів, що обчислюється величезними сумами.

Остання стадія у розвитку патологічного потягу до азартних ігор — це стадія відчаю. Факт викупу іноді не витверезує гравця, а знову укріплює його в думці, що він невразливий, та що у разі з викупом, вдача знову йому допоможе виграти крупну суму. Все це призводить до інтенсивності залучання до гри, подальшому відчуженню від родини та друзів, нової брехні, незаконним позикам та фальшивим чекам, жалю, тривоги, панічним атакам та новим раціоналізаціям необхідності більших ставок.

Під кінець цієї стадії, аналогічній тій, що й у хворих на алкогольну залежність називається «падінням на дно», гравець досягає найостаннішого, обмеженого витка спіралі, за яким він просувався весь цей час, коли відсутність гри схоже для нього за відчуттям з відсутністю алкоголю для хворих на алкогольну залежність. Це супроводжують розлучення, арешти, відчуття безвиході, емоційні зриви та думки про зведення рахунків з життям.

Психіатр та спеціаліст з реабілітації R.J. Rosenthal додав до систематики R.L. Custer додаткову стадію під назвою безнадія. Після стадії відчаю багато гравців усвідомлюють, що їм ніколи не вдасться відігратися та навіть відносяться до цього індіферентно. Вони продовжують грати небало, ніби підтверджуючи кожен раз, що виграти неможливо. Гравці на цій стадії просто отримують задоволення від самого процесу гри та грають заради гри, безцільно, до виснаження.

R.L. Custer вважав, що процес одужання можна також поділити на декілька стадій, що змінюють одна одну. Під час критичної стадії гравець, як правило, щиро бажає допомоги. При цьому у багатьох після згоди на лікування спостерігаються головний біль, біль у животі, діарея, холодний піт, тремор кінцівок та нічні страхіття. При видимій схожості цих симптомів на звичайну реакцію у хворих на алкогольну залежність, на стриманість, на думку автора, стан у хворих на ігрову залежність пов'язаний передусім з невисипанням та астенічним синдромом, що розвинувся внаслідок цього. За його спостереженнями опісані симптоми поступово зникають після нормалізації сну та активно-го фізичного навантаження.

Наступна стадія — відновлення, включає в себе розподіл доходів, оплата рахунків, відновлення родини та довірчі відносини, поява нових зацікавленостей та цілей, а також такі зміни, як зниження роздратування, терплячість, здатність розслаблятися.

Остання стадія — росту, характеризується зниженням зацікавленості до гри, відновлення здатності кохати та бути коханим, реалістичної оцінкою ситуації та знаходженням способів її вирішення, здатність жертвувати чимось заради інших. Для прискорення процесу відновлен-

ня R.L. Custer рекомендував гравцям вступити до Спілки анонімних гравців, а подружжя гравця – у спілку Gamanon.

Вивчаючи хворих із залежністю від азартних ігор, І.Д. Даренский (2006) відзначав, що азартна гра повністю опановує помислами й почуттями гравця. Під час гри емоційна напруга гравця досягає крайньої виразності зі зміною стану свідомості у вигляді трансу з відчуженістю від усього, що не пов'язане із грою. Гравець не може контролювати ГРУ і перервати гру вольовим зусиллям. Спостерігається синдром скасування – занепокоєння або дратівливості при спробі скоротити час участі в грі, відчуття порожнечі, депресії та роздратування поза грою. На думку автора, компульсивна азартна гра, подібно іншому адиктивному розладу, може впливати на багато галузей життя з порушенням соціальної, професійної і сімейної адаптації. Все це, а також ускладнення у вигляді зміни особистості, сімейних і соціальних наслідків дозволяють авторові казати про залежність від азартних ігор як різновиди наркоманічного синдрому.

Предрецидивний стан також має свої ознаки (І.Д. Даренский, В.С. Акопян, 2006):

- частішання думок про гру й посилення ігрових фантазій;
- збільшення впевненості в можливості «зіграти маленьку партію та зупинитися», як це буває в соціально збережених гравців;
- збільшення впевненості в щасливому, «фартовому» дню, в виграші;
- поява незрозумілої емоційної напруги;
- слідом за станом емоційного порушення гравця з'являється нескориме бажання грати;
- поява стану зміненої свідомості, близького до трансу. Існує відмінність між азартною, але здоровою грою, і патологічною азартною грою (I. Kusyszyn, R. Rutter, 2001). Слід відрізняти людей, які надмірні в азартній грі як жертви хвороби, що грають на гроші із серйозними соціальними проблемами (L. Sharpe, 2002).

Ігроманом мета збагачення втрачається вже на самому початку його пристрасті й замінюється на хворобливу ціль – зазнати сильні емоції. У гравця змінюється стан свідомості не тільки при грі, але і при контакті з предметами гри (фішки, стіл, рулетка, карти). Стан свідомості гравця подібно трансу з відчуженістю від усього, що не пов'язане із грою. Ч. Магалиф (2006) підкреслює виражену схожість клінічної картини ігрової залежності з героїновою наркоманією.

Автор наводить такі дані, що у процесі клініко-психопатологічного обстеження в 23 (31,5%) пацієнтів були виявлені симптоми, які можна розцінювати як явища деперсоналізації – відчуття зміни і відчу-

женості власного «Я», відчуття, що «хтось інший грає в цю гру, а не я». В 7 (9,6%) випадках на момент звернення за допомогою виявлена завантаженість нав'язливими образами картинок, пропонувані ігровим автоматом під час гри, що виникала в мить закриття очей, що близько до гіпнагогічних галюцинацій. В 3 (4,1%) пацієнтів на тлі явищ депресії, зумовленій великими матеріальними втратами та руйнуванням сім'ї, відмічалися симптоми, що відповідають посттравматичному стресовому розладу: яскраві барвисті спогади (у період засипання або у сні) про участь у грі, що закінчується великим програшем, тривогою, що супроводжуються переживанням, уникнення місць, що нагадують про стресову ситуацію (зокрема, установи банку, де взятий кредит під гру), підвищена дратівливість, порушення засипання. Більшість пацієнтів (60, або 82,2%) на момент звернення за допомогою відзначало своєрідну відчуженість від повсякденних турбот, почуттєву притупленість і заглибленість у світ власних пов'язаних із грою, переживань. Хворі цей стан описують як своєрідну «зачарованість», стан гіпнозу, трансу. Виникнення даного стану відмічалось пацієнтами за 1-2 доби перед грою, у період гри і у перші дні після закінчення гри. М. Raviv (1993) наводить близький опис пацієнтами, залежними від гри, власного стану: «почуваю себе як інша людина», «під час гри знаходжуся начебто в трансі», «іноді є провали». Дана психопатологічна симптоматика може бути станом зміненої (звуженої) свідомості з характерною для нього концентрацією уваги на обраному об'єкті, поглинання об'єктом уваги з одночасною відчуженістю від навколишньої дійсності. депресивні симптоми характеризувалися пацієнтами як відчуття почуття провини за ситуацію, що створився, надмірне занепокоєння з різних причин або, навпаки, почуттям апатії, відчуттям, що майбутнє безнадійне і почуттям власної нікчемності. В 15 (20.5%) випадках були виявлені суїцидальні думки. В 36 (49.3%), що спостерігалися були астенічні розлади, що виявляються як слабкість, запаморочення, рідше труднощі подиху, приступи жару або ознобу. Симптоми тривоги характеризувалися пацієнтами як нервозність, внутрішнє тремтіння, неможливість усидіти на місці, часом відчуттям, що може трапитися щось погане. Обсесивно-компульсивні порушення проявлялися повторюваними неприємними нав'язливими думками, пов'язаними із проблемами, викликаними грою, проблемами з пам'яттю, іноді труднощами зосередження. Ворожість характеризувалася легко виникаючим роздратуванням, частим бажанням вступати в суперечку, часом неконтрольовані вибухи гніву, а в 15 (20,5%) випадках імпульсивним бажанням заподіяти тілесні ушкодження будь-кому. Параноїчні розлади визначалися двома симптомами – «інші люди недооцінюють мої досягнення» і відчуттям, що

«інші люди спостерігають за мною або кажуть про мене». У цьому випадку мова йде скоріше про формування надцінних ідей відносин на тлі стресової ситуації. Основними симптомами за шкалою психотизму було відчуття, що «з розумом коїться щось негарне», думками про покарання за гріхи та почуттям самотності, які сполучалися із симптомами високої тривоги і труднощами зосередження, що виявляються за іншими шкалами.

Слід зазначити, що в 61 (92,4%) випадку ступінь виразності розладів, за даними опитувача SCL-90-R, досягала рівня дистресу, що свідчить про значну глибину порушень, викликаних дією стресу. Галюцинаторна та маревна симптоматика, за даними опитувача і клінічного спостереження, виявлені не були. За результатами справжнього дослідження в цілому в патологічних гравців були виділені наступні синдроми: тривожно-депресивні – 37 (50.7%) випадків, астено-депресивний – 29 (39.7%), синдром апатичної депресії – 7 (9,6%).

В 66 (90,4%) пацієнтів тривожні розлади сполучалися з ідеями відносин, обумовленими психотравмуючою ситуацією, а в 20 (27.3%) випадках у структурі депресії значне місце займали фобії. Фобічна симптоматика була тісно спаяна з психотравмуючими факторами (зокрема, з наявністю боргів) і проявлялася необхідністю уникати деяких місць або дій, іноді почуттям страху на вулиці (також обумовленого боргами або конфліктними відносинами). Первинним мотивом звертання до гри в більшості обстежених патологічних азартних гравців (61,6%) є одержання задоволення від гострих відчуттів, в 32.9% випадків одержання легких грошей (частіше для осіб пенсійного віку) і рідше (6.8%) зняття напруги. Групою найбільшого ризику формування залежної поведінки від азартної гри є особи у віці від 21 року до 30 років (період соціального становлення), що страждали в минулому залежністю від алкоголю або, що мають обтяжену адиктивну спадковість. Психопатологічна симптоматика серед патологічних азартних гравців зумовлюється переважно депресивними розладами тривожного або астеничного спектру з включенням у структуру депресії obsесивно-компульсивних розладів, параноїдальної симптоматики та фобічних порушень. У більшості (82.2%) пацієнтів у період загострення патологічної залежності від гри відмічаються ознаки зміненої (звуженої) свідомості, що характеризуються концентрацією уваги на грі з одночасною відстороненістю від навколишньої дійсності. Виразність психопатологічної симптоматики в 61 (92,4%) пацієнта досягала рівня дистресу, у ряді випадків (4.1%) виявлені симптоми посттравматичного стресового розладу.

Поведінковими предикторами патологічного гемблінгу можуть слугувати відношення до спортивних заходів (включаючи власний

спортивний азарт і явище «спортивного фанатизму»), а також відношення до азартних ігор у родині пацієнта. У більшості випадків хвороба починається в молодому віці (до 20 років), по типу «оперантного навчання», у ряді випадків має місце його комбінація з елементами реактивного імпринтингу. На доклінічному етапі, у міру повторних ігор, як би «накопичується досвід» ігрової поведінки та формується певна перевага ігор. Усі обстежені пацієнти, кажучи про «азарт», визначають його як комбінацію почуття ризику, небезпеки і бажання виграшу (грошей на «халяву»), не додаючи до цього старання.

При реалізації бажаного виникає ілюзорно-компенсаторне сприйняття дійсності, що робить її привабливою, приводить до збільшення частоти та тривалості ігрових ексцесів. Тривалість цієї стадії складає від 2 до 5 років.

На клінічному етапі клініка досягає своєї структурної завершеності. Із цього моменту потяг до азартних ігор стає нездоланим, з'являються перші ознаки дезадаптації особистості. Синдром залежності представлений спочатку obsесивним, потім obsесивно-компульсивним потягом. Виявляється психічний комфорт у ситуації гри і психічний дискомфорт поза нею. Гемблер комфортно почуває себе, на відміну від здорових людей, тільки в ситуації гри. При цьому процес гри здобуває психотропний ефект і сприяє зміні актуального психічного стану із знаку «мінус» на знак «плюс». Одночасне припинення гри у силу непереборної перешкоди вводить пацієнта в стан психічного дискомфорту. Саме це в сукупності з obsесивним потягом формує психічну залежність від азартних ігор і робить потребу у грі нездоланною, а поведінку примусовою. Додатковими провокуючими ситуаційними факторами є відвідування місць реалізації аномального потягу (казино, салони ігрових автоматів, нічні клуби і т.п., у т.ч. і численність відповідної реклами в громадських місцях), зустріч із особами, що раніше приймали участь у ігрових епізодах, розмови на тему ігор, можливості «легкого виграшу».

Другою складовою синдрому психофізичної залежності є синдром фізичної залежності. Фізичний потяг приходить на зміну obsесивного й проявляється непереборним прагненням до процесу гри, причому за ступенем виразності воно досягає рівня вітальних потягів і навіть пригнічує їх, тобто блокується потреба в їжі, сні, нормальної сексуальності. При цьому зникає боротьба мотивів, відбувається повне поглинання свідомості пацієнта ігровою ситуацією. У всіх вивчених випадках мало місце внутрієксцесний компульсивний потяг до гри, який по силі своєї виразності перевищував позаепізодний компульсивний потяг. Усі пацієнти відзначають, що зупинитися у випадку програшу набагато важче, чим у випадку виграшу. Поза патологічною ситуацією при

збереженні компульсивного потягу виникав стан загального соматичного неблагополуччя, тяжкий психоемоційний стан. Про «абстиненцію» можна говорити у випадку непередбаченого змушеного припинення гри. Про це свідчить більш виражений соматичний дискомфорт – серцебиття, болі в області серця, коливання настрою, головний біль, відсутність апетиту, безсоння. Психічний стан стає ще більш важким, з'являється похмурість, почуття провини, спустошеність, зниження настрою, дратівливість. Фізичний комфорт у стані реалізації потягу повертає «нормальний» соматичний стан, відновлюється почуття бадьорості, активності, достатня ігрова працездатність. Стан після реалізації обсессивно-компульсивного потягу у випадку програшу або виграшу відрізняється полюсом афективного фарбування, не відрізняючись кардинально в описі фізичного самопочуття. Синдром зміненої реактивності проявляється зростанням толерантності – збільшенням тривалості та кратності ігрових ексцесів, зміною форм виконання – перехід від випадкових епізодів до періодичних або систематичним, остаточне формування переваги ігор. За аналогією зі зміною форм сп'яніння можна казати про вихід на перший план релаксуючого, гомеостабілізуючого і тонізуючого компонента психотропного ефекту.

На більш пізніх етапах відбувається загострення та деформація особистісних рис, аж до їхнього збідніння, наростання психосоціальної дезадаптації, яка проявляється фінансовою неспроможністю, кримінальними діями, зниженням професійної продуктивності, конфліктами в сім'ї, її розпадом. Звужується коло інтересів, припиняється ріст особистості, кругозір обмежується іграми і усім, що з ними пов'язано. Нерідкі суїцидальні спроби.

У результаті психологічного обстеження Т.Н. Дудко (2004) було встановлено, що особи з ігровою залежністю мають наступні особистісні особливості: висока «соціальна сміливість» – схильність до ризику, розгальмування, аномальний стиль поведінки; надмірна вираженість почуттів – схильність до мінливості, вплив випадку та обставин на поведінку суб'єкта, зниження дотримання загальноприйнятих норм і заборон у поведінці і міжособистісних контактах; «експресивність» – емоційна дезорієнтація мислення, спонтанна віра в удачу; «напруженість» – активна незадоволеність прагнень; «нестійкість самоконтролю» – конфліктність вистав уявлень про себе; неадекватність самооцінки (незалежно від вікової групи).

L. Goldstein та P.L. Carlton (1998) показали, що в пацієнтів, що страждають патологічним гемблінгом відзначається зміна низькочастотної тета-активності при програші, при чому в чоловіків ці процеси найбільш виражені в медіальних областях лобової долі, а в жінок – у

латеральних областях. Також вони вивчили характеристики викликаних потенціалів у гравців під час ставок. Автори визначили, що при виграші в гемблерів збільшувалася амплітуда та зменшувалася латентність пов'язаного з подією негативізму і позитивізму (outcome-related negativity (ORN/N2), outcome-related positivity (ORP/P3). При цьому для ранніх емоційних реакцій (200-400 мс) більш значущим був сам факт виграшу або програшу, а для більш пізніх реакцій – сума програшу. У даному дослідженні електромагнітна томографія (Low Resolution Electromagnetic Tomography) (LORETA) дозволила встановити, що пов'язаний з подією негативізм (ORN/N2) переважно пов'язаний з фактом програшу, а ORP/P3 – з розмірами виграшу. При цьому вікових і статевих відмінностей у здійсненні даної тенденції виявлене не було.

Більшість клініцистів відзначають схожість клінічних проявів при патологічному гемблінгу та при залежності від психоактивних речовин. Висловлено припущення про однакові патогенетичні механізми виникнення та прогресування хвороби (Т.Н. Дудко з співавт., 2006). На думку М.В. Дьоміної і В.В. Чирко (2005) синдромологічний зміст порушення свідомості хвороби слід віднести до проявів деперсоналізації. Деперсоналізація селективно захоплює лише сферу переживання хвороби, залишаючи значною мірою інтактними інші компоненти самосвідомості. Спектр деперсоналізаційних розладів дуже широкий, може охоплювати і невелику частину симптомів, і повне відчуження всієї хвороби. Анозогнозію слід трактувати як синдром психічного відчуження адиктивної хвороби. Когнітивний компонент внутрішньої картини хвороби є опосередкованим і переважно психологічним. Розлади самосвідомості безпосереднім способом обумовлюють мотивацію і відношення хворих до лікування.

Порушення поведінки є головною рисою гемблерів, вони не почувують неправильності своїх дій (Г.Д. Сафіна, В.Д. Менделевич, 2005). Вони не здатні не тільки прогнозувати ситуацію, зіштовхнувшись з нею вперше, але й не спираються на власний, найчастіше сумний досвід у схожих ситуаціях. Їм властиві труднощі в розумінні, оцінці поведінки оточуючих людей, нездатність вибирати найбільш продуктивний спосіб взаємодії з людиною; складності в уникненні психотравмуючих ситуацій. У процесі дослідження (Н.В. Шемчук, Д.С. Ошевський, 2005) усі пацієнти демонстрували знижену критичність мислення, недостатню цілеспрямованість розумових процесів, нерівномірність якості та рівня узагальнення. Емоційно-вольова сфера характеризувалася імпульсивністю в комбінації з ригідністю стратегій поведінки і твердою фіксацією неадаптивних установок та поведінкових кліше. Відбувається звуження мотиваційної сфери.

За даними Т.В. Агібалової (2006) у хворих ігровою залежністю в структурі ігрового абстинентного синдрому відмічалася апатична суб-депресія з фіксацією на програші у грі. У стаціонарі, після копіювання абстинентного синдрому переважала властиво депресивна симптоматика. При аналізі ранніх рецидивів (протягом 3-х місяців після виписки зі стаціонару), афективні розлади були присутні в 50% пацієнтів. Разом з тим і при тривалих ремісіях (більш 9-ти місяців) частота афективних порушень зберігалася на рівні 15-30%. Таким чином, афективні розлади облігатно присутні в структурі абстинентного синдрому, широко представлені в структурі патологічного потягу як у постабстинентному стані, так і на етапі ремісії. За даними того ж дослідника (2007), в структурі ігрового абстинентного синдрому афективні розлади проявлялися: зниженим настроєм, моторною і ідеаторною загальмованістю, іноді супроводжувалися нетривалими нападами тривоги, порушенням сну, апетиту. Усе вищесказане підтверджує спільність механізмів, що лежать в підґрунті формування афективних розладів і залежностей, а також те, що патологічна схильність до азартних ігор є однією з форм залежності.

В.Л. Малигін з співавт. (2007) виділяють наступні клініко-психопатологічні періоди ігрового циклу; 1) період дистресу, що впливає відразу за грою, 2) період помірковано виражених тривожно-депресивних розладів, 3) період субдепресивних розладів з перевагою астенії або апатії, 4) період тривожних і дисфоричних розладів у комбінації із субдепресією, 5) період звуженої свідомості (трансу гри), що передує безпосередньо зриву W. Glasser (1987) виділено дві основні форми патологічного потягу до азартних ігор: гравці «дії» (перший тип) і гравці, «що біжать від реальності» (другий тип). Представникам першої клінічної форми властиві відносно високий інтелект, високий соціальний стан, нарцисизм, прагнення домінувати, ризикувати, маніпулювати іншими. Найчастіше гравцями даного типу являються чоловіки. Гра для цих людей є способом довести свою перевагу над іншими перед суперниками в грі, а іноді навіть перед усією ігровою системою. Гравці другого типу стають патологічними, тікаючи від проблем, невдач, хворобливих втрат, програшів у реальному житті. Із цієї причини їх називають гравцями «що тікають від реальності». Частіше цей тип проявляється в жінок. Вони грають, бажаючи забути невдачі в особистому житті, хворобливі розлуки. Граючи, такі люди не почувають ні емоційного, ні фізичного болю. Деякі автори цей стан розглядають як близький до гіпнозу.

Ч. Акопов (2004) приводить наступні стадії ігрової залежності: нульова – формування ігрової залежності (стадія «соціального гравця»

– перехід від захопленості до звичної пристрасності, азарту, потім до фанатизму, одержимості, а наприкінці до ігроманії); перша – стадія ілюзорного сприйняття гри і себе (гра на виграш, в мотивації домінування ілюзій гравця); друга – стадія гри заради самої гри (безілюзорне сприйняття гри на тлі перекрученого ставлення до себе, своїх можливостей; ціль гри – сам її процес); третя – стадія деградації та повного спустошення особистості (розпад сім'ї, втрата друзів, втрата роботи, житла, зубожіння, стан бомжа, раба гри, придатка автомату).

А.О. Бухановский і В.А. Солдаткин (2006) визначають, що: «На ранніх етапах хвороби патологічний потяг до азартної гри нами визначалося як обсессивне, при розвитку хвороби воно за кілька місяців змінювалося компульсивним, що проявлялося в непереборному, прагненні гри. Компульсивний потяг був двох видів: первинне з'являлося в процесі гри і ставало базою для появи двох симптомів – зникнення кількісного контролю (зростання грошових витрат під час гри, збільшення ставок) і зникнення «захисних знаків» (зникнення можливості «награтися», відсутність утоми навіть після тривалої гри). Вторинно компульсивний потяг проявлявся відразу після припинення ігрового епізоду і супроводжувався потужним бажанням продовжувати гру. Клінічна картина патологічного гемблінгу обумовлювалася синдромом психофізичної залежності, прояви якого багато в чому відповідали складовим так званого «великого наркоманічного синдрому», описаного для хвороб хімічної залежності (Пятницкая І.Н., 1994). Нерідко афективні розлади передують початку патологічних форм гемблінгу та можуть відігравати причинну роль, штовхаючи гравців на пошук у грі полегшення від подавленого або дисфоричного настрою. Але виявляється, що гра не полегшує депресії або дисфорії, навпаки, може тільки погіршити їх. В гемблерів антисоціальні особистісні розлади зустрічалися із частотою від 15 до 33% (у порівнянні 4,5% прижиттєвого ризику появи для чоловіків у популяції). Є також відомості про коморбідність з психосоматичними розладами.

У лікуванні залежності від гри в США найбільш популярним є участь у групах взаємодопомоги Анонімних Гравців (Gamblers Anonymous). Однак ефективність їх невисока. Приблизно 70-90% відвідувачів груп ГА вибувають на перших етапах участі в терапії і лише 10% стають активними членами, з них тільки в 10% спостерігається ремісії протягом року та більше. Більш високі результати (до 55%) досягаються при застосуванні комбінованої терапії, що включає індивідуальну психотерапію, групову терапію і участь в ГА. Серед методів психотерапії переважно використовується поведінкова терапія – терапія відрази, імажинальна десенсибілізація, реструктурування досвіду

рішення проблеми, тренінг соціальних навичок, навчання навичкам запобігання зривів (С.С. DiClemente, M. Story, K. Murray, 2000).

Е. Bergler (1977) повідомляє про успіх психоаналітически орієнтованої терапії серед 75% гравців, що звернулися за лікуванням. Однак ці цифри засновані лише на невеликій вибірці з 30 учасників, що залишилися в терапії з 80 що починали лікування. Використаються також психодинамічні підходи до терапії, засновані на особливостях патологічних гемблерів, пов'язаних з нарцисизмом.

Дані про ефективність участі інших членів родини в терапії залежних від гри поки досить суперечливі. Так низка авторів (R.V. Breen, M. Zimmerman, 2002; S. Cotler, 1991) відзначають, що гравці, подружжя яких брало участь в роботі в груп «Анонімні гравці» більш часто відмовлялися від гри у подальшому. За іншими даними (S.W. Kim, J.E. Grant, 2001) участь сімейної пари в терапії знижує рівень сімейних розбіжностей і депресивних розладів, однак не надає достовірного впливу на залежність від гри.

Накопичена інформація у галузі фармакотерапії залежності від гри. С.М. DeCaria, E. Hollander, R. Grossman et al. (1996) і E. Hollander, A.J. Buchalter та інші (2000) встановили ефективність у терапії патологічного потяга до гри інгібіторів зворотного захоплення серотоніну — кломіпраміна. Наведено також дані про ефективність карбамазепіна (R. Haller, H. Hinterhuber, 1994). Низка дослідників також відзначають можливу ефективність застосування блокаторів опіатних рецепторів, наприклад налтрексона (S.W. Kim, J.E. Grant, 2001) та нейролептиків у терапії патологічної залежності від гри. Показана ефективність флувоксаміна у редукції психопатологічної симптоматики у хворих патологічним гемблінгом (V.C. Lopez, W.R. Miller, 1997). Подвійне сліпе плацебо контрольоване дослідження ефективності пароксетину при патологічному гемблінгу показали більш високу ефективність пароксетину, у порівнянні із плацебо (в 59% проти 49%), однак, ці відмінності не досягали достовірного рівня. С. Warren, В.Е. McDonough (1996) вказують, що залежність від гри часто коморбідна біполярному розладу, у зв'язку з цим рекомендується призначення препаратів літію. Отримані дані про рівню ефективність при патологічному гемблінгу як літію, так і вальпроата.

Однак, необхідно відзначити, що більшість досліджень по фармакотерапії залежності від гри засноване на невеликих вибірках хворих і часто не включає контрольних груп, не завжди досліджується вплив плацебо-ефекту. У зв'язку з невисоким рівнем доказовості наявних досліджень утрудняється розробка клінічних рекомендацій, у зв'язку з чим у багатьох країнах роблять спроби проведення широкомасштабних за-

стосувань різних препаратів у гемблерів. Виходячи з біопсихосоціальної парадигми психічного здоров'я, лікувальні заходи здійснюються на біологічному, особистісному та соціальному рівнях. Мішенями лікування стають патологічний потяг до азартних ігор та соматоневрологічні порушення, які можуть спостерігатися в пацієнтів у результаті хронічного стресу. Більш ефективним методом лікування залежності від азартних ігор є психотерапія. Когнітивно-поведінкові методи психотерапії застосовують більшість фахівців, що поводять лікування патологічної залежності від азартних ігор. Найбільш перевіреною психотерапевтичною програмою є бруклінська програма, створена доктором Krammer. Проводиться вона у позалікарняних умовах і звичайно до неї залучаються гравці з початковими стадіями ігрової залежності і члени їх родин. Мета програми — донесення інформації до гравців про негативні наслідки, до яких обов'язково приведе азартна гра. Значне місце в програмі займає професійна реабілітація гравців і підтримка членів родини, які допомагають розв'язувати їм соціально-побутові, особисті та фінансові проблеми, в які вони потрапили у результаті пристрасті до азартних ігор. У психотерапевтичному методі лікування гравців по R. L. Custer (1984) спочатку здійснюється інтенсивний курс підтримуючої психотерапії для стадії розпачу. Через 2-3 тижні групової психотерапії з пацієнтом полягає «терапевтичний контракт», на підставі якого вони зобов'язуються відмовитися від азартних ігор і направляти всі зусилля для попередження рецидивів. Для укладання «контракту» залучаються члени сімей. Підтримуюча терапія та соціальна реабілітація надалі здійснюється у суспільстві «Анонімних гравців». Дана програма лікування дозволяє добиватися стійкого поліпшення в близько 50 % пацієнтів.

Відомий метод стаціонарного лікування пацієнтів з ігровою залежністю, що передбачає добровільну одномісячну госпіталізацію у спеціалізований стаціонар. Метою методу є утримання від гри і зміна характерного для гравців способу життя (R. M. Stewart, R. Brown, 1988). Метод заснований на дотриманні строгої дисципліни, розпорядку дня та обов'язкового відвідування психокорекційних освітніх занять, на яких пацієнти навчаються саморегуляції. На заключній стадії терапевтичного процесу хворі починають відвідувати спілки «Анонімних гравців». Даний метод дозволяє досягти відмови від ігор протягом року в 54% пацієнтів, а в 16% відмічалися короткі ігрові епізоди, які закінчилися тривалою ремісією.

У рамках проблемно-орієнтованої психотерапії В. В. Зайцевим (2000) розроблена поетапна психотерапевтична програма лікування пацієнтів зі ігровою залежністю, у якій враховуються не тільки стадії

ігрової залежності і реконвалесценції по Р.Л. Кастеру, що відбивають глибину особистої та соціальної дезадаптації пацієнта, але і фази ігрового циклу, що дають характеристику поведінки гравця в період між зривами. J. Bowman (1996) рекомендує уникати призначення седативних препаратів, особливо у великих дозах, при лікуванні патологічної залежності від азартних ігор, тому що вони можуть привести до поглиблення депресії та спровокувати суїцидальні дії. Використання у процесі терапії антидепресантів (наприклад, групу селективних інгібіторів реапдейка серотонину) дозволяло не тільки змінювати соціальний стан пацієнтів, але й опосередковано знижувати ймовірність ігрового зриву в процесі лікування. Грунтуючись на концепціях гедонізму й адиктивних розладів А.Ю. Акопов (2004) для лікування ігрової залежності розробив психотерапевтичний метод контрадиктивної стимуляції, який здійснюється у тренінговому моделюванні ігрових ситуацій з метою переструктурування особистості і формування реальних мотивів, настанов, цінностей і цілей здорового способу життя. Гравець «грає» із психотерапевтом в азартні ігри. Програються основні модельні ситуації і у пацієнта формується переконання у тому, що вигравш в азартні ігри теоретично неможливий: у казино виграти не можна, можна взяти гроші у борг і тільки на короткий термін; у процесі гри гравець спілкується не з ігровим автоматом, а з його господарем, який зацікавлений в одержанні надприбутків і т.д. Метод включає систему заміни патологічної азартної гри іншими видами діяльності, при яких одержання задоволення відбувається іншими способами та іншими факторами стимулювання активності індивіда. У процесі проведення 6-8 індивідуальних сеансів психотерапії здійснюють пригнічення вогнищ ігрового порушення шляхом їхнього гальмування. Рефлекторною тривалою і слабкою дією на біологічно активні крапки вушної раковини, пов'язані зі збудженими «центрами задоволення» від гри в головному мозку, здійснюють аурікулярне програмування хвороби. Інтракраніальну транслокацію вогнищ збудження здійснюють лазерним і електроімпульсним опроміненням. У процесі реабілітації відбувається заміна патологічної азартної гри на ігровий процес із використанням спортивної гри з м'ячем (пітербаскет), на участь у художній самодіяльності і т.д..

Інший спосіб лікування патологічних залежностей, здійснюють шляхом демонстрації пацієнту відеозображення, до складу якого включений 25-й кадр зі словесною інформацією і зоровими образами, що містять, залежно від діагнозу пацієнта, заборону на азартні ігри. На жаль, нам не вдалося знайти доказові матеріали по застосуванню цього методу в практиці і оцінці його результативності.

Публікації співробітників Міжнародного інституту резервних можливостей людини (м. Санкт-Петербург), які з недавніх пір стали

займатися лікуванням хворих ігрової залежності методом «духовно-орієнтованої психотерапії» у формі «цілющого зароку» не витримують критики з погляду методологічної коректності. Цікаві результати оцінки проблеми гемблінгу в літніх осіб представлені L. Nowecki і A. Blaszczynski (2008). Порівнюючи особливості формування залежності та клінічного перебігу ігрової адикції в гемблерів різного віку, автори встановили, що дебют захворювання в літніх гравців відмічався у середньому віці, епізоди ігрової активності були безсистемними, при цьому гравці не мали чіткої стратегії гри, характерної для більш молодих гемблерів. Багато гравців добровільно відмовлялися від відвідування казино, побоюючись того, що гра доведе їх до самогубства.

Як ускладнення терапії хвороби Паркінсона описує патологічний гемблінг K. Fujimoto (2008). Японський автор знайшов, що у хворих страждаючих екстрапірамідними розладами патологічна ігрова залежність зустрічається в 1,7-7 разів частіше чим у середньому в популяції. Пояснюючи причини цього явища автор вказує на ту обставину, що застосування антагоністів допаміну (леводопа і апоморфін, і особливо, праміпексол) може стимулювати допамінові рецептори глибоких ядерних структур субталамічної зони. Подібні дані наводять також D. Crockford та співавт. (2008), а також M. Lader та співавт. (2007), які встановили, що патологічний гемблінг зустрічається в 7% пацієнтів, що вживають допамінергічні лікарські засоби, а саме праміпексол і ропінірол. Автори вказують на складності лікування хвороби Паркінсона в таких пацієнтів, тому що для усунення симптомів патологічної ігрової залежності потрібне зниження дози антипаркінсонічних препаратів, що є неприйнятним.

На високу терапевтичну ефективність препаратів літію в пацієнтів з патологічним гемблінгом вказують E. Hollander та ін. Автори зумовили суттєве зниження рівня метаболізму глюкози в орбітофронтальній корі і в фронтальній медіальній корі у хворих в порівнянні з контролем. Застосування літію дозволило нормалізувати метаболізм глюкози та добитися стійкої ремісії. На неефективність застосування програм самообмеження в Інтернет-гемблерів вказують S.E. Nelson. За їхніми даними, гемблери, що обмежували розмір максимальної ставки робили більше ставок і грали в більше число азартних ігор. На думку авторів, більш важливим прогностичним критерієм є не розмір ставок, а час, витрачений на гру. Ефективність застосування карбамазепіну в лікуванні патологічного гемблінгу вивчалася D. Black та співавт. (2008). Пацієнтам з ігровою залежністю, що не мали проявів депресії, призначалися різні дозування карбамазепіну пролонгованої дії протягом двох тижнів. Тривалість катамнестичного контролю склала 10 тижнів (2,5

місяці). Ефективність лікування оцінювалася за допомогою шкали Yale-brown Obsessive-Compulsive Scale, адаптованій для застосування в патологічних гемблерів (YBOCS-PG). Недоліком даного дослідження є низька респонсивність учасників у катамнестичному періоді та малий обсяг вибірки, проте отримані результати, на нашу думку, заслуговують на увагу. Насамперед в учасників дослідження було отримано істотне поліпшення по шкалі YBOCS-PG ($P < .001$), 88% хворих відзначали суттєве зниження тяги до гри, 50% утримувалися від гри після завершення дослідження.

Досвід застосування налтрексону у лікуванні патологічного гемблінгу накопичений J.E. Grant, S.W. Kim, B.K. Hartman. За їхніми даними, застосування налтрексону у дозі 50 мг/доба може бути рекомендовано для включення до складу протоколів лікування ігрової залежності. З іншого боку, S.L. McElroy та ін. (2007) не вдалося довести клінічну ефективність антидопамінергічного препарату оланзапіну при патологічному гемблінгу.

З вищевказаного можливо зробити висновок, що найчастіше використовується монофармтерапія, яка має направленість на одну з ознак захворювання. На відміну від цього розповсюдженого підходу, ми застосовували комплексний терапевтичний метод, що охоплює низку патологічних ознак, нівелюючи чи корегуючи їх. У вказаному комплексі застосовані антиконвульсанти нового покоління, які не тільки нормалізують біоелектричну активність головного мозку, знищуючи патологічні еквіваленти, але є і коректорами настрою, тому ми відмовились від антидепресантів. Додатково включено у програму терапію атипичним нейролептиком для знищення сверцїнної симптоматики та тривалу психокорекційну роботу не тільки на стадії лікування, а і в період реабілітації. Результати власних досліджень наведено в другій частині монографії.

ГЛАВА 6

Профілактика та реабілітація патологічної схильності до азартних ігор

У багатьох країнах велика увага приділяється соціалізації гемблерів, проблемам само- і взаємодопомоги в середовищі гравців. Огляд вчених A. Roy, D. Smelson, S. Lindeken, (2006) містить бібліометричний і контентний аналіз публікацій присвячених групам «анонімних гемблерів», а також використанню науково-популярної літератури та відеопродукції, а також Інтернет-форумів і інших інтерактивних сервісів, адресованих гемблінг-залежним для лікування та профілактики ігрової залежності. На думку авторів, для осіб, які страждають даним поведінковим розладом і не мають можливості звернутися за професійною медичною допомогою, даний підхід може бути досить корисним. У той же час, дослідники вказують на те, що для його широкого впровадження в практику необхідні додаткові дослідження і створення уніфікованого протоколу контролю клінічної ефективності.

Російські дослідники І.Є. Аліджанова, Е.В. Кияєва, застосували нейротехнології у профілактиці адикції, використання яких є актуальним напрямком у теоретичній науковій роботі і експериментальних дослідженнях із нейросистем і нейроінформатики, у тому числі й у медицині. Нейронні сітки реалізують обробку інформації, аналогічну розумовій діяльності високоорганізованих живих істот. При цьому від користувача не потрібно спеціальних математичних знань, треба лише мати достатню кількість прикладів для настроювання адаптивної системи із заданим ступенем ймовірності. Розробка програми профілактики розвитку адиктивної поведінки включала наступні етапи. На першому етапі проводилося анкетування. Аналіз анкетних даних, дозволив виявити причини та взаємозв'язок адикції із внутрішніми відносинами, соціальними відносинами тощо. Отримані результати оброблялися за допомогою нейротехнологій. Використання нейронних мереж дозволило урахувати соціальні, психологічні (особистісний компонент), фізіологічні (у тому числі функціональні резерви, елементний статус), спадкоємні та інші причини адиктивної поведінки. Обсяг отриманих даних (близько 2500 анкет) дозволив використовувати широкий набір навчальних прикладів. У результаті на основі нейротехнологій була створена програма, що дозволяє з великою вірогідністю визначити можливість розвитку адиктивної поведінки. Подальша психокорекційна робота із профілактики розвитку адикції проводилася з виявленою групою ризику (gamling_info/list016/gth01).

Л.В. Цаплина, розглядає фізичну культуру, як аспект профілактики адиктивної поведінки у дітей та підлітків. Автором представлена теоретична база для здійснення досліджень із даної проблематики, розглядається питання формування гармонійної особистості підлітка за допомогою фізичної культури та спорту. Автор статті розглядає напрямки профілактичної і корекційної роботи з позицій комплексного розвитку фізичної та духовної сфери людини (www.addictiveproblem.narod.ru/024).

Модернізація системи освіти, припускає істотні зміни в педагогічній теорії і практиці навчально-виховного процесу. Об'єктивний прояв особистості виражається у всіх взаємодіях з навколишнім світом. У зв'язку із цим найважливішою складовою педагогічного процесу є індивідуально-орієнтована взаємодія вчителя з учнями, що має за мету різносторонній, вільний та творчий розвиток дитини. Сучасна педагогіка все частіше звертається до дитини, як суб'єкту навчальної діяльності, як до особи, що прагне до самовизначення та самореалізації.

Зміст освіти в новій ноетичній парадигмі визначається тим, що глобальні протиріччя часу долаються за допомогою комплексного розвитку фізичної і духовної сфери людини. Такий ефект пов'язаний із законом, що людина має вроджене прагнення до діяльної єдності зі світом і буттям. Розрив цієї діяльної єдності, або бездуховність, приводить людину до агресивності, антисоціальних дій, саморуйнування. В сучасних умовах збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління, його духовно-моральний і фізичний розвиток стають найважливішими державними завданнями. Проблема адиктивної поведінки дітей та підлітків являє собою загрозу здоров'ю населення, економіці та соціальній сфері країни. Зменшення уваги до виховних аспектів дозвілля, приводить до поширення стихійних форм проведення вільного часу. Сьогодні в його структурі переважають розважальні види діяльності. З організації дозвілля дітей і підлітків майже повністю вийшли продуктивні та змістовні форми проведення часу, які замінюються видами діяльності, орієнтованими на спільне проведення вільного часу, конформізм, демонстративність поведінки, агресивність. Для більш глибокого розуміння виникнення порушення поведінки, пов'язаного з виникненням патологічної залежності від об'єкта потягу, і розробки на цьому підґрунті ефективних підходів до його профілактики доцільно розглядати ігроманію, у структурі більш широкого явища, позначуваного, як адиктивна поведінка.

Подолання стресових ситуацій, непевності в собі, подолання тиску середовища, справжнього або уявного, у випадку адиктивної поведінки досягається втечею від реального життя за допомогою зміни пси-

хічного стану, відходу у світ мрій та фантазій, де проблеми «дозволяються самі», що різко порушує адаптацію людини, як у соціальному, так і в біологічному плані. При корекційній роботі з підлітками, що мають особистісні і емоційні проблеми, слід спиратися на афективне (емоційне) навчання. Цей підхід до профілактичної роботи концентрується на відчуттях і переживаннях індивіда, його навичках розпізнавати їх та керування ними. Афективне навчання базується на обліку того, що адиктивна поведінка частіше розвивається в осіб, що мають труднощі у визначенні та вираженні емоцій, що виявляють інтраперсональні фактори ризику – низьку самооцінку, слабо розвинені навички прийняття рішень. У рамках реалізації корекційної роботи можна виділити кілька напрямків: підвищення самооцінки, що навчаються; визначення значущих особистісних цінностей; розвиток навичок розпізнавання та вираження емоцій, навичок прийняття рішень; забезпечення оптимального рухового режиму з урахуванням вікових особливостей.

Не менш важливим фактором, виникнення адиктивної поведінки молоді, є поширення неформальних молодіжних організацій із специфічними груповими нормами, цінностями та способами поводження. Саме ця особливість структуризації молодіжного середовища полегшує формування моди на «наркокультуру», «пивний спосіб життя», ігromанію, залежність від спілкування в Internet і т.п. Як правило, різного роду об'єкти потягу при формуванні адиктивної поведінки детерміновані атрибутикою певної групової субкультури. Найбільш доступною ефективною та явно недооціненою сферою діяльності, здатною сформувати в дітей, підлітків та молоді надійні і стійкі ціннісні позиції є фізична культура та спорт. Світовий і вітчизняний досвід показує, що фізична культура та спорт мають універсальну спроможність у комплексі розв'язувати проблеми підвищення рівня здоров'я населення, виховання й освіти дітей, підлітків і молоді, формувати здоровий морально-психологічний клімат у суспільстві. Сфера спорту також спирається у своєму підґрунті на засадах об'єднання малих груп (спортивної команди): виховання в команді будується на принципах взаємовиручки й солідарності, будучи реальною альтернативою адиктивної поведінки. Величезний соціальний потенціал фізичної культури та спорту необхідно повною мірою використовувати у профілактиці виникнення різних видів адикції, оскільки це найменш витратний і найбільш результативний важіль форсованого морального і фізичного оздоровлення дітей, підлітків і молоді. Соціальна діяльність дітей, підлітків та молоді через засоби фізичної культури здатна забезпечити духовно-моральну діяльність, чому служать практичні зразки фізичної культури,

таким явищем можна вважати освоєння цінностей і знань, формування мотивів і потреб у фізичному розвитку, що віддзеркалюють у собі здоровий спосіб життя, сформований власною особовою активністю. Враховуючи специфічні особливості розвитку фізичної культури й спорту при побудові профілактичної діяльності необхідно: вивчити можливості фізкультурно-спортивної діяльності в організації роботи із профілактики адиктивної поведінки серед дітей, підлітків та молоді; впровадити найбільш ефективні форми побудови фізкультурно-спортивної діяльності; визначити форми педагогічної взаємодії різних сфер діяльності; розробити оптимальну модель і шлях реалізації педагогічних і управлінських дій по формуванню стійких позицій протистояння дітьми, підлітками та молоддю адикціям.

При виробленні стратегії первинної фізкультурно-спортивної профілактичної діяльності необхідно, по-перше, враховувати специфічний вплив занять фізичною культурою та спортом на особу підлітка, сутнісні характеристики спорту, як соціального феномена й, по-друге, механізми поширення адикції серед молоді. Таким чином, стратегія первинної фізкультурно-спортивної профілактичної діяльності повинна передбачати проведення активних профілактичних заходів, спрямованих на формування особистісних ресурсів, що забезпечують розвиток у дітей, підлітків та молоді соціально-нормативного життєвого стилю з домінуванням цінностей здорового способу життя. Впровадження в спортивно-педагогічному середовищі інноваційних спортивних технологій, що забезпечують освоєння цінностей фізичної культури і спортивного стилю життя, повинно сприяти розвитку позиції і активності в досягненні спортивних результатів, успішної та відповідальної поведінки в боротьбі за спортивні показники, як особисті, так і командні успіхи. Сьогодні в поняття «здоров'я» вкладається більш широкий зміст, чим колись: воно повинно включати такі форми поведінки, які дозволяють покращувати життя людини, робити її більш змістовною, благополучною. Разом з тим, вистави про збереження здоров'я в підростаючого покоління варіюються в різних культурах і на різних історичних етапах. Здоров'я має біомедичну, соціальну, економічну, духовну та інші складові. Вирішення завдання із залучення до занять спортом дітей та підлітків можливо через систему установ додаткової освіти дітей спортивної спрямованості, організацію масових спортивних заходів, забезпечення доступності спортивних залів (стадіонів) для дітей у позаурочний час. Сьогодні є педагогічна база та досвід для вдосконалення технологій, розвитку ефективних форм і способів організації та проведення позитивно-орієнтованої фізкультурно-спортивної діяльності з метою формування та ведення здорового способу життя.

Соціальна активність молоді також є важливим фактором профілактики адиктивної поведінки. Б.І. Хасан та М.В. Ричков вказують, що типові профілактичні засоби проводяться без урахування вікових особливостей ризику, а їх ефективність оцінюється лише по кількості проведених заходів. Профілактика адикції повинна бути адресною, своєчасною і адекватною віку (zdorov.ru/smotri/0101).

Для вирішення цього завдання необхідно не тільки мати картину динаміки ризику в підлітковому віці, але й бачити «зони ризику» освітнього простору. Зміна розподілів за ступенем ризику дозволить здійснювати прогнозування, отже, і ефективної профілактики.

В основній частині робіт, присвячених діагностиці «груп ризику» адиктивної поведінки, виділялися такі фактори, як сімейна ситуація, рівень домагань, самооцінка та т.п. Усі ці фактори ми віднесли б до супутніх, але далеко не атрибутивні, що не дозволяє проникнути в суть явища. Виділено три основні фактори ризику, що задають динаміку ризику адиктивної поведінки в підлітковому віці: готовність до ризикованої поведінки; інтерес до об'єкта адикції; модальність соціальних установок.

У профілактиці адиктивної поведінки, а саме патологічної схильності до азартних ігор, важливо врахувати низку різноманітних факторів, таких як родина. Сім'я – це найперший інститут соціалізації дитини. У формуванні адиктивних механізмів батьківське програмування має велике значення. За цим сценарієм людей успадковує не тільки захворювання, але й спосіб взаємодії із середовищем. Тому якщо батькам властиво відчувати страх перед реальністю та шукати розради, що досягаються в контакті з адиктивними агентами, те й діти успадкують і цей страх і спосіб захисту – відхід від реальності. У виборі адиктивних агентів дитина може піти по лінії батьків або знайти свої пріоритети. Зовсім не обов'язково, наприклад, що, якщо один або обидва батька алкоголіки, то дитина не уникне долі батьків. Сильніше може виявитися антисценарій. (Наприклад, син алкоголіка вибирає професію лікаря-нарколога).

Особливої уваги заслуговує проблема созалежності. Родини з адиктивними батьками приводять на світ людей двох типів: адиктів і тих, хто піклується про адиктів. Таке сімейне виховання створює визначену сімейну долю, яка виражається у тому, що діти із цих родин стають адиктами.

Також, як адикт здобуває цінність адиктивним агентом, також созалежна людина все більше фіксується на адикті, його поведінці, його адиктивному агенті та т.п. Цей соадикт змінює свою власну поведінку у відповідь на стиль життя адикта. Зміна поведінки може включати спро-

би контролю над проведенням часу, над соціальними контактами, особливо з тими, хто теж має адиктивні проблеми. Созалежний намагається за всяку ціну утримати гармонію у сім'ї, прагне ізолювати себе від зовнішніх активностей. Він опиняється у своїй основі фіксованим на адикті і його стилі життя. Риси, характерні для созалежності: комплекс відсутності чесності (заперечення проблем, проекція проблем на когось, зміна мислення настільки виражена, що вона носить характер надцінних утворень); нездатність розпоряджатися своїми емоціями здоровим способом (нездатність виразити свої емоції, постійне пригнічення емоцій, заморожені почуття, відсутність контакту із власними почуттями, фіксація на якійсь одній емоції (образа, помста та т.п. і невміння відволіктися від неї); нав'язливе мислення (формально-логічне мислення, створення формули та підпорядкування всього цій формулі); дуалістичне мислення (так чи ні без нюансів); перфекціонізм; зовнішня референція (спрямованість на інших); низька самооцінка внаслідок останнього; прагнення створити враження, керувати враженнями, що засновані на почутті сорому; постійна тривожність та страх; ригідність; часті депресії та т.п.

Великий вплив на повсякденне життя та перспективи розвитку людини, яка росте робить загальна освіта. На школу покладають найважливіші функції: передача знань, культурних і моральних цінностей, допомога у соціальній адаптації й виробітку адекватної соціальної поведінки, сприяння особистісному зростанню. Але не завжди школа виконує свої функції. Більше того, деякі освітні системи та підходи можуть сприяти формуванню і зміцненню адиктивних механізмів. Школа не тільки не перешкоджає однобічній фіксації на навчальній діяльності або окремих її видах, але може сама провокувати цю фіксацію, підкріплювати її як бажану й схвалювану діяльність. Нерідкі випадки, що коли були відмінники, обдаровані діти, стаючи дорослими, але зберігши звичну стратегію пошуку відчуттів, вибирають такі важкі форми адиктивної поведінки, як алкоголізм або наркоманія, а зараз все частіше і поведінкові адикції, зокрема лудоманію.

У багатьох школах знання, головним чином, транслюються. Паралельно із трансляцією знань транслюються погляди, переконання, способи взаємодії з світом, які, на жаль, можуть представляти із себе не гнучкі, що застигли і невідповідні теперішньому моменту патерни.

Не менш важливим інститутом соціалізації є засоби масової інформації. Їхня заслуга велика в багатьох сферах громадського життя: культурі, політиці, економіці, освіти і вихованню та ін. Але разом з тим, вони вносять свій внесок у відрив людей від реальності, пропонуючи індустрію відчуттів замість повноцінним взаєминам,

дають готові зразки думок і вчинків. Телебачення більшою мірою роз'єднує людей. Вони розучуються спілкуватися. Члени родини можуть вечорами після роботи й навчання збиратися біля екрану телевізора на кілька годин, перекидаючись лише репліками із приводу переглянутого, але не приділивши уваги проблемам і інтересам один одного. Багато знаходять у телебаченні ефективний, на їхній погляд, шлях уникнення проблем. Часом екранні персонажі кажуть про те, що реальність нудна, складна, непередбачена, і тому треба відволіктися, розслабитися, відпочити. Деякі люди можуть прийняти це як формулу виживання й зробити для себе висновок, що вживати якісь дії, переорганізувати свій життєвий план — це все більші витрати, що краще просто відсторонитися. Емоційна подача матеріалу може сприяти швидкому та міцному засвоєнню подібних формул. Релігія відіграє важливу роль в історії, культурі і моральному кодексі суспільства. У важкий для людини час він звертається до релігії, і вона дає йому віру, надію та сили для протистояння важким випробуванням. Але коли мова йде про різноманітні секти, то частіше це є також прояв адиктивної поведінки і теж призводить до руйнації особистості.

Відаючи належне неповторній індивідуальності кожної конкретної особи, слід зауважити, що будь-яке суспільство в реальний історичний відрізок часу здобуває загальні ментальні параметри, що дозволяють говорити про психічне здоров'я націй.

Стрімко змінюється звичне середовище та формується нова обстановка, що не має чітких орієнтирів, що сприяє розвитку і посиленню екзистенціальних страхів перед реальністю. Соціально-економічні труднощі загострюють міжособистісні конфлікти, що сприяє роз'єднанню членів суспільства. Втрата в кризовий час почуття внутрішнього комфорту, рівноваги, безпеки стає для багатьох вирішальним фактором у виборі адиктивної стратегії поведінки у відповідь на вимоги середовища. Зростає кількість адиктивів у суспільстві. Усе більше в ці адикції втягується молодь. Поряд із соціально-економічними факторами розвитку і зміцненню лінії адиктивної поведінки сприяють деякі невірні переконання, стійкі стереотипи та настанови. Насамперед, багато з людей не схильні приймати на себе відповідальність за те, що з ними відбувається. Це значною мірою породжує бездіяльність або пошук відповідальних. Так багато покладають відповідальність на уряд, начальство, своїх близьких та інших. Невміння й небажання жити у сьогоденні проявляється в надцінним відношенні до минулого, коли люди мешкають постійними спогадами про минуле. Вони занурюються у ностальгію, якщо минуле було світлою плямою в їхньо-

му житті, або в глибоку всесвітню скорботу, якщо минуле принесло багато болю і розчарування. На противагу цьому явищу спостерігається інше, коли людина занурена у фантазії про майбутнє, ілюзорно малює собі картини майбутнього в тому світлі, у якому йому хотілося б його бачити, при цьому, не замислюючись про те, що він сам міг би зробити щось реальне в сьогоденні, щоб забезпечити собі майбутнє. Надмірне захоплення романтикою теж вносить свою лепту у відрив людини від реальності. У своїх романтичних поривах люди стають запеклими аматорами природи. Це не стосується тих, хто іноді залишає гамір міст і відправляється в первозданний світ природної краси й гармонії, щоб відпочити та набратися сил. Небезпека в тому, що деякі роблять це своїм стилем життя. Нехтуючи неупорядкованість і непередбачуваність дійсності, не вирішуючи проблем, вони постійно йдуть у ліс, у гори, на риболовлю, на полювання, знаючи, що там вони одержать ті відчуття, завдяки яким запанує гармонія. Але ці люди впадають у залежність від такої гармонії. У родинях вони часто натрапляють на нерозуміння і докори, тому що, виявляється, треба вирішувати реальні проблеми - виховувати дітей, облаштовувати житло, заробляти гроші, приділяти увагу подружжю і т.п. Іноді у якості реклами різноманітних видів адиктивної поведінки, може виступити таке близьке і необхідне всім нам почуття, як почуття гумору. Безсумнівно, це почуття допомагає легше йти по життю, але занадто вже смішними в жартах і анекдотах виглядають алкоголіки, наркомани та ігромани. У деяких людей, у чинність їх особистісних особливостей, це може закріпити їхню лінію поведінки, тому що можливість виглядати смішним для деяких є одним із способів самовиразу, самопрезентації або захисту.

Профілактика адиктивної поведінки повинна торкнутися всіх сфер життя підлітка: родини, освітнього середовища, суспільного життя в цілому.

Етапами профілактичної діяльності можуть стати наступні складові: діагностичний, що включає в себе діагностику особливостей, які можуть вплинути на формування адиктивної поведінки (підвищена тривожність, низька стресостійкість, нестійка я-концепція, низький рівень інтернальності, нездатність до емпатії, некомунікабельність, підвищений егоцентризм, низьке сприйняття соціальної підтримки, стратегія уникнення при подоланні стресових ситуацій, спрямованість на пошук відчуттів та ін.), а також одержання інформації про положення дитини в сім'ї, про характер сімейних взаємостосунків, про склад сім'ї, про його захоплення та здатностях, про його друзів і інших можливих референтних групах. Інформаційно-просвітницький етап,

що представляє собою розширення компетенції підлітка в таких важливих галузях, як психосексуальний розвиток, культура міжособистісних стосунків, технологія спілкування, способи подолання стресових ситуацій, конфліктологія й властиво проблеми адиктивної поведінки з розглядом основних адиктивних механізмів, видів адиктивної реалізації, динаміки розвитку адиктивної процесу і наслідків; тренінги особистісного росту з елементами корекції окремих особливостей і форм поведінки, що включають формування й розвиток навичок роботи над собою.

Традиційно, профілактика усіх адиктивних станів підрозділяється на первинну, вторинну та третинну. Первинна профілактика здійснюється шляхом соціально-гігієнічних заходів і психологічних тренінгів цільових груп (соціальне навчання «навичкам життя»). Мета первинної профілактики – шляхом попередження про згубність зловживань та залежностей, інформування і просвітницької діяльності, а також психологічними методами, підготувати суспільство і індивідумів до зустрічі із різноманітними формами адиктивної поведінки. Вторинна профілактика хвороб залежності – це індивідуальна профілактика, спрямована на раннє виявлення та створення мотивації до лікування. В структурованому молодіжному середовищі вона є необхідною але на сьогоднішній день відсутньою ланкою профілактичної охорони здоров'я. З одного боку, відчувається недолік технологічно пророблених програм, що включають у себе й раннє виявлення «груп ризику» і мотиваційний тренінг. З іншого боку, молодь, вийшовши з неповнолітнього віку, перестає бути активним об'єктом уваги багатьох профілактичних структур, хоча вимагає до себе серйозного підходу в силу придбання життєвого досвіду. Республіканським наркологічним диспансером Татарстану розроблена програма активної контрадиктивної інтервенції – це вторинна профілактика всього спектру хімічної залежності із застосуванням методик наркологічного, психологічного та лабораторного скринінгу, групового мотиваційного тренінгу та індивідуального психотерапевтичного консультування.

Третинна профілактика спрямована на запобігання інвалідності головним чином шляхом реабілітаційних заходів. У наркології охоплює досить важку галузь – важкі випадки після кількарізових рецидивів та безуспішного лікування.

Таким чином, заходи які застосовуються для профілактики адиктивної поведінки при нехімічній залежності практичні ті ж самі, що і при хімічній, яка є більш відомою. Ми бачимо, що профілактичні міри, також дуже схожі і за змістом третинна профілактика це вже і є саме

реабілітація. Тому нами на тлі відомих підходів, створено власний підхід до втілення профілактично-реабілітаційних мір у лудоманів та оцінено у наведеному дослідженні його ефективність, що описано у фінальній частині цієї книги.

ЧАСТИНА ДРУГА

ВЛАСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ – ДИЗАЙН ТА РЕЗУЛЬТАТИ

*«Той хто шукає, змушений блукати»
І. Гете «Фауст»*

ГЛАВА 1

Загальні характеристики проведеного дослідження

Дослідження виконувалось протягом 2005-2011 років у Одеському регіоні, а саме: на базі клініки Одеського національного медичного університету, Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні №1, приватного медичного центру «Доктор Благо Плюс» та приватного медичного центру «Інтерклінік-Од», інколи хворі також звертались до Одеського обласного психоневрологічного диспансеру, Одеського обласного наркологічного диспансеру та кафедри психіатрії, наркології з курсом медичної психології Одеського національного медичного університету. Всі хворі звернулись за нашою допомогою самостійно. Обстеження, лікування та реабілітація проводились, як правило, амбулаторно. Обстежені були лише чоловічої статті (окрім соціально-демографічного дослідження). Вік досліджених був від 18 до 54 років, що надавало змогу стверджувати про однорідність груп та відсутність істотних вікових особливостей.

У ланках поставленої мети та для вирішення сформованих завдань дослідження, за 2005-2011 року, було обстежено 517 осіб, які відповідали за критеріями Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм та причин смерті (10-й огляд) діагнозу патологічна схильність до азартних ігор, з них за критеріями включення/виключення обрано групу з 473 осіб, які дали згоду на обстеження та медичну допомогу. У якості контрольної групи було використано дані, зібрані при обстеженні 114 осіб, що страждають психічними та поведінковими залежностями у наслідок вживання алкоголю, які проходили стаціонарне лікування, і другою контрольною групою були здорові добровольці (78 осіб, що мали життєвий досвід участі в азартних іграх), які дали згоду на обстеження для отримання середніх показників у сучасному суспільстві.

Група патологічних гравців (основна) у свою чергу розподілена на три підгрупи, за способом терапевтичної допомоги. У першій підгрупі

застосовано комплексну психофармакотерапію (схема проведеної фармакотерапії наведена нижче у відповідному розділі, а також проведено психотерапію), у другій підгрупі призначено використано тільки фармакотерапію, і у третій – використана тільки психотерапія. При необхідності та наявності соматичних захворювань призначалось різноманітне додаткове лікування.

Схема дослідження було послідовною. Спочатку проведено розширене дослідження, у якому використано систему епідеміологічного моніторингу з метою встановлення поширеності патологічної схильності до азартних ігор шляхом скринінгового обстеження різних верств населення, включно з найбільш уразливою для даної патології категорії підлітків та юнаків. Для скринінгу використовувалась широко розповсюджена анкета з 20 питань, яка запропонована асоціацією анонімних гемблерів «Gamblers Anonymous» (більше п'яти тисяч заповнених анкет опитувальника анонімних гемблерів, у межах проведеного нами скринінгового дослідження репрезентативних соціальних груп, серед яких біля 1,5% опитаних виявляли відповідність діагнозу - патологічної схильності до азартних ігор; а більш 40% осіб продемонстрували наявність досвіду участі у азартній грі). Анкета наведена у додатку №1.

В основу збору анамнезу та клінічного опису обстежених були покладені схеми, глосарії, принципи та методи проведення психіатричних досліджень. Всі отримані результати були занесені до спеціально розробленої індивідуальної реєстраційної форми, яка відображала початкові дані та відбивала їх зміни у процесі терапії та у термін ремісії. Клінічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ю та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. У її межах проводилась кількісна і якісна оцінка скарг та виявлення психопатологічних порушень стосовно різних психічних сфер.

У всіх обстежених вивчались параметри соціальної адаптації, такі, як рівень освіти, сімейний стан, фах, місце роботи, судимість тощо. Також у карту заносилися вік хворого та дані клініко-інструментального обстеження: вимірювався ріст, вага, стан вегетативного гомеостазу, частота серцевих скорочень, динаміка артеріального тиску, частота пульсу та температура тіла, обов'язково проводилось декілька разове електрокардіографічне обстеження. Біохімічний метод застосовано для вивчення різних показників функціонування детоксикаційних функцій організму (біохімічні показники – аланін амінотрансфераза та аспартат амінотрансфераза) у комплексі з загальним аналізом крові та загальним аналізом сечі (проводився на першому, другому та восьмому візиті). Все це було необхідним, як для включення обстеженого у групу дослід-

ження (за обраними критеріями відбору) так і для контролю у ході лікування (відомо про можливі порушення, які спричиняє вживання антиконвульсантів), тому ЕКГ та аналіз АЛТ, АСТ проводився мінімум тричі. Оцінювався соматичний та неврологічний статус. Ретельно виявлялися клінічні симптоми та синдроми психіатричної патології.

Анамнестичним методом з'ясувалися особливості зростання та розвитку особистості, різні аспекти виховання у сім'ї, спадкова обтяженість, соматичні захворювання у минулому та у теперішній час, давність ігрової поведінки, також він застосувався для аналізу можливої схильності до адиктивних хвороб.

Всі досліджені пройшли такі психодіагностичні та експериментально-психологічні методики: патохарактерологічний діагностичний опитувальник Леонгарда-Шмішека, тест ціннісних орієнтацій М. Рокіча у редакції Н.В. Кірчевої, Н.В. Рябчикової (тест заповнювали всі обстежені на першому відвідуванні та на останньому, після трьох років ремісії), тест змістовожиттєвих орієнтацій (перший та восьмий візит), а також шкали особистісної та реактивної тривоги Спілбергера та депресії Цунга (перший та восьмий візит), госпітальна шкала тривоги і депресії (перший візит), тест на визначення схильності до поведінки, що відхиляється за А.Н. Орлом (перший візит) та методика визначення рівню суб'єктивного контролю (перший візит). Також кожний обстежений заповнював розроблений нами мотиваційний опитувальник для з'ясування мотивів участі у азартній грі (Патент України на корисну модель А61В 10/00 № 47406 від 25.01.2010 №u200911269 Бюл. № 2) на першому, третьому та восьмому візиті.

Частині патологічних гравців, що звернулися по нашу допомогу проводилось електроенцефалографічне дослідження з метою вивчення біоелектричної активності головного мозку на комп'ютерному 16-канальному електроенцефалографі Expert «Тредекс», але за «технічних» обставин, ми не змогли зробити його всім хворим, тому маємо не повні дані за цим видом обстеження і це є напрямком наступних досліджень.

На зустрічах при спілкуванні із хворими та їх родичами оцінювалась ефективність терапії за показниками клінічної динаміки процесу та тривалості ремісії. Клініко-фармакотерапевтичним та клініко-психотерапевтичним методами проведено оцінку власної комплексної терапії патологічних гравців. Статистично оброблено отримані дані за допомогою програми відповідної поставленої мети SPSS 11.0 та прикладного пакету програм «Statistic for Windows. Release 6.0», електронних таблиць Excel 7.0.

ГЛАВА 2

Загальний опис методів, що використано у власному дослідженні

2.1. Метод і форма збору анамнезу, клінічного обстеження та спостереження за хворими

В основу збору анамнезу та клінічного опису обстежених були покладені схеми, глосарії, принципи та методи проведення психіатричних досліджень. Всі отримані результати були занесені до спеціально розробленої індивідуальної реєстраційної форми, яка відображала початкові дані та відбивала їх зміни у процесі терапії та у термін ремісії. Розроблена форма мала низку протоколів відвідування з відбиттям в них отриманих даних та застосованих медичних заходів, що у достатній мірі дозволяли відображати стан хворого та динаміку терапевтичного процесу (індивідуальні реєстраційні форми). Клінічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ю та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. У її межах проводилась кількісна і якісна оцінка скарг та виявлення психопатологічних порушень стосовно різних психічних сфер.

У всіх обстежених вивчались параметри соціальної адаптації, такі як, рівень освіти, сімейний стан, фах, місце роботи, судимості тощо. Відбивалась, якщо мала місце спадкова обтяженість, соматичні захворювання, давність ігрової поведінки, суб'єктивні скарги, клінічні симптоми та синдроми. Також у карту заносилися прізвище, ім'я та ім'я по-батькові хворого, його вік та дані фізикального обстеження: зріст, вага, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, температура тіла. Оцінювався соматичний та неврологічний статус. Заносилися інструментальні та лабораторні дані: результати електрокардіографії, висновок електроенцефалографії (при його існуванні), загального аналізу сечі, загального та біохімічного аналізу крові.

До форми внесено результати всіх психодіагностичних методик: патохарактерологічного діагностичного опитувальника Леонгарда-Шмішека, і як ноетичні – тест ціннісних орієнтацій М. Рокіча і тест змістовожиттєвих орієнтацій, а також використано шкали особистісної та реактивної тривоги Спілбергера та депресії Цунга, госпітальна шкала тривоги и депресії, тест на визначення схильності до поведінки, що відхиляється, метод визначення рівню суб'єктивного контролю. У групі лудоманів додатково застосовувався розроблений нами мотиваційний опитувальник для з'ясування мотивів участі у азартній грі, який

давав змогу оцінити загальне мотиваційне напруження, індекс мотиваційного напруження та за сформованими шкалами виявити домінуючу мотивацію прийняття участі в азартній грі, що також відбивалося у формі.

У формі є параграф – призначене лікування: медикаментозне та психотерапевтичне, терапія супутніх захворювань. Катамнестичні дані про тривалість та якість ремісії у пацієнтів, враховувались у послідовному заповненні низькі форми, загальним терміном більш три роки. У разі виходу хворого з дослідження, зберігалися всі заповнені форми з отриманими його особистими даними, але у кінцевому результаті вони не обчислювались. Всі результати, а також самі дослідження, наприклад електрокардіограми, електроенцефалограми, аналізи сечі та крові, зберігалися разом з індивідуальними реєстраційними формами та журналами дослідження.

Результати, отримані кожним з перерахованих методів оброблялись програмою для статистичної обробки даних та використовувались процедури первинної та вторинної (насамперед кореляційної та варіаційної) статистики. Цей метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної статистики та критерієм Вілкоксона для непараметричної. Додатково обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента для визначення ймовірності розбіжностей між групами. Математична обробка результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакету програм «Statistic for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0., SPSS 11.0.

Все це дозволяло математично підтверджувати однорідність сформованих груп, репрезентативність вибірок, достовірність виявлених розбіжностей та інших параметрів на кожному з етапів дослідження. Таблиці с первинними даними та внутрішні математичні розрахунки не роздруковувались, але зберігалися на електронному носії у вигляді CD-R диску.

2.2. Метод збору загальних даних дослідження та характеру перебігу хвороби

Цей метод поєднував у собі вивчення параметрів соціальної адаптації та клініко-анамнестичний метод, за допомогою яких обстежено всіх хворих, які звернулись до консультативної клініки Одеського національного медичного університету протягом 2005-2011 гг., а також до наркологічних кабінетів за місцем проживання за вказаний відрізок часу, до того ж за будовою цієї схеми обстежено і особи з обох контрольних груп.

У співбесіді з кожним пацієнтом ми дотримувались загальноприйнятої схеми збору анамнезу, яку викладено у підручниках та керівництвах з психіатрії (Рибаков Ф.Е., 1917; Осипов В.П., 1923; Гіляровский В.А., 1935). Спочатку збиралися паспортні дані хворого (але сам паспорт у хворого ми не запитували, щоб не починати взаємодію з недовіри один до другого, тому що за таких умов плідний комплаєнс був би неможливим): прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, національність, освіта, професія, місце роботи, посада, сімейний стан, адреса, записувались зі слів хворого.

Обставини звернення за медичною допомогою враховувались наступні: як давно виникла думка звернутися до лікаря, самостійно це зробив чи ні, де отримав інформацію про наш центр дослідження, звернувся за допомогою первинно або повторно (який раз).

Скарги хворого, які ми розподілили на суб'єктивні, ми пропонували самим хворим, а саме: негативний емоційний фон, самопочуття, напруга, вегетативна лабільність, наявність головних болів, запаморочень, відчуття потреби в ігровій діяльності та порушення здатності контролювати час участі у грі, неможливість зупинити участь у грі, збільшення частоти та тривалості участі у грі, наполегливі думки про різні ігрові ситуації, звуження кола інтересів, сон і його особливості, апетит, суїцидальна ідеяція тощо.

Сімейний анамнез: стан здоров'я (або причина смерті) батьків та інших близьких родичів. Наявність серед родичів випадків психічних та нервових захворювань, судомних випадків, самогубств, осіб з патологічними рисами характеру, хворих на алкоголізм чи наркоманію, хворих сифілісом та іншими хронічними інфекційними захворюваннями, ендокринними і обмінними розладами.

Анамнез життя: внутрішньоутробний період – вік батьків, від якої по вагітності матері народився обстежений, стан здоров'я матері під час вагітності (інфекційні захворювання, токсікози, спроби переривання вагітності), народився терміновими родами або недоношеним, пологи протікали нормально або з патологією (родова травма, щипці, асфіксія). Ранній розвиток – розвивався правильно або із затримкою (мова, ходьба, інтереси), ознаки органічної неповноцінності головного мозку, носові кровотечі, сноходіння, нічні жахи, енурез, судомні явища та марення при високій температурі, умови, у яких виховувався (у сім'ї, родичів, дитячому будинку, особливості сімейної ситуації, наявність інших дітей у сім'ї, взаємостосунки між батьками, положення хворого у родині, матеріально-побутові умови). Період навчання – у школі, технікумі, інституті, здібності, успіхи в навчанні, поведінка, улюблені предмети, захоплення, заняття спортом, суспільне навантаження, взаємини з

товаришами. Якщо було військове навчання, як справлявся з ним, дисципліна; якщо був звільнений достроково або звільнений від військової служби, вказати причину. Трудова діяльність – де, а також по якій спеціальності працював, чи часто змінював місце роботи й чому, успіхи та невдачі, просування по службовим сходам, ставлення до виконуваної роботи, наскільки задоволений нею, взаємини з колегами, начальниками і підлеглими, громадська діяльність. Статеве життя та родинний стан: поява статевого потягу, початок статевого життя і його особливості, статеві збочення. Одруження і взаємини з дружиною, присутність дітей. Склад власної родини та її матеріально-побутові умови.

Перенесені захворювання та інші шкідливі фактори, починаючи з раннього дитинства: рахіт, спазмофілія, токсична диспепсія, пневмонія, менінгіт та дитячі інфекції, їхні ускладнення, ревматизм, бруцельоз, туберкульоз, венеричні захворювання, малярія, грип, простудні захворювання, хронічно вогнища гнійної інфекції (тонзиліти, отити, хронічна пневмонія та інші), захворювання внутрішніх органів, обміну речовин, ендокринних залоз, голодування, авітамінози, черепно-мозкові травми, отруєння (професійні, харчові), зловживання алкоголем, наркотиками (з якого часу, як часто і у якій кількості, явища абстиненції), психічні травми та тривалі конфліктні ситуації.

Анамнез хвороби: коли з'явилися і у чому виражалися перші ознаки захворювання, які фактори передували цьому, як розвивалися симптоми надалі. У хворих, що звернулись повторно, ті ж відомості необхідно одержати і про попередні випадки, а також про те, як закінчувалися ці ситуації, скільки часу тривали, яке одержував лікування, тривалість інтервалів між зверненнями та стан хворого в ці періоди (ступінь працездатності, зміна характеру, залишкові явища хвороби).

Психічний стан: у психічному статусі описано тільки наявну симптоматику, якщо така була, але за критеріями відбору, таких хворих у дослідження ми не включали. Ступінь орієнтування у власній особистості, у місці, у часі, охоплення ситуації в цілому, розуміння мови, подій, що відбуваються, дізнання навколишніх предметів, можливість установлення контакту із хворим. Сприйняття: агнозії, синестезії, ілюзії, галюцинації, псевдогалюцинації, зміст цих переживань і ставлення хворого до них, об'єктивні ознаки галюцинацій, явища дереалізації та деперсоналізації. Увага, а саме: виснаження, підвищена розсіяність. Пам'ять: відсутність в пам'яті минулого досвіду, запам'ятовування та відтворення поточних і недавніх подій, випадання пам'яті на певні періоди (амнезії), виборче забування де яких ситуацій («витиснення»), дифузійні розлади, помилкові спогади (конфабуляції та інші форми).

Мислення: порушення асоціативних процесів: прискорення, затримка, патологічна докладність, в'язкість, резонерство, символіка та розірваність мислення, астеничність, незв'язливість мислення, неологізми. Патологічна продукція мислення: марення, надцінні ідеї, нав'язливі переживання (фобії, ритуали), їх зміст, ступінь систематизації, актуальність для хворого. Інтелект: запас знань та вистав, коло інтересів, виконання арифметичних дій, розуміння символіки слова, прислів'їв, приказок, метафор, тести на узагальнення, установлення подібності та відмінності, складання класифікації. Вольова сфера: діяльність та поведінка; активність, прагнення до діяльності і спілкування, прагнення бути в центрі уваги, вимогливість, претензійність, настирливість, розв'язність у поведінці, стеничність, агресивність, педантизм, акуратність, пасивність, підвищена сугестивність, повна бездіяльність, відсутність інтересу до своєї долі, плани на майбутнє, недбалість у туалеті, неохайність, безглузді вчинки. Порушення інстинктів: харчового (відмова від їжі, ненажерливість, поїдання неїстівних предметів); статевого (статеве збудження, мастурбації, цинічні висловлювання, розмови на сексуальні теми, схильність оголюватися та нападати на осіб іншої статі, збочений прояв сексуальності); оборонного (імпульсивна агресивність, прагнення до руйнівних дій, несвідомий жах, тривога, прагнення до самогубства). Порушення міміки, мови та руху: вираз обличчя (смутне, радісне, злісне, перелякане, байдуже, безглузде, недостатньо жвава, або неадекватна міміка, посмішки, гримаси); жести (природні, театральні, бідність або надмірність виразних рухів); мова (голосна, тиха, швидка, повільна, незрозуміла, змазана, повний або частковий мутизм, афазія моторна, сенсорна, ехोलалія); довільні рухи (прискорені, уповільнені, природні, плавні або незграбні, кутасті, манірні); пасивна підлеглисть, стереотипія, активний і пасивний негативізм, амбівалентність, явища апраксії; пози (вигадливі, незручні). Емоційна сфера: емоційні реакції та їх особливості: збудливість, лабільність, легкодухість, невідповідність емоцій змісту подій, об'єктивної ситуації та поведінці хворого, амбівалентність почуттів, егоцентризм, збіднення емоцій і почуттєва тупість. Настрій: пригноблений, тужливий, похмурий, боязкий, тривожний, напружений, злісний, піднятий, екстатичний, ейфоричний, байдужий, апатичний, нестійкий.

У неврологічному стані відмічалось відсутність явної патології чи наявність неврологічного діагнозу. Соматичний стан також вказувалось, що він без патології чи є терапевтичний діагноз.

Лабораторні та інструментальні дослідження описано у формі у вигляді результатів, додатково збережено дослідження чи його відбиток.

Вказувалось, яке призначено лікування, як фармакологічне так і психотерапевтичне.

Висновок: коротке обґрунтування синдромологічної оцінки стану хворого та передбачуваної етіології захворювання, розгорнуте формулювання нозологічного діагнозу з зазначенням клінічної форми та стадії розвитку і ускладнень, прогноз відносно подальшого перебігу, течії захворювання та можливостей соціально-трудової реадаптації.

У ході бесіди було ретельно зафіксовано усі результати опитування, обстеження та лікування. Особливу увагу приділено: 1) особливостям ігрової діяльності суб'єкта у періоді раннього дитинства; 2) давності контактів пацієнта з об'єктами гри, насамперед ігровими автоматами; 3) продовжності періоду, протягом якого пацієнт відмічав у себе хворобливий потяг до гри з ознаками непереборності; 4) частоті рецидивів, наявності та тривалості періодів утримання від гри; 5) співвідношення доходів та матеріальних втрат під час гри; 6) швидкості зворотного розвитку різних симптомів та синдромів залежності у результаті лікування; 7) віддаленим результатам лікування за даними катamnестичного дослідження.

Всі результати цих спостережень, та інших досліджень було формалізовано та внесено у базу даних, яка мала формат електронної таблиці Excel.

Результати, отримані клініко-анамнестичним методом було використано для виявлення взаємозв'язків між стажем «ігрової діяльності» на момент звернення за допомогою (за нашим припущенням, що базується на результатах скринінгового дослідження, один з провідних маркерів прогредієнтності) та іншими маркерами прогредієнтності процесу формування залежності від гри на автоматах (особливості ігрової діяльності суб'єкта у дитинстві, продовжність періоду, протягом якого пацієнт відмічав у себе хворобливий потяг до гри з ознаками непереборності, частота рецидивів, наявності та тривалості періодів утримання від гри та інші).

Описаними методиками були обстежені групи хворих з різним рівнем прогредієнтності патологічної схильності до азартних ігор, які виділено на етапі клініко-анамнестичного дослідження.

Методом опитування матерів пацієнтів (Є.А. Мерфі, Г.А. Чейз, 1979) з'ясовували наявність у досліджуваної групи хворих на патологічну схильність до азартних ігор родичів першого та другого ступенів родинності. Приймалися до уваги хвороби, на які страждали всі родичі, ретельно вивчалися особливості їхньої поведінки. На підставі цієї інформації нами у кожному окремого випадку було складено родовід.

Об'єктом представленого дослідження були психічні та поведінкові розлади внаслідок патологічного потягу до азартних ігор, але предметом дослідження були клініко-патогенетичні та соціо-ноогенні закономірності формування та розвитку психічних та поведінкових розладів у осіб з патологічною схильністю до азартних ігор, які мають бути враховані на рівні оптимізації лікувального процесу. Що не можливо було дослідити тільки на сформованих клінічних групах, тому робота має дві частини, відокремлені сформованими вибірками, але єдині за змістом.

Всім пацієнтам повідомлялося, що проводиться наукова робота, метою якої є з'ясування причин та динамічних характеристик залежності від азартних ігор, вивчення явища ігроманії в цілому та індивідуальних відмінностей у кожному окремому випадку. У ході бесіди з пацієнтами підкреслювалося, що їх участь у даному дослідженні добровільне і вони в будь-який момент часу можуть від нього відмовитися. Уточнювалося, що вони можуть не називати свого справжнього прізвища, імені, адреси, перервати дослідження на будь-якій стадії, не відповідати на будь-який тест або запитання, але при відповідях повинні бути максимально правдивими.

Було проведено розширене дослідження, у якому використано систему епідеміологічного моніторингу з метою встановлення поширеності патологічної схильності до азартних ігор шляхом скринінгового обстеження різних верств населення, включно з найбільш уразливою для даної патології категорії підлітків та юнаків. Для скринінгу використовувалась широко розповсюджена анкета з 20 питань, яка запропонована асоціацією анонімних гемблерів «Gamblers Anonymous» (отримано 5192 заповнених анкет опитувальника анонімних гемблерів, у межах проведеного нами скринінгового дослідження репрезентативних соціальних груп, що дало змогу серед опитаних виявити відповідних діагнозу - патологічна схильності до азартних ігор та осіб с наявністю досвіду участі у азартній грі, які відбивали умовну групу ризику). Всього опитано 2923 чоловіків (56,30 %) та 2269 жінок (43,70 %) віком від 16 до 70 років. Важливим було те, що всі хворі які самостійно звернулись по нашу допомогу з приводу патологічної схильності до азартних ігор, не приймали участь у скринінговому дослідженні. Це зроблено виходячи з того, що скринінгу проводився серед різних верств населення, яке не виявляло ознак вказаного захворювання, а включення категорії гравців, що звернулись до нас порушило б загальні правила проведення соціологічних досліджень (про які ми вже нагадували у підрозділі з першої частини книги) та отриманий результат був би статистично не вірним (похибка була б вище максимально допустимої величини) виходячи з

поставленої мети моніторингу. За результатами опитування встановлено, що розповсюдженість ПСАІ серед популяції Одещини склала 4,6% осіб; група ризику стосовно розвитку ПСАІ становила 13,0%, а досвід азартної гри мали 24,2% респондентів.

Враховуючи заплановану послідовність дослідження, наступним кроком було формування клінічних груп, які об'єднали пацієнтів з діагнозом патологічна схильність до азартних ігор, одну основну (473 осіб) з діагнозом патологічна схильність до азартних ігор. Яка у подальшому за терапевтичним підходом розподілена на три підгрупи та дві групи застосовані у якості контрольних. Це група здорових осіб (78 осіб), для порівняння отриманих даних з середніми показниками норми до та після лікування, та група осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю (114 осіб), для порівняння отриманих даних патологічних гравців, як не хімічних адиктів з даними алкоголь-залежних, як і хімічних адиктів. Всі обстежені були чоловічої статі, віком від 18 до 54 років.

Вказані два дослідження не зважаючи на єдину мету, мали ще декілька різниць: за джерелом отримання інформації, у скринінгу ці особи, які відбирались за правилами проведення соціологічного опитування, у клінічному дослідженні особи, які самостійно звернулися за медичною допомогою. У епідеміологічній частині роботи приймали участь особи чоловічої та жіночої статі, у клінічній – тільки чоловіки, у перших вік був обмежений тільки нижньою ланкою у 16 років (повноліття), у других – обмеження в віці 18-54 роки. Кількість епідеміологічно обстежених 5192 хворих, клінічно – 473 осіб. Скринінгове дослідження не мало практично ніяких критеріїв включення та виключення у дослідження, у той час як клінічне мало низку таких зауважень. У подальшому ці дві популяції співставлені за низкою показників. Виходячи з цього можна зробити висновок, що за широтою охоплення та ступенем близькості до генеральної сукупності епідеміологічне дослідження сильно перевершує клінічне, але останнє у свою чергу, більш детально та повно розкриває інформацію в кожному конкретному випадку захворювання. Це зумовлює мету порівняння характеристик у подальшому виконанні дослідження й особливостей обох обстежених популяцій та їх взаємодоповнення.

2.3. Соціально-демографічний метод вивчення патологічної схильності до азартних ігор

Цей розділ присвячений вивченню поширеності патологічної схильності до азартних ігор серед різних верств населення. Подібні дослідження мають досить важливе значення у сучасній наркології та адик-

тології. Наприклад, власне епідеміологія ставить перед собою широкі, об'ємні завдання. При плануванні подібного дослідження формується репрезентативна група населення, складається науково-дослідна програма, що враховує множини факторів – у першу чергу соціально-психологічних та клінічних. Соціальний спектр факторів при проведенні епідеміологічних досліджень включає економічний і юридичний аспекти, а також культуральні, етнічні особливості досліджуваної групи, наприклад, відмінності традицій споживання алкоголю, сюди ж належать фактори географічні, кліматичні, тобто максимально враховується специфіка тих регіонів, де проводиться дослідження. Базою для здійснення епідеміологічного аналізу слугує статистика. Аналіз статистичних даних змушує думати, бачити суть проблеми та робити відповідні висновки.

Концепція розуміння соціально-демографічних показників з позицій системного підходу до теперішнього часу фактично сформувалась. Вона припускає, що внутрішньою причиною будь-якого суспільного процесу є взаємодія біологічних та соціальних факторів, а не конкретний вплив якого-небудь фактора на людину (саме взаємодія, а не вплив одного компонента системи). Вивчення процесу на будь-якому рівні може дати інформацію для оцінки та прогностичних висновків про зміни в інших ланках системи. Крім того, зрозуміло, що профілактичні та лікувальні заходи не будуть давати ефекту, якщо при їхній розробці і плануванні не будуть враховані ієрархічні зв'язки і взаємодії у системі процесу в цілому. Поняття «епідеміологія» визначається як медична дисципліна, що вивчає розповсюдження та просторово-тимчасову концентрацію в населення дорів'я і хвороби. У цей час саме епідеміологія займається всіма захворюваннями, незалежно від того, характерні чи ні для їхньої частоти коливання, які можна визначати як «епідемічні». Однією з серйозних перешкод при здійсненні дійсно епідеміологічних досліджень у наркології, за спільним визнанням епідеміологів в усьому світі, є труднощі виявлення цих хворих.

Проведене власне соціально-демографічне дослідження є унікальним завдяки кількості вибірки (5192 особи – власно анонімного скринінгу та 665 пацієнтів з трьох груп клінічного дослідження), та внаслідок специфічності підходу до його проведення. Отримані дані дають змогу за низкою характеристик порівнювати (враховуючи коефіцієнт розбіжності) групи дослідження, основні – які були досить ретельно вивчені та анонімну скринінгову групу, яка досліджена за меншою кількістю характеристик, але дані отримані в основних групах, теоретично можливо поширювати і на епідеміологічну вибірку і на гендерну сукупність у цілому. Подібних досліджень нами не виявлено ні в Україні, ні за її межами.

Нами було використано систему розповсюдження тесту з метою встановлення поширеності патологічної схильності до азартних ігор шляхом обстеження різних верств населення, включно з найбільш уразливою для даної патології категорії юнацького віку. Для чого використано широко розповсюджену анкету, яка запропонована асоціацією анонімних гемблерів «Gamblers Anonymous» та налічує більше шестидесяти тисяч осіб, у всьому світі, які заповняли цей опитувальник, що і підтверджує його валідність та ефективність використання, за допомогою якого було виявлено осіб, що відповідають діагнозу патологічна схильність до азартних ігор, тих, хто має досвід участі у азартній грі. Цей опитувальник досить часто зустрічається у різноманітних дослідженнях вчених з багатьох країн світу. У Інтернет просторі, також багато посилань на різні модифікації цієї методики, стосовно перекладу, комбінації питань, підрахування результатів. Опитувальник налічує двадцять питань, які присвячені участі в азартній грі та наслідків такої участі. Нами за основу взято перекладений на російську мову англomовний американський оригінальний варіант опитувальника, переклад його зроблено з корекцією на культуральні особливості, тому деякі словосполучення у опитувальнику мають мовні розбіжності, а у деяких випадках трохи відрізняється і зміст питання, але генеральний план опитувальника є цілком збереженим. У підрахуванні оригінальна версія пропонує проводити між наступним чином: 0-6 балів людина не залежна від азартних ігор, 7-20 балів, випробуваний страждає на патологічну схильність до азартних ігор.

Також враховуючи умови досвіду населення, а саме анонімність, ми не мали змогу зробити картотеку, але у кожного хто заповнив анкету ми запитували вік, а також на другому боці аркушу ми позначали стать опитуваного. Більше того перед проведенням діагностики ми за принципами ієрархії потреб особистості за Маслоу, ціннісних орієнтацій М. Рокіча та сенсожиттєвих орієнтацій за тестом СЖО, зробили з запропонованих асоціацією анонімних гемблерів «Gamblers Anonymous», 20 питань зробили блоки питань по аспектам з поєднуючих ознак, а саме питання за номерами 1, 2, 3, 6, 13 ми віднесли до соціальної (та сімейної) деструкції статусу особи, питання за номерами 4, 15, 18, 19, 20 до емоційно важливої наповненості особи, питання 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 до наявності obsесивного потягу та питання 16 і 17 до вегетативного компоненту чи еквіваленту компульсивного потягу. Враховуючи принципи анонімності, ми не мали змогу зробити картотеку, але у кожного, хто заповнив анкету ми запитували вік, а також на другому боці аркушу ми позначали стать опитуваного.

При обробці отриманих даних ми мали змогу оцінити верстви населення з більшим відсотком вражених залежність від азартних ігор та групи ризику за статтю і віком. У практичному плані це ключ до будови адекватної профілактики у суспільстві адиктивних захворювань, зокрема різновиду поведінкової залежності – лудоманії.

Запропонований для скринінгу опитувальник мав наступні питання (у повному власному вигляді він представлений у додатку № 1):

1. Випадало Вам пропускати навчання або роботу через азартні ігри?
2. Захоплення азартними іграми негативно позначається на обстановці у Вас дома?
3. Зашкоджують азартні ігри Вашій репутації?
4. Зазнаєте Ви каяття сумління після гри?
5. Ви граєте в азартні ігри в надії виграти гроші або щоб віддати борги?
6. Впливає захоплення азартними іграми на Вашу працездатність?
7. У Вас є бажання після програшу скоріше повернутися та відігратися?
8. Після програшу у Вас є бажання залишитися та виграти ще більше?
9. Ви грали на останні гроші?
10. Позичали Ви гроші на гру?
11. Продавали Ви що-небудь із метою дістати гроші на гру?
12. Вам важко витратити на повсякденні потреби гроші, відкладені на гру?
13. Сприяє гра тому, що ви зневажливо ставитися до добробуту свого та своєї родини?
14. Грали Ви довше, ніж планували?
15. Допомагає Вам гра позбутися стресу або поганого настрою?
16. Робили Ви протизаконні вчинки з метою отримати гроші на гру?
17. Приводила гра до порушень сну?
18. Коли ви розстроєні, чи хочеться вам грати? Чи є невдачі в житті поштовхом до гри?
19. У Вас буває бажання відзначити за грою якусь радісну подію?
20. Були у Вас періоди розпачу?

За умовами запропонованими асоціацією анонімних гемблерів «Gamblers Anonymous», особа є залежною від азартних ігор, якщо відповіла «так» на сім та більше запитань, з усіх двадцяти, які містяться у опитувальнику. Нами також додатково розподілено на два підтипи кількість відповідей, а саме 3-6 відповідей «так» ми віднесли до групи ризику, та 1-3 відповіді «так», це особи з ігровим досвідом.

Наведений розподіл дав змогу при проведенні аналізу проведеного дослідження, виявити ймовірніші вікові групи у яких частіше виникає залежність. Адекватно оцінити у суспільстві групи ризику до формування ігроманії не тільки за віком, а ще і статтю, також виявити схильності особистості до залежності, наприклад за сформованими нами блоками питань, які розподілено на соціально-сімейні цінності, особистісні риси людини чи як наслідок психологічної та фізичної залежності.

Отримані дані оброблено за допомогою математичної програми Statistics та SSPS 11.0 параметричними та непараметричними методами, проведено кореляційний та факторний аналіз, знайдені статистичні закономірності та співвідношення між різними аспектами відповідей на анкетування.

Опитування здійснено за правилами соціологічних опитувань. Соціологічне дослідження – це система логічних послідовних методологічних та організаційно-технологічних процедур, поєднаних між собою єдиною метою: отримати достовірні об'єктивні дані про досліджуване явище. Воно має наступні етапи:

1. Підготовчий: на якому відбувається розробка програми дослідження.
2. Основний: містить у собі проведення самого дослідження.
3. Завершальний: іде обробка, аналіз даних, а так само формування висновків.

Головною вимогою до проведення соціологічного дослідження є репрезентативність вибірки, яка означає, що за обраними параметрами (критеріями) склад обстежених наближається до відповідних пропорцій у генеральній сукупності. Між тим завжди існує застереження, що строго репрезентативну вибірку за всіма важливими для проблематики дослідження характеристиками зробити не можливо, тому слід гарантувати репрезентацію за головним напрямком аналізу даних, яким у нашому дослідженні було, багата кількість спостережень на представниках обох статей та різного віку, що надало змогу виявити у середовищі окремих груп за власними характеристиками для практичного підтвердження теоретичних обґрунтувань. Також є правило, що чим більше враховано параметрів, тим більш репрезентативною є вибірка, умовно прийнято такою вважати вибірки мінімум з трьома характеристиками, у нашому дослідженні їх більше.

Міра вибіркової моделі у структурі генеральної сукупності оцінювана помилкою вибірки, а межі припустимої помилки знову таки залежать від мети дослідження.

Широко застосовується приблизна оцінка надійності результатів вибіркового дослідження, яка для звичайних вибірок складає 3-10%, для зручності частіше використовують 5 % рівень помилки, для подібних типів дослідження та масивів вибірки (довірчий інтервал 0,05).

Існує і зворотний взаємозв'язок – за умови довірчого інтервалу з 5 % статистично значущою помилкою, для аналізу таблиць, що включають до шістьох ознак, обсяг вибірки повинен бути не менше тисячі респондентів, у нашому дослідженні їх більше п'яти тисяч, що є загальном достатнім.

Вибірка здійснена з урахуванням умовного розподілу суспільства на різноманітні групи, кількість опитуваних розраховано за формулою – розрахунок обсягу вибірки:

$$\text{Обсяг вибірки} = \frac{1}{\chi^2 + 1/N} \quad (2.1.)$$

де N – обсяг гендерної сукупності;

χ^2 помилка, яка частіше складає 5 %, $p=0,05$

Однак важливо помітити, що перебільшена увага до формально-статистичних критеріїв ймовірності висновків (і тим більше їх абсолютизація) за рахунок якості вихідної інформації і якості аналізу, свідчить про соціологічну недосвідченість, не можна забувати про реальну природу явищ, які знаходяться за цифрами та математичними формулами. Тому при аналізі отриманих даних, ми залишили за собою право на трактування отриманих результатів з урахуванням наших знань і досвіду спілкування з суспільством.

Власне анонімне скринінгове дослідження мало дві загальні вибірки. Перша кількість опитуваних (3781 чол.) була зроблена на особах обох статей, віком від 16 років, верхнього обмеження не було, але найбільший вік склав 67 років. Опитування проводилось на території Одеського регіону: у школах, офісах, клубах, магазинах, власних домівках та інших установах, де ми мали змогу його провести. Все це фіксувалося у журналі проведення дослідження. Опитуваним роздавалася ксерокопія анкети, після чого він мав час на знайомство з нею, а потім заповнював та повертав її досліднику. Обов'язковим було від обстеженого одержати будь який надпис у анкеті, іноді це власноруч робили дослідники зі слів суб'єкта, коли він не має зовсім ніякого відношення до азартних ігор, досвіду та зацікавленості у іграх. У більшості випадків випробуваний робив будь який надпис, типу: не граю, чи це питання не до мене, чи просто хрестиком позначав анкету тощо. На зворотному боці дослідник відмічав стать опитуваного та його вік. Потім дані, отримані з анкет вносились до таблиці. Її елект-

ронний варіант додається на диску з первісною документацією, а паперовий зшивається та нумерується. При перенесенні отриманих даних у таблицю відмічалась стать опитуваного, вік, та скільки відповідей з якого блоку питань він вибрав. Далі вказана вибірка була збільшена до 5192 осіб за рахунок проведення подальшого опитування. Друга вибірка — це остаточний варіант для використання у рамках даного дослідження.

Анкети було оброблено за допомогою програми SPSS 11.0, а точніше табличні дані, які перенесено у електронний формат з паперового носія. При первинному обробленні основної скринінгової групи нами отримана певна кількість осіб за статтю, віком, вказаними блоками відповідей, що відображено у доданих на електронному носії матеріалах. Проведено також факторний та кореляційний аналіз отриманих даних, що також відображено у вигляді математичних даних, графіків та гістограм, які частково наведені далі, а частково, враховуючи великий обсяг отриманої інформації, були опубліковані у фахових виданнях протягом 2009-2011 років.

За загальними правилами у соціальному опитуванні має бути вступ, опис проблеми, гіпотеза, яку буде підтверджено дослідженням, власна анкета, результати дослідження, їх аналіз, висновок, портрет середнього опитаного, рекомендації. За таких принципів і зроблено власне наведене опитування. Також описано всі дефініції, які повинні бути у соціальному опитуванні. Наприклад, вибірка (вибіркова сукупність), яка обов'язково є у всіх соціологічних дослідженнях.

Вибірка — це сукупність елементів об'єкта соціологічного дослідження, що підлягає безпосередньому вивченню. Також вибірка — це сукупність способів, прийомів, процедур добору елементів об'єкта, одиниць спостереження та вивчення при масових соціологічних дослідженнях. В соціологічних дослідженнях вибіркою називають частину генеральної сукупності, що має головні її властивості (критерії репрезентації).

Більшість соціологічних досліджень носять не суцільний, коли вивчаються всі елементи об'єкта, а вибіркового характеру. При розгляді будь-якої схеми побудови вибірки мають бути враховані як мінімум два фактори: наявність або відсутність об'єктивності при доборі. Урахування цих факторів дає наступні основні типи вибірки: випадкова та квазівипадкова, імовірна, цільова та побудована на основі судження. Вибірка може бути сформована і з допомогою різних способів сегментації досліджуваної сукупності (наприклад, при вивченні міського населення сегментації піддається або територія міста — за кварталами, ділянками, вулицями, або саме населення — за типами сімей, групами населення тощо). Окрім одиниць, що утворюють саму вибірку, розрізняють одиниці добору (підприємство, цех, двір, квартира, родина) та одиниці спостереження, опитування, дослідження. Розбіжність між ними фіксує можливу невідповідність характеристик дже-

рела інформації та отримуваних від нього відомостей, що підлягають оцінці при утворенні вибірки. В останні десятиліття сформувалася теорія малих вибірок, а також техніка коригування вибірок за допомогою ЕОМ. Особливе місце в теорії вибірки посідають питання оцінки, а також природи та величини помилок, що виникають при дослідженнях. Критерієм оцінки якості вибірки (не єдиним) є її репрезентативність.

Репрезентативність – властивість вибірки відображати характеристики досліджуваної (генеральної) сукупності. При дослідженні до вибірки необхідно включати групи в тих пропорціях, в яких вони є в самій сукупності. Досягнення репрезентативності вимагає досить повного знання структури генеральної сукупності та точного поставлення цілей її опису, ретельної організації дослідження.

До критеріїв репрезентації відносяться: територіальний аспект, вік, стать, соціальний статус, фах, освіта, національність. Групи людей, виділені в сукупність відповідно до критеріїв репрезентації називаються об'єктами репрезентації. Більшість вибірок має багатоступеневий характер. Розділення генеральної сукупності на однорідні одиниці називається районуванням (стратифікацією). Виділення всередині району відносно однорідних одиниць називається кластеризацією, гніздуванням або серійною вибіркою. Дисперсія – показник неоднорідності сукупності. Районування та кластеризація сукупності порушують принцип випадковості попадання в одиницю вибірки.

При формуванні вибірки треба дотримуватися принципу ймовірності та випадковості. Відхилення параметрів вибіркової сукупності від властивостей генеральної сукупності називають помилкою вибірки. Мінімальна помилка – 1%, забезпечується дуже рідко, максимальна – 40%. Вибірка розраховується за формулою 2.2.:

$$n (\text{обсяг}) = 1/d^2 + 1:N$$

Де d – припустима помилка вибірки, N – обсяг генеральної сукупності, n – обсяг вибіркової сукупності.

Основні різновиди вибірки:

1). Випадковий добір – коли кожна одиниця сукупності має однакову або майже однакову ймовірність потрапити до вибірки. Помилку можна завдати тільки для випадкової вибірки. Випадковий добір може бути повторним, безповторним, випадковим механічним або за допомогою таблиці випадкових чисел.

2). Невипадковий – квотна вибірка, це відбір респондентів для кожної з підгруп, передбачений чисельністю цих підгруп, тобто розраховується за формулою: $p = N/n$.

3). Стихійна вибірка – пресові опитування, добір собі подібних, опитування першого зустрічного тощо.

Важливо приділити окрему увагу статистичному методу аналізу отриманих соціологічних даних. При аналізі даних в соціологічних дослідженнях застосовують як математико-статистичні методи, розроблені на інших галузях знання (факторний, дисперсійний, регресивний та кореляційні аналізи, методи класифікації), так і створені для потреб соціології (приміром, детермінаційний аналіз). Розглянемо деякі з них.

Дисперсійний аналіз – це метод, призначений для виявлення впливу окремих незалежних один від одного ознак, які називаються факторами (А, В, С. . .) на певну досліджувану ознаку Х. Наприклад: фактор А – освіта, фактор В – стать. Розглянемо вплив А та В на задоволеність працею (ознака Х). Фактор А має три градації (1 – середня, 2 – спеціальна, 3 – вища), В – дві (1 – чоловік, 2 – жінка), а ознака У – певний індекс задоволеності працею. Складається таблиця. Потім за формулами обчислюється оцінка дисперсії. За допомогою критерію Фішера порівнюється отримана величина з табличною F_t ; якщо $F_t > F_a$ (для ознаки А), то вплив фактора А статистично є значущим.

Сутність: виділення та порівняння між собою різних компонентів дисперсії ознаки У. Порівняння компонентів дозволяє робити висновки про значущість або незначущість впливу окремого фактора на мінливість Х.

Методи класифікації – сукупність методів статистичного багатомірного аналізу. Методи класифікації дозволяють здійснити розбивання досліджуваної сукупності об'єктів на окремі групи (класи). Розбивання відбувається так, що об'єкти, віднесені до одного класу, вважаються схожими, а віднесені до різних класів – несхожими, різнотипними.

Об'єкти, що підлягають класифікації, описують сукупністю вихідних ознак, на підставі яких формуються класифікаційні ознаки. Методи класифікації застосовуються для побудови типологій соціальних явищ (об'єктів) та для перевірки гіпотез про існування таких типологій. Методи класифікації застосовують для стиснення інформації та для реалізації методів типологічного аналізу соціальних явищ.

При інтерпретації результатів застосування методів класифікації важливим є вибір способів описання отриманих класів. В якості таких можуть розглядатися, наприклад, розподілення як класифікаційних, так і вихідних ознак, основна мета інтерпретації – перехід від формальної класифікації до змістовної типології.

Кореляційний аналіз – сукупність методів оцінки коефіцієнтів, що характеризують кореляцію між випадковими величинами. Кореляція розглядається тоді, коли принаймні одна з величин залежить не тільки від даної іншої, але й від ряду випадкових факторів. Залежність

між двома випадковими подіями в тому, що умовна імовірність однієї з них при настанні іншої відрізняється від безумовної. Частіше використовується коефіцієнт кореляції, що дозволяє виявити взаємозв'язок двох випадкових величин. Якщо величини X_1 та X_2 незалежні, то K , розрахований за спеціальною формулою, дорівнює нулю. Про величини, для яких $r = 0$, кажуть, що вони некорельовані, $r = 1$ – якщо величини пов'язані лінійною функціональною залежністю.

Регресійний аналіз – дослідження залежності між залежною ознакою Y та незалежними $X_1 \dots X_n$; служить двом цілям – передбачення та пояснення. Методи регресійного аналізу використовуються в соціально-економічних дослідженнях для оцінок відношення попиту, при вивченні бюджету родини.

Факторний аналіз дозволяє уявити в компактній формі узагальнену інформацію про структуру зв'язків між спостережуваними ознаками досліджуваного об'єкта на основі виділення певних прихованих, не спостережуваних безпосередньо чинників.

Проведене нами на території Одеського регіону опитування, а точніше міста Одеси, у школах, офісах, клубах, магазинах та інших установах, де ми мали змогу його провести, все це фіксувалося у журналі проведення дослідження. Робота мала наступний вигляд, опитуваним роздавалася ксерокопія анкети, після чого він мав час на знайомство з нею, а потім заповнював та повертав її досліднику, обов'язковим було від обстеженого одержати будь який надпис у анкеті, іноді це власноруч робили самі дослідники зі слів опитуваного, навіть у тому випадку, коли він не має зовсім ніякого відношення до азартних ігор, ні досвіду, ні зацікавленості цим фактом. Таким чином ми отримали наступні статистичні дані, представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Описові статистичні характеристики загальної вибірки

Описові статистики загальної вибірки							
	стать	вік	к 1 (соц)	к 2 (особ)	к 3 (пси)	к 4 (фіз)	індекс
Загальна кількість	5192	5192	5192	5192	5192	5192	5192
Середнє	0,56	28,56	0,34	0,34	0,84	0,10	1,62
Медіана	1	26	0	0	0	0	0
Мода	1	19	0	0	0	0	0
Станд. відхилення	0,50	10,31	0,82	0,78	1,42	0,35	2,72
Асиметрія	-0,25	1,06	2,98	3,06	2,00	3,67	2,77
Станд. похибка асс.	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Експес	-1,94	0,76	9,86	11,12	4,27	13,87	11,13
Станд. похибка екс.	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
Мінімальне значення	0	16	0	0	0	0	0
Максимальне значення	1	70	5	5	8	3	20

Критерії Колмогорова-Смірнова для представленої вибірки свідчать про можливість опрацювання результатів тільки за непараметричними методами, параметричним методом можливо вивчення тільки окремих характеристик групи (див. таблицю 2.2.).

Таблиця 2.2.

Характеристика загальної скринінгової групи за критерієм КолмогороваСмірнова

Критерій Колмогорова-Смірнова для наведеної вибірки							
	стать	вік	к 1 (соц)	к 2 (особ)	к 3 (пси)	к 4 (фіз)	індекс
Kolmogorov-Smirnov Z	26,94	8,347	33,433	32,4616	26,83	38,03	22,0242
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Приведені загальні дані свідчать про досить ретельний методологічний підхід при вивченні отриманих статистичних величин, що дало змогу оцінити ситуацію з патологічної схильності до азартних ігор у суспільстві та на основі отриманих результатів зробити адекватні профілактичні програми, рекомендовані для втілення на різних ланках та рівнях діяльності.

За допомогою програми Statistical for Windows 6.0. та SSPS. 11.0., нами оброблені анкети, а точніше табличні дані, перенесені у електронний формат з паперового носія. Вивчено загальні статистичні дані скринінгових підгруп.

При первинному обробленні основної скринінгової групи нами отримано кількість осіб за: статтю, віком, блоками відповідей, що відображено у наступних таблицях:

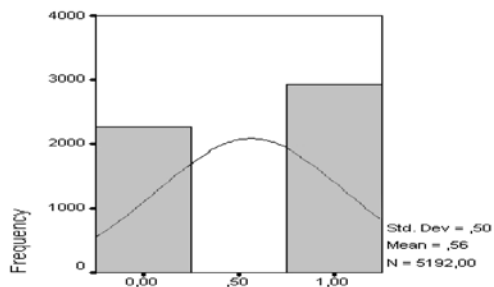
Таблиця 2.3.

Розподіл опитуваних за статтю

Стать	Кількість	Відсоток
0*	2269	43,701849
1*	2923	56,298151
Загалом:	5192	100

Примітка: 1 – чоловіки; 0 – жінки.

З наведеної таблиці ми бачимо, що кількість опитуваних чоловіків була більшою, 2923 проти 2269, що складає 56,30 % та 43,70 % відповідно, графічно це відображено на малюнку 2.1.



Мал. 2.1. Крива розподілу скринінгової групи за статевим показником

За віком ми розподіляли групи по класифікації ВОЗ: юнаки – 16-17 років, 18-29 особи молодого віку, 30-44 зрілі, 45-59 середній вік та 60-74 літні люди.

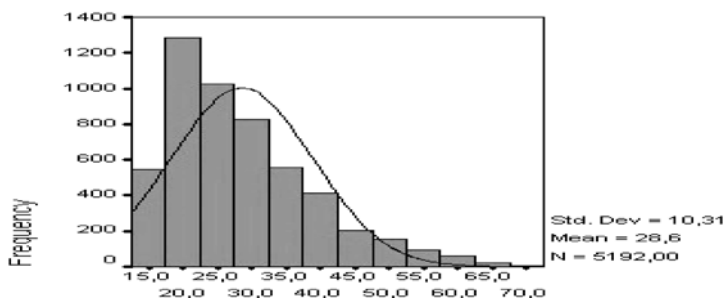
Таблиця 2.4.

Розподіл опитуваних за віком

Вік	Кількість	Відсоток	Вік	Кількість	Відсоток
16	279	5,37	43	56	1,08
17	268	5,16	44	50	0,96
18	221	4,26	45	37	0,71
19	285	5,49	46	30	0,58
20	232	4,47	47	33	0,64
21	282	5,43	48	28	0,54
22	265	5,10	49	33	0,64
23	241	4,64	50	32	0,62
24	238	4,58	51	33	0,64
25	158	3,04	52	29	0,56
26	188	3,62	53	26	0,50
27	198	3,81	54	27	0,52
28	169	3,26	55	19	0,37
29	142	2,73	56	14	0,27
30	179	3,45	57	9	0,17
31	171	3,29	58	9	0,17
32	164	3,16	59	14	0,27
33	117	2,25	60	14	0,27
34	132	2,54	61	12	0,23
35	100	1,93	62	10	0,19
36	117	2,25	63	11	0,21
37	91	1,75	64	4	0,08
38	92	1,77	65	4	0,08
39	74	1,43	66	1	0,02
40	100	1,93	67	1	0,02
41	90	1,73	69	1	0,02
42	60	1,16	70	2	0,04
Загалом: 5192 – 100%					

З таблиці ми бачимо, що більш за все респондентів було у віці від 16 до 24 років (від 4,26 % - вісімнадцятилітніх до 5,49 % дев'ятнадця-

тилітніх), менш за все було осіб у віці після 55 років (0,37 % та надалі по спадаючій), що цілком відповідає представникам клінічної групи дослідження, де вік був обмежений від 18 до 54 років. Кількість обстежених у скринінгової групі в віці 18-54 була 4520 (87 % від всіх), з них чоловіків 2545 (49%), від усіх, майже половина опитуваних відповідала гендерним характеристикам клінічних груп, що є важливим для будування паралелей між отриманими даними. Розподіл за статтю та статистична крива відображена на малюнку 2.2



Мал. 2.2. Крива розподілу скринінгової групи за віковим показником

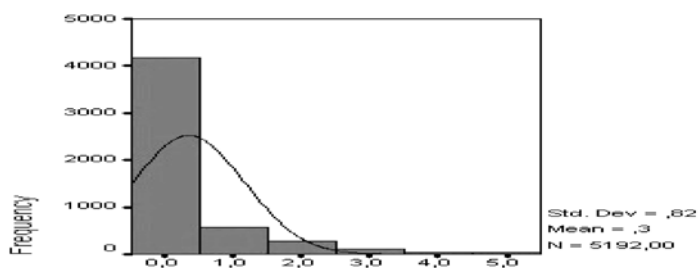
Як, було згадано, двадцять питань опитувальнику ми розподілили на блоки, за різними аспектами залежності. Розклад відповідей за групами представлено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Розподіл опитуваних за блоками питань та кількістю обраних відповідей за ними

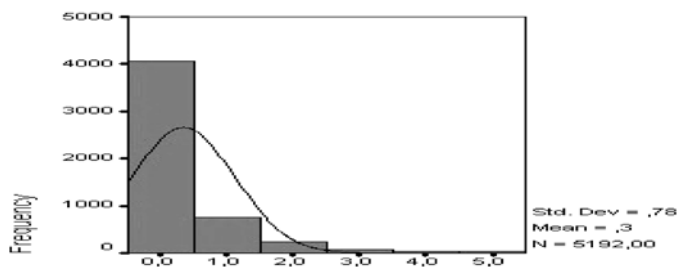
<i>Соціальні аспекти</i>			<i>Обсесивні аспекти</i>		
К1	Кількість	%	К3	Кількість	%
0	4172	80,35	0	3377	65,04
1	564	10,86	1	559	10,77
2	277	5,34	2	580	11,17
3	106	2,04	3	347	6,68
4	41	0,79	4	185	3,56
5	32	0,62	5	71	1,37
Total	5192	100	6	36	0,69
<i>Особистісні аспекти</i>			7	15	0,29
К2	Кількість	%	8	22	0,42
0	4066	78,31	Total	5192	100
1	747	14,39	<i>Компульсивні аспекти</i>		
2	234	4,51	К4	Кількість	%
3	78	1,50	0	4741	91,31
4	37	0,71	1	371	7,15
5	30	0,58	2	80	1,54
Total	5192	100	Total	5192	100

Таким чином, ми бачимо, що розподіл є вельми не пропорційним, більше респондентів обрало питання, віднесені нами до obsесивних компонентів залежності, частково це залежить від кількості таких запитань (в цьому блоку, їх вісім проти п'яти, п'яти та двох у інших частинах), але мотиваційний спектр питань не залежить від пропорційної кількості відповідей, а залежить від змісту питання та відповіді на нього, вказуючи власний досвід участі у грі. Порівняно з клінічною групою ми отримали досить схожі результати. На малюнку 3.3. представлено графік відповідей за першим блоком питань, а також крива розподілу.



Мал. 2.3. Відповіді за першим блоком питань та також крива розподілу

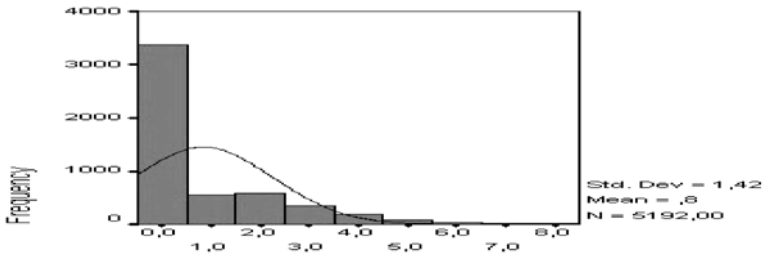
Наступний малюнок 2.4. відображає графік відповідей за другим блоком питань, та криву розподілу.



Мал. 2.4. Відповіді другого блоку питань і крива розподілу

Тут ми бачимо, що параметрична крива майже співпадає розподілом зі стовпчиками діаграми, це свідчить про можливість використання параметричних методів розрахунку.

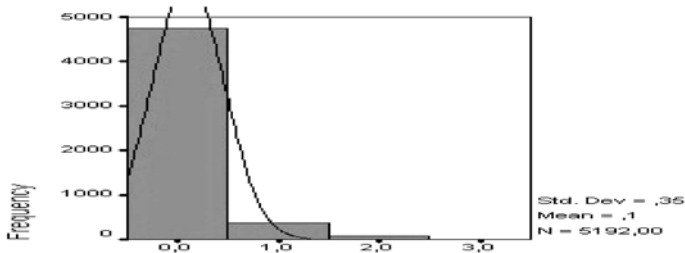
Малюнок 2.5. відображає графік відповідей за третім блоком питань, та параметричну криву.



Мал. 2.5. Відповіді третього блоку питань та параметрична крива

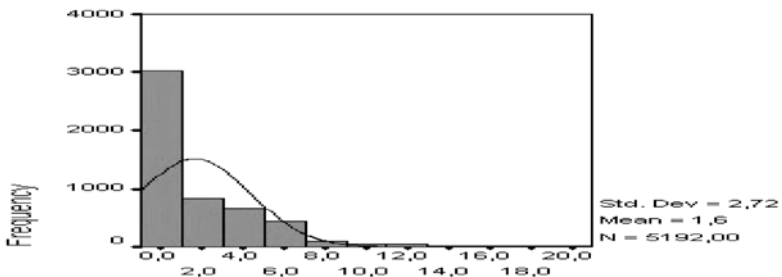
На малюнку параметрична крива не зовсім співпадає розподілом за стовпчиками діаграми, особливо у основному масиві відповідей, це свідчить про неможливість використання параметричних методів розрахунку.

Малюнок 2.6. відображає графік відповідей за останнім четвертим блоком питань, та параметричну криву.



На малюнку 2.6. параметрична крива у основному масиві відповідей співпадає з розподілом, це свідчить про можливість використання параметричних методів розрахунку.

Наступний малюнок 2.7. відображає графік відповідей за всіма питаннями, та параметричну криву.



На малюнку 2.7. параметрична крива у основному масиві відповідей не зовсім співпадає з розподілом, це свідчить про неможливість використання параметричних методів розрахунку.

Таблиця 2.6.

Розподіл опитуваних за загальною кількістю відповідей на кожне запитання

Кількість відповідей	Кількість осіб	Відсоток
0	3022	58,20
1	317	6,11
2	510	9,82
3	430	8,28
4	237	4,56
5	290	5,59
6	148	2,85
7	84	1,62
8	17	0,33
9	22	0,42
10	22	0,42
11	27	0,52
12	14	0,27
13	9	0,17
14	6	0,12
15	7	0,13
16	3	0,06
17	4	0,08
18	4	0,08
19	3	0,06
20	16	0,31
Загалом:	5192	100

З таблиці ми бачимо, що більше трьох тисяч респондентів не вказали жодної відповіді (3022 особи, це складає 58,2%), 1257 особи (24,2%), вказали від однієї до трьох відповідей, що вказує на наявність в них досвіду азартної гри. 675 (13,0%) опитаних обрали від чотирьох до шести пунктів, це так звана група ризику, особи з досвідом гри, але ті, що досягли ступеня залежності.

Кореляційний аналіз.

Отримав вищеперераховані результати ми провели кореляційний аналіз, за допомогою якого з'ясували, що за критерієм Кендела сильний кореляційний зв'язок мають так званий індекс (весь перелік з двадцяти питань) з блоком питань відбиваючих обсессивні аспекти залежності – $r=0,841$; та індекс з блоком соціальних аспектів – $r=0,628$; особистісних аспектів – $r=0,612$; з блоком компульсивних аспектів кореляція дорівнює $r=0,444$. Інші параметри мають слабкий кореляційний зв'язок, з віком кореляції майже зовсім не виявлено.

За Спірманом індекс з групою К3 складає $r=0,906$; він же з К1 - $r=0,685$; К2 - $r=0,667$; з віком також майже зовсім немає зв'язку.

Факторний аналіз.

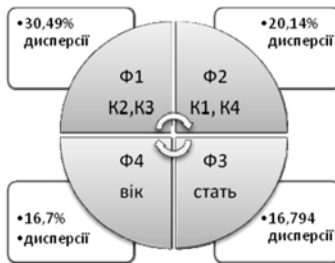
Загальні умови проведення процедури факторизації:

- значущість факторних навантажень вирішується за допомогою емпіричного порогу значущості (0,55);
- процедура проведена факторизації відносно рівня показника Індекс.

1. Факторна діаграма для загальної вибірки без участі показника Індекс (4 фактори обіймають 84,12% дисперсії вибірки). Rotated Component Matrix

Показники	Component			
	1	2	3	4
к2 (особ)	,876			
к3 (пси)	,759			
к1 (соц)	,632	,518		
к4 (фіз)		,920		
с т а т ь			,993	
в і к				,999

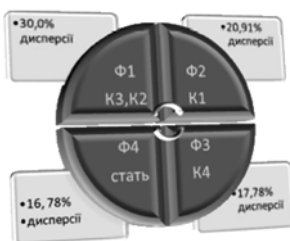
Примітка. Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



2. Факторна діаграма для Індекс=1 (4 фактори обіймають 85,47% дисперсії вибірки). Rotated Component Matrix

Показники	Component			
	1	2	3	4
к3 (пси)	,942			
к2 (особ)	-,912			
к1 (соц)		,926		
к4 (фіз)			,941	
с т а т ь				,944

Примітка. Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

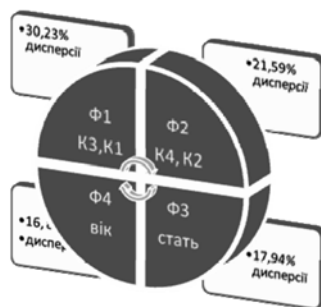


3. Факторна діаграма для **Індекс=7** (4 фактори обіймають 85,59% дисперсії вибірки). Rotated Component Matrix

Показники	Component			
	1	2	3	4
к3 (пси)	-,973			
к1 (соц)	,783			
к4 (фіз)		,849		
к2 (особ)	,412	-,744		
с т а т ь			,906	
в і к				,994

Примітка. Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Only cases for which **і н д е к с = 7** are used in the analysis phase.

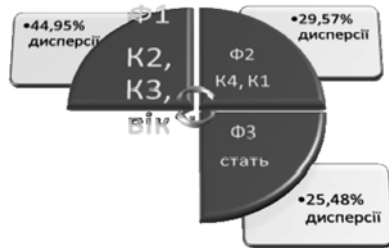


4. Факторна діаграма для **Індекс=17** (3 фактори обіймають 100,00% дисперсії вибірки).

Rotated Component Matrix

Показники	Component		
	1	2	3
к2 (особ)	,992		
в і к	,929		
к3 (пси)	-,818		
к4 (фіз)		-,962	
к1 (соц)		,759	
с т а т ь			,894

Примітка. Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



З вищенаведених графічних зображень та таблиць, бачимо вираженість факторів, їх взаємовплив та взаємозв'язок, що має практичну значимість при плануванні профілактичних програм, а саме на які блоки факторів слід в першу чергу звернути увагу, яку роботу треба проводити з населенням, хто є головною групою ризику та якими ознаками та багато іншого.

2.4. Gambling-UDIT- тест

Система audit-подібних тестів для комплексної оцінки адиктивного статусу індивіда і популяції була розроблена групою авторів (І.В. Лінський, А.І. Мінко, А.Ф. Артемчук та інші) з метою здобуття, як можна точнішої інформації не лише про поширеність різних видів залежності, але і про характер їх взаємодії між собою як на рівні популяції, так і на рівні окремої особи. Отримання такої інформації неможливо без адекватного інструментарію, здатного забезпечити комплексну оцінку всіма доступними спостереженнями сукупності пристрастей, зловживань і залежностей, що долають окрему людину або групу людей, тобто такого інструментарію, який здатний забезпечити комплексну оцінку актуального адиктивного статусу окремого індивіда або популяції в цілому.

Зіставлення пристрастей і залежностей якісно різного походження можливо лише в тому випадку, якщо їх оцінка здійснювалася в єдиному вимірювальному масштабі, з використанням єдиного понятійного апарату. Підштовхнуло авторів до розробки власного інструментарію, саме відсутність у доступній літературі, присвяченій методам виявлення, оцінки пристрастей і залежностей різного походження, інструменту, що задовольняє вказаній вище умові.

Як основа для створення методу комплексної оцінки адиктивно-го статусу був AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) — тест, призначений для виявлення розладів, пов'язаних з використанням алкоголю, як один з найбільш випробуваних і надійних тестів. Як було встановлено, він забезпечує точність оцінки незалежно від підлоги, віку і культурної приналежності респондента. Крім того, тест короткий і добре структурований. Його питання зведені в три концептуальні розділи (домена), які охоплюють всі стадії і складові залежності, що формується (в даному випадку — алкогольною) від донозологічних до клінічно виражених її проявів. Тест може використовуватися у формі інтерв'ю, яке бере дослідник в респондента, а також у формі самозвіту респондента.

Кожне з питань тесту передбачає декілька варіантів відповіді, і кожному варіанту відповіді відповідає своя оцінка в межах від 0 до 4 балів. Після оцінки в балах відповідей на кожне питання всі отримані цифри мають бути складені, що не є важким в обробці. Отримана сума балів дозволяє вельми точно оцінити поточний стан респондента, віднісши його до однієї з 4 категорій і визначити інтенсивність необхідного втручання. У зв'язку з тим, що всі види залежності (як хімічної, так і нехімічної природи) мають багато загального в механізмах формування, стадіях розвитку і клінічних проявах, автори пропонованого інструментарію, прийшли до висновку про можливість використання ретельно продуманою і прекрасно себе ідеології AUDIT, що виправдала на практиці, для дослідження інших, неалкогольних адикцій.

Як потенційні цілі дослідження були вибрані актуальні в сучасному молодіжному середовищі пристрасті і залежності, для дослідження яких були розроблені і захищені свідоцтвами про реєстрацію авторського права сімнадцять відповідних тестів Audit-подібних. В процесі створення Audit-подібних тестів розробники намагалися зберегти не «букву», але «дух» Audit, тому питання оригінального, «материнського» тесту піддавалися, по можливості, мінімальній модифікації з тим, щоб адаптувати їх для потреб дослідження тієї або іншої залежності.

За даними попередньої апробації на 1532 респондентах у віці 15–18 років (учні 10–11 класів середніх шкіл і студентів I курсів середніх

спеціальних і вищих учбових закладів м. Харкова і Харківської області) була запропонована система тестів, що забезпечує безпомилковість виявлення станів залежності на рівні 83,2–97,5% (залежно від конкретного вигляду адикції, що виявляється). Існує перелік створених Audit-подібних тестів з авторським правом. Нами використано за згодою авторів GAMBLING-UDIT (Gambling's Usage Disorders Identification Test) — тест для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю азартними іграми (іграми на гроші) (№ 29604, 27.07.2009). Питання тесту можливо переглянути у друкованому варіанті тесту, який наведено у додатках.

Інтерпретація результатів тесту і вибір адекватною стану випробовуваної тактики терапевтичного втручання здійснюються на підставі отриманої суми балів:

I-рівень (1-7 балів) - захопленість азартними іграми (іграми на гроші) при якій слід надати випробовуваному інформацію про небезпеку подібної надмірної діяльності.

II-рівень (8-15 балів) - пристрасть до азартних ігор (іграми на гроші) при якому випробовуваному слід дати рекомендації, відносно зниження інтенсивності подібного захоплення і попередити його про можливі негативні наслідки такої діяльності.

III-рівень (16-19 балів) - пристрасть до азартних ігор (іграми на гроші) свідчить про етап формування залежності при якому слід провести психотерапевтичне втручання і спостерігати за станом випробовуваного.

IV-рівень (20 балів та більш) - залежність від азартних ігор (ігор на гроші) при якій необхідно провести детальнішу діагностику на предмет залежності і рекомендувати пацієнтові приступити до спеціалізованого лікування, пояснивши небезпеку наслідків даної патології.

У обстежених за даною методикою 473 хворих основної групи, ми отримали результати від 20 до 40 балів, основна кількість респондентів нараховувала від 21 до 36 балів, що свідчить о сформованій залежності від азартних ігор та підтверджує у всіх обстежених, встановлений нами діагноз патологічної схильності до азартних ігор. Також ми вибірково провели опитування за даною методикою у здорових добровольців, результати у яких відбивали відсутність проблеми захоплення азартною грою, що додатково підтверджує діагностичну чутливість тесту. Це обстеження проводилось нами, як додаткове до тесту гемблінг-анонімус, і умовно підтвердило чутливість практичного використання на вказаних масивах обох тестів. Опитувальник надано у додатку № 2.

2.5. Госпітальна шкала тривоги та депресії

Шкала розроблена Zigmond A.s. і Snaith R.p. у 1983 р. для виявлення і оцінки тягара депресії і тривоги в умовах загальномедичної прак-

тики. Переваги обговорюваної шкали полягають в простоті вживання і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає скрути у пацієнта), що дозволяє рекомендувати її до використання в загальносоматичної практиці для первинного виявлення тривоги та депресії у пацієнтів. Опитувальник має дві шкали – тривоги і депресії (по сім питань на кожен шкалу, загалом 14 пунктів). При формуванні шкали автори виключали симптоми тривоги і депресії, котрі можуть бути інтерпретовані як наслідок соматичного захворювання (наприклад, головокружіння, головні болі та інше). Питання субшкали депресії відібрані із списку найбільш скарг, що часто зустрічаються, і симптомів і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination і особистому клінічному досвіді авторів і відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Госпітальна шкала тривоги і депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають міру наростання симптоматики. Бланк шкали видається для самостійного заповнення випробовуваному і супроводжується інструкцією наступного вмісту.

Інструкція: «Учені упевнені в тому, що емоції грають велику роль у виникненні більшості захворювань. Якщо Ваш лікар більше дізнається про Ваші переживання, він зможе найкраще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому лікареві зрозуміти, як Ви себе відчуваєте. Не звертайте уваги на цифри та літери, в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне ствердження, і в порожній графі зліва відмітьте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе відчували минулого тижня. Не роздумуйте дуже довго над кожним ствердженням і ваша перша реакція завжди буде вірнішою.

Обробка результатів здійснюється наступним чином:

підшкали: «тривога» (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) та «депресія» (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожному ствердженню відповідає чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і що кодуються по збільшенню тягарю симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

При інтерпретації результатів враховується сумарний показник по кожній підшкалі, при цьому виділяються 3 області його значень: 0-7 – норма (достовірна відсутність виражених симптомів тривоги та депресії), 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія, 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Приклад питань опитувальника з виявлення тривоги. Я напружений. Мені недобре. І надалі варіанти відповідей – весь час (3 бали), часто (2 бала), час від часу (1 бал), інколи чи зовсім не випробовую (0 балів). Та за аналогією питання виявлення депресії. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке ж відчуття. І приклади відповідей – це так (0 балів), напевно(1 бал), це так лише в дуже малій мірі (2 бала), це зовсім не так (3 бали). Повністю опитувальник наведено у додатках. У дослідженої групи ми отримали на першою зустрічі у всіх пацієнтів, що страждають на патологічну схильність до азартних ігор, клінічні ознаки тривоги та депресії, які вдалося ліквідувати в тих пацієнтів, хто витримав трьохлітню ремісію.

При обстеженні клінічної групи з 473 респондентів, ми отримали у всіх результати у діапазоні 8-19 балів (по кожній шкалі), що свідчить про існування клінічно вираженої тривоги та депресії. У групі здорових добровольців, тільки у деяких випадках ми спостерігали результати до 9 балів, але переважна більшість мала 1-6 балів, у алкоголь-залежних пацієнтів, також, як і у патологічних гемблерів відмічалась клінічна депресія та тривога. Після лікування патологічні гравці, майже наблизились за показниками до контрольної групи осіб, що умовно названі здоровими. Це тестування проводилось нами одноразова на початку дослідження (візит 1). Тест у додатку № 3.

2.6. Метод патохарактерологічного діагностичного опитування

Опитувальник К.Леонгарда-Г.Шмишека призначений для діагностики типу акцентуації особистості. В підґрунті опитувача лежить уявлення К. Леонгарда про структуру особистості. Леонгард вважав, що властиві риси особи можуть бути розділені на основні, які складають «ядро» особистості, і додаткові. Якщо основні риси виражені дуже яскраво, вони стають акцентуаціями характеру. Людей, у яких є акцентуації, Леонгард називав акцентуваними особами. Термін «акцентуваними особи» зайняв місце між психопатією і нормою. Акцентувани особи не слід розглядати в якості патологічних, але у випадку впливу несприятливих факторів акцентуації можуть здобувати патологічний характер, руйнуючи структуру особистості.

Г. Шмишек розробив даний тест характеру у 1970 році на підґрунті теоретичної концепції Карла Леонгарда акцентуваних характерів. Тому вживається назва опитувач Леонгарда-Шмишека. Акцентувани особи не слід розглядати в якості патологічних – в них потенційно закладені, як можливості соціально позитивних досягнень, так і соціально негативний заряд. Тест Леонгарда-Шмишека досліджує типи характеру, розкладаючи його по акцентуваним характерам.

Опитувач складається з 88 питань, 10 шкал, відповідних до певних акцентуацій характеру (акцентуаціями особистості), якщо обстежений згоден із ствердженням та відповідає на запитання «так», то він позначає у бланку під номером питання знак «+», якщо ж не згоден, то відповідає «ні» та ставить знак «-». Пропонується над відповідями довго не думати, тому що правильних чи неправильних відповідей немає. Питання виглядають наступним чином:

1. У Вас частіше буває веселий і безтурботний настрій?
2. Ви чутливі до образ?
3. Буває так, що у Вас на очі навертаються сльози у кіно, театрі, бесіді і т.п.?
4. Зробивши що-небудь, Ви сумніваєтеся, чи все зроблено правильно, і не заспокоюєтеся доти, поки не переконаєтеся ще раз у цьому?
5. У дитинстві Ви були таким ж сміливим, як інші Ваші однолітки?
6. Часто у Вас різко змінюється настрої від стану безмежної радості до відрази до життя, до себе?
7. Чи є Ви звичайно центром уваги в компанії?
8. Буває так, що Ви безпричинно перебуваєте у такому збудженому настрою, що з Вами краще не розмовляти?
9. Ви серйозна людина?
10. Чи здатні ви захоплюватися чим-небудь?
11. Ви заповзяті?
12. Ви швидко забуваєте, якщо Вас хтось образить?
13. Ви м'якосерді?
14. Опускаючи лист у шухляду, чи перевіряєте Ви, проводячи рукою по щілині шухляди, що лист упав у нього?
15. Прагнете Ви завжди вважатися у числі кращих працівників?
16. Бувало Вам у дитинстві страшно під час грози або при зустрічі з незнайомим собакою (а може бути, таке відчуття буває і тепер)?
17. Ви прагнете у всьому і усюди зберігати порядок.
18. Ваш настрої залежить від зовнішніх обставин.
19. Чи люблять Вас ваші знайомі?
20. Чи часто у Вас буває почуття внутрішнього занепокоєння, відчуття можливої неприємності, лиха?
21. У вас часто буває трохи подавлений настрій?
22. Переживали Ви хоча б раз істерику або нервовий зрив?
23. Вам важко довго всидіти на місці?
24. Якщо стосовно Вас несправедливо надійшли, Ви звичайно вважаєте потрібним енергійно відстоювати свої інтереси?
25. Ви можете зарізати курку або вівцю?

26. Вас дратує, якщо вдома завіса або скатертина висять нерівно, і ви відразу ж намагається поправити їх?
27. Ви в дитинстві боялися залишатися на самоті у будинку?
28. Часто чи у вас бувають безпричинні коливання настрою?
29. Ви прагнете бути висококваліфікованим працівником у своїй професії?
30. Швидко Ви починаєте гніватися або впадати в гнів?
31. Ви можете бути абсолютно безтурботним?
32. Буває так, що відчуття повного щастя буквально пронизує Вас?
33. Як Ви думаєте, вийшов би з Вас ведучий гумористичного концерту?
34. Ви звичайно висловлюєте свою думку достатньо відверто і прямо?
35. Вам важко переносити вигляд крові, він викликає у Вас неприємні відчуття?
36. Вам подобається робота з великою особистою відповідальністю?
37. Ви схильні виступати на захист осіб, стосовно яких допущена несправедливість?
38. Було б Вам страшно спускатися в темний підвал?
39. Ви віддаєте перевагу роботі, у якій треба діяти швидко, але вимоги до якості виконання невисокі?
40. Чи товариські Ви?
41. У школі Ви охоче декламували вірші?
42. Ви тікали в дитинстві з дому?
43. Здається Вам життя важким?
44. Буває так, що після конфлікту, образи Ви були до того розстроєні, що йти на роботу здавалося просто нестерпним?
45. Можна сказати, що при невдачі Ви не втрачаєте почуття гумору?
46. Якби Вас хто-небудь образив, почали б Ви першим кроки до примирення?
47. Ви дуже любите тварин?
48. Ви іноді повертаєтесь, щоб переконатися, що залишили будинок або робоче місце у порядку, і там нічого непередбаченого не трапилось?
49. Вас іноді переслідує неясна думка, що з Вами або Вашими близькими може статися щось страшне?
50. Вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже мінливий?
51. Вам важко виступати перед великою кількістю людей?
52. Ви можете вдарити кривдника, якщо він Вас образить?
53. У Вас дуже велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?
54. Ви належите до тих, хто при яких-небудь розчаруваннях вдається в глибокий відчай?

55. Вам подобається робота, організаційного характеру?
56. У Вас вистачає наполегливості добиватися поставленої мети, незважаючи на те, що на шляху до неї доводиться долати багато перешкод?
57. Трагічний фільм може схвилювати Вас так, що на очах виступають сльози?
58. Вам часто буває важко заснути через те, що проблеми прожитого або майбутнього дня увесь час звиваються у голові?
59. У школі Ви підказували або давали списувати товаришам?
60. Вам потрібна була б велика напруга волі, щоб пройти вночі одному через цвинтар?
61. Ви ретельно стежите за тим, щоб удома кожна річ була завжди на своєму місці?
62. Буває так, що Ви лягаєте ввечері спати в гарному настрою, а зранку встаєте у подавленому, яке триває ледве не весь день?
63. Легко Ви зникаєте до нових ситуацій?
64. Чи бувають у Вас головні болі?
65. Ви часто смієтеся?
66. Ви можете бути привітним навіть із тими, кого Ви явно не цінуєте і не шануєте?
67. Ви рухлива людина?
68. Ви дуже переживаєте через несправедливість?
69. Ви настільки любите природу, що можете назвати її своїм другом.
70. Ідучи з дому або лягаючи спати, чи перевіряєте Ви, чи закритий газ, чи погашене світло, чи замкнені двері?
71. Ви дуже боязкі?
72. Ваш настрій змінюється при вживанні алкоголю?
73. Замолоду Ви охоче брали участь у художній самодіяльності?
74. Ви розцінюєте життя трохи песимістично, без очікування радості?
75. Часто Вас тягне подорожувати?
76. Ваш настрій може змінюватися так різко, що стан радості раптом змінюється похмурістю та пригніченістю?
77. Вам легко вдається підняти настрій друзів у компанії?
78. Довго Ви переживаєте образу?
79. Довго Ви переживаєте прикрості інших людей?
80. Будучи школярем, Ви нерідко переписували сторінку, якщо випадково ставили на ній кляксу.
81. Ви ставитися до людей скоріше з обережністю та недовірою, чим з довірою?
82. Ви часто бачите страшні сни?

83. Буває, що Ви остерегаєтеся того, що кинетеся під колеса минаючого поїзда або випадете з вікна, розташованого на високому поверсі?

84. У веселій компанії Ви звичайно веселі?

85. Здатні Ви відволіктися від важких проблем, що вимагають Вашого рішення?

86. Ви стаєте менш стриманим і відчуваєте себе вільніше під впливом алкоголю?

87. У бесіді ви скупі на слова?

88. Якби Вам треба було грати на сцені, Ви змогли б звикнути до ролі настільки, щоб забути, що це тільки гра?

Інтерпретація результатів виглядає наступним чином. Тест містить десять шкал, відповідно до десятием виділеним К. Леонгардом типам акцентуованих особистостей і складається з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» або «ні». Максимальний показник по кожному типу акцентуації – 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник вище 12 балів. Отримані дані можуть бути представлені у вигляді «профілю особистісної акцентуації». Виділені 10 типів розділені на дві групи: акцентуації характеру (демонстративний; тип, що застрягає; педантичний; збудливий) і акцентуації темпераменту (гіпертимічний, дистимічний, тривожно-боязкий, циклотимічний, афективний, емотивний).

1. Демонстративний тип. Характеризується підвищеною здатністю до демонстративності поведінки, жвавістю, рухливістю, легкістю у встановленні контактів. Схильний до фантазерства, брехливості та удаванню, спрямованим на прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, до позування. Ним керує прагнення до лідерства, потреба у визнанні, спрага постійної уваги до своєї персони, спрага влади, похвали, а перспектива бути непоміченим обтяжує його. Він демонструє високу пристосованість до людей, емоційну лабільність (легку зміну настроїв) при відсутності дійсно глибоких почуттів, схильність до інтриг (при зовнішній м'якості манери спілкування). Відзначається безмежний его центризм, спрага замилювання, співчуття, шанування, подиву. Звичайно похвала інших у його присутності викликає в нього особливо неприємні відчуття, він цього не виносить. Прагнення до компанії звичайно пов'язане з потребою відчути себе лідером, зайняти надзвичайний стан. Самооцінка дуже далека від об'єктивності. Може дратувати своєю самовпевненістю і високими домаганнями, сам систематично провокує конфлікти, але при цьому активно захищається. Володіючи патологічною здатністю до витиснення, він може повністю забути те, про що він не бажає знати. Це розковує його в неправді. Звичайно бреше з безне-

винним обличчям, оскільки те, про що він каже у цей момент, для нього є правдою; очевидно, внутрішньо він не усвідомлює свою неправду, або ж усвідомлює дуже неглибоко, без помітних каяттів сумління. Здатний захопити інших неординарністю мислення та вчинків.

2. Тип, що застрягає. Його характеризує помірنا товаристкість, занудність, схильність до моралей, небалакучість. Часто страждає від уявної несправедливості стосовно нього. У зв'язку із цим проявляє насторогу і недовіру стосовно людей, чутливий до образ і прикростям, уразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, довго переживає різні події, не здатний «легко відходити» від образ. Для нього характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів. Самовпевненість, твердість установок та поглядів, сильно розвинене честолюбство, наполегливість своїх інтересів, які він відстоює з особливою енергійністю. Прагне добитися високих показників у будь-якій справі, за яку береться та проявляє велику завзятість у досягненні своїх цілей. Основною рисою є схильність до афектів (правдолюбство, уразливість, ревності, підозрілість), інертність у прояві афектів, у мисленні, у моториці.

3. Педантичний тип. Характеризується ригідністю, інертністю психічних процесів, важкістю на підйом, довгим переживанням подій, що травмують. У конфлікти вступає рідко, виступаючи скоріше пасивною, чим активною стороною. У той же час дуже сильно реагує на будь-який прояв порушення порядку. На службі поводить як бюрократ, пред'являючи навколишнім багато формальних вимог. Пунктуальний, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті та порядку, скрупульозний, сумлінний, схильний жорстко додержуватися плану, у виконанні дій неквапливий, сидючий, орієнтований на високу якість роботи і особливу акуратність, схильний до частих самоперевірок, сумнівів у правильності виконаної роботи, бурчанню, формалізму.

4. Збудливий тип. Недостатня керованість, ослаблення контролю над потягами та спонуканнями сполучаються в людей такого типу із владою фізіологічних потягів. Йому характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, брутальність, похмурість, гнівливість, схильність до хамства та сварок, до конфліктів, у яких сам і є активною стороною, що провокує. Дратівливий, запальний, часто змінює місце роботи, неуживчивість у колективі. Відмічається низька контактність у спілкуванні, сповільненість вербальних і невербальних реакцій, вагомість вчинків. Для нього ніяка праця не стає привабливою, працює лише у міру необхідності, виявляє таке ж небажання вчитися. Байдушкий до майбутнього, цілком живе сьогоденням, бажаючи витягти з нього масу розваг. Підвищена імпульсивність або виникаюча реакція збудження

гасяться із труднощами й можуть бути небезпечні для навколишніх. Він може бути владним, вибираючи для спілкування найбільш слабких.

5. Гіпертимічний тип. Людей цього типу відрізняє велика рухливість, товариськість, балакучість, виразність жестів, міміки, надмірна самостійність, схильність до бешкетництва, нестача почуття дистанції у відносинах з іншими. Часто спонтанно відхиляються від початкової теми у розмові. Скрізь вносять багато шуму, полюбляють компанії однолітків, прагнуть ними командувати. Вони майже завжди мають дуже гарний настрій, гарне самопочуття, високий життєвий тонус, гарний апетит, здоровий сон, схильність до обжерливості та іншим радостям життя. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легковажні, поверхневі й, разом з тим, діловиті, винахідливі, блискучі співрозмовники; люди, що вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Велике прагнення до самостійності може слугувати джерелом конфліктів. Їм характерні вибухи гніву, роздратування, особливо коли вони зустрічають сильну протидію, зазнають невдачі. Схильні до аморальних вчинків, підвищеної дратівливості, прожектерства. Зазнають недостатньо серйозне ставлення до своїх обов'язків. Вони важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну діяльність, змушену самотність.

6. Дистимічний тип. Люди цього типу відрізняються серйозністю, навіть пригніченістю настрою, повільністю, слабкістю вольових зусиль. Для них характерні песимістичне ставлення до майбутнього, занижена самооцінка, а також низька контактність, небагатослівність у бесіді, навіть мовчазність. Такі люди є домосідами, індивідуалістами; суспільства, гучної компанії звичайно уникають, ведуть замкнений спосіб життя. Часто похмурі, загальмовані, схильні фіксуватися на тінювих сторонах життя. Вони сумлінні, цінують тих, хто з ними дружить і готові їм підкоритися, мають у своєму розпорядженні загострене почуття справедливості, а також сповільненістю мислення.

7. Тривожний тип. Людям даного типу властиві низька контактність, мінорний настрій, боязкість, лякливість, непевність у собі. Діти тривожного типу часто бояться темряви, тварин, бояться залишатися одні. Вони цураються гучних та жвавих однолітків, не люблять надмірно гучних ігор, зазнають почуття боязкості та сором'язливості, важко переживають контрольні, іспити, перевірки. Часто соромляться відповісти перед класом. Охоче підкоряються опіці старших, нотації дорослих можуть викликати в них каяття сумління, почуття провини, сльози, розпач. В них рано формується почуття боргу, відповідальності, високі моральні та етичні вимоги. Почуття власної неповноцінності намагаються замаскувати в самоствердженні через ті види діяльності, де вони

можуть у більшій мірі розкрити свої здібності. Властиві ним з дитинства уразливість, чутливість, сором'язливість заважають зблизитися з тими, з ким хочеться, особливо недолугою ланкою є реакція на ставлення до них навколишніх. Нестерпність глузувань, підозри супроводжуються невмінням постояти за себе, відстояти правду при несправедливих обвинуваченнях. Рідко вступають у конфлікти з навколишніми, граючи в них в основному пасивну роль, у конфліктних ситуаціях вони шукають підтримки та опори. Вони мають дружелюбність, самокритичність, ретельність. Внаслідок своєї беззахисності нерідко слугують «козлами відпущення», мішенями для жартів.

8. Екзальтований тип. Яскрава риса цього типу – здатність захоплюватися, а також – усмішливість, відчуття щастя, радості, насолоди. Ці почуття в них можуть часто виникати там, де в інших не викає великого підйому, вони легко приходять у захоплення від радісних подій. Їм властива висока контактність, балакучість, влюбливість. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справи до відкритих конфліктів. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, так і пасивною стороною. Вони прив'язані до друзів та близьких, альтруїстичні, мають почуття співчуття, гарний смак, виявляють яскравість та щирість почуттів. Можуть бути панікерами, піддані негайним настроям, рвучкі, легко переходять від стану захоплення до стану суму, мають лабільність психіки.

9. Емотивний тип. Цей тип наближається до екзальтованого, але прояви його не настільки бурхливі. Для них характерні емоційність, чутливість, тривожність, балакучість, боязкість, глибокі реакції в галузі тонких почуттів. Найбільш виражена риса – гуманність, співпереживання іншим людям або тваринам, чуйність, радість чужим успіхам. Вони вразливі, слізливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше, чим інші люди. Підлітки гостро реагують на сцені з фільмів, де кому-небудь загрожує небезпека, сцена насильства може викликати в них сильне потрясіння, яке довго не забудеться та може порушити сон. Рідко вступають у конфлікти, образи носять у собі, не «випліскуються» назовні. Їм властиво загострене почуття обов'язку, ретельність. Дбайливо ставляться до природи, люблять вирощувати рослини, доглядати за тваринами.

10. Циклотимний тип. Характеризується зміною гіпертимних та дістимних станів. Їм властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають в них картини гіпертимії: прага діяльності, підвищена балакучість, скачка ідей; пригніченість, сповільненість реакцій та мислення, так само часто змінюється їхня манера спілкування з оточуючими людьми. У підлітко-

вому віці можна знайти два варіанти циклотимічної акцентуації: типові та лабільні циклоїди. Типові циклоїди в дитинстві звичайно роблять враження гіпертимних, але потім виявляється млявість, занепад чинностей, те, що раніше давалося легко, тепер вимагає непомірних зусиль. Колись гучні та жваві, вони стають млявими домосідами, спостерігається падіння апетиту, безсоння, або, навпаки, сонливість. На зауваження реагують роздратуванням, навіть брутальністю та гнівом, у глибині душі, однак, упадаючи при цьому в зневіру, глибоку депресію, не виключені суїцидальні спроби. Вчаться нерівно, те що трапляється надолужують із труднощами, породжують у собі відразу до занять. У лабільних циклоїдів фази зміни настрою звичайно коротше, чим у типових циклоїдів. «Погані» дні відзначаються більш насиченим дурним настроєм, млявістю. У період підйому виражені бажання мати друзів, бути в компанії. Настрій впливає на самооцінку.

Тип особистості залежить від генетичних факторів та виховання, а його формування завершується у юнацькому віці, враховуючи, це нами опитування за Леонгардом-Шмішеком проводилось одноразово на початку дослідження, для того, щоб мати можливість порівняти розподіл типів особистості у всіх досліджених групах. Форма опитувальника – додаток № 3.

За отриманими результатами, висловити однозначну відповідь не можливо. Та наведення у цьому підрозділі отриманих статистичних результатів, вважаючи обсяг тестової методики, займе місце окремої монографії, тому всім бажаючим автори з задоволенням можуть надати матеріал на електронному носії, а стислий витяг, підтвердив гіпотезу про близькість залежних типів, за основними шкалами групи алкоголь-залежних та лудоманів, розташовані ближче ніж лудомани та обстежена популяція умовно здорових осіб. Це обстеження проводилось нами одноразово, на першому візиті у всіх клінічно обстежених осіб.

2.7. Метод дослідження присутності та динаміки тривожних розладів.

З багатьох розроблених у психодіагностиці методів оцінки рівня тривожності, нами обрана методика діагностики самооцінки Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна (оцінка ситуаційної та особистісної тривожності), як така, що займає у опитуваного небагато часу (це важливо при одночасному використанні декількох методик, як у нашому дослідженні), вона проста у підрахуванні і в той же час досить інформативна та відображає одразу два типи тривожності. Під терміном тривоги ми мали саме – емоційний стан, почуття сильного хвилювання, занепокоєння, нерідко без усякого явного зовнішнього приводу. У кожному випадку ми намагалися зрозуміти, схильна людина до стану тривоги

і у нормі, чи це патологічна тривога, про яку можна говорити, тоді, коли вона дезорганізує всю життєдіяльність людини. А під тривожністю ми розуміли — схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги. Розрізняють ситуативну тривожність (пов'язану з конкретною зовнішньою ситуацією) та особистісну тривожність (яка є стабільною властивістю особистості).

Даний тест представлений у вигляді опитувача з 40 запитань. Тест є надійним джерелом інформації про самооцінку людиною рівня своєї тривожності в цей момент (реактивна тривожність) і особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини). Цей тест розроблений Ч.Д. Спілбергером і адаптований Ю.Л. Ханіним.

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій, як загрозових, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, іноді порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними й невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями. Але тривожність споконвічно не є негативною рисою. Певний рівень тривожності — природна і обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень «корисної тривоги».

Шкала самооцінки складається з двох частин, що роздільно оцінюють реактивну (РТ, висловлення № 1-20) і особистісну (ОТ, висловлення № 21-40) тривожність. Шкала ситуативної тривожності складається з 20 суджень (10 з них характеризують наявність емоцій, напруженості, занепокоєння, заклопотаність, а 10 — відсутність тривожності). Результати підраховуються по ключу.

Питання мають наступний вигляд. Перший блок, який відображає реактивну тривогу:

1. Я спокійний.
2. Мені ніщо не загрожує.
3. Я перебуваю у напрузі.
4. Я внутрішньо скований.
5. Я почуваю себе вільно.
6. Я розстроєний.
7. Мене хвилюють можливі невдачі.
8. Я відчуваю душевний спокій.
9. Я стурбований.

10. Я зазнаю почуття внутрішнього задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений.
15. Я не почуваю скутості, напруги.
16. Я задоволений.
17. Я стурбований.
18. Я занадто збуджений, мені не по собі.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Та другий блок, який відображає особистісну тривогу:

21. У мене буває піднятий настрій.
22. Я буваю дратівливим.
23. Я легко можу розстроїтися.
24. Я бажав би бути таким же щасливим, як і інші.
25. Я сильно переживаю неприємності й довго не можу про них забути.
26. Я почуваю напад сил, бажання працювати.
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.
28. Мене тривожать можливі труднощі.
29. Я занадто переживаю через дрібниці.
30. Я буваю цілком щасливий.
31. Я усе приймаю близько до серця.
32. Мені не вистачає впевненості у собі.
33. Я почуваю себе беззахисним.
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій та труднощів.
35. У мене буває нудьга.
36. Я буваю задоволений.
37. Усякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.
38. Буває, що я почуваю себе невдахою.
39. Я врівноважена людина.
40. Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи.

Обробка та інтерпретація результатів: до 30 – низька тривожність; 31-45 – помірна тривожність; 46 та більше – висока тривожність.

Показники реактивної (РТ) та особистісної тривоги (ОТ) розраховуються за формулами:

$$РТ = \sum_1 - \sum_2 + 50; \quad (2.4.)$$

, де \sum_1 – сума закреслених цифр у бланку за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; \sum_2 – сума цифр у бланку за пунктами шкали 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

$$OT = \sum_1 - \sum_2 + 50; \quad (2.5.)$$

, де \sum_1 – сума закреслених цифр у бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; \sum_2 – сума цифр у бланку за пунктами шкали 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Випробуваному необхідно оцінити своє самопочуття в цей момент. Пропонуються, наприклад, такі ствердження: «Я спокійний», «Мені ніщо не загрожує», «Я розстроєний» і т.п.

У методиці є нормативи, що вказують на високий рівень тривожності, середній та низький. Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, іноді порушення тонкої координації. Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги. Висока тривожність припускає схильність до прояву тривоги в ситуаціях оцінки його компетентності. У цьому випадку слід знизити суб'єктивну значимість ситуації та завдань і перенести акцент на осмислення діяльності та формування почуття впевненості в успіху. Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності та підвищення почуття відповідальності. Іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витиснення особою високої тривоги з метою показати себе у «кращому світі». Також розроблена шкала для оцінки особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини), яка також складається з 20 висловувань. Випробуваний повинен оцінити, як він себе звичайно почуває. Пропонуються, наприклад, ствердження: «Я зазнаю насолоди», «Я дуже швидко утомлююся», «Я цілком щасливий» та інші.

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій, як загрозове, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами та із психосоматичними захворюваннями. Але тривожність не є споконвічно негативною рисою. Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної особи. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень «корисної тривоги». Випробуваному пропонується інструкція – прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень. Закресліть цифру у відповідній графі праворуч, залежно від того, як ви себе почуваєте в цей момент. Над питаннями довго не замислюй-

теся, тому що правильних або не правильних відповідей немає. Значні відхилення від рівню помірної тривожності потребують особливої уваги, висока тривожність припускає схильність до появи стану тривоги у особи у ситуаціях оцінки його компетентності. У цьому випадку слід знизити суб'єктивну значимість ситуації та завдань і перенести акцент на формування почуттів впевненості у успіху. Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності та підвищення почуття відповідальності. Але іноді дуже низька тривожність у показових тестах є результатом активного витиснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світі». Шкалу успішно застосовують у психокорекційній роботі, а також для оцінки динаміки стану тривоги (наприклад, до терапії та після курсу терапії).

Обстежена клінічна група лудоманів (473 особи) продемонструвала на першому візиті ознаки тривожної симптоматики, але яка на третьому візиті вже була на настільки клінічно вираженою, і на восьмому вона практично дорівнювала показникам здорової популяції (у яких ця методика також проведена на першому візиті). Контрольна група алкоголь залежних на першому візиті, надала результати умовно близькі до групи патологічних гравців.

2.8. Метод дослідження присутності та динаміки депресивних розладів.

Шкала Цунга для самооцінки депресії (англ. Zung self-rating depression scale) – тест для самооцінки депресії був розроблений в Університеті Дюка (Великобританія) у 1965 році психіатром доктором Вільямом Цунгом та у подальшому отримала міжнародне визнання (перекладена на тридцять різних мов), на території бувшого радянського простору адаптована у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева Т.І. Балашової в 1990 році, зараз в цьому вигляді і використовується. При аналізі результатів оцінка проводиться за сьомя факторами, які мають групи симптомів, що відображають почуття душевної спустошеності, розлад настрою, загальні соматичні та специфічні соматичні симптоми, симптоми психомоторних порушень, суїцидальні думки та подразливість (нерішучість). Тест дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів і визначити ступінь депресивного розладу. За допомогою «Шкали Цунга» випробуваний або лікар можуть зробити самостійне обстеження або скринінг депресії. Тест «Шкала Цунга» має високу чутливість і специфічність та дозволяє уникнути додаткових економічних і тимчасових витрат, пов'язаних з медичним обстеженням етичних проблем. У тестуванні враховується 20 факторів, які визначають чотири рівні депресії. У тесті присутні десять позитивно сформульованих і десять негативно сформульованих запитань. Кожне питання оцінюється по

шкалі від 1 до 4 (на основі цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Повна процедура тестування з обробкою займає 20-30 хвилин.

1. Я почуваю пригніченість.
2. Я найкраще почуваю себе зранку.
3. Я багато плачу.
4. Я погано сплю вночі.
5. Я їм стільки ж, скільки й раніше.
6. Я одержую задоволення від того, що перебуваю серед привабливих чоловіків/жінок або спілкуюся з ними.
7. Я помітно втрачаю вагу.
8. Мене турбують запори.
9. Моє серце б'ється частіше, чим звичайно.
10. Я почуваю утому без видимої причини.
11. Я мислю так само чітко, як і раніше.
12. Мені легко виконувати звичну роботу.
13. Я неспокійний і не знаходжу собі місця.
14. Я повний світлих надій на майбутнє.
15. Я більш дратівливий, чим раніше.
16. Мені легко ухвалювати рішення.
17. Я почуваю, що корисний і потрібний людям.
18. Я вважаю, що іншим було б краще, якби я вмер.
19. Я мешкаю повним та цікавим життям.
20. Я як і раніше отримую задоволення від того, що мені подобалося і раніше.

Рівень депресії (РД) розраховується по формулі:

$$УД = \sum_{пр} + \sum_{обр} \quad (2.6.)$$

,де $\sum_{пр}$ – сума закреслених цифр до «прямих» висловленням № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

, $\sum_{обр}$ – сума цифр, «зворотних» закресленим, до висловлень № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад: у висловлення №2 закреслена цифра 1, ми ставимо в суму 4 бали; у висловлення №5 закреслять відповідь 2 - ставимо в суму 3 бали; у висловлення №6 закреслять відповідь 3 - ставимо в суму 2 бали; у висловлення №11 закреслять відповідь 4 - ставимо в суму 1 бал і т.і. Інтерпретація результатів

У результаті одержуємо РД, який ділиться на чотири діапазони та коливається від 20 до 80 балів: якщо УД не більш 50 балів, то діагностується стан без депресії; якщо РД більш 50 і менш 59 балів, то робиться

висновок про легку депресію ситуативного або невротичного генезу. Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія. Дійсний депресивний стан діагностується при РД більш 70 балів.

Також у посібнику під назвою: депресії – сучасна терапія, В.С. Підкоритова та Ю.Ю. Чайки, ми знайшли ще один спосіб розрахунку рівня депресії. Автори вказують, що при інтерпретації даних необхідно внести поправку на питому вагу кожного з використовуваних у шкалі симптомів, що виражається спеціальним коефіцієнтом SDS. Останній розраховується як десятковий дріб.

$$\text{SDS} = \frac{\text{Сума балів, отримана при заповненні тесту}}{\text{максимальний за тестом показник (80 балів)}}; \quad (2.3.)$$

Встановлене в підсумку значення SDS порівнюється із середнім значенням стандартної оцінки ваги депресії, яке складає:

$$\text{SDS} = 0,74 \text{ до початку лікування та } 0,39 \text{ після його завершення.}$$

Обстеження групи гравців на першому візиті продемонструвало клінічну присутність депресивної симптоматики, також як і у алкоголь-залежних, але на четвертому візиті після терапії та терміну ремісії у півтори роки, ці ознаки у гравців вже були значно нижчими і майже досягали нормальних значень порівняно з групою здорових осіб при обстеженні на восьмому візиті.

2.9. Метод сенсожиттєвих орієнтацій.

Нерозробленість єдиної теорії самовизначення особистості позначається й на практичних розробках для досліджень у цієї галузі. Вивчення особистісного самовизначення як психологічного явища припускає наявність певних критеріїв для оцінки його змісту, тих показників, по яких ми можемо судити про успішність-неуспішності розвитку та життєдіяльності особи. М.Р. Гінзбург пропонував, що необхідно провести оцінку особистісного самовизначення ще замолоду, однак конкретні способи і методики, по яких можна було б це зробити, отримати інформацію про характер самовизначення в рамках конкретного психологічного дослідження їм не розкриті.

Тому важливе завдання, з яким ми зіштовхуємося й у нашому дослідженні - це визначити показники процесу особистісного самовизначення, по яких можна судити про характер його протікання. Враховуючи, що найбільш ємним визначенням особистісного самовизначення є процес формування єдиної значеннєвої системи, у якій злиті вистави про себе та про світ, ми зв'язуємо успішність особистісного самовизна-

чення з показниками свідомості життя особи. Підґрунтя для теоретичної та емпіричної типології сенсів життя була закладена В. Франклом, який розглядав прагнення до пошуку та реалізації людиною змісту свого життя як вроджену мотиваційну тенденцію, властиву всім людям, що і є основним двигуном поведінки та розвитку особистості. Основна теза його вчення про прагнення до змісту можна сформулювати так: людина прагне знайти зміст і відчуває фрустрацію або вакуум, якщо це прагнення залишається нереалізованим. В. Франкл неодноразово вказував на ранній юнацький вік, як на сензитивний період у пошуку змісту свого життя. Розвиток ідей В. Франкла у вітчизняній психології призвело до створення тесту свідомості життя. Результати, отримані при факторному аналізі тесту свідомості життя, дозволили дослідникам Д.А. Леонтьєву, М.О. Калашникову та О.Є. Калашниковій зробити висновок, що свідомість життя не є внутрішньо однорідною структурою. На підставі факторизації тест свідомості життя був перетворений у тест змістожиттєвих орієнтацій, що включає у себе, поряд із загальним показником свідомості життя, п'ять факторів, які можна розглядати як складові сенсу життя особистості. Отримані фактори розбиваються на дві групи. У першу входять властиво змістожиттєвих орієнтації: мета в житті, насиченість життя (процес життя) і задоволеність самореалізацією (результативність життя). Неважко побачити, що ці три категорії співвідносяться з метою (майбутнім), процесом (сьогоденням) та результатом (минулим). Два, що залишилися фактора характеризують внутрішній локус контролю, з яким, згідно даним досліджень, свідомість життя тісно пов'язана, причому один з них характеризує загальне світоглядне переконання у тому, що контроль можливий — локус контролю — життя (керованість життя), а другий відбиває віру у власну здатність здійснити такий контроль — локус контролю — Я (Я — володар життя).

Таким чином, у тест СЖО дозволяє нам оцінити наступні характеристики особистісного самовизначення:

- 1) Мети у житті.
- 2) Процес життя або інтерес і емоційна насиченість життя.
- 3) Локус контролю - Я (Хазяїн Я життя).
- 4) Локус контролю - життя або керованість життя.

На наш погляд, саме ці показники характеризують успішність процесу особистісного самовизначення, впливають на особистісний розвиток. Пропонований нами підхід до вивчення рушійних сил самовизначення і розвитку особистості не є на сьогоднішній день поширеним у психологічній літературі. Тест змістожиттєвих орієнтацій та теорія про прагнення до сенсу життя В. Франкла застосовується в більшості

подібних досліджень. Цей метод допомагає виявити установки особистості, що знаходять мотивуючу силу в організації і самоорганізації поведінки, самооцінювання, самоприйняття, прийняття інших, соціальна спрямованість особи, її прагнення, виразність інтернальності у рішеннях і діях та набагато іншого.

Перераховані фактори особистісного розвитку знайшли своє відображення у понятті соціально-психологічної адаптації, яке усе більше поширюється у сучасній психологічній і педагогічній літературі. Для виявлення характеристик соціально-психологічної адаптації найбільше часто застосовують опитувач соціально-психологічної адаптованості (шкала СПА), розроблений у 1954 році К. Роджерсом і Р. Даймондом. Русифікований варіант цього опитувача випробуваний на різних вибірках використовувався неодноразово при різноманітних обстеженнях.

Тест змістожиттєвих орієнтацій є адаптованою версією тесту «Ціль у житті» (Purpose-In-Life Test) Джеймса Крамбо та Леонарда Махолика. Методика була розроблена авторами на підґрунті теорії прагнення до змісту і логотерапії Віктора Франкла (1990) і переслідувала мету емпіричної валідації низки уявлень цієї теорії, зокрема вистав про екзистенціальний вакуум і ноогенні неврози. Суть цих вистав полягає у тому, що невдача у пошуку людиною змісту свого життя (екзистенціальна фрустрація), що й впливає з неї відчуття втрати змісту (екзистенціальний вакуум) є причиною особливого класу душевних захворювань – ноогенних неврозів, які відрізняються від раніше описаних видів неврозів. Спочатку автори прагнули показати, що: а) методика вимірює саме ступінь «екзистенціального вакууму» у термінах В. Франкла; б) останній характерний для психічно хворих та; в) він не тотожний просто психічній патології (Crumbaugh, Maholick, 1981).

«Ціль у житті», яку діагностує методика, автори визначають як переживання індивідом онтологічної значимості життя. Оригінальна методика в її остаточному варіанті представляє собою набір з 20 шкал, кожна з яких сформульована як ствердження, що роздвоюються закінченням: два протилежні варіанти закінчення задають полюси оцінної шкали, між якими можливі сім градацій переваги. Ось приклад однієї зі шкал: Звичайно я

1	2	3	4	5	6	7
не знаю, чим зайнятися			ні те, ні інше			повний ентузіазму

Випробуванням пропонується вибрати найбільш підходящу з сімох градацій та підкреслити або обвести відповідаючу цифру. Обробка

результатів зводиться до підсумування числових значень для всіх 20 шкал і перекладу сумарного балу у стандартні значення (процентілі). Висхідна послідовність градацій (від 1 до 7) чергується у випадковому порядку зі спадною (від 7 до 1), причому максимальний бал (7) завжди відповідає полюсові наявності мети в житті, а мінімальний бал (1) – полюсу її відсутності. Поряд з описаною вище формалізованою частиною А тест Крамбо-Махолика містить також частини В та С. Частина В складається з 13 незакінчених речень, що торкаються теми змісту й безглуздості життя, а у частині С випробуваному пропонується викласти коротко, але конкретно його устремління і мети у житті, а також розповісти, наскільки успішно ці устремління і мети реалізуються. Автори тесту підкреслюють, що частини В та С не потрібні для більшості досліджень, однак дуже корисні при індивідуальній роботі в клініці за умовами, що їх оцінює психіатр, клінічний або консультуючий психолог (Crumbaugh, Maholick, 1981).

Валідизація тесту пройшла кілька етапів. Крамбо та Махолик (Crumbaugh, Maholick, 1964) здійснили порівняльне дослідження п'яти груп випробуваних, починаючи від «високо цілеспрямованих» аспірантів з Гарвардської літньої школи та кінчаючи клієнтами психологічної консультації і госпіталізованими алкоголіками. Спільне число випробуваних дорівнювало 225. Як і передбачалося середньогрупові результати продемонстрували монотонне зниження від першої до п'ятої групи. Розходження між клінічними та контрольними вибірками виявилися вагомими й пов'язані зі статтю, хоча статеві відмінності самі по собі опинилися невагомими.

У клінічних вибірках варіативність тестових даних виявилася вище, ніж у контрольних. Додатковим підтвердженням валідності тесту «Ціль у житті» з'явилася висока кореляція результатів з опитувачем Франкла. Цей опитувач був сконструйований Крамбо й Махоликом на базі питань із клінічного інтерв'ю, за допомогою якого В. Франкл обумовлював ступінь екзистенціального вакууму у своїй клінічній практиці. Крамбо й Махолик наводять також дані, що свідчать про високу внутрішню погодженість пунктів тесту. Подальша робота з валідизації тесту «Ціль у житті» була пов'язана з розширенням контингенту випробуваних у кількісному та якісному відношенні. Дослідженням Крамбо (Crumbaugh, 1968) було охоплено 1151 людину, у тому числі 4 «нормальні» групи та 6 клінічних: невротики зі змішаними діагнозами із психологічних консультацій, госпіталізовані невротики, госпіталізовані алкоголіки, госпіталізовані шизофреніки, госпіталізовані психотики. Результати тесту виявили у цілому високозначимі розходження між «нормальними і клінічними підвбірками». При цьому відмінності між

підвибірками у рамках норми відповідають передвщеним. Із клінічних груп найбільш високі результати (хоча й значиме нижче норми) – у шизофреніків, від них незначно відстають дві групи невротиків. Результати алкоголіків і психотиків істотно нижче. У цьому ж дослідженні було використано прийом виконання тесту психотерапевтами від імені своїх пацієнтів. Кореляція цих даних с реальними результатами цих пацієнтів досягає рівня, задовольняючого вимогам критеріальної валідності одномірного тесту. Із цими даними добре узгодяться більш пізні дані про те, що наркомани також демонструють результати, сильно знижені в порівнянні з нормою (Frankl, 1978). По наявних на сьогоднішній день даних, «Ціль в життю» не виявляє стійких зв'язків з статтю, віком, рівнем освіти, IQ, релігійністю і прибутком. В. Франкл розглядає цю обставину, як підтвердження його положення про те, що сенс життя може бути знайдений будь-якою людиною. Разом з тим були виявлені значущі кореляції тесту Крамбо-Махолика з цілим поруч психологічних змінних, з яких ми назвемо лише деякі. Різні автори повідомляють суперечливу інформацію про зв'язки «Мети у житті» з різними шкалами ММРІ. Єдиний стійкий зв'язок, що відтворюється у всіх дослідженнях – негативна кореляція зі шкалою депресії. Із цим узгодяться і відтворені у різних дослідженнях негативні кореляції тесту з опитувачами, що вимірюють аномію. Значимим виявився зв'язок результатів тесту зі шкалою соціальної бажаності Марлоу-Кроуна. Спеціальна експериментальна процедура дозволила встановити, що ступінь впливу соціальної бажаності на результати тесту залежить від конкретної ситуації тестування, але, у кожному разі, цей вплив слід брати в розрахунок.

В одному дослідженні, проведеному на черницях-домініканках, було виявлено низку кореляцій «Мети у житті» з вторинними факторами: самоконтролю (позитивна), невротизму, тривожності та потенціалу отреагування (негативні). Не було виявлено значущих кореляцій з жодною зі шкал тесту особистісних орієнтації Є. Шострома, тесту ціннісних переваг Г. Олпорта, Ф. Вернона та Г. Линдзи і опитувача життєвих цілей Ш. Бюлера.

Є дані за факторною структурою тесту свідомості життя, отримані в Гонконгу при обстеженні 480 студентів двох політехнічних інститутів за допомогою тесту Крамбо, перекладеного на китайську мову без яких-небудь текстуальних змін (Shek, Hong, Cheung, 1987). Китайська версія тесту виявила настільки ж високу внутрішню узгодженість, що й вихідна англійська версія. Було знайдено два факторні рішення, чотирьох- і п'ятифакторне. Останньому була віддана перевага, що як краще диференціює теоретично суттєві аспекти відчуття свідомості життя. Виділені наступні п'ять факторів, або субшкал: 1. Якість життя (7 пунктів):

спільна оцінка задоволеності суб'єкта тим життям, яким він живе. 2. Зміст буття (6 пунктів): наявність у житті змісту і упевненість у можливості їх знайти. 3. Перешкоди буття (2 пункти): відношення до смерті і особистісному вибору. 4. Відповіді на запитання буття (3 пункти): можливість знайти вирішення екзистенціальних проблем, відсутність страху та зняквоїлості перед ними. 5. Майбутнє життя і відповідальність (2 пункти). У цьому факторі опинилися об'єднані шкали, що торкаються ставлення до відходу на пенсію і самооцінку особистої відповідальності. Перший фактор пояснював 35,5% дисперсії, другий – 6,8%, інші – 5,4-5,6% кожний. У цьому дослідженні було також знайдене, що загальний показник свідомості життя у гонконгських студентів значиме нижче, чим в американців. Автори пояснюють цей результат культурними відмінностями, зокрема, характерним для китайської культури зовнішнім локусом контролю і песимістичним ставленням до життя. Із цим поясненням, однак, погано стикується той факт, що студенти з релігійними переконаннями дали значуще більше високі показники за тестом, чим невіруючі (Shek, Hong, Cheung, 1987).

Шкала пошуку змістожиттєвих цілей. В 1977 році Дж. Крамбо створив методіку, яку він розглядає як додаткову шкалу до тесту свідомості життя – шкалу пошуку змістожиттєвих цілей (Seeking of Noetic Goals Test - SONG). За задумом автора методіка повинна вимірювати силу мотиваційної тенденції до пошуку сенсу життя. У чинність цього очікувалося, що ця шкала помірковано негативноно корелювати с показником свідомості життя й у клінічних групах результати будуть більш високими, чим у психічно здорових людей (Crumbaugh, 1977).

Шкала містить у собі 20 пунктів, кожний з яких описує в першій особі певну дію, переживання або стан. Випробуваному пропонується оцінити, наскільки ця дія, переживання або стан характерний для нього, і обвести кружечком один із семи квантифікаторів – від «ніколи» (1 бал) до «постійно» (7 балів). Сумарний тестовий бал є арифметичною сумою чисельних значень квантифікаторів, обраних і відзначених випробуваним. Напрямок шкали – від 1 («ніколи») до 7 («постійно») або навпаки – чергується у випадковому порядку. Автором методіки була зібрана велика кількість даних на різних групах психічно здорових людей і пацієнтів клінічних закладів. Спільні результати підтверджують припущення про те, що результати «аномальних» груп значуще вище результатів здорових людей і що результати по шкалі пошуку змістожиттєвих цілей негативноно корелюють із результатами по тесту свідомості життя, причому у групах здорових випробуваних ця негативнона кореляція суттєво більше виражена. Дж. Крамбо пояснює цю відмінність тим, що низький рівень свідомості життя повинен мати як

наслідок високу мотивацію до пошуку змістожиттєвих цілей. У здорових випробуваних в клінічних групах ця мотивація знижується за рахунок різноманітних патогенних впливів, знижуючи тим самим і величину коефіцієнта негативної кореляції з свідомістю життя. Додатковим підтвердженням валідності шкали є факт помітного зниження результатів по шкалі в алкоголіків, що пройшли курс логотерапії, у той час як в контрольній групі алкоголіків, лікування яких відрізнялося тільки відсутністю логотерапевтичних процедур, спостерігалася скоріше зворотна тенденція. Ці результати пояснюються припущенням про підвищення свідомості життя пацієнтів у результаті логотерапії, що й спричинило за собою зниження мотивації пошуку змістожиттєвих цілей.

Адаптація тесту свідомості життя російською мовою була вперше виконана К. Муздибаєвим, який відтворив без змін форму тесту Крамбо, замінивши при перекладі деякі пункти іншими. Узгодженість окремих пунктів із сумарним балом виявилася досить високою (кореляція від 0,37 до 0,71), хоча не можна виключити припущення про сильний вплив на відповіді фактора соціальної бажаності. В основному дослідженні К. Муздибаєва, яке по своїх завданнях носило соціологічний характер, брали участь 540 робітників трьох промислових підприємств м. Ленінграда. Серед отриманих у цьому дослідженні результатів слід назвати наступні. Рівень задоволеності сенсом життя виявився нижче задоволеності життям у цілому, що визначався на підставі прямих запитань. Показник свідомості життя в чоловіків виявився значиме вище, чим у жінок, в одружених (замужніх) — вище, чим у неодружених (незаміжніх) і розлучених; наявність дітей також корелювала зі свідомістю життя. Була виявлена характерна вікова динаміка свідомості життя, максимума якої припадають на вікові групи 25-30 і старше 50 років, а мінімуми — на групу до 25 років і низьке плато, що охоплює вікові групи від 30 до 50 (Муздибаєв, 1981). Інша російськомовна версія тесту свідомості життя, яку ми і використали, була розроблена й адаптована Д.А. Леонтєвим (факультет психології МГУ) у 1986-1988 роках. Версія К. Муздибаєва була взята за основу та видозмінена по наступним трьом параметрам: були змінені і спрощені формулювання низки пунктів зі збереженням загального їхнього змісту; замість загального початку пропозиції із двома варіантами закінчення формулювалися пари цілісних альтернативних речень з однаковою початком; асиметрична шкала градаций відповіді від 1 до 7 була замінена симетричною шкалою — 3 2 1 0 1 2 3. Останнє було зроблено з метою зменшення «прозорості» методики і усунення позиційних ефектів, хоча процедура підрахунку сумарного бала при цьому трохи ускладнилася. Паралельно була перекладена на російську мову і шкала пошуку змісту цілей життя. Єдина зміна у

порівнянні з оригінальною версією методики полягала у тому, що семикроковий квантифікатор був замінений п'ятикроковим («ніколи – рідко – іноді – часто – постійно»), оскільки в російській мові не вдалося підібрати адекватного набору із сімох частотних позначень. Надійність методики перевірялася за допомогою ретестування з інтервалом у 2 тижні (випробувані – 76 студентів МГУ). Результати виявилися стійкі при $p < 0,05$. Ще одним показником надійності тесту з'явилася виявлена у дослідженні М.В. Снеткової (1988) близька до нуля кореляція тесту зі шкалою «неправди» методики багатобічного дослідження особистості. Порівняння результатів нормальної контрольної вибірки (студенти різних вузів м. Москви) з результатами госпіталізованих алкоголь та наркозалежних дало результати, що добре узгодяться з описаними вище результатами Дж. Крамбо. Усередині груп при цьому спостерігаються наступні тенденції, не сягаючі критеріїв статистичної вірогідності. Алкоголіки за результатами обох методик перебувають ближче до норми, ніж наркомани. У контрольній вибірці в чоловіків результати по обом методикам вище, чим у жінок, а в студентів психологів вище, ніж у студентів інших спеціальностей. Низку цікавих результатів, було отримано у роботі М.В. Снеткової (1988). У цьому дослідженні брали участь три групи випробуваних: студенти різних вузів м. Москви, хворі неврозом, що перебувають на амбулаторному лікуванні у центрі психічного здоров'я та студенти факультету психології МГУ, що піддавалися обстеженню двічі з інтервалом 12-14 місяців. Парадоксальним образом у невротиків були виявлені найбільш високі показники за тестом; результати студентів-психологів були значно вище, ніж у неспсихологів і при ретестуванні зросли. Деяке світло на ці результати проливає структура кореляційних зв'язків свідомості життя з іншими особистісними змінними. В основній вибірці студентів-непсихологів свідомість життя корелює з великою кількістю інших змінних, у тому числі із трьома основними шкалами опитувача рівня суб'єктивного контролю – загальної інтернальності, стосовно досягнень та стосовно невдач; із цілою низкою шкал тесту особистісних орієнтацій Є. Шострома у адаптації Л.Я. Гозмана і М.В. Кроза – зі шкалою внутрішньої опори, самоповаги, погляду на природу людини і синергічності, а також зі шкалою самовпевненості методики дослідження стосунків (С.Р. Пантїлеєв, В.В. Століна, 1989) і зі шкалами особистісного опитувача Р. Кеттєла. У групі хворих неврозом число значущих кореляцій тесту помітно менше. Їх усього три: з інтернальністю стосовно невдач опитувача та зі шкалами самоповаги і креативності тесту особистісної орієнтації. Усі названі кореляції позитивні, найбільш високі в основній вибірці – із загальною інтернальністю і інтернальністю в галузі досягнень, у групі невро-

тиків - із самоповагою й креативністю. Нарешті, у групі студентів-психологів, де використовувався той же набір методик, що й у дослідженні невротиків, ні однієї значимої кореляції свідомості життя з іншими особистісними змінними виявлене не було. Чи навряд можна відразу знайти цим результатам однозначне тлумачення; по меншій мірі вони змушують замислитися про розмаїття психологічних механізмів, що надають життю людей цілісність, свідомість і впорядкованість. Сукупність наведених вище даних дозволяє зробити впевнений висновок про цілком задовільних психометричних характеристиках і багаті змістовні можливості адаптованої версії тесту свідомості життя. У відношенні адаптованої шкали пошуку змістожитєвих цілей подібний висновок зробити не можна; разом з тим доцільне продовження роботи по поліпшенню її психометричних характеристик.

Факторна структура та субшкали тесту. Спеціальне дослідження було спрямоване на виявлення факторної структури російськомовної версії тесту. Випробуваними були чоловіки та жінки у віці від 23 до 36 років. У гнітючої більшості була вища освіта. У процесі факторного аналізу отриманих результатів було виділено 6 факторів. При цьому на них припало 64,6% дисперсії результатів у порівнянні з 53,3% в аналогічному гонконзькому дослідженні і розподілилися ці відсотки більш рівномірно: на 1 фактор довелось 26,5%, на 2 фактор - 10,05%, на 3 фактор – 9,15%, на 4 фактор – 6,76%, на 5 фактор – 6,32%, на 6 фактор – 5,84% дисперсії. У якості критерію рівня значимості була використана факторна вага 0,40. З урахуванням цього критерію пункти опитувача об'єдналися у фактори в такий спосіб: перший фактор – 6 пунктів, які можна об'єднати загальним найменуванням «мети в житті», тобто наявність життєвих цілей, покликання, намірів у житті; другий фактор – 2 досить різних пункти, які чисто умовно можна об'єднати загальною назвою «вірність помилковому шляху» (обов'язковість виконання покладених обов'язків навіть при наявності внутрішнього протесту); третій фактор - 6 пунктів під загальною назвою «інтерес і емоційна насиченість життя»; четвертий фактор - 5 пунктів, загальна назва «задоволеність само-реалізацією» (виражає відчуття успішності здійснення самого себе в житті й повсякденної діяльності); п'ятий фактор - 4 пункти, загальна назва «Я - хазяїн життя» (виражає відчуття людиною його здатності впливати на хід власного життя); шостий фактор - 5 пунктів. Загальна назва якого «керованість життя» (виражає впевненість у принциповій можливості самостійного здійснення життєвого вибору). Таким чином, незважаючи на малий обсяг опитувача (20 пунктів), при факторному аналізі виділилися шість факторів, п'ять із яких (за винятком другого) добре інтерпретуються, включають із вагою не менш 0,40 від 4 до 6

пунктів кожний і значиме ($p < 0,01$) корелюють із загальним показником свідомості життя. Результати, отримані при факторизації, дозволяють стверджувати, що свідомість життя особи не є внутрішньо однорідною структурою. Отримані фактори (за винятком другого) можна розглядати як складові сенсу життя особистості. При цьому вони розбиваються на дві групи. У першу входять властиво змістожиттєві орієнтації: мети в житті, насиченість життя та задоволеність самореалізацією. Неважко побачити, що ці три категорії співвідносяться з метою (майбутнім), процесом (сьогоденням) і результатом (минулим). Як виявляється з наведених даних, людина може черпати зміст свого життя або в одному, або в іншому, або в третьому (або у всіх трьох складових життя). Це зайвий раз підтверджує правоту В. Франкла, який відзначав, що зміст завжди може бути знайдений, і закладає підґрунтя для теоретичної та емпіричної типології сенсів життя.

Два що залишилися фактора характеризують внутрішній локус контролю, з яким, згідно наведеним вище даним, свідомість життя тісно зв'язана, причому один з них характеризує загальне світоглядне переконання у тому, що контроль можливий, а другий віддзеркалює віру у власну спроможність здійснювати такий контроль (образ Я).

На підставі цих результатів тест свідомості життя був перетворений у тест змістожиттєвих орієнтації, що включає, поряд із загальним показником свідомості життя, також п'ять субшкал, що відбивають три конкретні змістожиттєві орієнтації та два аспекти локусу контролю. В таблиці 2 наведені середні і стандартні відхилення по загальному показнику тесту і всім п'яти субшкалам окремо для чоловіків і жінок, отримані на вибірці 200 людей в віці від 18 до 29 років.

Таблиця 2.7.

Середні та стандартні відхилення субшкал і загального показника тесту

Шкала	Чоловіки		Жінки	
	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє	Стандартне відхилення
1 - Мети	32,90	5,92	29,38	6,24
2 - Процес	31,09	4,44	28,80	6,14
3 - Результат	25,46	4,30	23,30	4,95
4 - локус Я	21,13	3,85	18,58	4,30
5 - локус життя	30,14	5,80	28,70	6,10
Загальний показник:	103,10	15,03	95,76	16,54

Інтерпретація субшкал:

1. Мети у житті. Бали по цій шкалі характеризують наявність або відсутність у житті випробуваного цілей у майбутньому, які надають життю свідомість, спрямованість і тимчасову перспективу. Низькі бали по цій шкалі навіть при високому загальному рівні будуть властиві людині, живучої сьогоднішнім або вчорашнім днем. Разом з тим високі бали по цій шкалі можуть характеризувати не тільки цілеспрямовану людину, але й прожектера, плани якого не мають реальної опори в сьогоденні та не підкріплюються особистою відповідальністю за їхню реалізацію. Ці два випадки нескладно розрізнити, враховуючи показники по іншим шкалам СЖО.

2. Процес життя, або інтерес і емоційна насиченість життя. Зміст цієї шкали збігається з відомою теорією про те, що єдиний сенс життя полягає в тому, щоб жити. Цей показник говорить про те, чи сприймає випробуваний сам процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений змістом. Високі бали по цій шкалі й низькі по інших будуть характеризувати гедоніста, що мешкає сьогоднішнім днем. Низькі бали по цій шкалі – ознака незадоволеності своїм життям у сьогоденні; при цьому, однак, їй можуть надавати повноцінний зміст спогаду про минуле або націленість у майбутнє.

3. Результативність життя, або задоволеність самореалізацією. Бали по цій шкалі відбивають оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того, наскільки продуктивна і осмислена була прожита її частина. Високі бали по цієї шкалі та низькі по інших будуть характеризувати людину, яка доживає своє життя, у якого все у минулому, але минуле здатне надати зміст залишку життя. Низькі бали – незадоволеність прожитою частиною життя.

4. Локус контролю – я (Я – хазяїн життя). Високі бали відповідають уявленню про себе як про сильну особистість, з достатньою волею, що має вибір, щоб побудувати своє життя у відповідності зі своїми цілями та виставами про її зміст. Низькі бали – невір'я у свої сили контролювати події власного життя.

5. Локус контролю - життя, або керованість життя. При високих балах – переконання у тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення та втілювати їх у життя. Низькі бали – фаталізм, переконаність у тому, що життя людини непідвласне свідомому контролю, що свобода вибору ілюзорна й безглуздо будь-що загадувати на майбутнє.

Кореляційний аналіз шкал методики СЖО з опитувачем рівня суб'єктивного контролю (РСК) (Бажин, Голинкіна, Еткінд, 1984) та

самоактуалізаційним тестом (САТ) (Гозман, Кроз, 1987) показав, що більшість субшкал ведуть себе подібним чином. Так, усі шість показників (загальний та 5 субшкал) значуще корелюють із загальною інтернальністю і з інтернальністю в галузі досягнень, а також (крім третьої субшкали) – з інтернальністю у галузі сімейних стосунків. Відзначені також значущі кореляції п'ятої субшкали СЖО з інтернальністю у виробничій сфері й стосовно здоров'я-хвороби (усі кореляції позитивні). Зі шкалами методики САТ були відзначені наступні значимі кореляції (також усі позитивні): зі шкалами опори та пізнавальних потреб – усі шість показників; зі шкалами компетентності у часі, самоповаги і уявлення про природу людини – усі, крім першої субшкали; зі шкалою ціннісних орієнтацій – всі, крім загального показника, і зі шкалою спонтанності – третя, четверта та п'ята субшкали. З іншими шкалами САТ значущих кореляцій знайдене не було. У якості випробуваних виступали студенти московських вузів загальною чисельністю 24 людини, чоловіки та жінки.

Для перерахування результатів, потрібно мати ключ шкал тесту СЖО. Для підрахунку балів необхідно перевести відзначені випробуваним позиції на симетричній шкалі 3 2 1 0 12 3. В оцінці по висхідній або спадній асиметричній шкалі за наступним правилом: у висхідну шкалу 1 2 3 4 5 6 7 перекладаються пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17. У спадну шкалу 7 6 5 4 3 2 1 переводяться пункти 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20. Після цього підсумуються бали асиметричних шкал, відповідні до позицій, відзначених випробуваних. Загальний показник всі 20 пунктів тесту. Субшкала 1 (Мети) – пп. 3, 4, 10, 16, 17, 18. Субшкала 2 (Процес) – пп. 1, 2, 4, 5, 7, 9. Субшкала 3 (Результат) – пп. 8, 9, 10, 12, 20. Субшкала 4 (Локус контролю - я) – пп. 1, 15, 16, 19. Субшкала 5 (Локус контролю- життя) – пп. 7, 10, 11, 14, 18, 19. Норми, необхідні для оцінки результатів, наведені у таблиці. Зразок бланку, додаток № 4.

Обстеження методикою СЖО підтвердило розбіжності у групі лудоманів і здорових і близькість показників з алкоголь-залежними, що на четвертому візиті змінилось у бік динаміки руху до групи здорових і майже до них наблизилось при обстеженні на восьмому візиті.

2.10. Методика «ціннісні орієнтації» Менделя Рокіча

Система ціннісних орієнтацій визначає змістовну сторону спрямованості особистості та складає підґрунтя її відносин до навколишнього світу, до інших людей, до себе самої, основу світогляду і ядро мотивації життєвої активності, підґрунтя життєвої концепції та «філософії життя». Найпоширенішою у цей час є методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокіча, яка заснована на прямому ранжируванні переліку цінностей.

М. Рокіч розрізняє два класи цінностей: термінальні — переконання в тому, що кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути; інструментальні — переконання в тому, що якийсь спосіб дій або властивість особистості є кращою в будь-якій ситуації.

Цей розподіл відповідає традиційному розподілу на цінності-мети та цінності-засоби. Респондентові пред'явлено два списки цінностей (по 18 у кожному), або на аркушах паперу за абеткою, або на картках (у нашому дослідженні це були картонні картки). У списках випробуваний привласнює кожній цінності ранговий номер, а картки розкладає один по одному за значимості. Остання форма подачі матеріалу дає більш надійні результати. Спочатку пред'являється набір термінальних, а потім набір інструментальних цінностей. Аналізуючи ієрархію цінностей, слід звернути увагу на їхнє угруповання випробуваним у змістовні блоки по різних підставах. Так, наприклад, виділяються «конкретні» і «абстрактні» цінності, цінності професійної самореалізації та особистому життю та т.д. Інструментальні цінності можуть групуватися в етичні цінності, цінності спілкування, цінності справи; індивідуалістичні і конформістські цінності, альтруїстичні цінності; цінності самоствердження і цінності прийняття інших та т.д. Це далеко не всі можливості суб'єктивного структурування системи ціннісних орієнтацій. Психолог повинен спробувати вловити індивідуальну закономірність. Якщо не вдається виявити ні однієї закономірності, можна припустити несформованість у респондента системи цінностей або навіть нещирість відповідей.

Інструкція для роботи з картками, виглядає так: «зараз Вам буде пред'явлений набір з 18 карток з позначенням цінностей. Ваше завдання — розкласти їх один за одним щодо важливості для Вас у Вашому житті. Працюйте не поспішаючи, вдумливо. Кінцевий результат повинен відбивати Вашу справжню позицію. Подібна і інструкція для роботи з таблицями: «уважно вивчіть таблицю й, вибравши ту цінність, яка для Вас найбільш значуща, помістіть її на перше місце. Потім виберіть другу по значимості цінності і помістіть її слідом за першою. Потім проробіть те ж з усіма цінностями, що залишилися. Найменш важлива залишиться останньою і займе 18 місце. Працюйте не поспішаючи, вдумливо. Кінцевий результат повинен відзеркалювати Вашу дійсну позицію».

Перелік речень у методиці «ціннісні орієнтації» М. Рокіча: список «А» (термінальні цінності) — активне діяльне життя (повнота та емоційна насиченість життя); життєва мудрість (зрілість суджень і здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом); здоров'я (фізичне та психічне); цікава робота; краса природи та мистецтва (переживання прекрасного в природі і у мистецтві); кохання (духовна та фізична близькість із коханою людиною); матеріально забезпечене життя

(відсутність матеріальних труднощів); наявність гарних і вірних друзів; громадське покликання (повага навколишніх, колективу, товаришів по роботі); пізнання (можливість поширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток); продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил і здібностей); розвиток (робота над собою, постійне фізичне та духовне вдосконалювання); розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків); свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках); щасливе сімейне життя; щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, усього народу, людства в цілому); творчість (можливість творчої діяльності); упевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів). Список «Б» (інструментальні цінності): акуратність (охайність), уміння тримати в порядку речі, порядок у справах; вихованість (гарні манери); високі запити (високі вимоги до життя); життєрадісність (почуття гумору); ретельність (дисциплінованість); незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче); непримиренність до недоліків у собі та інших; освіченість (широта знань, висока загальна культура); відповідальність (почуття обов'язку, уміння тримати своє слово); раціоналізм (уміння здорове та логічно мислити, приймати обмірковані, раціональні рішення); самоконтроль (стриманість, самодисципліна); сміливість у відстоюваннях своєї думки, поглядів; тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами); терпимість (до поглядів та думок інших, уміння вибачати іншим їх помилки та омани); широта поглядів (уміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички); чесність (правдивість, ширість); ефективність у справах (працьовитість, продуктивність у роботі); чуйність (дбайливість).

Результати цього тестування дуже суб'єктивні у своєму трактуванні та обширні за змістом, але продукція мислення та стан свідомості, чи, краще казати, стан сприйняття філософії життя у гемблерів й залежних від психоактивної речовини (алкоголю), більш близький, ніж у гемблерів та здорових осіб, тому це і було практичними завданнями психотерапевтичної співпраці з хворим, в залежності від висновків обстеження у кожному окремому випадку. Зразок бланку див. у додатку № 5.

2.11. Метод вивчення провідної мотивації гравця.

Враховуючи, той факт, що будувати терапію залежності важливо з урахуванням її мотиваційної складової, особливо психотерапевтичну частину і формування життєвих цілей при одержанні ремісії, ми модифікували опитувальник на алкогольну залежність, адаптуючи його для патологічних гравців (див. список літератури).

На використаний опитувальник нами отримано патент (Патент України на корисну модель А61В 10/00 № 47406 від 25.01.2010 №u200911269 Бюл. № 2), який впроваджено, як спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор. Аналогічним відомим способом є діагностичний опитувальник на патологічну мотивацію у хворих на алкогольну залежність, у підґрунтя тесту покладені дослідження В.Ю.Зав'ялова, наведені у монографії «Психологічні аспекти формування алкогольної залежності» Новосибірськ, «Наука», 1988.

Він містить сорок п'ять питань, розподілених на дев'ять диференціально-діагностичних шкал, згрупованих у три тріади, що розкривають характер залежності та її мотиваційну основу. Однак, вказаний метод має низку недоліків: він не відбиває сутність сучасних форм хвороб залежності, не розкриває динаміку їх формування, що врешті не сприяє розробці ефективних методів корекції; формулювання питань не дозволяє застосувати опитувальник у хворих на нехімічні (поведінкові) форми залежності.

Найближчим до запропонованого є модифікований діагностичний опитувальник на патологічну мотивацію у хворих на опійну наркоманію. Він також складається з сорока п'яти питань, розподілених на дев'ять диференціально-діагностичних шкал, згрупованих у три тріади. Стосовно опійної залежності опитувальник дозволяє побудувати ієрархію мотивів, що спонукають до вживання наркотичної речовини. Але діагностика приведеним способом є вузько направленою тільки на хворих опійною залежністю. Інформація, одержана за допомогою опитувальника, не може бути використана для побудови реабілітаційних програм (фармакологічна та психотерапевтична корекція) стосовно поведінкових порушень, що є еквівалентами нехімічних форм залежності. Зокрема, не дозволяє впливати на афективні розлади внаслідок відмови від повторювання патологічного поведінкового патерну, що є аналогом відмови від вживання психоактивних речовин при хімічних формах залежності. Як відомо, у осіб з тривалою поведінковою залежністю існує велика ймовірність розвитку ускладненого синдрому відміни, що, згідно з сучасними даними, супроводжується афективними розладами, які є домінуючими серед інших психологічних станів та призводять до загострення патологічного потягу. За відсутності корекції афективних розладів ремісія, що формується, є нестійкою та призводить до раннього рецидиву.

У основу запропонованого нами спеціального опитувальника для хворих на патологічну схильність до азартних ігор було покладено задачу вдосконалення способу діагностики та виявлення патологічних мотивів до участі у грі з метою наступної корекції патологічного потягу

у структурі адиктивної поведінки шляхом використання фармако- та психотерапії, що сприяє досягненню стабілізації стану хворого та переходу у тривалу стійку ремісію. Поставлена задача вирішувались тим, що провідним інструментом корисної моделі є діагностичний опитувальник з метою виявлення домінуючої патологічної мотивації.

Спосіб проводиться наступним чином. Хворому пропонують відповісти на питання опитувальника та потім оцінюють його відповіді, угруповуючи їх по диференціально-діагностичним шкалам та підраховували отримані бали. Опитувальник має наступний вигляд:

я граю в азартні ігри:

1. щоб отримувати однакові відчуття із друзями;
2. у компанії, щоб не зіпсувати відносин;
3. це зараз потрібно спробувати хоча б для загального розвитку;
4. подобаються відчуття, що виникають при грі;
5. щоб забутися, відволіктися від усього неприємного;
6. це змінює все навколишнє, надає сенс життю;
7. гра полегшує самопочуття;
8. усі мої думки тільки про гру, як я не намагався відволіктися;
9. у мене паралізується воля, і я не усвідомлюю нічого, крім бажання азарту;
10. при зустрічах із друзями для спільної радості;
11. краще грати потрохи, чим залишитися без друзів;
12. не хочу, щоб наді мною жартували у компанії;
13. для одержання приємних відчуттів;
14. гра рятує від гірких думок і переживань;
15. гра та відчуття азарту робить мене сильнішим, активнішим, веселішим;
16. тільки для того, щоб відновити «рівновагу»;
17. не можу ні на що інше відволіктися, усі думки про гру;
18. часто перебуваю в такому стані, коли не керую собою, поки не пограю;
19. для отримання відчуття свята при зустрічі із друзями;
20. не прийнято відмовлятися, коли всі друзі грають;
21. якщо відмовлюся від гри, те повинен піти з компанії друзів;
22. для отримання незвичайних і приємних відчуттів;
23. якщо не граю, то все навколишнє мене гнобить;
24. час при грі проходить швидше та цікавіше, а без неї довго й нудно;
25. без гри стан моєї душі – жахливий;
26. бажання грати переслідує мене в думках постійно;

27. увесь мій організм живе цілодобово тільки одним бажанням грати;
28. без гри зустріч із друзями нудна й нецікава;
29. інакше мене виженуть із компанії;
30. тому, що більшість друзів грає у азартні ігри;
31. відчуття такі, що відмовитися практично неможливо;
32. гра знімає напругу;
33. щоб як слід розважитися, загострити почуття, мати інтерес до життя;
34. щоб зняти «ігрову абстиненцію»;
35. не можу перебороти тягу до гри, хоча постійно пручаюся цьому бажанню;
36. для мене немає життя без гри, заради гри можу віддати все;
37. для полегшення побачень, зав'язування знайомств;
38. мене змушують грати мої друзі;
39. не бачу шкоди в тому, щоб пограти у дружньому колі;
40. гра сприяє гарному настрою й, взагалі, приємним відчуттям;
41. гра дозволяє розслабитися;
42. щоб відчувати світ яскравіше, бути активним і радісним;
43. щоб уникнути болісних відчуттів, які долають мене у періоді поза грою;
44. не можу встояти, коли з'являється можливість пограти;
45. гра для мене ближче й дорожче рідних, потрібніше повітря і їжі.

Відповідь на кожне питання оцінювалась у балах:

часта причина – 3 бали; іноді, досить рідка причина – 2 бали; майже ніколи, дуже рідка причина – 1 бал; ніколи – 0 балів.

Розподіл стверджень по шкалах був наступним: I шкала – ствердження 1,10,19,28,37; II – 2,11,20,29,38; III – 3,12,21,30,39; IV – 4,13,22,31,40; V – 5,14,23,32,41; VI – 6,15,24,33,42; VII – 7,16,25,34,43; VIII – 8,17,26,35,44; IX – 9,18,27,36,45.

Де, I – група соціально-психологічних мотивів, що включають: 1) комунікативні мотиви, пов'язані зі спілкуванням із групою – діяльність, спрямована на створення нових знайомств, зустрічі, розваги та ін.; 2) субмісивні мотиви, що відбивають приймання участі в грі у результаті тиску з боку; 3) соціально-інтегративні мотиви, що свідчать про бажання за допомогою гри інтегруватися у референтну групу, долучитися до тих або інших цінностей групової субкультури.

II – мотиви, пов'язані, в основному, з бажанням змінити власний стан: 1) гедоністичні – прагнення отримати відчуття ейфорії або стимулювати фізичний і психічний стан; 2) мотиви перемикання афекту –

бажання нейтралізувати негативні емоційні переживання; 3) мотиви гіпермотиваційної напруги – прагнення підсилити з метою фіксації позитивні психічні відчуття.

III – властиво патологічні мотиви, що констатують хворобливий потяг: 1) мотив відновлення вітальної активності – прагнення відновити загальний життєвий (фізичний і психічний) тонус на початку абстиненції, коли одержання ейфорії є неможливим у зв'язку з високою «толерантністю» й складністю подальшого збільшення «доз»; 2) мотив залежності – фіксація у свідомості обсесивного потягу до гри (психічної залежності); 3) мотив компульсивного потягу – нескориме прагнення грати (фізичної залежності); один з компонентів – прагнення ліквідувати за допомогою ігрової діяльності прояви синдрому відміни (абстиненції).

Результат тестування представляє цифровий вираз (від 0 до 15 балів) по кожній шкалі. Максимальні оцінки виявляють домінування того або іншого виду мотивів споживання алкоголю, а всі шкали разом дають виставу про структуру загальної мотиваційної напруги (мн), максимальне значення якої – 135 балів та індексу мотиваційної напруги (імн), який у теоретичному максимумі сягає у випробуваного тройки. Сумарна оцінка по всіх шкалах відбиває загальну «мотиваційну напругу» у пошуках патологічного поведінкового акту (акту азартної гри) та свідчить про генералізацію у свідомості потреби, у почуттях такого типу. Середня сума балів по всіх шкалах позначена індексом мотиваційної напруги (імн), яка має більш статистичне та візуально-оціночне значення.

Поріг у 50 балів, відокремлює « здорових» від «стигматизованих», тобто «визнаних» патологічних гравців. Практично інтервал 35-50 балів може служити діагностичним критерієм гемблінг-залежності, якщо застосовувати цей тест у якості психодіагностичного інструменту. Цей інтервал свідчить про високий рівень напруги мотивації до гри – «критичному напруженні», за межами якого знаходяться хворі з вираженими формами залежності «непереборним потягом до гри». Зіставлення імн із клінічними проявами патологічного гемблінгу, ступенем прогресивності процесу та іншими симптомами показало, що імн в основному характеризує ступінь охоплення (поріг свідомості) особистості потягом до гри. Високі показники (від 100 і вище) виявляють тих, хто «жадає» грати, надмірно «зосереджений» на грі, зізнається собі та іншим у тому, що не має сил самостійно боротися із цією залежністю, або в тих, хто рішуче відстоює своє право «робити те, що бажає», тобто продовжувати грати, не вірить у лікування і вважає для себе безглуздим обходитися без участі у азартній грі у «нудному життю», у якій і так вже

все загублено». Високі показники імн по нашому досвіду, змушують більш уважно віднести до пацієнта, який при звичайній бесіді може й не розкрити повністю стан залежності від азартної гри. У типових випадках залежності імн коливається між 65-85.

В Інтернеті ми зустріли зроблений на підґрунті опитувача наведеного у монографії, комп'ютерний варіант тесту, який не торкаючись основ опитувача в плані виділення шкал мотивації вживання алкоголю, є авторською модифікацією тесту. Зміни торкаються наступних моментів: – на 30-40 % змінені формулювання питань вихідного варіанта опитувача, наведеного у монографії. У результаті тестування можуть бути отримані додаткові шкали, які дозволяють одержати дані по особистісним характеристикам випробуваного (рівень виразності тривожності, рівень гіпотимічного радикала, рівень заниженої самооцінки і конформності). Сумарний індекс вище 35 балів по цим 4 – їм шкалам вимагає посиленої психотерапевтичної роботи у ланках комплексного лікування патологічної залежності від азартних ігор.

Запропонований нами спосіб дозволяє виявляти патологічну мотивацію у хворих на патологічну схильність до азартних ігор, що у наступному дає можливість проводити відповідну фармакологічну та психотерапевтичну корекцію різноманітних поведінкових порушень, які є еквівалентами нехімічних форм залежності у тому числі і афективних розладів. Останні виникають у періоді відмови від повторювання патологічного поведінкового акту, що є аналогом відмови від вживання психоактивних речовин при хімічних формах залежності. Корекція афективних порушень, у свою чергу, призводить до формування стійкої тривалої ремісії, а також дозволяє скоротити термін стаціонарного лікування та проводити ранню профілактику загострення патологічного потягу до гри.

Таким чином, отриманий патент дав можливість провести більш масштабне дослідження, оцінити чутливість опитувальника до змін викликаних психофармакотерапією, а також підкреслити важливу роль використаного опитувальника у ранньої діагностики патологічної схильності до азартних ігор.

Обстеження власною методикою 473 гравців показала значне перевищення показників мотивації участі у грі за другою триадою над іншими. У більшості випадків домінували відповіді отримання гедонистичного задоволення від гри, значно меншою була групова динаміка, що суттєво відрізняє поведінкові залежності від хімічних, та власне патофізіологічні мотиви також вказані тільки в окремих випадках, тому психотерапевтична співпраця, враховувала ці результати й мала метою навчити отримувати у гравця задоволення від інших видів діяльності.

2.12. Тест на визначення схильності до поведінки, що відхиляється (за А.Н. Орлом).

Запропонована методика діагностики схильності до поведінки, що відхиляється, є стандартизованим тестом-опитувальником, призначеним для виміру готовності (схильності) осіб до реалізації різних форм поведінки, що відхиляється. Опитувальником є набір спеціалізованих психодіагностичних шкал, направлених на вимір готовності (схильності) до реалізації окремих форм поведінки, що відхиляється. Методика передбачає облік і корекцію установки на соціально бажані відповіді випробовуваних. Шкали опитувальника діляться на змістовні і службові. Змістовні шкали направлені на вимір психологічного вмісту комплексу зв'язаних між собою форм девіантної поведінки, тобто соціальних і особових установок, що стоять за цими поведінковими проявами. Службова шкала призначена для виміру схильності випробовуваного давати про себе соціально-схвалювану інформацію, оцінки достовірності результатів опитувальника в цілому, а також для корекції результатів по змістовних шкалах залежно від вираженості установки випробовуваного на соціально-бажані відповіді. Шкали: схильності до подолання норм і правил, схильності до адиктивної (залежної) поведінки, схильності до само руйнуючої поведінки, схильності до агресії і насильства, вольовий контроль емоційних реакцій, схильності до деліквентної поведінки. Нами застосовано чоловічий варіант тестування, оскільки всі обстежені, включені до дослідження, були чоловічої статі. Опитувальник має наступні питання:

1. Я відаю перевагу одягу неяскарих, приглушених тонів.
2. Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен зробити сьогодні.
3. Я охоче записався б добровольцем для участі в яких-небудь бойових діях.
4. Буває, що інколи я сварюся з батьками.
5. Той, хто в дитинстві не бився, зростає «синком матері» і нічого не може добитися в житті.
6. Я б взявся до небезпечної для життя роботи, якби за неї добре платили.
7. Інколи я відчуваю таке сильне занепокоєння, що просто не можу всидіти на місці.
8. Інколи буває, що я трохи хвалюся.
9. Якби мені довелося стати військовим, то я хотів би бути льотчиком-винищувачем.
10. Я ціную в людях обережність і обачність.

11. Лише слабкі і боязкі люди виконують всі правила і закони.
12. Я б віддав перевагу роботі, пов'язаній із змінами і подорожами.
13. Я завжди кажу лише правду.
14. Якщо людина в міру і без шкідливих наслідків вживає збуджуючі і впливаючі на психіку речовини – це досить нормально.
15. Навіть якщо я злюся, то прагну не вдаватися до лайок.
16. Я думаю, що мені б сподобалося полювати на левів.
17. Якщо мене образили, то я обов'язково повинен відітстити.
18. Людина повинна мати право випивати стільки, скільки він хоче.
19. Якщо мій приятель спізнюється до призначеного часу, то я зазвичай зберігаю спокій.
20. Мені зазвичай утрудняє роботу вимога зробити її до певного терміну.
21. Інколи я переходжу вулицю там, де мені зручно, а не там, де належить.
22. Деякі правила і заборони можна відкинути, якщо випробуєш сильний сексуальний (статевий) потяг.
23. Я інколи не слухаюся батьків.
24. Якщо при покупці автомобіля мені доведеться вибирати між швидкістю і безпекою, то я виберу безпеку.
25. Я думаю, що мені б сподобалося б займатися боксом.
26. Якби я міг вільно вибирати професію, то став би дегустатором вин.
27. Я часто випробовую потребу в гострих відчуттях.
28. Інколи мені так і хочеться зробити собі боляче.
29. Моє відношення до життя добре описує прислів'я: «Сім разів відміряй, один раз відріж».
30. Я завжди купую квитки в суспільному транспорті.
31. Серед моїх знайомих є люди, які пробували одурманюючі токсичні речовини.
32. Я завжди виконую обіцянки, навіть якщо мені це не вигідно.
33. Буває, що мені так і хочеться вилаятися.
34. Мають рацію люди, які в житті слідуєть прислів'їв: «Якщо не можна, але дуже хочеться, то можна».
35. Бувало, що я випадково потрапляв в бійку після вживання спиртних напоїв.
36. Мені рідко удається змусити себе продовжувати роботу після ряду образливих невдач.
37. Якби у наш час проводилися б бої гладіаторів, то б обов'язково в них прийняв участь.
38. Буває, що інколи я говорю неправду.

39. Терпіти біль на зло всім буває навіть приємно.
40. Я краще погоджуся з людиною, чим стану сперечатися.
41. Якби я народився у давнину, то став би благородним розбійником.
42. Якщо немає іншого виходу, то суперечку можна вирішити і бійкою.
43. Бували випадки, коли мої батьки, інші дорослі висловлювали занепокоєння з приводу того, що я трохи випив.
44. Одяг повинен з першого погляду виділяти людину серед інших в натовпі.
45. Якщо в кінофільмі немає жодної пристойної бійки – це погане кіно.
46. Коли люди прагнуть до нових незвичайних відчуттів і переживань – це нормально.
47. Інколи я нудьгую на уроках.
48. Якщо мене хтось випадково зачепив в натовпі, то я обов'язково жадаю від нього вибачень.
49. Якщо людина дратує мене, то готовий висловити йому все, що я про нього думаю.
50. Під час подорожей і поїздок я люблю відхилятися від звичайних маршрутів.
51. Мені б сподобалася професія дресирувальника хижих звірів.
52. Якщо вже ти сів за кермо мотоцикла, то варто їхати лише дуже швидко.
53. Коли я читаю детектив, то мені часто хочеться, щоб злочинець пішов від переслідування.
54. Інколи я просто не можу стриматися від сміху, коли чую непристойний жарт.
55. Я прагну уникати в розмові виразів, які можуть збентежити що оточують.
56. Я часто засмучуюся із-за дрібниць.
57. Коли мені заперечують, я часто вибухаю і відповідаю різко.
58. Мені більше подобається читати про пригоди, ніж про любовні історії.
59. Щоб отримати задоволення, варто порушити деякі правила і заборони.
60. Мені подобається бувати в компаніях, де в міру випивають і веселяться.
61. Мене дратує, коли дівчата палять.
62. Мені подобається стан, який настає, коли в міру і в хорошій компанії вип'єш.

63. Бувало, що у мене виникало бажання випити, хоча я розумів, що зараз не час і не місце.
64. Цигарка в скрутну хвилину мене заспокоює.
65. Мені легко змусити інших людей боятися мене, і інколи ради забави я це роблю.
66. Я зміг би своєю рукою стратити злочинця, справедливо засудженого до вищої міри покарання.
67. Задоволення – це головне, до чого варто прагнути в житті.
68. Я хотів би прийняти участь в автомобільних гонках.
69. Коли у мене поганий настрій, до мене краще не підходити.
70. Інколи у мене буває такий настрій, що я готовий першим почати бійку.
71. Я можу пригадати випадки, коли я був таким злим, що хапав першу річ, що попалася під руку і ламав її.
72. Я завжди вимагаю, щоб ті, що оточують поважали мої права.
73. Мені сподобалося б стрибати з парашутом.
74. Шкідливу дію на людину алкоголю і тютюну сильно перебільшують.
75. Я рідко даю здачу, навіть якщо хтось ударить мене.
76. Я не отримую задоволення від відчуття ризику.
77. Коли людина у розпалі суперечки удається до «сильних» виразів – це нормально.
78. Я часто не можу стримати свої відчуття.
79. Бувало, що я спізнився на уроки.
80. Мені подобаються компанії, де всі жартують один над одним.
81. Секс повинен займати в житті молоді одне з головних місць.
82. Часто я не можу стриматися від суперечки, якщо хтось не згоден зі мною.
83. Інколи траплялося, що я не виконував домашнє завдання.
84. Я часто здійснюю вчинки під впливом хвилинного настрою.
85. Мені здається, що я не здатний ударити людину.
86. Люди справедливо обурюються, коли визнають, що злочинець залишився безкарним.
87. Буває, що мені доводиться приховувати від дорослих деякі свої вчинки.
88. Наївні простаки самі заслуговують на те, щоб їх обманювали.
89. Інколи я буваю такий знервований, що стукаю по столу кулаком.
90. Лише несподівані обставини і відчуття небезпеки дозволяють мені по-справжньому проявити себе.

91. Я б спробував яку-небудь одурманюючу речовину, якби твердо знав, що це не пошкодить моєму здоров'ю і не спричинить покарання.
92. Коли я стою на мосту, то мене інколи так і тягне стрибнути вниз.
93. Всяка грязь мене лякає або викликає сильну відразу.
94. Коли я злюся, то мені хочеться кого-небудь ударити.
95. Я вважаю, що люди повинні повністю відмовитися вживання спиртних напоїв.
96. Я б міг на суперечку влізти на високу фабричну трубу.
97. Часом я не можу впоратися з бажанням заподіяти біль іншим людям.
98. Я міг би після невеликих попередніх пояснень управляти вертольотом.

Опис шкал і їх інтерпретація наступна. Шкала № 1 – установки на соціальну бажаність (службова шкала) Дана шкала призначена для виміру готовності випробовуваного представляти себе в найбільш сприятливому світлі з точки зору соціальної бажаності. Показники від 50 до 60 Т-балів свідчать про помірну тенденцію давати при заповненні опитувальника соціально-бажані відповіді. Показники понад 60 балів свідчать про тенденцію випробовуваного демонструвати строге дотримання навіть малозначних соціальних норм, умисному прагненні показати себе в кращому світлі, про настороженість по відношенню до ситуації обстеження. Результати, що знаходяться в діапазоні 70-89 балів говорять про високу настороженість випробовуваного по відношенню до психодіагностичної ситуації і про сумнівну достовірність результатів по основних шкалах. Про сприйняття ситуації, як експертною одночасно з помірно високими показниками за шкалою № 1 також свідчить їх різке пониження по основних діагностичних шкалах і підвищення за шкалою жіночої соціальної ролі. Саме для чоловічої популяції перевищення сумарного первинного балу за шкалою соціальної бажаності значення 11 первинних балів свідчать про невірогідність результатів по основних шкалах. Показники нижче 50 Т-балів говорять про те, що випробовуваний не схильний приховувати власні норми і цінності, коректувати свої відповіді у напрямі соціальної бажаності. Відмічено також, що молодші підлітки (14 років і молодше) не здатні тривалий час слідувати установці на соціально-бажані відповіді. Одночасно високі показники за службовою шкалою і по основних шкалах (окрім шкали 8) свідчать про сумнівну достовірність результатів, або про дисоціацію в свідомості випробовуваного відомих йому і реальних норм поведінки.

Шкала № 2 схильності до подолання норм і правил. Дана шкала призначена для виміру схильності випробовуваного до подолання яких-небудь норм і правил, схильності до заперечення загальноприйнятих норм і цінностей, зразків поведінки. Одночасно високі показники за службовою шкалою і по основних шкалах (окрім шкали 8) свідчать про сумнівну достовірність результатів, або про дисоціацію в свідомості випробовуваного відомих йому і реальних норм поведінки. Результати, що лежать в діапазоні 50-60 Т-балів, свідчать про вираженість вищезгаданих тенденцій, про нонконформістські установки випробовуваного, про його схильність протиставляти власні норми і цінності груповим, про тенденцію «порушувати спокій», шукати труднощі, які можна було б здолати. Показники, що знаходяться в діапазоні 60-70 Т-балів, свідчать про надзвичайну вираженість нонконформістських тенденцій, прояві негативізму і заставляють сумніватися в достовірності результатів тестування за даною шкалою. Результати нижче 50 Т-балів за даною шкалою свідчать про конформні установки випробовуваного, схильність слідувати стереотипам і загальноприйнятим нормам поведінки. В деяких випадках за умови поєднання з досить високим інтелектуальним рівнем випробовуваного і тенденції приховувати свої реальні норми і цінності такі оцінки можуть відображати фальсифікацію результатів. Шкала № 3 схильності до адиктивної поведінки. Дана шкала призначена для виміру готовності реалізувати адиктивну поведінку. Результати в діапазоні 50-70 Т-балів за даною шкалою свідчать про схильність випробовуваного до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, про схильності до ілюзорно-компенсаторного способу вирішення особових проблем. Крім того, ці результати свідчать про орієнтацію на плотську сторону життя, про наявність «сенсорної спраги», про гедонізм орієнтовані норми і цінності. Показники понад 70 Т-балів свідчать про сумнівність результатів або про наявність вираженої психологічної потреби в адиктивних станах, що необхідно з'ясувати, використовуючи додаткові психодіагностичні засоби. Показники нижче 50 Т-балів свідчать або про невираженість вище перелічених тенденцій, або про хороший соціальний контроль поведінкових реакцій. Шкала № 4 - схильності до саморуйнуючої поведінки. Дана шкала призначена для виміру готовності реалізувати різні форми аутоагресивної поведінки. Об'єкт виміру очевидно частково перетинається з психологічними властивостями, вимірюваними шкалою № 3. Результати, що знаходяться в діапазоні 50-70 Т-балів за шкалою №4 свідчать про низьку цінність власного життя, схильності до ризику, вираженої потреби в гострих відчуттях, про садо-мазохістські тенденції. Результати понад 70 Т-балів свідчать про сумнівну достовірність резуль-

татів. Показники нижче 50 Т-балів за даною шкалою свідчать про відсутність готовності до реалізації саморуйнуючої поведінки, про відсутність тенденції до соматизації тривоги, відсутності схильності до реалізації комплексів провини в поведінкових реакціях. Шкала № 5 схильності до агресії і насильства. Дана шкала призначена для виміру готовності випробовуваного до реалізації агресивних тенденцій в поведінці. Показники, що лежать в діапазоні 50-60 Т-балів, свідчать про наявність агресивних тенденцій у випробовуваного. Показники, що знаходяться в діапазоні 60-70 Т-балів, свідчать про агресивну спрямованість особи у взаєминах з іншими людьми, про схильність вирішувати проблеми за допомогою насильства, про тенденцію використовувати приниження партнера по спілкуванню, як засіб стабілізації самооцінки, про наявність садистичних тенденцій. Показники понад 70 Т-балів говорять про сумнівну достовірність результатів. Показники, що лежать нижче 50 Т-балів, свідчать про невираженість агресивних тенденцій, про неприйнятність насильства, як засоби вирішення проблем, про нетиповість агресії як способу виходу з фруструючої ситуації. Низькі показники за даною шкалою у поєднанні з високими показниками за шкалою соціальної бажаності свідчать про високий рівень соціального контролю поведінкових реакцій. Шкала вольового контролю емоційних реакцій № 6. Дана шкала призначена для виміру схильності випробовуваного контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій (важливо, що ця шкала має зворотний характер). Показники, що лежать в межах 60-70 Т-балів, свідчать про слабкість вольового контролю емоційної сфери, про небажання або нездатність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій. Крім того, це свідчить про схильність реалізовувати негативні емоції безпосередньо в поведінці, без затримки, про несформованість вольового контролю своїх потреб і плотських потягів. Показники нижче 50 Т-балів за даною шкалою свідчать про невираженість цих тенденцій, про жорсткий самоконтроль будь-яких поведінкових емоційних реакцій, плотських потягів. Шкала схильності до деліквентної поведінки № 7. Назву шкали носить умовний характер, оскільки шкала сформована з тверджень, диференціюючих «звичайних» підлітків і осіб із зафіксованими правопорушеннями, що вступали в конфлікт із загальноприйнятим способом життя і правовими нормами. На наш погляд, дана шкала вимірює готовність (схильність) підлітків до реалізації деліквентної поведінки. Виражаючись метафорично, шкала виявляє «деліквентний потенціал», який лише при певних обставинах може реалізуватися в житті підлітка. Результати, що знаходяться в діапазоні 50-60 Т-балів, свідчать про наявність деліквентних тенденцій у випробовуваного і про низький рівень соціального

контролю. Результати вище 60 Т-балів свідчать про високу готовність до реалізації деліквентної поведінки. Результати нижче 50 Т-балів говорять про невираженість вказаних тенденцій, що у поєднанні з високими показниками за шкалою соціальної бажаності може свідчити про високий рівень соціального контролю. Необхідно також враховувати, що вміст і структура деліквентної поведінки у хлопців і дівчат істотно відрізняються і відповідно розрізняються пункти, що входять в шкалу деліквентності для жіночого і чоловічого видів методики.

Це дослідження продемонструвало, що за шкалою установки на соціально-бажані відповіді, основна маса респондентів відповіла з практичним результатом до 60 балів (переважна більшість 38 – 62), в деяких випадках набрав до 70 і менше ніж 38 балів, але цих анкет було менше ста опитуваних. Шкала схильності до подолання норм і правил, надала близькі результати до першої шкали, основний масив відповідей 40-60 балів, та приблизно десята частина респондентів вийшла за цей коридор до 10-15 балів. Шкала схильності до адиктивної поведінки збрала всіх у ланках 50-70 і небагато (менш ста анкет) набрали результати до 50 балів. Шкала схильності до саморуйнуючої поведінки продемонструвала близькість до шкали три, чим ще раз підтвердила, що адикція та руйнація особистості поняття у багатьма чому тотожні. Шкала схильності до агресії і насильства, була більш різноманітною, третина відповіла до 50 балів, понад 60 балів, «зібрав» десятих і останні (а це більше половини респондентів) 50-60 балів. Шкала вольового контролю емоційних реакцій, була досить однорідною, всі респонденти від 50 до 70 балів, і менш 5% опитуваних, стандартна похибка ($p \leq 0,05$), менш 50 балів. Шкала схильності до деліквентної поведінки, це одна п'ята респондентів менш 50 балів, третина 50-60 балів і останні 60-70 балів.

2.13. Методика визначення рівня суб'єктивного контролю.

Методика є модифікованим варіантом опитувальника американського психолога Дж. Роттера. За його допомогою можна оцінити рівень суб'єктивного контролю над всілякими ситуаціями, іншими словами, визначити міру відповідальності людини за свої вчинки і своє життя. Люди відрізняються по тому, як вони пояснюють причини значимих для себе подій і де локалізують контроль над ними. Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний (зовнішній локус) і інтернальний (внутрішній локус). Перший тип виявляється, коли людина вважає, що відбувається з ним не залежить від нього, а є результатом дії зовнішніх причин (наприклад, випадковості або втручання інших людей). У другому випадку людина інтерпретує значимі події як результат своїх власних зусиль. Розглядаючи двох полярних типів локалізації, слід

пам'ятати, що для кожної людини характерний свій рівень суб'єктивного контролю над значимими ситуаціями. Локус же контролю конкретної особи більш менш універсальний по відношенню до різних типів подій, з якими їй доводиться стикатися, як в разі успіхів, так і в разі невдач. В цілому людям з екстернальним локусом контролю більшою мірою властиво конформна і поступлива поведінка, вони вважають за краще працювати в гурті, частіше пасивні, залежні, тривожні і не упевнені в собі. Люди з інтернальним локусом активніші, незалежні, самостійні в роботі, вони частіше мають позитивну самооцінку, що пов'язане з вираженою упевненістю в собі і терпимістю до інших людей. Таким чином, міра інтернальності кожної людини пов'язана з його відношенням до свого розвитку і особового зростання. Опитувальник РСК складається з 44 пропозицій-тверджень, екстернальності-інтернальності, що стосуються, в міжособових (виробничих і родинних) стосунках, а також відносно власного здоров'я. Питання наступні:

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, чи від здібностей і зусиль людини?
2. Більшість розлучень відбуваються від того, що люди не захотіли пристосуватися один до одного?
3. Хвороба - справа випадку: якщо вже призначено захворіти, то нічого не поробиш?
4. Люди виявляються самотніми через те, що самі не виявляють цікавості і дружелюбності до тих, що оточують?
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від везіння?
6. Марно робити зусилля для того, щоб завоювати симпатію інших людей?
7. Зовнішні обставини - батьки і добробут - впливають на родинне щастя не менше, ніж стосунки подружжя?
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною?
9. Як правило, керівництво виявляється ефективнішим, коли повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність?
10. Мої відмітки в школі залежали від випадкових обставин (наприклад, настрою вчителя) більше, ніж від моїх власних зусиль?
11. Коли я будую плани, то я, загалом, вірю, що зможу їх здійснити?
12. Те, що багатьом людям здається успіхом або везінням, насправді є результатом довгих цілеспрямованих зусиль?

13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, чим лікарки і ліки?
14. Якщо люди не підходять один одному, то як би вони не прагнули налагодити родинне життя, вони все одно не зможуть це зробити?
15. Те хороше, що я роблю, зазвичай буває достойно оцінено іншими?
16. Діти зростають такими, якими їх виховують батьки?
17. Думаю, що випадок або доля не грають важливої ролі в моєму житті?
18. Я прагну не планувати далеко вперед, тому що багато що залежить від того, як складуться обставини?
19. Мої відмітки в школі більш за все залежали від моїх зусиль і міри підготовленості?
20. У родинних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою, чим за протилежною стороною?
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин?
22. Я віддаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначати, що і як робити?
23. Думаю, що мій спосіб життя аж ніяк не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям добитися успіху в своїй справі?
25. Врешті-решт, за погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють?
26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в стосунках, що склалися, в сім'ї?
27. Якщо я дуже захочу, то зможу привернути увагу до себе майже будь-якого?
28. На підростаюче покоління впливає так багато різних обставин, що зусилля батьків по їх вихованню часто виявляються даремними?
29. Те, що зі мною трапляється, це справа моїх власних рук?
30. Людина, яка не змогла добитися успіху в своїй роботі, швидше за все не проявила достатніх зусиль?
31. Важко буває зрозуміти, чому керівники поступають саме так, а не інакше?
32. Найчастіше я можу добитися від членів моєї сім'ї того, чого хочу?
33. У неприємностях і невдачах, які були в моєму житті, найчастіше винні інші люди, ніж я сам?

34. Дитину завжди можна уберегти від простуди, якщо за нею стежити і правильно його одягати?
35. У складних обставинах я вважаю за краще почекати, поки проблеми не вирішаться самі собою?
36. Успіх є результатом наполегливої роботи і мало залежить від випадку або везіння?
37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від кого б то не було, залежить щастя моєї сім'ї?
38. Мені завжди важко зрозуміти, чому я подобаюся одним людям і не подобаюся іншим?
39. Я завжди вважаю за краще прийняти рішення і діяти самостійно, а не сподіватися на допомогу інших людей або на долю?
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, не дивлячись на всі її старання?
41. У родинному житті бувають такі випадки, коли неможливо вирішити проблеми навіть за найсильнішого бажання?
42. Здібні люди, що не зуміли реалізувати свої можливості, повинні винити в цьому лише самих себе?
43. Багато моїх успіхів були можливі лише завдяки допомозі інших людей?
44. Більшість невдач в моєму житті сталися від невміння, незнання або ліні і мало залежали від везіння або невдачі?

К опитувальникові РСК додається сім ключів, відповідно до семи шкал: Шкала загальної інтернальності (Іо). Високий показник за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значимими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій в їх житті були результатом їх власних дій, що вони можуть ними управляти і, отже, беруть на себе відповідальність за своє життя в цілому. Низький показник за шкалою Іо відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі люди не бачать зв'язку між своїми діями і значимими подіями, які вони розглядають як результат випадку або дії інших людей. Для визначення РСК за даною шкалою необхідно пам'ятати, що максимальне значення показника по ній дорівнює 44, а мінімальне – 0. Шкала інтернальності в області досягнень (Ід). Високий показник за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями. Такі люди вважають, що всього самого хорошого в своєму житті вони добилися самі і що вони здатні з успіхом йти до поставленої мети в майбутньому. Низький показник за шкалою Ід свідчить про те, що людина пов'язує свої успіхи,

досягнення і радощі із зовнішніми обставинами – везінням, щасливою долею або допомогою інших людей. Максимальне значення показника за цією шкалою дорівнює 12, мінімальне – 0. Шкала інтернальності в області невдач (Ін). Високий показник за цією шкалою говорить про розвинене відчуття суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що виявляється в схильності звинувачувати самого себе у всіляких неприємностях і невдачах. Низький показник свідчить про те, що людина схильна приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатами невдачі. Максимальне значення Ін – 12, мінімальне – 0. Шкала інтернальності в родинних стосунках (Іс). Високий показник Іс означає, що людина вважає себе відповідальним за події, що відбуваються в його родинному житті. Низький Іс вказує на те, що суб'єкт вважає своїх партнерів причиною значимих ситуацій, що виникають в його сім'ї. Максимальне значення Іс – 10, мінімальне – 0. Шкала інтернальності в області виробничих стосунків (Іп). Високий Іп свідчить про те, що людина рахує себе, свої дії важливим чинником організації власної виробничої діяльності, зокрема, в своєму просуванні по службі. Низький Іп вказує на схильність надавати важливіше значення зовнішнім обставинам – керівництву, колегам по роботі, везінню – невдачі. Максимум Іп – 8, мінімум – 0. Шкала інтернальності в області міжособових стосунків. Високий показник по них свідчить про те, що людина відчуває себе здатною викликати пошану і симпатію інших людей. Низький вказує на те, що суб'єкт не схильний брати на себе відповідальність за свої стосунки з тими, що оточують. Максимальне значення – 4, мінімальне – 0. Шкала інтернальності відносно здоров'я і хвороби (З). Високий показник свідчить про те, що людина рахує себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я і вважає, що одужання залежить переважно від його дій. Людина з низьким показником вважає здоров'я і хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей, перш за все лікарів. Максимальне значення – 4, мінімальне – 0.

Значно вищий показник у групи здорових практично по всіх шкалах чітко відмежував гемблерів та алкоголь залежних з нижчим показником.

ГЛАВА 3

Електроенцефалографічний метод

При психологічних дослідженнях велике значення має вивчення нервово-фізіологічних процесів, які лежать в основі психічної діяльності. Із цією метою в медико-психологічних дослідженнях часто застосовують метод електроенцефалографії, що одержало широке розповсюдження у фізіологічних і медичних дослідженнях.

Частині хворих проводилось електроенцефалографічне дослідження з метою вивчення біоелектричної активності головного мозку за допомогою комп'ютерного 16-канального електроенцефалографа Ехперт «Тредекс», але за «технічних» обставин, ми не змогли зробити його всім хворим, тому маємо не повні дані за цим видом обстеження, що є напрямком наступних досліджень.

Активний стан кори головного мозку характеризується розвитком у ній біоелектричних явищ, так званих біострумів. Ділянки кори, яка подразнена, стає електронегативною стосовно ділянок, що нероздратовані. Якщо з'єднати ці ділянки провідним ланцюгом, що реєструє силу струму, то внаслідок різниці потенціалів цей прилад відзначить рух і силу струму від незбудженої до збудженої ділянки. На цьому принципі заснований пристрій спеціального приладу – осцилографа, що дозволяє графічно реєструвати струми дії у формі електроенцефалограм (ЕЕГ) і в такий спосіб вивчати особливості нервових процесів, що протікають у корі.

Аналіз електроенцефалограм дозволяє одержати об'єктивну характеристику течії психічних процесів у зв'язку з особливостями лежачих у їхній основі нервових процесів у корі головного мозку. Електроенцефалографія – це розділ електрофізіології, що вивчає закономірності сумарної електричної активності мозку, що робиться на поверхні шкіри голови, а також метод записів таких потенціалів.

Електроенцефалографія дає можливість якісного та кількісного аналізу функціонального стану головного мозку і його реакцій при дії подразників. Запис ЕЕГ широко застосовується у діагностичній та лікувальній роботі (особливо часто при епілепсії), в анестезіології, а також при вивченні діяльності мозку, пов'язаної з реалізацією таких функцій, як сприйняття, пам'ять, адаптація і т.д. Початок вивченню електричних процесів мозку було покладено Д. Реймоном у 1849 році, який показав, що мозок, також як нерв і м'яз, має електрогенні властивості. 24 серпня 1875 року англійський лікар Річард Кетон зробив доповідь на засіданні Британської медичної асоціації. У цій доповіді він предста-

вив науковому співтовариству свої дані по реєстрації струмів мозку кроликів і мавп. У тому ж році незалежно від Кетона росіянин фізіолог В.Я. Данилевський у докторській дисертації виклав дані отримані при вивченні електричної активності мозку в собак. У своїй роботі він відзначив наявність спонтанних потенціалів, а так само зміни викликані різними стимулами. У 1882 році І. М. Сеченов опублікував роботу «Гальванічні явища на довгастиому мозку жаби», у якій уперше був установлений факт наявності ритмічної електричної активності мозку. У 1884 році М.Е. Введенський для вивчення роботи нервових центрів застосував телефонічний метод реєстрації, прослуховуючи в телефон активність довгастого мозку жаби та кори великих півкуль кролика. Введенський підтвердив основні спостереження Сеченова і показав, що спонтанну ритмічну активність можна виявити у корі великих півкуль ссавців.

Початок електроенцефалографічним дослідженням поклав В.В. Правдич-Немінський, опублікувавши в 1913 році першу електроенцефалограму записану з мозку собаки. У своїх дослідженнях він використовував струнний гальванометр. Так само Правдич-Немінський вводить термін електроцереброграмма.

Перший запис ЕЕГ людини отримана австрійським психіатром Гансом Бергером у 1928 році. Він же запропонував запис біострумів мозку називати «електроенцефалограма». Роботи Бергера, а також сам метод енцефалографії отримали широке визнання лише після того як у травні 1934 року Едріан і Метьюс уперше переконливо продемонстрували «ритм Бергера» на зборах Фізіологічного товариства у Кембриджі. Реєстрація ЕЕГ проводиться спеціальними електродами (найпоширеніші місткові, чашкові та голчасті). У цей час найчастіше використовується розташування електродів по міжнародних системах «10-20 %» або «10-10 %». Кожний електрод підключений до підсилювача. Для запису ЕЕГ може використатися або паперова стрічка або сигнал може перетворюватися і записуватися у файл на комп'ютері. Найпоширеніший запис із частотою дискретизації 250 Гц. Запис потенціалів з кожного електрода здійснюється щодо нульового потенціалу референта, за який приймається мочка вуха, або кінчик носа. У цей час одержують все більше поширення перерахунок потенціалу щодо зваженого середнього референта, за який приймається всі канали з певними ваговими коефіцієнтами. При такому розрахунку можливі артефакти локалізуються, а вплив сусідніх відведень один на одного зменшується. Електроенцефалографія – дослідження роботи головного мозку за допомогою запису їх біопотенціалів, що з'являються в нервових клітинах мозку в процесі діяльності. Вважають, що електричні явища в головному мозку пов'язані із внутрішнім метаболізмом у нервових клітинах, процесами

збудження і проведення імпульсів по збудливих системах. Крива запису електричних потенціалів головного мозку називається електроенцефалограмою (ЕЕГ), а прилад, що реєструє, – електроенцефалографом.

Електроенцефалограма (ЕЕГ) – графік електричної активності головного мозку, одержуваний у процесі електроенцефалографії. Це дослідження є ключовим у діагностиці, як самого захворювання епілепсія, так і різних його проявів (абсансів, локалізації судорожного вогнища). Для виділення на ЕЕГ значущих ознак її піддають аналізу. Основними поняттями, на які спирається характеристика ЕЕГ, є: середня частота коливань, їх максимальна амплітуда і їх фаза, також оцінюються розходження кривих ЕЕГ на різних каналах і їх тимчасова динаміка. Сумарна фоновая електрограма кори та підкіркових утворень мозку пацієнта, варіюючи залежно від рівня філогенетичного розвитку і відбиваючи цитоархітектонічні та функціональні особливості структур мозку, також складається з різних по частоті повільних коливань.

Біоелектричні потенціали відводять із поверхні голови за допомогою електродів, які фіксують відповідно проекції часток мозку на певних точках – потиличній, тім'яній, лобовій, центральній та скроневій галузей обох півкуль. Однією з основних характеристик ЕЕГ є частота. Однак, через обмежені перцепторні можливості людини при візуальному аналізі ЕЕГ, застосовуваному у клінічній електроенцефалографії, ціла низка частот не може бути досить точно охарактеризована оператором, тому що око людини виділяє тільки деякі основні частотні смуги, явно присутні в ЕЕГ. Відповідно до можливостей ручного аналізу була введена класифікація частот ЕЕГ по деяких основних діапазонах, яким привласнені назви літер грецького алфавіту (альфа – 8-13 Гц, бета – 14-40 Гц, тета – 4-6 Гц, дельта – 0,5-3 Гц, гама – вище 40 Гц та інші позначки). Залежно від частотного діапазону, але також і від амплітуди, форми хвилі, топографії і типу реакції розрізняють ритми ЕЕГ, які також позначають грецькими буквами. Наприклад, альфа-ритм, бета-ритм, гамма-ритм, дельта-ритм, тета-ритм, капаритм, мю-ритм, сігма-ритм та ін. Вважається, що кожний такий «ритм» відповідає якомусь визначеному стану мозку і пов'язаний з певними церебральними механізмами. При аналізі електроенцефалограми в основному визначають частоту, амплітуду та форму хвиль. Хвилі електроенцефалограми позначають буквами грецького алфавіту: а – альфа, р – бета, б – дельта, в – гама, 0 – тета. У руховій галузі кори головного мозку реєструють так званий роландичний ритм, по частоті ідентичний а-ритму, але, що відрізняється від нього за формою; цей ритм називають ще мю-ритмом, тому що за формою він нагадує грецьку букву «ц».

У здорових дорослих у бадьорому стані домінує α -ритм. Він характеризується частотою 8-13 гц та амплітудою від 20 до 100 мкв. Хвилі α -ритму звичайно реєструються у вигляді «веретен» з поступово наростаючою і потім убутною амплітудою. Альфа-ритм змінюється при таких фізіологічних станах, як сон, хвилювання, розумова напруга, фізичне навантаження і при впливу світлових, звукових та інших подразників. Бета-ритм має частоту від 14 до 35 гц і амплітуду від 3 до 25 мкв. Гамма-ритм характеризується частотою від 30 до 80 гц та амплітудою від 2 до 10 мкв. Дельта-ритм має частоту від 1,5 до 3 гц та амплітуду від 10 до 20 мкв. Під час сну δ -ритм виявляється досить чітко, що дає підставу зв'язувати його виникнення в здорових із процесами гальмування. Припускають також, що повільна ритмічна активність типу δ -хвиль є результатом недостатності, що активує висхідну системи ретикулярної формації. Тета-ритм характеризується частотою від 4 до 7 гц і амплітудою, що не перевищує 30 мкв. Про функціональний стан кори головного мозку судять по її спроможності перебудовувати властивий їй ритм на ритм аферентних роздратувань. Звичайно для цієї мети використовують ритмічні спалахи яскравого світла частотою від 8 до 25 мелькань та більше у секунду. Ритмічні спалахи світла звичайно викликають синхронні з ними коливання потенціалів кори головного мозку та на ЕЕГ реєструються ритми, відповідно до частоти подразника. Це явище отримало назву «засвоєння ритмів». У здорових найкраще засвоюються частоти від 8 до 16 гц. Найбільш висока частота роздратування, яку може відтворити тканину мозку, характеризує найбільш суттєвий показник функціонального стану — його лабільність.

При дослідженні спортсменів було виявлено, що в більшості добре тренуваних спортсменів відзначають збільшення діапазону засвоєння частот убік збільшення верхньої межі (до 24 гц). У стані недостатньої тренуваності, перевтоми, перетренованості в більшості спортсменів спостерігали погіршення засвоєння ритмів або відсутність засвоєння ритму (Г.М. Куколевский).

Викликаний потенціал (ВП) — електрична реакція мозку на зовнішній подразник або на виконання розумової (когнітивної) задачі. Найбільше широко використовуваними подразниками є візуальні для реєстрації зорових ВП, звукові для реєстрації аудиторних ВП та електричні для реєстрації соматосенсорних ВП. Запис ВП проводиться за допомогою електроенцефалографічних електродів, розташованих на поверхні голови. Метод викликаних потенціалів застосовується для дослідження функції сенсорних систем мозку (соматосенсорної, зорової, аудиторної) і систем мозку відповідальних за когнітивні процеси. В основі методу лежить реєстрація біоелектричних реакцій мозку у

відповідь на зовнішнє роздратування (у випадку сенсорних ВП) і при виконанні когнітивного завдання (у випадку когнітивних ВП). Залежно від часу появи (латентності) викликаної реакції після пред'явлення стимулу ВП прийнято поділяти на коротко-латентні (до 50 мілісекунд), середньо-латентні (50-100 мс) і довго-латентні (понад 100 мс). Особливим різновидом ВП є моторні викликані потенціали, які реєструються з м'язів кінцівок у відповідь на транскраниальне електричне або магнітне роздратування. Моторні ВП дозволяють робити оцінку функції кортико-спинальних (моторних) систем мозку.

Оскільки амплітуда ВП (5-15 мкВ) набагато менше амплітуди ЕЕГ у стані пильнування (20-70 мкВ), то для виділення ВП здійснюють усереднення сигналу: стимул пред'являється кілька разів, після чого комп'ютер підсумовує відрізки ЕЕГ, які впливають відразу після пред'явлення стимулу. У результаті постійні компоненти ВП підсумовуються та виділяються, а «випадкові» компоненти ЕЕГ, які наклалися на запис під час реєстрації ВП, нівелюються. Слід зазначити, що співвідношення сигнал/шум при виділенні ВП із ЕЕГ перебуває у прямій залежності від квадратного кореня з кількості поданих стимулів. Наприклад, якщо середня амплітуда ЕЕГ при записі ВП становить 50 мкВ, то після 25 поданих сигналів рівень шуму зменшиться до 10 мкВ, після 50 поданих сигналів — до значення близько 7 мкВ, після 100 — до 5 мкВ і т.д. Тому що при одержанні когнітивних ВП найчастіше використовуються кілька різних типів сигналів, то для чіткого виділення ВП на конкретний тип стимулу слід враховувати не загальну кількість поданих сигналів, а кількість поданих сигналів цього типу. Рекомендується для виділення компонентів з високою амплітудою подавати 50-60 стимулів, із середньою амплітудою — 200-300, з низкою — більше 500.

Нами використано 16-канальний комп'ютерний телеметричний електроенцефалограф «Тредекс» серії «Експерт», призначений для реєстрації та подальшої обробки електроенцефалограм у системі відведень «10-20», який забезпечує можливість знімання ЕЕГ у будь-яких умовах реєстрації та не має потреби у заземленні, захисту від мережових перешкод 50 Гц, ізоляції приміщень. Перевагою є досить широкі можливості апаратури при діагностиці та обробці отриманих даних.

Результати електроенцефалографії дали нам змогу оцінити і аспекти активації головного мозку, а, точніше, його активності (за аналогією дослідження Е.В. Мельник на алкоголь залежних пацієнтах). Оцінка активності мозку по електроенцефалограмі здійснюється за допомогою коефіцієнту Джебраїлової, яка запропонувала процентну величину альфа-ритмів, ділити на аналогічний показник бета-ритмів, і таким чином отримувати цифрові значення, які у нормі умовно менші

одиниці, а при патологічній активності більше одиниці. Цифрове вираження дає змогу не тільки оцінювати сучасний стан головного мозку, а ще і орієнтуватись у динаміці терапії. У нормі на ЕЕГ ми візуємо перевагу альфа-ритму, який свідчить, що у мозку збалансовані активуючо-гальмові механізми, в основній мірі завдяки гамоаміномасляної кислоті (ГАМК), яка блокує надмірну передачу струмових імпульсів мозку. Якщо гальмова система ГАМК порушена, то активація мозку стає занадто сильною, і виникають судороги. Невелике ж зниження роботи гальмової системи при недоліку ГАМК в організмі веде до безсоння, занепокоєння, тривоги. Відновлення змісту цієї речовини, навпаки, забезпечує нормалізацію сну, заспокоєння. Цей факт враховувався нами при подальшій терапії цих хворих.

Внаслідок застосування вказаної моделі електроенцефалографу, яка давала змогу проводити низку розрахунків, будування діаграм, та отримувати досить широкі спектри результатів, але за комп'ютерною програмою, одразу відбувається розподіл діапазонів за частотами, включно з двома окремими колонками бета-1, та бета-2; Тому нами для більшої наглядності, по аналогії з прототипом Джебрайлової взята характеристика найбільш розбіжна за спектрами, а саме, альфа-ритм ми порівнювали з бета-2 ритмом, який є більш високо частотним (початок спектру від 20 Гц). Запропонований механізм практично підтвердив гіпотезу, та візуально продемонстрував переваги такого застосування коефіцієнту, як діагностичного інструменту.

За деяких обставин власне дослідження, нами нажалі не було завершено, а де які набути втрачені, тому у монографії наведено тільки інформацію про загальний стан сучасної електроенцефалографії та напрямок побудови власного дослідження, на якому не маємо можливості зупинитися детальніше і навести результати.

ГЛАВА 4

Метод використання власної терапії

Власно розроблено та використано комплексну терапію, яка базувалась на отриманих даних про особистісні характеристики патологічних гравців. Тому загальна схема лікування ігromанії була наступною. Спочатку ми виявляли основні симптоми. Як правило, всі вони дорівнювали градації малої психіатрії і, не враховуючи велике різноманіття проявів у кожному окремому випадку, можливо розподілити їх на умовні блоки проблем, за якими і будується послідовність терапевтичної допомоги. Також на першій зустрічі важливо встановити міжособистісний комплаєнс (лікар – пацієнт) без якого не можлива психотерапевтична співпраця. У більшості випадків, перші і основні скарги з боку пацієнтів та їх родичів (практично у всіх випадках пацієнтів супроводжував хтось з родини чи друзів), такі: дратівливість, ознаки емоційної та вегетативної лабільності, дистимічний фон настрою та ангедонія поза грою, що добре лікується антидепресантами з групи СІЗЗС чи подвійної дії (за відсутністю грошей, можливо використання трицикліків). Нами апробовано амітриптилін 25мг три рази на добу, один місяць, при відсутності ефекту, необхідно переходити на СІЗЗС чи подвійні антидепресанти, флуоксетін (прозак) по 20мг. з ранку протягом чотирьох тижнів, при відсутності ефекту можливо продовжити терапії ще на місяць, але звернутися до інших антидепресантів вказаних нижче (важливо перевірити діагностичну вірність домінуючої симптоматики, якщо вона не відповідає перерахованій, то треба шукати більш відповідну у вказаних нами подальших рубриках з відповідною до неї терапії), чи пароксетін (паксил, рексетін) застосування аналогічно флуоксетину.

Якщо з перерахованою симптоматикою спостерігається стійкий астеничний симптомокомплекс, то краще використати антидепресанти зі стимулюючою та малою вираженістю седативної дії. Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну, або антидепресанти «подвійної дії» – венлафаксин (велаксин) 37,5мг. два рази на добу, протягом 1-2 місяців до нівелювання патологічної симптоматики, важливо не обривати одноразово прийом препарату, мілнаципран (іксел) 50мг. двічі на добу протягом до трьох місяців. Вказані курси можливо повторювати, протягом терапії треба відмітити діагностичну динаміку, можлива зміна ведучих симптомів, що потребує реагування заміною лікарських речовин.

При існуванні «гострих кутів характеру», дратівливості, незлагідності, запальності, імпульсивності, дисфорії та схильності до зміни фаз, з вказаної депресивної до гострої маніакальної фази, треба використати

нормотіміки. При більшій депресивній фазі, це ламотриджин (ламіктал) 25мг. на добу, перші два тижні, потім 50мг. на добу, загалом до двох місяців, при частішій та більш тривалій маніакальній фазі, рекомендовано карбамазепін (фінлепсин) 100мг. перші два тижні, потім 200мг. на добу, до двох місяців. При необхідності курси повторюють.

При порушеннях мислення, ілюзорності, «магічному мисленні», розладах поведінки, психотичному збудженні, агресивності, звуженому колі інтересів та десоціалізації треба уведення у схему лікування антипсихотів. Якщо потрібен додатковий седативний ефект, то хлорпромазин 25мг. тричі на добу, далі дозу підвищують на 25мг. на прийом до отримання необхідного терапевтичного впливу, загальний курс терапії до двох місяців, при неотриманні бажаного ефекту, треба ретельно перевіряти достовірність діагнозу (можливо первинне існування шизоафективного розладу, яке було масковане участю у грі з хворобливої ідеації). У подібних випадках терапевтична схема буде відповідати встановленому діагнозу (на ВКК). За необхідністю активуючої дії, це – сульпірид (еглоніл) 150мг. три рази на добу, 4-6 тижнів, до редукції симптоматики, курс можливо повторювати, з урахуванням клінічної динаміки. Виразна симптоматика, вимагає введення рісперідону 0,25мг. на добу, до нівелювання симптомів або кветіапіну 50мг. на добу, чи за значно дешевшу терапію тіорідазином (може виникати екстрапірамідна симптоматика) 25 мг. на добу, для всіх максимальне застосування два місяці, після чого за необхідністю, можлива ротація препаратів, чи підбір інших антипсихотиків, для пошуку найбільш дієвого, з урахуванням здатності препаратів блокувати різні нейромедіаторні рецептурні групи.

При тривожних опасаннях у зв'язку з різними життєвими ситуаціями у бік збільшення симпатикотонії, наполегливих думках про різні ігрові ситуації рекомендоване застосування транквілізаторів, які крім головного анксиолітичного (протитривожного) ефекту, зменшують занепокоєння, страх (антіфобічна дія), знижують емоційну напругу, а також сприяють зниженню obsесивності (нав'язливі думки) та іпохондрії (підвищена недовірливість). У спектрі дії транквілізаторів є вегетостабілізуючий ефект (нормалізація функціональної активності автономної нервової системи), що клінічно може виявлятися зменшенням вегетативних проявів тривоги (тахікардія, артеріальна гіпертензія, пітливість, порушення функцій травної системи). Супутнім є снодійний (гіпнотичний) ефект, який виявляється в полегшенні настання сну, збільшенні його глибини і тривалості. Гідазепам 0,05 мг. три рази на добу, до двох тижнів. Інші препарати з цієї групи зараз малодоступні через їх прописування на рожевому бланку, які співробітники науково-практичних та і лікарень за законодавством не мають.

При вимогах додаткового заспокоєння або зменшення емоційної напруги без снодійного ефекту (в той же час з полегшенням настання природного сну) рекомендовано седативні засоби (психолептики). Частіше використовують засоби рослинного походження: препарати валеріани, пустинника, м'яти або мікстуру Бехтерева.

Не рідкою скаргою гравців є порушення сну та жахи під час сну. Використання саме снодійних засобів не є вельми ефективним, через системний характер розладу сну, а не короткотривалий ситуаційний. Порушення сну у ігromанів - це наслідок вищезгаданих фактів і порушень, що не може не відбитися на процесі сну, тому класичні снодійні не рекомендуються, краще ліквідувати іншу патологічну симптоматику і впливати на соціальну ситуацію навколо гравця, а з речовин, що допомагають нормалізації сну ми застосували віта-мелатонін (регулятор циркадних ритмів сну) 0,003г. протягом місяця. Потім по мірі необхідності курс після перерви повторювався, але з нашого досвіду, повністю сон нормалізувався, власноруч, одразу після вирішення матеріальних та інших проблем гравця.

Щодо застосування налтрексону (50 мг. на добу, один місяць), на який спираються закордонні дослідники, то вельми значимих чи суттєво істотних відмінностей у характері та терміну ремісії ми не побачили, навпаки монотерапії цією речовиною зовсім не дала ніякої позитивної динаміки.

З використаних препаратів, ще були ноотропи при частих головних болях та вітамінотерапія при явній астенії хворого. Досліджень по відмінності терміну ремісії при додатковому застосуванні цих препаратів ми не проводили, але відмічали покращення загального стану хворого, що не могло не відбитися на терапевтичному комплаєнсі.

Комплекс заходів допомоги патологічним гравцям включав у себе і психотерапію, яка у більшості випадків, була компелятом різних класичних шкіл та підходів, все залежало від індивідуальних особливостей хворих. Від участі у групових сесіях більшість пацієнтів відмовилась, тому спостереження зроблено на результатах індивідуальної психотерапії. Основні аспекти психотерапевтичного втручання були наступні, опрацювання постійного відчуття потреби у ігровій діяльності, порушення здатності контролювати час участі у грі, неможливість зупинити участь у грі, незважаючи на шкідливі наслідки, фактів збільшення частоти та тривалості участі у грі, втрата та звуження кола інтересів.

За співпрацею з спілкою живописців (особливо, за цю плідну співпрацю, ми вдячні Заслуженому художнику України В.В. Бабієнко) ми використали арт-терапію, структура сеансів була для кожного окремою, декілька результатів були дуже цікавими, хворі з азартом почали

працювати у художній майстерні, та приймати участь у практично всіх виставках та творчих подіях міста. Відбулася зміна деструктивної залежності на соціально-позитивну зі збереженням адиктивної вісі особи.

Гештальт-терапія використалася у вигляді міксту з логотерапією, пацієнтом відбувалося усвідомлення своєї ролі і подій тут і зараз і одночасно формувався сенс майбутнього життя, який без зміни поведінкових паттернів був практично не можливий в фізичному і духовному понятті.

Апробовано лікування гіпнозом, що не дало значимих відсотків ремісії але дехто добре позбавився від залежності, у декількох випадках ще і від куріння та вживання алкоголю. Ті, хто не був схильним до класичного гіпнозу, лікувалися Еріксоновським гіпнозом, у стані так званого, особливого стану – трансу, коли людина не спить і може активно спілкуватися з терапевтом.

Зроблено спроби використовувати ігрову психотерапію та психодраму, але для цього потрібна група хворих, багато місця і часу, якого протягом нашої роботи на жаль бракувало.

Реалізовувались прийоми клієнт центррованої, когнітивної, позитивної, раціонально – поведінкової, екзистенціальної психотерапії. Кожна з яких дала свій позитивний відбиток на стані хворих. Нажаль, серед дослідників не було спеціаліста по психоаналізу, між тим отримання таких даних було б цікавим. Взагалі всю проведenu роботу можна назвати системною родинною психотерапією, так як практично у всіх зверненнях за допомогою фігурували особи, близькі до хворого, тому, об'єктом психотерапевтичної дії була саме родина.

Треба особливо звертати увагу на суїцидальну ідеацію, при якій іноді потрібна термінова госпіталізація та ретельна увага родичів до хворого. Терапія більш тривала і комплексна при виявленні даної тенденції по вищеперерахованих алгоритмах.

Наведена схема є власною розробкою авторів, вона не є панацеєю. Автори мають авторські патенти на вказані пропозиції, але ні в якому разі, це не є межею для практичного застосування запропонованої терапії будь ким з лікарів, які займаються даною проблемою, більш того колектив авторів буде вдячний за Ваші відгуки стосовно вказаних підходів та інформацію про інший лікувальний досвід.

ГЛАВА 5

Побудова загальної профілактики

На сьогодні є потреба у дослідженнях соціальних та психологічних чинників ризику виникнення патологічної залежності від азартних ігор, доки не існує єдиної точки зору на те, що саме властиво патологічним гемблерам, як виникає та розвивається лудоманія? В той час саме усвідомлення причин виникнення подібної форми поведінки і є ключем до вирішення цього питання і в аспекті лікування і в побудові заходів, що будуть нівелювати можливість виникнення залежності від гемблінгу в загалі. Для раціонального розв'язання поставлених завдань потрібно мати уяву про проблему, її причини. Саме тут на передній план і виступає проведене нами соціологічне дослідження, про яке ми детально говорили вище. Отримані дані грають важливу роль у побудові загальної профілактики, також потрібні і інші види досліджень по вивченню чинників гемблінг-залежності.

У широкому сенсі можливо виділити дві великі групи факторів, що призводять до виникнення залежності від азартних ігор, це індивідуально-психологічні характеристики осіб та умови навколишнього соціуму.

До перших відносяться притаманні більшості гравців невпевненість в собі, низька самоповага, при цьому компенсаторно вони відчують потребу відчувати себе значимими, всемогутніми. Деякі дослідники вважають, що гравці мають вороже відношення до реальності, вони витрачають багато часу на фантазування про те, як буде їм добре після великого виграшу, малюють в уяві картини приємного легкого життя на величезні гроші отримані завдяки грі по особливій «системі». Відхід від реальності в світ фантазій, в світ гри, говорить про особову незрілість патологічних гравців. Багато з гравців визнають, що раніше не бажали дорослішати. Перекладають з себе відповідальність, і це прагнення уникнути відповідальності у результаті стає нав'язливою ідеєю. Психодинамічна концепція розладу виходить з того, що за нелогічною постійною упевненістю хворого у виграші ховаються інфантильні фантазії всемогутність, чекання необмеженого задоволення власних бажань. Постійне повернення до гри означає протест, несвідомо-агресивне відношення до реальної дійсності. При цьому програш не повертає до реальності, а навпаки, несвідомо сприймається як неправомірний відмова в задоволенні бажання і обґрунтований привід для протесту, тобто наступної участі у грі. Часто патологічний гемблінг коморбіден з нарцистичним, антисоціальним особовими розладами. Компульсивна повед-

інка гравця багато в чому схожа з поведінкою obsесивно-компульсивної особи, як поведінка яка має характер ритуалу або компульсії. У гравця домінують постійні obsесивні думки про минулі і майбутні ігри, патологічний гемблер грає компульсивно, його діям властивий автоматизм, його поведінку можливо охарактеризувати як ритуалізований процес. Самооцінка патологічних гравців нестійка, вона часто залежить від результатів гри. Існує думка, що компульсивні гравці підсвідомо бажають програвати, щоб цим карати себе (за психоаналітичною теорією). Патологічні гравці мають розлади контролю імпульсів. Імпульс часто характеризується такими властивостями, як поспішність та необдуманість. Зазвичай має місце компроміс спонук, боротьба мотивів між задоволенням потреби в задоволенні і покаранням. Наприклад, це - ганьба, якій піддається патологічний гравець, або його грошова скрута у зв'язку з боргами. Як показують повторні епізодичні імпульси, знання про минулу провину та біль може з'явитися підкріпленням такої поведінки. Дійсно, в деяких випадках потреба в покаранні передуює імпульсу. Патологічним гравцям властиві емоційна уразливість, низька толерантність до фрустрації, неадекватність копінг-стратегій. Участь в азартній грі часто викликається «спусковим гачком», який може бути внутрішнім (нудьга, занепокоєння та інше) або зовнішнім (наприклад, сварка з дружиною тощо.). Іноді людина грає в азартні ігри, щоб уникнути негативних відчуттів, як форми адаптації. Патологічні гравці нездатні управляти імпульсами, керувати власним життям, вирішувати сучасні проблеми. В процесі розвитку розладу відбувається деградація особи патологічного гравця й головним мотивом стає гра, звужується коло інтересів. Гравець віддаляється від близьких, втрачає інтерес до роботи. Регрес виявляється інколи навіть у виборі вигляду азартної гри — від складніших карткових ігор, в яких окрім вірогідності грають роль навик і інтелект, гемблер переходить до найпростішого вигляду азартної гри, що не вимагає інтелектуальних зусиль, — ігрового автомата. Більшість дослідників вважають, що немає переважання гемблінгу в тій чи іншій расі, а проблемний гравець може бути з будь-якого соціального класу. Проблемні і патологічні гравці найчастіше зростають у сім'ях батьків з іншими залежностями. Найбільша вірогідність стати гемблером в тих, хто почав грати в юнацькому віці, що обґрунтовує важливість профілактики юнацького гемблінгу. В більшості залежні гравці самотні, але можливо, це є не причиною, а наслідком гемблінгу. Близько половини гемблерів має досвід зловживання алкоголем або наркотиками. З метою здобуття грошей на гру гемблери можуть підробляти документи, красти, використовувати гроші, призначені на витрати їх сімей. Зазвичай їх злочинні дії не мають характеру насильства, це — розтрата або

шахрайство. Через ці причини гравцям доводиться брехати кредиторам, колегам та близьким. При цьому усвідомленим наміром виявляється бажання повернути гроші і віддати борги. Ускладненнями, які зазвичай спостерігаються при цьому, є охолодження до рідних і відчуження знайомих, втрата всього, що досягнуте в життя, суїцидальні спроби, тюремний вирок. Гравці – частіше чоловічої статі. Виділяють і такі «родинні» предиктори розладу, як неадекватний батьківський стиль виховання і неадекватне відношення до грошей в сім'ї (від фетишизації грошей до відсутності планування сімейного бюджету). В.Д. Менделєвіч вважає, що основою ігрової залежності є «феномен бажання гострих відчуттів» і, як наслідок, високий ступінь ризику, ігри «на межі фолу», коли за секунду можна втратити все, або придбати «весь світ». Відзначають такі особливості патологічних гравців: важкість в ідентифікації та опису власних відчуттів, важкість в проведенні відмінностей між відчуттями духовними та тілесними відчуттями, зниження здатності до символізації, про що свідчить бідність фантазії і інших проявів уяви, фокусування більшою мірою на зовнішніх подіях, чим на внутрішніх переживаннях. Вермсер вважає, що азартна гра, як і інші адикції використовується для позбавлення від емоцій, що переповнюють людину. При цьому є деякий зв'язок між значимим відчуттям і виглядом залежності, чому віддається перевага. Наприклад, деякі гравці говорять, що грають лише тоді, коли сильно знервовані, що гра діє на них заспокійливо. Уолкер перерахував наступні чинники, що можуть схилити людину до азартних ігор, це: культура, яка може наказувати, або забороняти різні види азартних ігор, референтні групи – групи, з якими людина ідентифікується і від яких вона може наслідувати ігрову поведінку, соціальне навчання – шлях, яким початкуючі гравці впізнають техніку гри на гроші, власне особа – чинники індивідуальних відмінностей особистості, криза та стрес – до якої міри гра використовується як механізм співволодіння, дозвілля – в якій мірі азартна гра складає значимий аспект проведення вільного часу, соціальні контакти і середовище, де відбувається азартна гра, потреби в психологічному збудженні – в якій мірі гра діє, як стимулюючий засіб, використовуваний для регуляції збудження, когніції – вистави і розуміння, пов'язані з досвідом азартних ігор.

Проблема патологічної залежності виникає, коли прагнення відходу від реальності, пов'язане із зміною психічного стану, починає домінувати в свідомості, стаючи центральною ідеєю, що вторгається в життя і призводить до відриву від реальності. Настає момент, коли людина не лише не вирішує важливих для себе проблем (побутових, соціальних), але і зупиняється в своєму особовому розвитку. Цьому

можуть сприяти біологічні, психологічні (особливості особи, психотравми) соціальні (родинні і позасімейні взаємодії) чинники. Поважно відзначити, що процес реалізації залежності включає не лише використання предмету залежності, про можливість і спосіб його досягнення, але і думки про стан відходу від реальності. Сучасна техносфера багато в чому визначається впровадженням в життя людини — як в його трудову діяльність, так і в сферу відпочинку — інформаційних технологій (комп'ютери, глобальна мережа Інтернет, високоавтоматизовані системи управління), і в той же час різних електронно-механічних автоматів для відпочинку і розваг. Так, наприклад, отримали величезний розвиток способи проведення часу, зв'язані з використанням комп'ютерів і електронних засобів зв'язку. Така зміна довкілля не могла не вплинути на систему адаптації людини до техногенних дій. Людина почала стикатися, перш за все, з впливом інформації, яка, будучи слабкою енергетичною дією, сприймається організмом як закодоване повідомлення про реальність багато разів потужніших процесів, що виникають з боку внутрішніх або зовнішніх структур. Отже, інформаційна дія є значним навантаженням на механізми адаптації людини до сучасного довкілля. Вже було написано багато робіт, присвячених дії інформаційного стресу на людину. Але там, де є стрес і проблеми адаптації до нього людини, завжди виникають передумови для специфічних захворювань, пов'язаних із сприйнятливістю людей до певного типу дії довкілля, наприклад інформаційно-технологічному.

Останнім часом проблема азартних ігор придбала виключно важливе значення у зв'язку з повсюдним поширенням грошових ігрових автоматів, відкриттям безлічі казино. Всі вони красиво оформлені, що сприяє посиленню ефекту сугестії легкої можливості виграти за короткий час. З підвищенням доступності азартних ігор і появою нових ігрових технологій ігрова залежність стає усе більш поширеною. Нові технології володіють потенціалом для зміни суб'єктивного ігрового досвіду, збільшенню частоти і часу ігрових епізодів, зростанню ставок. У зв'язку з поширенням ігрових автоматів і відсутністю контролю, зокрема, вікового, в ігрових залах, серед населення практично у всіх вікових групах почалася своєрідна гемблінг-епідемія. Закриття, подібних установ повинно було привести до зменшення числа гравців, але гральний бізнес — дуже прибутковий вид діяльності, як для його власників, так і для держави. Якщо звернутися до міжнародного досвіду і ознайомитися із загальносвітовою практикою, то можна знайти досить багато схем із уникнення подібних законопроектів. Щоб продовжувати працювати в рамках чинного законодавства, описано багато схем по перепрофілюванню казино в інтернет-кафе, покер клуби тощо.

Важливо враховувати всі складові, які приймають участь у формуванні лудо манії. Це – соціальне середовище, робота та діяльність індивідуума, виховання у сім'ї та школі, ліквідація інших залежностей (нікотин, алкоголь), розвиток духовності та гуманістичних цінностей, масова фізична культура, нагляд за інформацією у ЗМІ, можливість отримати «дозу» адреналіну чи екстриму соціально позитивною діяльністю (наприклад, доступний картінг, дайвінг, парашутний спорт та інше). Тільки таким чином, регулюючи патогенний вплив, створюючи адекватні умови розвитку та функціонування людина може подолати виникнення залежності.

Виходячи з описаних обставин, звернення уваги на вказані фактори виникнення ігроманії, профілактики її росту та виховання гармонійної особистості, так і зниження агресивності оточуючого середовища, повинно привести до вагомого зниження числа патологічних гравців та зникнення проблеми існування руйнуючих залежностей взагалі.

ГЛАВА 6

Застосування реабілітаційних заходів

Реабілітаційні заходи при патологічній залежності від азартних ігор схожі з аналогічними при хімічних залежностях. У широкому сенсі під реабілітацією розуміють систему державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, направлених на запобігання розвитку процесів, що приводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і ранне повернення хворих у суспільство. Згідно концепції «системної терапії залежності» наркозалежні в рівній мірі борються, як з хворобою, так і з суспільством. Однак, терапія можлива лише тоді, коли хворий капітулює, визнає себе нездібним справлятися з проблемами залежності. При психокорекції треба опрацювати з хворим питання низької самооцінки, соціальної незрілості, інфантилізму, відсутності «здорового» оточення. Реабілітація взагалі представляє складний процес, у результаті якого у хворого створюється активне відношення до порушення його здоров'я і відновлюється позитивне відношення до життя, сім'ї й суспільства. Реабілітація наркологічних хворих представляє відновлення індивідуальної і суспільної цінності хворих, їх особистого і соціального статусу. Особистий статус передбачає оцінку індивідуума у власних очах, соціальний статус - положення у суспільстві. Процес реабілітації направлений на відновлення прав, індивідуальної і суспільної цінності хворого, на ліквідацію «хворобливих» стосунків з навколишньою дійсністю. Для лікувально-реабілітаційного процесу велике значення мають мотиваційні чинники, зокрема, формування основних терапевтичних установок, виділення психологічних меж, особливостей хворих, на які звертається особлива увага. До них відноситься зміна самооцінки, яка є підсумковою характеристикою роботи особи над пізнанням самих себе, відношення до себе, до свого місця в житті на кожному етапі розвитку особи, аналіз цих етапів спільно з фахівцем – лежить в основі успішної реабілітації наркозалежного. Важлива активна участь самого хворого та участь його. Практичний досвід показує, що позитивні результати частіше реєстрували в осіб, що дотримуються традиційних цінностей, що володіють комунікабельністю і захисною реакцією, а негативні ж результати, частіше спостерігали в осіб, з низькою мотивацією, депресією та емоційною несприйнятністю. Відмічено, що колишні наркомани, що успішно минули курс реабілітації, як правило, міркують, зріло, розсудливо, емоційно стійкі, довірливі і у меншій мірі випробовують занепокоєння. Система ціннісних орієнтації визначає

змістовну сторону особової сфери і складає основу її стосунків до навколишнього світу, інших людей, основу світогляду, ядро мотивації життєвої активності, основу життєвої концепції. У зв'язку з цим основою реабілітаційного процесу є виявлення психологічних особливостей у хворих наркоманією і зміна системи цінностей методами психокорекції. Саме тому, ефективна модель лікування і реабілітації наркозалежних, поєднує психотерапевтичні і соціотерапевтичні способи дії на особу хворого, що довело свою ефективність на хворих хімічними формами залежності. У реабілітації потрібна участь не тільки лікаря-адиктолога, а й психолога-консультанта, соціального працівника. Є дані про використання групової психотерапії з використанням методології програми «12 кроків», найбільш ефективної та поширеної в світі, особливо в державах Європи та Америки. У реабілітації важливо звертати увагу на реадaptaцію, що поєднує в собі методи соціальної адаптації і психологічної підтримки. Зміна мислення і способу життя, зміна хворобливих і формування здорових стереотипів поведінки краще відбувається через взаємодопомогу за умови відвідин груп самопомоги. Ресоціалізація полягає в підтримці стійкого стану «тверезості», в придбанні професії і працевлаштуванні, вирішенні інших особистих і соціальних проблем. Добре ініціювати участь у роботі з адиктами реабілітаційних центрів, як не прибуткових громадських організацій, добродійних організацій, головною метою яких і є саме ресоціалізація залежних шляхом надання соціально-психологічної підтримки на основі популяризації здорового способу життя. У світі відомо багато подібних програм, наприклад, це - «терапевтичні співтовариства», «духовний розвиток особи», «рівний рівному» та інші. Важливо на кожному етапі програми враховувати специфіку оновлення і зміни внутрішнього світу людини і його цінностей. Організаційні аспекти реабілітаційної діяльності, знаходяться на межі, декількох державних структур, це - медицина, юриспруденція, соцзахист, ЗМІ, педагогіка та інші. Як профілактико-реабілітаційний комплекс важливо підтримувати розвиток навиків самостійного життя у соціумі та соціально випробуваних моделей поведінки у молоді, сприяти становленню індивідуальності та розвитку особового потенціалу кожної людини, розвивати здібності і формувати особисті цілі у молодих людей, сприяти витісненню алкоголю, нікотину, наркотиків, гемблінгу та ін. з системи цінностей індивіда, формувати позитивні та нові цінності, та стійке неприйняття всіх відомих адиктогенів, допомагати у придбанні трудових навиків, відроджувати морально-етичні цінності, відновлювати фізичну активність та родинні цінності, займатись пропагандою здорового способу життя. Крім цього важливо створювати умови для формування у наркозалеж-

ної молоді соціально безпечної поведінки, проведення педагогічного для психологотипу і медичного обстеження осіб, які звернулися за допомогою, визначення їх психологічного і фізичного стану, умов життя в сім'ї, індивідуальних здібностей та інтересів, забезпечення проживання та здорового харчування населення, формувати в кожного високоморальні цінності у житті. Треба допомагати людині на тлі принципів духовної, психологічної та християнської моралі стати на дорогу одужання всіх сфер особи для вільного і повноцінного життя, поліпшення фізичного стану, оновлення емоційного стану, духовне відродження, оновлення родинних стосунків, соціальну адаптацію.

Залежність – це соціальне явище, тобто воно розвивається у певному соціумі (у сім'ї, в школі, на роботі). Позбавлення від неї також вимагає людського оточення, тому ще раз звернемо увагу, що це краще всього це відбувається в невеликих групах, включаючи групи самопомогі, серед людей з однаковими проблемами. При одужанні, стан проблеми, відбувається чіткіше, що сприяє її розумінню. Безпека і доброзичливість групи, яка приймає людей такими, які вони є, дозволяють учасникам групи довіряти один одному, бачити себе в інших, співпереживати, відкрито проявляти свої відчуття, ділячись наболілим або радісним. Тому групова терапія – це одужання особи через добровільне співтовариство людей з однаковими проблемами, які сповідають християнські принципи і забезпечують людям умови, в яких вони можуть позбавитися від своїх руйнівних залежностей.

Використання всіх доступних засобів у формі єдиного комплексу лікувально-реабілітаційних заходів, дозволяє отримати вищу ефективність у лікуванні та термінах ремісії, які в нашому дослідженні, були за класичною схемою обрані трьома роками. Тобто кожний хворий, що звернувся до нас за допомогою, окрім трьох місяців саме терапії, мав нагляд з нашого боку у продовж трьох років, що дозволило вивчити зміни у стані хворого, оцінити терапію, робити прогноз використання запропонованої нами тактики ведення патологічних гравців. З 473 хворих, що звернулися до нас, 109 (23%) повністю пройшли цей шлях, що свідчить про адекватність запропонованих заходів, успіх порівняно інших світових даних та вказує на невраховані недоліки, ліквідація яких і є метою нашої подальшої праці.

РЕЗЮМЕ

Аналіз літературних даних свідчить про те, що проблема патологічної схильності до азартних ігор є вельми актуальною та недостатньою, по багатьом аспектам, вивченою. Разом з цим, в галузі, яка є предметом нашого дослідження, зібрано досить багатий матеріал, який необхідно систематизувати, доповнити та зробити висновки, які б мали науково-практичне значення для сучасної психіатрії та наркології, а точніше науки адиктології, що стрімко розвивається.

Не вивчені деякі фундаментальні характеристики патологічного процесу, яким за думкою автора важливо приділити увагу, що й зроблено у представленому дослідженні. Також проводилося вивчення структурно-динамічної моделі патологічного потягу до азартних ігор, як однієї з форм хвороби залежної поведінки. Дослідження націлено на виявлення преморбідних типів гемблерів та аналіз їх характеристик з іншими адиктами, на прикладі алкоголізму. Одним з завдань є вивчення рівню тривоги та депресії, звернено особливу увагу на смисл життя у ігromанів за допомогою інтерв'ю, розмов, та використання спеціальних опитувальників смисложиттєвих орієнтацій та тесту Рокіча. Це було зроблено у ланках вивчення вказаної патології, як ноогенної проблеми. Частині обстежених зроблено комп'ютерну електроенцефалограму для подальшого аналізу та виявлення особливостей притаманних патологічним гравцям, дослідженні параметри співвідношення між біохвильовою активністю. Досконало планується вивчити мотивацію ігromанів, як до лікування, так і у процесі терапевтичних та психокорекційних заходів. Запропонована авторська комплексна терапія лудоманії, ефективність якої оцінювалась за низкою показників. Проводився постійний контроль проведеної терапії на систематичних зустрічах та за допомогою лабораторних методів та біохімічних аналізів. Втілено низку методів профілактики та реабілітації патологічного гемблінгу. Все це дає можливість в подальшому скоріше та надійніше вирішувати проблему ігromанії на соціальному та клінічному рівні.

Викладені аспекти зумовили напрямок даного дослідження, сформулювали його мету та завдання. Крім визначених питань, автор намагався вирішити типологічні питання, розрахувати прогредієнтність, проведено скринінгову діагностику на вибірці з більш чим п'ять тисяч осіб, зроблено порівняльні дослідження контингенту гемблерів зі здоровими та особами, що страждають алкогольною залежністю. Всі ці ідеї та розробки автора викладено у вищенаведених підрозділах, проведено апробацію на конференціях різного рівня, втілено у роботу низки медичних закладів та регулярно друкувалося у фахових збірниках та часописах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Абрамов В.А.** Историческая периодизация отношения общества к душевнобольным / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1994. – Т. 1. – С. 13-14.
2. **Абрамов В.А.** Реформирование психиатрии в Украине: Монография / В.А. Абрамов // – Киев: Факт, 2000. – 183с.
3. **Агибалова Т.В.** Аффективные расстройства в структуре игрового абстинентного синдрома / Т.В. Агибалова // Психоневрология в современном мире: материалы: ФГУ «СПб НШШИ им. Бехтерева Росздрава». – СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2009. – С. 168.
4. **Агибалова Т.В.** Особенности аффективных расстройств и их терапия в структуре игрового абстинентного синдрома / Т.В. Агибалова // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. Материалы научно-практической конференции с международным участием. Москва, 14-15 мая 2007 г. – М., 2007. – С. 6-7.
5. **Агибалова Т.В.** Психотерапия в наркологии (обзорная статья) / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Российский медико-биологический вестник им И.П. Павлова. – №2 – 2007. – С. 90-96.
6. **Айви Ф.У.** Психологическое консультирование и психотерапия / Ф.У. Айви, М.Б. Айви // Саймек-Даунинг: Пер. с англ. – М.: 2000. – 487с.
7. **Аймедов К.В.** Азартні ігри як спосіб зміни реальності / К.В. Аймедов // Інтегративна Антропологія. – 2008. – №2(12). – С. 40-44.
8. **Аймедов К.В.** Гемблінг - аддиктивні критерії / К.В. Аймедов // Матер. науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасне лікування психічних розладів». – Чернівці, 2007. – С. 224-225.
9. **Аймедов К.В.** Гендерні особливості схильності до азартної гри / К.В. Аймедов // Таврический журнал психиатрии. – 2010. – V.14, № 2(51). – С. 5-12.
10. **Аймедов К.В.** Диференційований підхід до лікування гемблінгу на основі корекції базових дисфункціональних переконань / К.В. Аймедов // Інтегративна Антропологія. – 2009. – №2(14). – С. 75-79.
11. **Аймедов К.В.** Клинико-психологические аспекты коморбидных расстройств аддиктивного спектра / К.В. Аймедов, Ю.П. Жогно / Таврический журнал психиатрии. – 2008. – V.12, № 1(42). – С. 4-8.

12. **Аймедов К.В.** Клинические аспекты современной аддиктологии (литературный обзор) / К.В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 1 (11). – С. 136-145.

13. **Аймедов К.В.** Клинический патоморфоз и смена зависимости в современной аддиктологии (литературный обзор) / К.В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 2 (12). – С.151-166.

14. **Аймедов К.В.** Коморбидность невротических расстройств и «нехимических» аддикций / К.В. Аймедов // Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених «Хист». – 2008. – вип.10. – С. 17.

15. **Аймедов К.В.** Лудоманія як альтернативна реальність / К.В. Аймедов // 13-й міжн. мед. конгрес студ. та молодих вчених. – Терн.: ТДМА, 2009.С. – 129

16. **Аймедов К.В.** Ноетична парадигма та поширеність лудоманії / К.В. Аймедов // Мат. VII науково-практ. конф. з міжнародною участю студентів та молодих вчених «науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього», 2009. – С. 82-83.

17. **Аймедов К.В.** Оптимизация терапевтических подходов при «нехимических» зависимостях / К.В. Аймедов // Матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю «Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього». – Ужгород, 2008. – С.102.

18. **Аймедов К.В.** Поведенческая терапия лудомании / К.В. Аймедов // Науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Вчені майбутнього», ОДМУ. – Одеса, 2007. – С. 101-102.

19. **Аймедов К.В.** Погляд ноетики на проблему азартних ігор / К.В. Аймедов // Міжн. наук. конф. студ. та молодих вчених «Молодь – медицині майбутнього», ОДМУ.2009. – С. 131-132.

20. **Аймедов К.В.** Спосіб терапії патологічної схильності до азартних ігор / К.В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61К 31/00 № 47119 від 11.01.2010 №u200911260 Бюл. №1

21. **Аймедов К.В.** Спосіб фармакокорекції тривожно-депресивних проявів при патологічній схильності до азартних ігор / К.В. Аймедов // А.с. №4058 БРТВ упр. охор. здоров'я Одес. Облдержадм. Опубл. 21.02.2008, Бюл. № 33.

22. **Аймедов К.В.** Сучасне суспільство, азартні ігри та проблеми ноетики / К.В. Аймедов // Мат. 8-ої наук.-практ. конф. з міжн. участю студ. та молодих вчених «науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього». – Ужг., 14-16 квітня 2010р. – С. 72-73.

23. **Аймедов К.В.** Фізична культура у комплексному підході до лікування залежності від азартних ігор / К.В. Аймедов, В.А. Пахмурний,

І.В. Крючков // XIV Міжнародна науково-практична конференція «Спортивна медицина, лікувальна фізкультура та валеологія – 2008». – С. 109-113.

24. **Акопов А.О.** Психотерапевтический метод контрадиктивной стимуляции. Лечение игровой зависимости / А.О. Акопов // СПб.: Академия информациологии. – 2004. – 55 с.

25. **Александр Ф.** Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней / Ф. Александр, Ш. Селесник // Пер. с англ. М.: Прогресс - Культура; Издательство Агентства «Яхтсмен», 1995, – 608 с.

26. **Александровский Ю.А.** Пограничные психические расстройства: Учебное пособие / Ю.А. Александровский // М.: Медицина, 2000. – 496 с.

27. **Алешина Ю.Е.** Индивидуальное и семейное консультирование / Ю.Е. Алешина // М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 208 с.

28. **Альшулер В.Б.** Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В.Б. Альшулер // М.: Издательский дом в Москве «Имидж», 1994. – 216 с.

29. **Анохина И.П.** Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркоманий и пути поиска средств для лечения этих заболеваний / И.П. Анохина, Б.М. Коган, И.В. Маньковская // М., 1990. – 62 с.

30. **Антологія біоетики** / За ред. Ю.І. Кундієва. – Львів, 2003. – 592 с.

31. **Арзуманов Ю.Л.** О медицинских аспектах игромании. Методы выявления, реабилитации и профилактики: Материала конференции «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2003 года, Москва / Ю.Л. Арзуманов // Наркология. 2004. – №4. – С.15.

32. **Асанов А.О.** Некоторые аспекты психологических механизмов развития патологической игровой зависимости / А.О. Асанов // XIУ съезд психиатров России. – Москва, 2005. – С. 327.

33. **Бажин Е.Ф.** Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.Л. Голынкина, А.М. Эткинд // Психол. журнал. – 1984. – Т. 5. – № 3. – С.152-162.

34. **Балин В.Д.** Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие / В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский // СПб.: Питер, 2000. – 560 с.

35. **Басанский П.Л.** Духовные первопричины невротических расстройств и духовная психотерапия как метод их коррекции / П.Л. Басанский // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий:

Сборник научных работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьковской медицинской академии последипломного образования / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, Р.Б. Брагина. — Харьков, 2006. — Т. 4. — С. 17–19.

36. **Батенева Т.** Ставка больше, чем игра / Т. Батенева // Известия. — 2002. — 19 августа.

37. **Башарина Е.А.** Особенности эмоционально-личностной сферы у больных с патологической склонностью к азартным играм / Е.А. Башарина, Н.В. Козина // Психоневрология в современном мире: материалы: ФГУ «СПб НИПНИ им. Бехтерева Росздрава». — СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2007. — С. 239-240.

38. **Бек А.** Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен // Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.

39. **Белавина И.Г.** Психологические последствия компьютеризации детской игры / И.Г. Белавина // Информатика и образование. — 1991. — №3. — С. 23-28.

40. **Белинская Е.П.** Стратегии самопрезентации в Интернет и их связь с реальной идентичностью / Е.П. Белинская // Неофициальная страница факультета психологии МГУ. — 2002. — <http://www.lgg.ru/index.html>.

41. **Берн Э.** Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры: Психология человеческой судьбы / Э. Берн // Пер. с англ. — М.: ФАИР-ПРЕСС, 2001. — 480 с.

42. **Биомедицинская этика** / Под ред. В.И. Покровского. — М.: Медицина, 1997. — 224 с.

43. **Биоэтика: принципы, правила, проблемы** / Под ред. Б.Г. Юдина. — М., 1998. — 225с.

44. **Бисалиев Р.В.** Социально-психологические предпосылки несущидальных форм «самодеструкции» у больных наркоманиями / Р.В. Бисалиев, Л.П. Великанова // Наркология, 2003. — №12, С. 40-43.

45. **Биоэтика — веління часу** / За ред. Ю.І. Кундієва. - Львів: БаК, 2003. — С. 5-11.

46. **Бітенський В.С.** Спосіб діагностики мотивації патологічної схильності до азартних ігор / В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // Патент України на корисну модель А61В 10/00 № 47406 від 25.01.2010 №u200911269 Бюл. № 2.

47. **Блейхер В.М.** Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук // Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. — 640 с.

48. **Блюм К.** Профилактика наркотической зависимости в Интернете / К. Блюм, С. Стинг // Профилактика наркомании:

организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И. П. Рущенко. – Харьков: Финарт, 2002. – С. 9–20.

49. **Бобрицька З.М.** Стан та завдання наркологічної служби в Україні (літературний огляд) / З.М. Бобрицька, Л.І. Дьяченко, О.В. Сергієко, Ю.В. Офіцерові // Архів психіатрії. – 2006. – Т.12, 1-4 (44-47). – С.34-38.

50. **Бобров А.Е.** Игровая зависимость: старая или новая проблема психиатрии? / А.Е. Бобров, Е.А. Кузнецова-Морева // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 3-8.

51. **Бобров А.Е.** Поведенческие зависимости и психическая диссоциация / А.Е. Бобров // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 36.

52. **Бодалёв А.А.** Личность и общение / А.А. Бодалёв // М., 1995. – С. 56-61.

53. **Бондаренко С.Н.** Особенности клиники и лечебно-реабилитационного процесса у больных игровой зависимостью / С.Н. Бондаренко, Т.Н. Дудко // Современные достижения наркологии / Материалы международной конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии 21-22 ноября 2005 г. – Москва, 2005. – С. 35-36.

54. **Ботвинник М.Н.** Мифологический словарь / М.Н. Ботвинник, М.А. Коган, М.Б. Рабинович, Б.П. Селецкий // М.: «Просвещение», 1965. – с. 138.

55. **Брюн Е.А.** Опыт использования антропологического принципа в анализе наркологических проблем / Е.А. Брюн // Ж. Этнографическое обозрение РАН. – 1998. – №1. – С. 50-59.

56. **Брюн Е.А.** Стандарты организации наркологической помощи / Е.А. Брюн // Новые лекарственные средства. – 2006. – Вып. 7. – С. 31-35.

57. **Брюн Е.А.** Эко-культурные основы смыслообразования и психоактивные вещества / Е.А. Брюн // Этническая психология и общество: Материалы 1-й конференции секции этнической психологии при Российском Психологическом обществе. Москва. Октябрь 1997 г. – С. 401-416.

58. **Бузик О.Ж.** Качество жизни у больных с зависимостью от азартных игр / О.Ж. Бузик, Т.В. Агибалова // Сборник научных работ IV Конференции с международным участием «Проблемы качества жизни в здравоохранении» (15-20 октября 2006 года, Турция, Лара). / Под редакцией д.м.н., проф. Новикова Г.А. – Москва, 2006. – С. 9.

59. **Бузик О.Ж., Агибалова Т.В.** Клинические проявления игрового опьянения и игрового абстинентного синдрома у больных с зависимостью от азартных игр / О.Ж. Бузик, Т.В. Агибалова // *Материалы VIII Украинской научно-практической конференции с участием международных специалистов: «Довженковские чтения», 3-4 апреля 2007 г. Харьков: ТОВ «ВП Пляда», 2007. — С. 70-74.*

60. **Бурлаков И.В.** Homo Gamer: Психология компьютерных игр / И.В. Бурлаков // М: «Класс», 2000. — 144 с.

61. **Бухановский А.О.** Патологический гемблинг: клиническая картина / А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин // II Национальный конгресс по социальной психиатрии с международным участием «Социальные преобразования и психическое здоровье» (Москва, 29-30 ноября 2006 г.). — Москва, 2006. — 96 с.

62. **Бухановский А.О.** Патологический гемблинг: подход к классификации / А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин // *Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва), — М., 2007. — С. 266-267.*

63. **Валеева А.М.** Сочетание фармако- и психотерапии при лечении игровой зависимости / А.М. Валеева, А.М. Карпов, С.В. Яковлева // XIV съезд психиатров России. — Москва, 2005. — 334 с.

64. **Великанова Л.П.** О медицинских аспектах игромании. Методы выявления, реабилитации и профилактики: Материала конференции «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2003 года, Москва / Л.П. Великанова // *Наркология. — 2004. — №4. — 15 с.*

65. **Вербенко В.А.** Экспериментально-психологические методы исследования / В.А. Вербенко // *Краткий курс психиатрии. Международная классификация болезней (10 пересмотр). — Симферополь: «Соннат», 2000. — С. 56-79.*

66. **Вермесер Л.** Комппульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения / Л. Вермесер // *Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М. Независимая фирма «Класс», 2000. — 240 с.*

67. **Винникова М.А.** Клинический случай игровой зависимости / М.А. Винникова, Т.В. Агибалова, А.С. Лобачева, О.Ж. Бузик // *Клинико-экспериментальные аспекты общей патологии: Сб. научных трудов межрегиональной научно-практической конференции (Рязань, 2004) / Под ред. Ю.Ю. Бяловского. — Рязань, 2004. — С. 106-111.*

68. **Виноградов П.А.** Об эффективном использовании потенциала физической культуры и спорта в профилактике наркомании / П.А. Виноградов, Н.В. Паршикова, В.П. Моченов // *Материалы Всероссийской конференции «Профилактика злоупотребления*

психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью». М., 2003. — С. 15-17.

69. **Власов Н.В.** Психологическая феноменология современных подростков группы риска наркотизации / Н.В. Власов // Изд-во МОСУ. — 2004. — 72 с.

70. **Войскунский А.Е.** Психологические исследования феномена интернет-аддикции / А.Е. Войскунский // 2-ая Российская конференция по экологической психологии. Тезисы. (Москва, 12-14 апреля 2000 г.). М.: Экспоцентр РОСС. — С. 251-253.

71. **Волошин П.В.** Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П.В. Волошин, О.І. Мінко, І.В. Лінський, Н.П. Волошина, К.Д. Гапонов / Український вісник психоневрології, 2001. — Т. 9, вип. 3. — С. 7-9.

72. **Волошин П.В.** Система мониторинга — основа организации наркологической помощи в современных условиях / П.В. Волошин, И.В. Линский, А.И. Минко, Н.П. Волошина, К.Д. Гапонов // Український медичний часопис, 2002. — № 4. — С. 46-49.

73. **Волошин П.В.** Клініко-психопатологічна структура депресій невротичного спектру / П.В. Волошин, Н.О. Марута, І.О. Явдак // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 1. — С. 80—84.

74. **Воробьёва Т.М.** Концепция слияния науки и религии с позиций единого знания о реальности мира / Т.М. Воробьёва // Тезисы докладов научно-практической конференции «Психиатрия и религия на стыке тысячелетий». — Харьков, 2003. — С. 23-26.

75. **Воронов М.В.** Моделирование психического пространства и времени с целью разработки технологий направленного воздействия / М.В. Воронов, С.О. Гримблат, О.Ю. Волик // Харьков, Украина. — <http://spkurdyumov.narod.ru/Vrn.htm>

76. **Гавенко В.Л.** Динамика психического состояния пользователей персональных компьютеров / В.Л. Гавенко, И.Н. Фалько, В.М. Синайко, И.М. Соколова // Медицинские исследования, 2001. — Т. 1, вып. 1. — 115 с.

77. **Галкин К.Ю.** Копинг-поведение при патологическом влечении к азартным играм / К.Ю. Галкин // XIУ съезд психиатров России. — Москва, 2005. — С. 336.

78. **Ганнушкин П.Б.** Избранные труды / П.Б. Ганнушкин // М.: Медицина, 1964. — 292 с.

79. **Гейко В.В.** Значення корекції імунологічних порушень в терапії захворювань залежності від психоактивних речовин [Електронний ресурс] / В.В. Гейко // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института

неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. – Киев - Харьков, 2010. – Т.5. – Режим доступа: www.psychiatry.ua/books/paper21.htm.

80. **Геродот.** История в девяти томах. Перевод Г.А. Стратановского. М.: «Ладомир», ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1999. – 943 с.

81. **Гоголева А.В.** Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева // М.: Изд-во Моск.псих.-соц. ин-та, Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК. – 2002. – 240 с.

82. **Городнова М.Ю.** Средства и методы адаптивной физической культуры в реабилитации наркозависимых подростков / М.Ю. Городнова, О.Э. Аксенова // Адаптивная физическая культура. – 2002. – №3 (11). – С. 36-37.

83. **Горьковская И.А.** Нарушения поведения у детей из семей алкоголиков / И.А. Горьковская // Обзор. психиат. и мед. психол., 1994/3, – С. 47-54.

84. **Григорьев Г.И.** Азартная игра – разновидность патологической зависимости и её лечение методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Е.В. Волгушева, Р.В. Мизереие // Вопросы психотерапии, 2005. – № 13 (18). – С. 103-110.

85. **Григорьев Г.И.** Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Н.В. Советная и др. // Учебное пособие под редакцией профессора Григорьева Г.И. – СПб.: МИРВЧ, 2007. – 282 с.

86. **Григорьев Г.И.** Применение теста Леонгарда – Шмишека в оценке психологических особенностей личности героиновых наркоманов / Г.И. Григорьев, Н.В. Советная // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы коррекционной психологии, медицины, педагогики». – СПб.: МИРВЧ, 2001. – С. 19-21.

87. **Гриневиц Є.Г.** Надзвичайні ситуації і психічне здоров'я населення України / Є.Г. Гриневиц, І.В. Лінський // Таврический журнал психиатрии, 2006. – Т.3, №4. – С. 21-24.

88. **Гриффит В.** Виртуальный мир рождает реальные болезни / В. Гриффит // Финансовые известия. – 2006. – Вып. 72. – № 182.

89. **Гульдан В.В.** Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам / В.В. Гульдан, А.М. Корсун // Вопр.наркол. – 1990. – №2. – С. 40-44.

90. **Гурьева Л.П.** Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты / Л.П. Гурьева // *Вопр. психол.* — 1993. — №3. — С.5-16.
91. **Даль В.И.** Толковый словарь живого великорусского языка / В.И. Даль // В четырёх томах. М.: «Русский язык», 1991. — 1028 с.
92. **Даренский И.Д.** Болезненное пристрастие к азартным играм / И.Д. Даренский, В.С. Акопян // *Наркология*, 2006. — № 5. — С. 54-57.
93. **Демина М.В.** Некоторые аспекты трансформации опийных наркоманий / М.В. Демина // *Український вісник психоневрології*. — 1996. — Том 4, вип.4 (11). — С. 220-222.
94. **Демина М.В., Чирко В.В.** «Внутренняя картина» аддиктивной болезни / М.В. Демина, В.В. Чирко // XIУ съезд психиатров России, - Москва, 2005. — 342 с.
95. **Демчева Н.К.** Некоторые аспекты применения оценки качества жизни и социального функционирования в эпидемиологических исследованиях / Н.К. Демчева // II Национальный конгресс по социальной психиатрии с международным участием «Социальные преобразования и психическое здоровье» (Москва, 29-30 ноября 2006 г.). — Москва, 2006. — С 22-23.
96. **Джолдыгулов Г.А.** К вопросу о механизмах формирования чрезмерной увлеченности компьютерными играми / Г.А. Джолдыгулов, Р.М. Гусманов, Ю.С. Шевченко // *Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Мат-лы Российской научно-практической конференции* / Под общ. ред. проф. А.В. Худякова. Иваново. — 2005. — С.111-112.
97. **Джонсон В.** Как заставить наркомана или алкоголика лечиться / В. Джонсон // Пер. с англ. — М., 2000. — С.44-47.
98. **Дзеружинская Н.А.** О некоторых вопросах организации психиатрической помощи пожилым пациентам общей медицинской практики / Н.А. Дзеружинская // *Таврич. журн. психиатрии*. — 2003. — Т. 7, № 1 (22). — С. 34-36.
99. **Долгов А.П.** Что наша жизнь? Гемблинг!!! / А.П. Долгов // *Матеріали VII Української науково-практичної конференції з участю Міжнародних спеціалістів: «Довженківські читання: лікування та реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин»* // Під ред. Л.В. Волошина. — Вид. ТОВ «ВП Пляєда». — 2008. — 212 с.
100. **Дорофеева Р.Д.** Факторы риска формирования аддиктивного поведения у учащейся молодежи по данным анонимного анкетирования / Р.Д. Дорофеева, В.И. Долгова, В.Л. Юлдашев, А.Ф. Амиров, А.Н. Мартынов // *Вопросы наркологии*, 2007. — №1. — С. 26-31.

101. **Дроздов О.О.** Соціально-психологічні фактори динаміки агресивної поведінки молоді. Автореферат дисертації. - Київ, 2003.
102. Дронова Т.Г. Случай амбулаторного наблюдения перемежающегося аддиктивного расстройства. / Т.Г. Дронова // Аддиктология. – 2005, – № 1. – С. 59-60.
103. **Дубровинская Н.В.** К проблеме корковой активации: роль неопределенности/определенности ситуации / Н.В. Дубровинская // Журн.вышш.нервн.деят. – 1995. – Т. 45, вып. 4. – С. 638-645.
104. **Дудко Т.Н.** Клинические особенности патологического влечения к азартным играм / Т.Н. Дудко, С.Н. Бондаренко // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции. – Москва 5-7 октября 2004 г. – С. 297-298.
105. **Дудко Т.Н.** Формирование зависимости от азартных игр у молодежи и лиц зрелого возраста: Материал конференция «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2005 года, Москва / Т.Н. Дудко // Ж. Наркология. – 2005. – № 4. – 14 с.
106. **Егоров А.Ю.** «Социально приемлемые» аддикции / А.Ю. Егоров // Психическое здоровье 2009/12. – С. 25-38.
107. **Егоров А.Ю.** Нарушения функциональной асимметрии мозга при болезнях зависимости / А.Ю. Егоров // Вопросы наркологии. – 2006. – № 5. – С. 72-85.
108. **Егоров А.Ю.** Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А.Ю. Егоров // Аддиктология 2005. – №1. – С.65-77.
109. **Егоров А.Ю.** О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии / А.Ю. Егоров // Психическое здоровье. – 2006. – № 9. – С. 33-37.
110. **Егоров А.Ю.** Сравнительное исследование психологических особенностей наркозависимых и гемблеров / А.Ю. Егоров, Е.А. Волкова // Межрегиональная научно-практическая конференция «Общество против наркотиков». – Казань, 18-19 октября 2006 г. Материалы конференции. – С. 68-72.
111. **Егоров А.Ю.** Экстремальный спорт – альтернатива химической аддикции? / А.Ю. Егоров // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация. Мат-лы Российской научно-практической конференции / Под общ. ред. проф. А.В. Худякова. Иваново: Изд-во «Арт Виста». – 2005. – С. 112-114.
112. **Елизаров А.Н.** Особенности психологического консультирования как самостоятельного метода оказания психологической помощи / А.Н. Елизаров // Вестник психосоциальной и коррекционной работы, № 3, 2000, С. 11–17.

113. **Елшанский С.П.** Квалификация нехимических зависимостей / С.П. Елшанский // *Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психических больных»* (Москва, 11-13 октября 2006 г.). – Москва, 2006. – 298 с.
114. **Еричев А.Н.** Психотерапевтический диагноз в лечении пациентов, страдающих патологической склонностью к азартным играм / А.Н. Еричев // *Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва)*. – М., 2007. – С. 277-278.
115. **Жичкина А.** Социально-психологические аспекты общения в Интернете / А. Жичкина // *Неофициальная страница фак-тета психолога МГУ*. [http://www.lgg.ru /index.html](http://www.lgg.ru/index.html)
116. **Журавлева И.В.** Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлева // М. – 2002. – 175 с.
117. **Забелин И.Е.** Домашний быт русских царей в XVI и XVII столетиях. Книга первая. Государев двор, или дворец / И.Е. Забелин // М.: «Книга», 1990.
118. **Зайцев В.В.** Использование артаналитического подхода в психотерапии патологической игры / В.В. Зайцев // *Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе: Тезисы докладов международной конференции*. Санкт-Петербург 16-17 октября 2001 г. – СПб, НИПНИ им. В.М. Бехтерева 2001г. – 44 с.
119. **Зайцев В.В.** Как избавиться от пристрастия к азартным играм / В.В. Зайцев, А.Ф. Шайдулина // СПб., Изд. дом «Нева». – 2003. – 128 с.
120. **Зайцев В.В.** Эффективность психотерапии патологической склонности к азартным играм / В.В. Зайцев // *XIII съезд психиатров России*. – Москва, 2000. – С. 293-294.
121. **Зайцев О.О.** Психічна патологія в осіб молодого віку, які скоїли сексуальні злочини / О.О. Зайцев // *Архів психіатрії*. – 2006. – Т.12, 1-4(44-47). – С.69-77.
122. **Запорожан В.М.** Біоетика / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв // *К.:Здоров'я*, 2005. – 288с.
123. **Запорожан В.М.** Від біоетики до екоетики / В.М. Запорожан, А.І. Гоженко // *Вісник НАН України*, 2005. – №8. – С. 13-16.
124. **Запорожан В.М.** Від біоетики до ноетики // *Вісник НАН України*, 2005. – №12. – С. 22-28.
125. **Запорожан В.М.** Ігровий патерн у компенсації ноогенного неврозу / В.М. Запорожан, В.С. Бітенський, К.В. Аймедов // *Одеський медичний журнал*. – 2009. – №6(116). – С. 50-53.
126. **Запорожан В.Н.** Биоэтика в XXI столетии: от глобальной биоэтики к нооэтике / В.Н. Запорожан // *Интегративная антропология*, 2004. – №2(4). – С. 3-9.

127. **Запорожан В.Н.** Нооэтика как новое направление социогуманитарной культуры и философии / В.Н. Запорожан // Интегративна Антропология, 2005. — №1-2(5-6). — С.3-10.

128. **Зейгарник Б.В.** Патопсихология / Б.В. Зейгарник // М.: Изд-во Московского университета, 1986. — 567 с.

129. **Зейгарник Б.В.** Саморегуляция поведения в норме и патологии / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е.С. Мазур // Психологический журнал. — 1989. — Т. 10, № 2. — С. 121–133.

130. **Змановская Е.В.** Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения) / Е.В. Змановская // Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 288 с.

131. **Иванец Н.Н.** Психотерапевтически-реабилитационный подход к лечению больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями / Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989. — С.11-16.

132. **Иванов М.С.** Психологические аспекты негативного влияния игровой компьютерной зависимости на личность человека. <http://www.flogiston.ru> (2001).

133. **Иллюстрированный** энциклопедический словарь Ф.А.Брокгауза и И.А. Ефрона, В 24 томах. М.: Изд-во «Эксмо», 2005-2006 гг.

134. **Ильин Е.П.** Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин // СПб.: Питер. — 2006, — 512 с.

135. **Искусство** Эгейского мира и Древней Греции. Под ред. Ю.Д. Колпинского. М: «Искусство», 1970, илл. №№ 150 и 151.

136. **Использование** опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. Составитель Бурковский Г.В. и др. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998.

137. **Ишеков Н.С.** Физическая нагрузка в реабилитационной программе для наркозависимых / Н.С. Ишеков, Ж.Ю. Чайка, М.Н. Панков // Адаптивная физическая культура. — 2002. — №3 (11). — С. 26.

138. **Казаков В.Н.** Эпидемиологические, диагностические и терапевтические аспекты патологического пристрастия к азартным играм / В.Н. Казаков, С.И. Табачников, О.Е. Шульц, Б.Б. Ивнев, Ц.Б. Абдрахимова // Газета «Новости медицины и фармации», 2007. — № 215. — С. 39-41.

139. **Калмыков Е.А.** Нейровизуализированная картина патологического гемблинга / Е.А. Калмыков, В.А. Солдатами, А.О. Бухановский // Взаимодействие науки и практики в современной

психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). — М., 2007. — С. 279-280.

140. **Каплан Г.И.** Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок // В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. — М: Медицина, 1994. — С. 575-578.

141. **Каптелинин В.Н.** Международная конференция по проблемам взаимодействия человека с компьютером / В.Н. Каптелинин // Психол.журн. — 1993. — Т. 14, № 3. — С.174-175.

142. **Карвасарский Б.Д.** Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский // СПб.: Питер Ком, 1998. — 752 с.

143. **Кареева О.С.** Социально-психологический портрет больных игроманией / О.С. Кареева, С. Мизерас, В.А. Мильчакова, Н.В. Советная, Р. Мизерене // Вестник психотерапии. — 2007. — № 23 (28). — 65 с.

144. **Кареева О.С.** Сравнительная оценка социально-демографических и клинических параметров у больных с патологическими зависимостями / О.С. Кареева, С. Мизерас, В.А. Мильчакова, Н.В. Советная, Р. Мизерене // Вестник психотерапии. — 2007. — № 22 (27). — С. 78.

145. **Карпеева Т.В.** В плену паутины / Т.В. Карпеева // Компьютерра. — 2003. — № 48. — [www/computerra.ru/offline](http://www.computerra.ru/offline).

146. **Качалов П.В.** Психодинамические механизмы перверсии и игровая аддикция / П.В. Качалов // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б; Дмитриевой. — М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. — С. 40-50.

147. **Кесельман Л.Е.** Социальное пространство наркотизма / Л.Е. Кесельман, М.Г. Мацкевич // Москва, 2004. — 129 с.

148. **Кияткин Е.А.** Нейрофизиология и нейрохимия наркотической зависимости / Е.А. Кияткин // Успехи современной биологии. — 1990. — Т. 109, №1. — С.64-69.

149. **Коекина О.И.** Возможности коррекции межполушарной асимметрии ЭЭГ в процессе рефлексопрофилактики рецидивов алкоголизма / О.И. Коекина, А.М. Гайдамакина, М.В. Королева // Журн. невропатол. и психиатр. — 1991. — № 2. — С.88-91.

150. **Колесов Д.В.** Эволюция психики и природа наркотизма / Д.В. Колесов // М., 1991. — 312 с.

151. **Комарова Л.Э.** Роль патологических внутренних объектных отношений в генезисе игровой зависимости / Л.Э. Комарова // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. — М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. — С. 51-61.

152. **Комер Р.** Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер // Пер. с англ. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. — 608 с.

153. **Коран.** Пер. с арабского Н.Ю. Крачковского. М.: СП ИКПА, 1990.

154. **Короленко Ц.П.** Аддиктивное поведение — новая социопсихологическая проблема современного мира / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских // За здоровый образ жизни. — М., 1988. — С.43-50.

155. **Короленко Ц.П.** Психосоциальная аддиктология / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева // Новосибирск: Издательство «Олсиб», 2001. — С. 61-65.

156. **Короленко Ц.П.** Работоголизм — респектабельная форма аддиктивного поведения / Ц.П. Короленко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, — 1993. — №1.— С. 17-29.

157. **Короленко Ц.П.** Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева // М., Академический Проект, Екатеринбург, Деловая книга. — 2000. — 460 с.

158. **Кревневич В.В.** Социальные последствия компьютеризации / В.В. Кревневич // М., 1985. — С.41-46.

159. **Критерії** діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напреєнка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. — Харків, 2003. — Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>.

160. **Кришталь В.В.** Концепция образования медицинских психологов / В.В. Кришталь, Б.В. Михайлов // Мед. исследования, 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 87-88.

161. **Кришталь Е.В.** Шизофрения, осложнённая употреблением психоактивных веществ, в судебно-психиатрической практике / Е.В. Кришталь, Е.В. Авраменко, О.П. Карпова, А.В. Афанасьева // Архів психіатрії, 2008. — Т. 14, № 4. — 56 с.

162. **Кузнецова-Морева Е.А.** Психопатологические особенности патологической склонности к азартным играм / Е.А. Кузнецова-Морева / Взаимодействие науки и практики современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). — М., 2007. — С. 286-287.

163. **Кузнецов В.М.** Психіатрична допомога дитячому і підлітковому населенню України / В.М. Кузнецов // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской

городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 238-239.

164. **Кулаков С.А.** Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков / С.А. Кулаков // Учеб.-метод. пособие. — М., 1998. — С. 13-16.

165. **Кульбачная Е.В.** Социальные, клиничко-психологические и психиатрические парадигмы исследований игровой и компьютерной зависимостей (междисциплинарные аспекты) / Е.В. Кульбачная, Э.С. Шабалин, Т.З. Биктимиров / II Национальный конгресс по социальной психиатрии с международным участием «Социальные преобразования и психическое здоровье» (Москва, 29-30 ноября 2006 г.). — Москва, 2006. — С. 120.

166. **Кун Т.** Структура научных революций / Т. Кун // М.: Прогресс, 1977.

167. **Лекции** по наркологии. Изд. 2, перераб. и расш. Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Изд-во «Нолидж», 2000. — 448 с.

168. **Леонтьев Д.А.** Тест смысловых ориентации (СЖО) / Д.А. Леонтьев // М.: Смысл, 2000. — 18 с.

169. **Лесков А.М.** Курганы: находки, проблемы / А.М. Лесков // Л.: «Наука», 1981. — 86 с.

170. **Линдер И.М.** Шахматы на Руси / Линдер И.М. // Изд. 2. М.: «Наука», 1975. — 108 с.

171. **Линский И.** Кайф будет диктовать свои законы? / И. Линский // Зеркало недели. — 2007. — № 13.

172. **Линский И.В.** Генеалогия больных опийной наркоманией и предрасположенность к развитию заболеваний наркологического профиля / И.В. Линский, Л.А. Атраментова, Э.Г. Матузок // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1998. — №1(4). — С. 19-21.

173. **Линский И.В.** Метод оценки предрасположенности к психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ / И.В. Линский // Український вісник психоневрології. — 2000. — Т. 8, вип. 1. — С. 60-63.

174. **Лінський І.В.** Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І.В. Лінський, О.І. Мінко, Е.Б. Первомайський, Г.О. Мусієнко, Л.І. Дяченко, О.О. Мінко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії, 2007. — № 2. — С. 44-58.

175. **Лінський І.В.** Прогнозування епідемії залежності від психоактивних речовин в Україні засобами популяційної екології [Електронний ресурс] / І.В. Лінський, О.І. Мінко, Е.Б. Первомайський,

Л.И. Дьяченко, О.О. Минко // Новини української психіатрії. – Київ–Харків, 2006. – Режим доступу: www.psychiatry.ua/paper211.htm.

176. **Литвинцев С.В.** Некоторые вопросы коморбидности шизофрении и аддиктивных расстройств / С.В. Литвинцев, Э.Э. Мишуровский, А.А. Каргин / XIV съезд психиатров России. – Москва, 2005. – 54 с.

177. **Личко А.Е.** Наркотизм. Употребление наркотиков и подростковая наркомания. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко // Л., 1977. – С. 61-70.

178. **Личко А.Е.** Подростковая психиатрия / А.Е. Личко // М.: Медицина, 1985. – 416 с.

179. **Личко А.Е.** Саморазрушающее поведение у подростков / А.Е. Личко, Ю.В. Попов // В кн.: Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования. – Л. – 1990. – С. 75-82.

180. **Лобасюк Б.А.** Системные нейрофизиологические механизмы электрогенеза головного мозга / Б.А. Лобасюк // Одесса, ХГЭУ. – 2010. – 524 с.

181. **Ломакина Г.В.** Опыт работы с пациентами, страдающими лудоманией / Г.В. Ломакина, Г.А. Набиркин // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения: Сб. науч. ст. конференции, посвящен. 30-летию МУЗ ПБ г. Краснодара. – Краснодар, 2006. – С. 431-433.

182. **Лоскутова В.А.** Подходы к терапии нехимических зависимостей / В.А. Лоскутова // 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.

183. **Лысенко И.Л.** Сравнительная характеристика психической деятельности и личности больных опийной наркоманией и алкоголизмом / И.Л. Лысенко, А.Д. Ревенок // II Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. I том. – М., 1988. – С. 392-394.

184. **Любан-Плоцца Б.** Терапевтический союз врача и пациента / Б. Любан-Плоцца, В. Запорожан, Н. Аряев // К.: АДЕФ Украина, 2001. – 292 с.

185. **Лютина И.В.** Отдаленные стадии игровой зависимости / И.В. Лютина, И.Д. Даренский // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 288-289.

186. **Магалиф А.А.** Методика виртуального разрушения игрового образа при лечении игромании (пример из практики) / Магалиф А.А. / Материалы 4-й Всероссийской общественной профессиональной

медицинской психотерапевтической конф. «Амбулаторная и больничная психотерапия и мед. психология» (Москва, 7 июня 2006 г.). — Москва, 2006. — Вып. 4. — С. 91-92.

187. **Мадорский В.В.** Семейная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм / В.В. Мадорский, В.А. Солдаткин // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). — М., 2007. — 292 с.

188. **Малыгин В.Л.** Диагностика и коррекция факторов риска аддиктивного поведения / В.Л. Малыгин, И.М. Гуревский, И.В. Ежов / Актуальные вопр. психиатр., нарколог. и мед. психолог. Сб. научн. тр. — Воронеж, 2006. — С.188-193.

189. **Малыгин В.Л.** Особенности психопатологических расстройств у лиц зависимых от игры / В.Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков // Сб. трудов Всероссийской научно-пр. конференции «Бехтерев и современная психология». — Казань, 2008. — С 152-154.

190. **Маркова М.В.** Науково-інформаційно-аналітичне забезпечення як облігатна умова ефективного розвитку психіатрії в Україні / М.В. Маркова, Т.М. Олексієнко, Н.І. Сорока, Т.І. Федоренко / Медицинские исследования, 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 78–79.

191. **Маркозова М.Л.** Клинико-катамнестическое исследование лиц молодого возраста с аддиктивным поведением / М.Л. Маркозова, В.В. Туманова, Л.Н. Пайкова // Укр. Мед. альманах. — 2004. - № 4. — С. 78-79.

192. **Марута Н.О.** Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольні залежності (діагностика та принципи лікування): Методичні рекомендації / Н.О. Марута, О.І. Мінко // Харків, 2003. — 20 с.

193. **Марута Н.О.** Сучасні форми депресивних розладів (клініко-психопатологічні закономірності формування) / Н.О. Марута, В.Д. Мішиєв // Архів психіатрії. — 2001. — №4 (27). — С.76-80.

194. **Марута Н.А.** Соматические проявления при неврозах, их диагностика и психотерапия / Н.А. Марута // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. 4, вип. 5. — С. 240–241.

195. **Махабхарата**, Рамаяна / Перевод с санскрита, М.: Издательство «Художественная литература», 1974. — 378 с.

196. **Мащицький І.А.** Адиктивні особи — пацієнти медико-психологічної служби «телефон довіри» / І.А. Мащицький, В.І. Литвиненко // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и

психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 276-277.

197. **Машек Ю.А.** Усунення залежності від азартних ігор: Навчальний посібник / Ю.А. Машек // К.: Центр учбової літератури, 2007 — 104 с.

198. **Международная** классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - СПб: Оверлайд, 1994. – 287с.

199. **Мельник Е.В.** Про природу хвороб залежності (алкоголізм, наркоманія, «комп'ютероманія» та інші) / Е.В. Мельник // Одеса: Вид. «Чорномор'я», 1998. – 400 с.

200. **Мельник Э.В.** Активационная теория наркологических заболеваний / Э.В. Мельник // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 1-2. – С. 23-27.

201. **Мельник Э.В.** Вклад уровня активированности субъекта в формирование риска злоупотребления психоактивными веществами / Э.В. Мельник // Архив психиатрии. – 2000. – № 1 (19). – С. 79-80.

202. **Менделевич В.Д.** Гемблинг как стержневая аддикция / В.Д. Менделевич // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 82-86.

203. **Менделевич В.Д.** Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова // Вестник клинической психологии. – 2003. – Т.1. – № 2. – С. 153-158.

204. **Менделевич В.Д.** Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения / В.Д. Менделевич // М., МЕДпресс-информ. – 2003. – 328 с.

205. **Мизерене Р.** Личностные особенности больных с игровой зависимостью, выявленные по методике «Hand-тест» / Р. Мизерене, Е.А. Мильчакова, Н.В. Советная // Вестник психотерапии. – 2007. – № 20 (25). – С. 47-57.

206. **Мильчакова Е.А.** Характеристика больных игроманией, обратившихся за медикопсихологической помощью в МИРВЧ / Е.А. Мильчакова, Н.В. Советная // Вестник психотерапии. – 2006. – № 17 (22). – С. 111-121.

207. **Минаков А.В.** Некоторые психологические свойства и особенности Интернет как нового слоя реальности. <http://www/vspu.ac.ru/vip/scl.htm> (2001).

208. **Минаков А.В.** Социально-психологические аспекты взаимодействия человека с глобальными компьютерными сетями (Интернет) / А.В. Минаков // Тезисы докладов. Международная конференция ИОЛ-99. – СПб., 1999. – 333 с.

209. **Минко А.И.** Индивидуально-личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. / А.И. Минко, И.В. Линский, В.В. Шалашов, К.Д. Гапонов // Украинский вестник психоневрологии. – Т.10, вып. 2 (31), 2002. – С. 22-23.

210. **Минко А.И.** Современные взгляды на лечение аффективных расстройств в клинике зависимости от психоактивных веществ (обзор) / А.И. Минко, И.В. Линский, Л.В. Сулова, Л.М. Маркозова, Е.С. Самойлова, А.В. Бараненко // Архів психіатрії, 2003. – Т. 9, № 1. – С. 96–99.

211. **Минцер О.П.** Методы обработки медицинской информации / О.П. Минцер, Б.Р. Угаров, В.В. Власов // Киев: Вища школа, 2000. – 160 с.

212. **Михайлов Б.В.** Психодинамически ориентированная психиатрия и религия - непримиримые противоречия / Б.В. Михайлов // Тезисы докладов научно-практической конференции «Психиатрия и религия на стыке тысячелетий». - Харьков, 2003. – С. 41-44.

213. **Михайлов Б.В.** Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / Б.В. Михайлов, С.І. Табачников, Н.О. Марута, В.В. Кришталь, О.І. Сердюк // Українській медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 4 (додаток). – С. 99–102.

214. **Михайлов Б.В.** Теоретичні проблеми лікування та профілактики залежності від психоактивних речовин / Б.В. Михайлов, А.О. Мартиненко // Архів психіатрії. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 9-11.

215. **Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд).** Класифікація психічних і поведінкових розладів. Клінічні описи і вказівки по діагностиці. – СПб., 1994. - 300с.

216. **Мішиєв В.Д.** Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В.Д. Мішиєв // Львів: Мс, 2004. - 208 с.

217. **Молчанова Ю.Ю.** Смысловые категории в структуре мировоззрения гемблера / Ю.Ю. Молчанова // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психических больных» (Москва, 11-13 октября 2006 г.). – Москва, 2006. – С. 304-305.

218. **Молчанова Ю.Ю.** Структура стимулов гемблинга / Ю.Ю. Молчанова // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 294.

219. **Москаленко В.Ф.** Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю / В.Ф. Москаленко, А.М. Вієвський, С.І. Табачников // Архів психіатрії. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 5-8.

220. **Морено Л.Д.** Социометрия / Морено Л.Д. // Москва. – 1987. – С. 78-81.

221. **Мягкова М.А.** Новый подход в диагностике игровой зависимости на основе определения естественных антител к эндогенным биорегуляторам / М.А. Мягкова, Т.Н. Дудко, Л.Ф. Панченко, С.Н. Петроченко, В.С. Морозова // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 87-96.

222. **Назмутдинов А.Р.** Особенности коррекции невротических расстройств в сочетании с нефармакологическим аддиктивным поведением / А.Р. Назмутдинов // Мат-лы конф. Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств / Под ред. Н.Е. Буториной. – Челябинск – 2000.

223. **Напреенко А.К.** Экологическая психиатрия / А.К. Напреенко, К.И. Логановский // К.: Полиграфкнига. – 1997. – 95 с.

224. **Напреенко О.К.** Психіатрія: Підручник / О.К. Напреенко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. О. К. Напреенка. – Київ: Здоров'я, 2001. – 584 с.

225. **Наркология** и аддиктология. Сб. науч. Трудов / Под. ред. проф. В.Д. Менделевича. Казань: Школа. 2004. С. 80-88.

226. **Некрасов В.** Интернетомания миф или диагноз? / Некрасов В. // <http://www.seanet.com/addict.shtml> (06.10.2003).

227. **Немедикаментозные** методы лечения наркоманий, токсикоманий и алкоголизма: Метод. рекомендации / Сосин И.К., Слабунов О.С., Мысько Г.Н. и др. – Харьков, 1990. – 22 с.

228. **Немировский А.И.** Древняя Индия / А.И. Немировский // М.,: ООО «РИЦ Литература»; ООО «Мир книги», 2004. – 257 с.

229. **Носик А.** Разговорчики в сетях / Носик А. - <http://inter.net.rU/6/4.html> (1999).

230. **Нуллер Ю.Л.** О парадигме в психиатрии / Ю.Л. Нуллер // Обозр. психiatr, и мед. психол. 1991, N 4, С. 5-13

231. **Овчаренко В.И.** Психоаналитический глоссарий / В.И. Овчаренко // Мн.: Высшая школа, 1994. – 307 с.

232. **Олійник О.П.** Психічно хворий у сім'ї: як передбачити та запобігти його агресії / О.П. Олійник // Містечтво лікування, 2007. – №1. – С. 15-18.

233. **Осуховська О.С.** Дослідження розповсюдження та особливостей залежності від азартних ігор як форми нехімічної адикції серед громадян України / О.С. Осуховська, К.В. Аймедов // Науково-практичний журнал «Архів психіатрії». – 2010. – Т.16. – №1 (60) – С. 58-63.

234. **Осуховська О.С.** Клінічні особливості формування ігрової залежності та її профілактики / О.С. Осуховська // Науково-практичний журнал «Архів психіатрії». – 2010. – Т.16. - №3 (62) – С. 87-90.

235. **Осуховська О.С.** Методи исследования патологического влечения к азартным играм / О.С. Осуховська // Науково-практичний журнал «Архів психіатрії». – 2010. – Т.16. - №4 (63) – С. 64-69.

236. **Осуховська О.С.** Диагностика и этиопатогенез игровой зависимости / О.С. Осуховська // Науково-практичний журнал «Архів психіатрії». – 2009. – Т.15. – №4 (59) – С. 59-63.

237. **Папырин В.Д.** К вопросу зависимости от азартных игр. Современные достижения наркологии / В.Д. Папырин // Материалы международной конференции посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. 21-22 ноября 2005г. – М., 2005. – С. 87-88.

238. **Паравозов И.** Интернет-общение / И. Паравозов -<http://inter.net.ru/6.html>(2000).

239. **Пахмурный В.А.** Культуральные, социально-психологические, клинические и нейрофизиологические аспекты аддиктивного поведения у женщин: Автореф...дис.канд.мед.наук. – Новосибирск, 1991. – 25 с.

240. **Пишель В.Я.** Современные подходы к лечению опийной наркомании с использованием препаратов, влияющих на опиатные рецепторы мозга / В.Я. Пишель, М.Ю. Польшваная, М.Г. Зарицкий // Архів психіатрії. – 2000. – № 34 (22-23). – С. 44-46.

241. **Пишулин Н.П.** Философия образования / Н.П. Пишулин, Ю.А. Огородников // М., 1999. – С. 41-47.

242. **Подкорытов В.С.** Историко-религиозные предпосылки современного отношения к проблемам психиатрии в Украине / В.С. Подкорытов // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сборник научных работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьковской медицинской академии последипломного образования / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, Р.Б. Брагина. – Харьков, 2006. – Т. 4. – С. 92–94.

243. **Подкорытов В.С.** Депрессии. Современная терапия: Руководство для врачей / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка // Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.

244. **Полищук Ю.И.** Психические расстройства, возникающие у людей, вовлечённых в деструктивные религиозные секты / Ю.И. Полищук // *Обозр. психиат. и мед. психол.*, 1995/1. – С. 22-24.

245. **Положий Б.С.** Психологическое здоровье как отражение социального состояния общества / Б.С. Положий // *Обозр. психиат. и мед. психол.*, 1994/4. – С. 10-14.

246. **Постнов В.В.** Духовный поиск как вариант нехимической аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии / В.В. Постнов, В.А. Дереча // *Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)* / Сб. мат-лов междунар. конф. Под. общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004. – С. 287-291.

247. **Поступной А.Н.** История и современная ситуация: мнение экспертов – наркологов / А.Н. Поступной // *Молодёжь и наркотики (социология наркотизма)* / Под. ред. В.А. Соболева и И.П. Рущенко. – Харьков: Торсинг, 2000. – С. 222-254.

248. **Потапова В.А.** Предиспозиция и основные психодинамические феномены игровых аддикций / В.А. Потапова // *Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции* / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 117-126.

249. **Практикум по психологии здоровья** / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – 351с.

250. **Психология и лечение зависимого поведения.**: Пер. с англ./ Под ред. С. Даулинга. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.

251. **Пшук Н.Г.** Клінічна та психологічна характеристика підлітків з соціальними фобіями / Н.Г. Пшук, Л.В. Стукан // *Український медичний альманах*, 2004. – Т.7. – №4. – С. 114-117.

252. **Пятницкая И.Н.** Наркомании: Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.

253. **Ревенок О.А.** Медичний критерій обмеженої осудності/ дієздатності в рамках різних психіатричних нозологій / О.А. Ревенок, О.П. Олійник // *Медицина світу*, 2009. – №1. – С.16-19.

254. **Ревенок О.А.** Синдром залежності від опіоїдів та обмежена осудність / О.А. Ревенок, О.О. Зайцев, О.Г. Голованова // *Медицина світу*, 2009. - №1. – С.9-15.

255. **Ремшмидт Х.** Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности / Х. Ремшмидт // М.: Мир, 1994. – С. 16-18.

256. **Руководство по наркологии.** Под ред.. Н.Н.Иванца – М.: ИД медпрактика –М, 2002, 504 с.

257. **Сафина Г.Д.** Специфика прогностической (антиципационной) и волевой деятельности гемблеров / Г.Д. Сафина, В.Д. Менделевич // XIV съезд психиатров России. — Москва, 2005. — 367 с.

258. **Свеженцева Ю.А.** Социокультуральные аспекты приобщения к наркотикам : качественный анализ проблемы / Ю.А. Свеженцева // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под. ред. В.А. Соболева и И.П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 84-129.

259. **Сёма В.И.** Особенности клинической картины синдрома зависимости от игровых автоматов [Электронный ресурс] / В.И. Сёма // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев-Харьков, 2010. — Т.5. — Режим доступа: www.psychiatry.ua/books/actual/paper095.htm.

260. **Семке В.Я.** Аддиктивная личность в зеркале персонологии / В.Я. Семке // Наркология. — 2002. — №1. — С.27-34.

261. **Семке В.Я.** Клинико-динамический подход в контексте систематики аддиктивных состояний / В.Я. Семке, Н.А. Бохан, А.И. Мандель // Наркология, 2006. — №1. — С. 60-65.

262. **Сердюк А.А.** Наркотизм и глобальная сеть Internet / А.А. Сердюк // Право і безпека. — 2002. — № 3. — С. 195—198.

263. **Сердюк А.А.** Профилактика наркотизма в системе народного образования: методические и организационные аспекты чтения спецкурсов / А.А. Сердюк // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта / Сост. И.П. Рущенко. — Харьков: Финарт, 2002. — С. 102—123.

264. **Сиволап Ю.П.** К вопросу о психопатологической принадлежности аддиктивных влечений / Ю.П. Сиволап // Общество против наркотиков / Сб. мат-лов межрегиональной научно-практической конференции. Казань, Медицина. — 2006. — С. 203-207.

265. **Сиволап Ю.П.** Фармакотерапия в наркологии / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков // М.: Медицина, 2000. — 352 с.

266. **Сидоров П.И.** Наркологическая превентология / П.И. Сидоров // М.: Гениус, 2005. — 797 с.

267. **Сизоненко Е.В.** Психотерапия пациентов с зависимостью от азартных игр / Е.В. Сизоненко, Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Материалы Российской конференции «Современные принципы

терапии и реабилитации психических больных» (Москва, 11-13 октября 2006 г.). – Москва, 2006. – С. 311.

268. **Сирота Н.А.** Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Обозр. психиат. и мед. психол., 1994/1, С. 63-74.

269. **Скобелин В.В.** Дефицитарность социального и эмоционального интеллекта у лиц, страдающих зависимостью от азартных игр, коморбидной с алкоголизмом / В.В. Скобелин // Современные достижения наркологии / Материалы международной конференции 21-22 ноября 2005 г. – М., 2005. – С. 98-99.

270. **Скокаускас Н.** Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм / Н. Скокаускас, Р. Саткявичюте, Б. Бурба // Психиатрия. – 2004. - № 03 (09). – С. 59-65.

271. **Словарь** древнерусского языка (XI - XIX вв.). В десяти томах. Гл. ред. чл.-корр. АН СССР Р.И. Аванесов. М.: «Русский язык», 1988-2002. (Издано 6 томов).

272. **Словарь** русского языка XI - XVII вв. Гл. ред. чл.-корр. АН СССР С.Г. Бархударов; с вып. №7 – чл.-корр. АН СССР Ф. П. Филин. М.: «Наука»; (Издаётся с 1975 г.; издание продолжается).

273. **Словарь** практического психолога. – Минск: “Харвест”, 1997. – 265 с.

274. **Слюсарь В.В.** Роль микросоциальной среды в генезе делинквентного поведения подростков / В.В. Слюсарь, Л.М. Гайчук, Т.А. Серик // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні: Матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України». – Харків, 2002. – Вип. 2. – С. 204–206.

275. **Смулевич А.Б.** К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А.Б. Смулевич, А.О. Фильц, И.Г. Гусейнов, Д.В. Дроздов // М.: Логос, 1992; с. 11–23.

276. **Советная Н.В.** Типы акцентуаций личности у больных игровой зависимостью / Н.В. Советная, О.С. Карева, С. Мизерас, Е.А. Мильчакова // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21 (26). – С. 79-83.

277. **Советная Н.В.** Цветовой тест М. Люшера в оценке психологического состояния пациентов с игровой зависимостью / Н.В. Советная, Е.А. Мильчакова, Т.Н. Цветкова // Вестник психотерапии. – 2007. – № 20 (25). – С. 41-47.

278. **Солдаткин В.А.** Патологический гемблинг: подход к дефиниции / В.А. Солдаткин, А.О. Бухановский /// Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психических больных» (Москва, 11-13 октября 2006 г.). – Москва, 2006. – С. 312.

279. **Солдаткин В.А.** Способ оценки прогредиентности патологического гемблинга / В.А. Солдаткин // *Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва)*. — М., 2007. — 303 с.

280. **Солдаткин В.А.** Химическая и нехимическая зависимость: больше сходств, чем различий / В.А. Солдаткин, А.О. Бухановский // *Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения: Сб. науч. ст. конференции, посвящен. 30-летию МУЗ ПБ г. Краснодара*. — Краснодар, 2006. — С. 412-414.

281. **Сонди Л.** Учебник экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и её применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Л. Сонди // *Пер. с нем.* — М.: «Когито-Центр», 2005. — 557 с.

282. **Сосин И.К.** Зависимость от азартных игр (типичный клинический пример) [Электронный ресурс] / И.К. Сосин, Г.Н. Мысько, П.Т. Петрюк // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи* / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев-Харьков, 2010. — Т.5. — Режим доступа: <http://psychiatry.ua/actual/paper106.htm>.

283. **Сосин И.К.** Атипичное в клинике наркологических заболеваний [Электронный ресурс] / И.К. Сосин, А.С. Волков, А.А. Осипов // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи* / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. Киев—Харьков, 2010. — Т.5. — Режим доступа: www.psychiatry.ua/books/paper103.htm.

284. **Сосин И.К., Друзь О.В.** Малоизученные факторы риска суицидальных тенденций среди военнослужащих срочной службы [Электронный ресурс] / И.К. Сосин, О.В. Друзь // *Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи* / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. — Киев—Харьков, 2010. — Т.5. — Режим доступа: www.psychiatry.ua/books/paper104.htm.

285. **Сосин И.К., Чуев Ю.Ф.** Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев // Харьков: Коллегиум, 2005. — 800с.

286. **Спіріна І.Д.** Місце медичної психології в системі сучасної охорони здоров'я / І.Д. Спіріна, Д.Ф. Кетков, Г.І. Лисиця, О.В. Серебритьська, І.О. Пушкаш, І.М. Лісовська, Я.Є. Фенева, С.Ф. Леонов, А.М. Д'ячук // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 134.

287. **Старшенбаум Г.В.** Игромания / Г.В. Старшенбаум // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2005. - №1. — С. 68-74.

288. **Стефанов А.В.** Биоэтические проблемы клинических испытаний лекарственных средств / А.В. Стефанов, В.И. Мальцев // Львів: БаК, 2003. — С. 349-358.

289. **Судаков К.В.** Мотивация и подкрепление в системных механизмах поведения: динамические энграммы подкрепления / К.В. Судаков // Журн. высш. нервн. деят. — 1995. — Т.45, вып.4. — С.627-637.

290. **Сурнов К.Г.** Игровая зависимость как форма культурной патологии / К.Г. Сурнов, Ю.Ю. Молчанова // Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психических больных» (Москва, 11-13 октября 2006 г.). — Москва, 2006. — С. 313-314.

291. **Сурнов К.Г.** Структура сферы интересов при игровой зависимости / К.Г. Сурнов, Ю.Ю. Молчанова // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007г., Москва). — М., 2007. — 306 с.

292. **Сыропятов О.Г.** Социально-психиатрические аспекты поведенческих нарушений у подростков / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзержинская, Н.В. Коваленко // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 358—359.

293. **Сэбшин Э.** Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор / Э. Сэбшин // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М., независимая фирма «Класс». — 2000. — С. 13-27.

294. **Табачников С.И.** Современные подходы к лечению и профилактике алкогольной зависимости / С.И. Табачников, А.Э. Гатицкая, Е.Н. Зинченко // Архив психиатрии. — №3(62). — 2010. — С. 77-85.

295. **Табачніков С.І.** Сучасні підходи до застосування психофармакотерапії у психіатричній практиці / С.І. Табачніков, В.Д. Мішиєв // Архів психіатрії. — №3 (26). — 2001. — С. 5-8.

296. **Табачников С.І.** Психологічні особливості осіб із залежністю від азартних ігор / С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Г.А. Пріб, Т.В. Синіцька, Г.Е. Трофімчук // Архів психіатрії. - №4 (63). – 2010. – С. 39-42.

297. **Табачников С.І.** Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні / С.І. Табачников, Б.В. Михайлов, Н.О. Марута // Форум психіатрії та психотерапії. – 2004. – Т. 5, спец. випуск. – С. 34–40.

298. **Табачников С.І.** Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні / С.І. Табачников, Є.М. Горбань, Б.В. Михайлов, І.Й. Влох, М.В. Маркова, В.В. Чугунов // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 6–8.

299. **Табачников С.І.** Про удосконалення і подальший розвиток соціальної і судової психіатрії та наркології в Україні / С.І. Табачников / Архів психіатрії, 2010. – Т.16. – 1 (60). – С. 5-8.

300. **Терещенко А.В.** История культуры русского народа / А.В. Терещенко // М.: «Эксмо», 2007. – С. 79-82.

301. **Теркулов Р.А.** К вопросу об игровой зависимости / Р.А. Теркулов, О.М. Кормилина // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии / Под ред. Г. Т. Красильникова. – Новосибирск: Новосибирская государственная медицинская академия, 2004. – С. 129–132.

302. **Тимченко Л.К.** Защита прав пациентов. Этика клинических испытаний / Л.К. Тимченко, В.В. Попов // Харьков. благодієтворит, фонд «Качественная клиническая практика», 2003. – 32 с.

303. **Типология** и классификация в социологических исследованиях / Москва, 1982. – 48 с.

304. **Титкова А.М.** Попытка рассмотрения понятия веры в аспекте нейрхимического обеспечения системы позитивного подкрепления / А.М. Титкова // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сборник научных работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьковской медицинской академии последипломного образования / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, Р.Б. Брагина. – Харьков, 2006. – Т. 4. – С. 111–112.

305. **Турбервилль Д.** Стихотворные послания-памфлеты из России XVI века / Д. Турбервилль // В кн.: Горсей Дж. Записки о России. XVI – начало XVII в. М.: Изд-во МГУ, 1990. – С. 245-275.

306. **Ухтомский А.А.** Принцип доминанты / А.А. Ухтомский // Собр. Соч. Л.: Изд. ЛГУ, 1950, т.1. С. 197-201.

307. **Фасмер М.** Этимологический словарь русского языка / М. Фасмер // Изд. 2. В четырёх томах. М.: «Прогресс», 1986-1987 гг.

308. **Фомичева Ю.В.** Психологические корреляты увлеченности компьютерными играми / Ю.В. Фомичева, А.Г. Шмелев, И.В. Бурмистров // Вестник МГУ. Сер 14. Психология. – 1991. – №3. – С. 27-39.

309. **Франкл В.** Доктор и душа / В. Франкл // СПб.: Ювента, 1997. – 245 с.

310. **Франкл В.** Человек в поисках смысла / В. Франкл // Сборник: Пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

311. **Фрейд З.** Психоаналитические этюды / З. Фрейд // Составление Донского Д.И., Круглянского В.Ф. – Мн.: ООО «Попури», 1996. – С. 32-34.

312. **Ханзян Э.Д.** Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения / Э.Д. Ханзян // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулиига / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – С. 28-54.

313. **Ханьков В.В.** Блокаторы опиатных рецепторов при игровой зависимости / В.В. Ханьков // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 308-309.

314. **Ханьков В.В.** Нейропсихологические аспекты игровой зависимости / В.В. Ханьков, Ю.Ю. Молчанова // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой, – М.: РИО ФГУ «ГБЦ ССП Росздрава», 2007. – С. 147-162.

315. **Харченко Е.Н.** Применение rispoleпта (рисперидона) в клинической практике и медико-социальной реабилитации (обзор литературы) / Е.Н. Харченко, В.Д. Мишиев // Архів психіатрії. – 2004. – Том 10, № 2 (37). – С. 145-148.

316. **Хаустова О.О.** Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря / О.О. Хаустова // Ліки України. – 2005. – №9 (98). – С. 15-18.

317. **Хейзинга Й.** Homo ludens. В тени застрашного дня / Й. Хейзинга // Пер. с нидерл. / Общ. ред. и послесл. Г.М. Тавризян. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Прогресс-Академия», 1992. – 464 с.

318. **Хейли Дж.** Терапия испытанием: необычные способы менять поведение / Дж. Хейли // Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 208 с.

319. **Хорни К.** Наши внутренние конфликты / К. Хорни // Пер. с англ. – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 560 с.

320. **Хорни К.** Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию / К. Хорни // Пер. с англ. - Издание 2-е стереотипное, СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа и Б&К., 2000. – 316 с.

321. **Цветаева Г.А.** Мебель, бытовая утварь, отопление, освещение, предметы туалета, игрушки / Г.А. Цветаева // В кн.: Античные государства Северного Причерноморья. М.: «Наука», 1984, — С. 227-229.

322. **Чабан О.С.** Бог в трансценденції аналітичних відносин / О.С. Чабан // Тезисы докладов научно-практической конференции «Психиатрия и религия на стыке тысячелетий». — Харьков, 2003. — С. 50-51.

323. **Чабан О.С.** Возможности использования топографического картирования ЭЭГ как показателя патоморфоза неврозов / О.С. Чабан // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 371–373.

324. **Чабан О.С.** Особенности патоморфоза неврозов в дифференциальной диагностике с неврозоподобными проявлениями не невротического генеза / О.С. Чабан, П.Г. Мартынюк, Е.В. Пузакова, С.Ф. Мазур // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 373–374.

325. **Чабан О.С.** Реабілітаційні мішені: особливості дезадаптації людини в сучасних кризових ситуаціях / О.С. Чабан, О.О. Хаустова // Журнал психиатрии и медицинской психологии 2009, - №1(21). — С. 34-38.

326. **Чернобровкина Т.В.** Роль эйфории в клинике и лечении наркологических заболеваний, клинико-биохимический и социальный аспекты / Т.В. Чернобровкина, И.Р. Аркавий // «Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии» (материалы республиканского совещания врачей психиатров-наркологов). — Москва, 1992. — С. 113-122.

327. **Чирко В.В.** О медицинских аспектах игромании. Методы выявления, реабилитации и профилактики / В.В. Чирко // Материала конференции «Игромания. Мифы и реальность» 28 мая 2003 года, Москва // Ж. Наркология. — 2004. — № 4. — С. 15-16.

328. **Чудова И.В.** Особенности образа «Я» «Жителя Интернета» / И.В. Чудова // Психологический журнал. — 2002. — Т. 22. — № 1. — С. 113-117.

329. **Чуркин А.А.** Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов // М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. — 232 с.

330. **Шабалина В.В.** Когнитивная структура психической зависимости / В.В. Шабалина // Нарк.2006. — №9. — С. 69-72.

331. **Шабанов П.Д.** Руководство по наркологии. 2-е издание / П.Д. Шабанов // СПб.: Издательство «Лань», 1999. — 352 с.

332. **Шайдулина А.Ф.** Игромания - болезнь семейная / А.Ф. Шайдулина // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. — М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. — С. 169-177.

333. **Шалашов В.В.** Перспективы использования данных о конкуренции-кооперации между различными видами зависимого поведения в молодёжной среде / В.В. Шалашов, В.В. Литвиненко, А.В. Бараненко // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3. — С. 175-176.

334. **Шевандрин Н.И.** Социальная психология в образовании / Н.И. Шевандрин // М.: Владос, 1995. — С. 41-44.

335. **Шемчук Н.В.** Биологические маркеры патологического влечения к азартным играм / Н.В. Шемчук // Игровая зависимость: мифы и реальность: Материалы международной конференции / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2007. — С. 178-185.

336. **Шемчук Н.В.** О комплексном клинико-психологическом подходе к игровой зависимости / Н.В. Шемчук, Д.С. Ошевский // XIV съезд психиатров России. — Москва, 2005. — 378 с.

337. **Шестопалова Л.Ф.** Психологические особенности больных с различными формами невротических расстройств / Л.Ф. Шестопалова, Г.Ю. Каленская // Медицинская психология, 2009. — №4. — С. 3-5.

338. **Шостакович Б.В.** Классификация психопатий / Б.В. Шостакович // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1988. — Т.88, вып.11. — С. 75-84.

339. **Шувалов А.В.** Употребление алкоголя в дохристианской Руси / А.В. Шувалов, Р.Р. Гиргенсон // В кн.: Acta medico-historica rigensia (Из истории медицины). Том I (XX). Рига: Pauli Stradini Museum historiae medicinae, 1992. — С. 120-133.

340. **Шустов Д.И.** Психотерапия антивиталяного поведения больных алкоголизмом / Д.И. Шустов // Психотерапия. — 2003. — №2. — С. 15-21.

341. **Эйдемиллер Э.Г.** Семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис // СПб.: Питер, 2000. — 512с.
342. **Эльконин Д.Б.** Психология игры / Д.Б. Эльконин // М., 1978. — 186 с.
343. **Энтин Г.М.** Алкогольная и наркотическая зависимость (Практическое руководство для врачей) / Г.М. Энтин, А.Г. Гофман, А.П. Музыченко, Э.Н. Крылов // Г.: Медпрактика — М. — 2002. — С. 198 - 200.
344. **Эриксон М.** (Erickson M.) Стратегия психотерапии / М. Эриксон // Пер. с англ. — С.Пб: Летний сад, 2000. — 510 с.
345. **Юрьева Л.Н.** Влияние религиозного мировоззрения врачей-психиатров на их профессиональную деятельность / Л.Н. Юрьева // Тезисы докладов научно-практической конференции «Психиатрия и религия на стыке тысячелетий». — Харьков, 2003. — С. 55-57.
346. **Юрьева Л.Н.** Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине / Л.Н. Юрьева // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 32–33.
347. **Юрьева Л.Н.** Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография / Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Ботьбот // Днепропетровск: Пороги, 2006. — 196 с.
348. **Ялом И.** Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом // М.: Класс, 2005, — 576 с.
349. **Янг К.С.** Диагноз — Интернет-зависимость / К.С. Янг // Мир Интернет. — 2000. — № 2. — С. 24-29.
350. **Янин В.Л.** Археологические раскопки в Новгороде / В.Л. Янин // В кн.: Наука и человечество. Международный ежегодник. 1976. М.: «Знание», 1975, С. 52-71.
351. **Ярмыш А.Н.** Политико-правовая и методологическая основа профилактики аддиктивного поведения в Украине и Харьковском регионе. Сб. Молодежь и наркотики (Социология наркотизма) / А.Н. Ярмыш, В.А. Соболев, А.А. Сердюк // Харьков, 2000. — С.272-291.
352. **Яровинский М.Я.** Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учеб. пособие / М.Я. Яровинский // М.: Медицина, 2001. — Т.1. — 208 с.
353. **Aasved M.** The psychodynamics and psychology of gambling: The gambler's mind / M. Aasved. — IL.: Springfield, 2002. — 345 p.
354. **Aasved M.** The sociology of gambling / M. Aasved. — IL.: Springfield, 2003. — 314 p.
355. **Abbott D.A.** Gambling attitudes and participation: Amidwestern survey / D.A. Abbott, S.L. Cramer // Journal of Gambling Studies. — 1993. — V.9. — N 3. — P. 247-263.

356. **Abt V.** Toward a synoptic model of gambling behavior /V. Abt, M.C. McGurrin, J.F. Smith // *Journal of Gambling Behavior*. – 1985. – VI – N2. – P.79-88.

357. **American** Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) / American Psychiatric Association. – DC: Washington, 1994. – 645 p.

358. **Amichai-Hamburger Y.** Loneliness and internet use / Y. Amichai-Hamburger, E. Ben-Artzi // *Computers and Human Behavior*. – 2003, Jan. – V.1. – N. 19. – P. 71-80.

359. **Anderson G.** Some applications of reversal theory to the explanation of gambling and gambling addictions /G. Anderson, R.I.F. Brown // *Journal of Gambling Behavior*. – 1987. – V 3. – N 3. – P. 179-189.

360. **Anghelescu I., Germeyer S., Muller M.J.** et al. The experience of motivation: The theory of psychological reversals /I. Anghelescu, S. Germeyer, M.J. Muller et al. – London: Academic Press. – 2001.

361. **Aristotle.** The ethics of Aristotle / Thompson J.A.K. (Ed. and Trans.). – London: Alien and Unwin. – 1953.

362. **Arseneault L.** Jeu de hasard et consommation de substances psychotropes: Prevalence, coexistence et consequences. (Gambling and psychotropic substance consumption; prevalence, coexistence and consequences.) / L. Arseneault, R. Ladouceur, F. Vitaro // *Canadian Psychology*. – 2001. – V 42. – N 3. – P. 173-184.

363. **Atlas G.D.** Explanatory style and gambling: How pessimists respond to losing wagers /G.D. Atlas, C. Peterson // *Behaviour Research and Therapy*. – 1990. – V 28. – P.523-529.

364. **Barker J.C.** Aversion therapy for compulsive gambling / J.C. Barker, M. Miller // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1968. – V 146. – P.285-302.

365. **Barker T.** Joker's wild: Legalized gambling in the twenty-first century / T. Barker, M. Britz . – West-port, CT.: Praeger, 2000.

366. **Baucum D.** Arguments for self-controlled gambling as an alternative to abstention. In Eadington, W.R. (Ed.) / D. Baucum. – Reno., NV.: University of Nevada, Reno, 1985. – P. 199-204.

367. **Becona E.** Pathological gambling and depression / E. Becona, M. Lorenzo , M.J. Fuentes // *Psychological Reports*. – 1996. – Vol. 78. – P. 63–64.

368. **Bergh C, Eklund T., Soedersten P., Nordin C.** Altered dopamine function in pathological gambling / C. Bergh, T. Eklund, P. Soedersten, C. Nordin // *Psychological Medicine*. – 1997. – V 27. – N2. – P. 473-475.

369. **Bergler E.** The Psychology of the Gambler / E. Bergler. – New York: International University Press, 1977. – 54 p.

370. **Berman S.M.** P-300 in boys as a predictor of adolescent substance use / S.M. Berman, S.C. Whipple, R.J. Fitch // *Alcohol*. – 1988. – V 10. – N1. – P.68-76.
371. **Black D.W.** Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior / D.W. Black, T. Moyer / *Psychiatric Services*. – 1998. – Vol. 49. – P. 34–39.
372. **Blanco C.** Pathological gambling: addiction or compulsion? / C. Blanco, P. Moreyra, E.V. Nunes, J. Saiz-Ruiz, A. Ibanez // *Semin Clin Neuropsychiatry*. - 2001 Jul. – V. 6. – N 3. – P. 167-176.
373. **Bland R.** Epidemiology of pathological gambling in Edmonton / R. Bland, S. C. Newman, H. Om // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1993. – V 38. – N2. – P. 108-112.
374. **Blaszczynski A.** A pathways model of problem and pathological gambling / A. Blaszczynski, L. Nower // *Addiction*. – 2002 May. – V 97. – N5. – P. 487-499.
375. **Blume S.B.** Compulsive gambling and the medical model / S.B. Blume // *Journal of Gambling Behavior*. – 1987. – V 3. – N4. – P. 237-247.
376. **Bondoffi G.** Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland / G. Bondoffi, C. Osiek, F. Ferrero // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2001. – V 101. – N6. – P.473-475.
377. **Boyd W.** The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy / W. Boyd, D.W. Bolen // *International Journal of Group Psychotherapy*. – 1970. – V 20. – P. 77-90.
378. **Breen R. B.** Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers / R. B. Breen, M. Zimmerman // *Journal of Gambling Studies*. – 2002. – V 18. – N 1. – P. 31-43.
379. **Brown R.I.F.** The role of dissociative experiences in problem gambling / R.I.F. Brown. – Amsterdam, 2006. – P. 241-272.
380. **Bryant J.** Bioethics for scientists / J. Bryant, L. Baggottla, J. Searle // *Wiley Sons, LTD*, 2002. – 360 p.
381. **Buhringer G.** Intensive gamblers on German-style slot machines / G. Buhringer, R. Konstanty // *Journal of Gambling Studies*. – 1992. – V 8. – N 1. – P. 21-38.
382. **Bujold A.** Treatment of pathological gamblers: an experimental study / A. Bujold, R. Ladouceur, C. Sylvain // *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. – 1994. – P. 275-282.
383. **Campbell F.F.** Gambling and society: Interdisciplinary studies on the subject of gambling / F.F. Campbell. – Springfield, IL: Charles C Thomas, 1976. – P. 218-228
384. **Carlton P.L.** Factors determining the severity of pathological gambling in males / P.L. Carlton, P. Manowitz // *Journal of Gambling Studies*. – 1994. – V 10. – N2. – P. 147-157.

385. **Carrasco J.L.** Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling / J.L. Carrasco, J. Saiz-Ruiz, E. Hollander et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1994. – V 90. – N6. – P. 427-431.
386. **Carstairs G.M.** Letter to the editor on «Compulsive gambler» / G.M. Carstairs // *British Medical Journal*. – 1968 April 27. – 239 p.
387. **Cavedini P., Riboldi G., Keller R.** et al. Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients // *Biol. Psychiatry*. – 2006. Feb. 15. – Vol. 51. – N 4. – P. 334-341.
388. **Chambers A.** Neurodevelopment, Impulsivity, and Adolescent Gambling / A. Chambers, M. Potenza // *J. Gambling Studies*. – 2003. – V 19. – N 1. – P. 53-84.
389. **Clarke D.** Adolescent gambling and problem gambling: A New Zealand study / D. Clarke, F. Rossen // *New Zealand Journal of Psychology*. – 2000. – V 29. – N 1. – P. 10-16.
390. **Cocco N.** Differences in preferred level of arousal in two sub-groups of problem gamblers: A preliminary report / N. Cocco, L. Sharpe, A. Blaszczynski // *Journal of Gambling Studies*. – 1995. – V 11. – N2. – P. 221-229.
391. **Cohen J.** The nature of gambling / J. Cohen // *Scientia*. – 1970. – V 105. – P. 445-469.
392. **Comings D.E.** The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling / D.E. Comings, R. Gade, N. Gonzalez et al. // *Clinical Genetics*. – 2001. – V 60. – N2. – P. 107-116.
393. **Comings D.E., Rosenthal R.J.** et al. A study of dopamine D2 receptor gene in pathological gambling // *Pharmacogenetics*. – 1996. – Vol. 6. – P. 223-224.
394. **Cotler S.** The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling / S. Cotler // *Behavior Therapy*. – 1991. – N 2. – P. 579-584.
395. **Coventry K.R.** Gambling behavior and problem gambling / K.R. Coventry, R.I.F. Brown - Reno, NV: Bureau of Business and Economic Research, College of Business Administration, University of Nevada, 1993. – 554 p.
396. **Coyle C.** comparison of leisure and gambling motives of compulsive gamblers / C. Coyle, W. Kinney // *Therapeutic Recreation Journal*. – 1990. – V 24. – N 1. – P. 32-39.
397. **Crockford D.N.** Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review / D.N. Crockford, N. el-Guebaly // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1998. – V 43. – N 1 – P. 43-50.
398. **Cuadrado M.** A comparison of Hispanic and Anglo calls to a gambling help hotline / M. Cuadrado // *Journal of Gambling Studies*. – 1999. – V 15. – N 1. – P. 71-81.

399. **Cunningham-Williams R.M.** Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings / R.M. Cunningham-Williams, L.B. Cottier, W.M. Compton et al. // *Journal of Gambling Studies*. – 2000. – V 16. – N 4. – P. 347-376.
400. **Cunningham-Williams R. M.** Taking chances: problem gamblers and mental health disorders - results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area study / R. M. Cunningham-Williams, L. B. Cottier, W. M. Compton, E. L. Spitznagel / *American Journal of Public Health*, 2007. – Vol. 88. – P. 93–96.
401. **Custer R.L.** Profile of the pathological gambler / R.L. Custer // *J. Clin. Psychiatry*. – 1984 Dec. – V. 45. – N 12 – Pt 2. – P. 35-38.
402. **Custer R.L.** The diagnosis and scope of pathological gambling / R.L. Custer –Springfield, IL: Charles C Thomas. – 1987. – P. 116-119.
403. **Custer R.** Personality factors and pathological gambling / R. Custer , M. Linnoil , V. Loren // *Acta Psychiatr. Scand*. – 1989. – Vol. 80. – N. 1. – P. 37-39.
404. **Darwin C.** On the origin of species by means of natural selection, or the preservator of favored races in the struggle for life / C. Darwin. – London: John Murray. – 1859.
405. **DeCaria C.M.** Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling / C.M. DeCaria , E. Hollander, R. Grossman et al. // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1996.– V 57. – N 8. – P. 80-83.
406. **Dell L.J.** Personality and other factors associated with the gambhng addiction / L.J. Dell, M.F. Ruzicka, A. T. Palisi // *International Journal of the Addictions*. – 1981. – V.16. – P. 149-151.
407. **DeSchipper S.** Wirinen doet de gokker verliezen / S. DeSchipper // *Volkskrant*, 2005. – P. 34-37.
408. **Diagnostic** and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington D.C., American Psychiatric Association. – 1994.
409. **DiClemente C.C.** On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents /C.C. DiClemente, M. Story, K. Murray // *Journal of Gambling Studies*. – 2000. – V 16. – N 2/3. – P. 289-313.
410. **Dickerson M.** Contemporary issues and future directions for research into pathological gambling / M. Dickerson, E. Baron // *Addiction*. – 2008. – V 95. – N8. – P. 1145-1159.
411. **Dickerson M.G.** Compulsive gamblers / M.G. Dickerson. – London: Longman, 1984.
412. **Diskin K.M.** Narrowed focus and dissociative experiences in a community sample of experienced video lottery gamblers / K.M. Diskin,

D.C. Hodgins // Canadian Journal of Behavioural Science. – 2001. – V 33. – N1. – P. 58-64.

413. **Donovan D.M.** Assessment of addictive behaviors: Implications of an emerging biopsychosocial model / D.M. Donovan // Assessment of addictive behaviors. – New York.: Guilford Press, 1914.

414. **Downes D.M.** Gambling, work and leisure: A study across three areas / D.M. Downes, B.P. Davies, M. David, P. Stone. – London: Routledge and Kegan Paul. – 1987.

415. **Echeburua E.** Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gamblers: long-term outcome / E. Echeburua, J. Fernandez-Montalvo, C. Baez // Behavioural Therapy, 2005. – 31. – P. 351-364.

416. **Eisen S.A.** The genetics of pathological gambling / S.A. Eisen, W.S. Slutske, M.J. Lyons, J. Lassman, H. Xian, R. Toomey, S. Chantarujikapong, M.T. Tsuang // Semin. Clin. Neuropsychiatry, – 2001 Jul. – V. 6. – N 3. – P. 195-204.

417. **Fedoroff J.P.** Serotonergic drug treatment of deviant sexual interests / J.P. Fedoroff // Annals of Sex Research. – 1993. – V. 6. – P. 105-121.

418. **Feigelman W.** Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: an epidemiological study / W. Feigelman, L.S. Wallisch, H.R. Lesieur / American Journal of Public Health, 1998. – Vol. 88, № 3. – P. 451-460.

419. **Ferrioli M.** The treatment of pathological gambling as an Addictive behavior / Eadington W.R. The gambling papers: Proceedings of the / Fifth National Conference on Gambling and Risk Taking / M. Ferrioli, A.R. Ciminero. – Reno, NV: Bureau of Business and Economic Research, College of Business Administration, University of Nevada, 2009.

420. **Fisher S.** A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents / S. Fisher // Addiction Research. – 1999 Dec. – V 7 – N 6. – P. 509-539.

421. **France C.J.** A behavioral perspective / C.J. France – Springfield, IL.: Charles C Thomas, 1902. – P. 71-83.

422. **Freud S.** Dostoyevsky and parricide / S. Freud. – London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1950 [1928]. – P. 222-242.

423. **Frost R.O.** Obsessive-compulsive features in pathological lottery and scratch-ticket gamblers / R.O. Frost, B.M. Meagher, J.H. Riskind // Journal of Gambling Studies. – 2001. – V 17. – N1. – P. 5-19.

424. **Gaboury A.** Erroneous perceptions and gambling / A. Gaboury, R. Ladouceur // J. of Social Behavior and Personality. – 1989. – V4. – P. 411-420.

425. **Galdston I.** The gambler and his love / I. Galdston // American Journal of Psychiatry. – 1960. – V 35. – P. 553-555.

426. **Galdston I.** The psychodynamics of the triad, alcoholism, gambling and superstition / I. Galdston // *Mental hygiene*. – 2007. – № 4 (35). – P. 89-98.
427. **Gamblers Anonymous.** Twenty questions. – Los Angeles: G.A. Publishing. – 1980.
428. **Gambling** impact and behavior study: final report to the National Gambling Impact Study Commission. – Chicago: National Opinion Research Center: University of Chicago, 1999. – P. 41-49.
429. **Gamett C.** The gambler and other short stories (Trans.) / C. Gamett, F.M. Dostoevsky.– London.: Heinemann and Zsolnay. – 1914.
430. **Gerstein D.** Gambling Impact and Behavior Study: Final Report to the National Gambling Impact Study Commission / D. Gerstein, S. Murphy, M. Toce et al. –Chicago: National Opinion Research Center, 1999. – P. 115-117.
431. **Gilovich T.** Biased evaluation and persistence in gambling / T. Gilovich // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1998. – V 44. – N 6. – P. 1110-1126.
432. **Glasser W.** Positive addictions / W. Glasser. – New York: Harper & Row, 1987. – P. 214-218.
433. **Goldstein L.** Hemispheric EEG correlates of compulsive behavior: The case of pathological gamblers / L. Goldstein, P.L. Carlton // *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*. – 1998. – V 13. – N 1, 2. – P.103-111.
434. **Graham J.R.** Personality dimensions of the pathological gambler / J.R. Graham, B.H. Lowenfeld // *Journal of Gambling Behavior*. – 1988. – V 2. – N 1. – P. 58-66.
435. **Grant J.E.** Effectiveness of pharmacotherapy for pathological gambling: A chart review / J.E. Grant, S.W. Kirn // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2002. – V 14. – N 3. – P. 155-161.
436. **Grant J.E.** Pathological gambling /J.E. Grant, M.N. Potenza – Am. Psychiatric Publishing, Inc., 2003. – 270p.
437. **Greenberg D.** Compulsive gamblers in treatment / D. Greenberg, H. Rankin // *British Journal of Psychiatry*. – 1980. – V 140. – P.364-366.
438. Greene J. The gambling trap / J. Greene // *Psychology Today*. – 1982. – V 26. – P. 50-55.
439. **Griffiths M.** Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling / M. Griffiths // *The Journal of Psychology*. – 1991. – V 125. – N 3. – P. 347-357.
440. **Griffiths M.** Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the internet / M. Griffiths, R. Wood // *Journal of Gambling Studies*. –2000. –V 16. – N2,3. P. 199-225.

441. **Griffiths M.D.** Behavioural addiction: an issue for everybody? / M.D. Griffiths // *Journal of Workplace Learning*. — 1996. — V.8. — N.3. — P. 19-25.
442. **Gupta R.** Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling / R. Gupta, J. Derevensky // *Journal of Gambling Studies*. — 2008. — V 14. — N4. — P. 319-345.
443. **Hall G.W.** Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients / G.W. Hall, N.J. Carriero, R.Y. Takushi, I.D. Montoya, K.L. Preston, D.A. Gorelick // *American Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 157. — P. 1127-1133.
444. **Haller R.** Treatment of pathological gambling with carbamazepine / R. Haller, H. Hinterhuber // *Pharmacopsychiatry*. — 1994. — V 27. — N 3. — P. 129.
445. **Harris J.** Is there a coherent social conception of disability? / J. Harris // *J. of Medical Ethics*. — 2006. — Vol. 26. — P. 95-100.
446. **Hollander E.** Pathological gambling / E. Hollander, A.J. Buchalter, C.M. DeCaria // *Psychiatr. Clin. North Am.* — 2000 Sep. — V 23. — N 3. — P. 629-642.
447. **Hollander E.** Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathologic gambling / E. Hollander, C.M. DeCaria, E. Mari // *American Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 155. — P. 17–23.
448. **I. Marks.** Behavioral (non-chemical) addictions // *British J. Addict.* — 1990. — Vol. 85. — P. 1389-1394.
449. **Ibafiez A.** Neurobiology and genetics of pathological gambling / A. Ibafiez, C. Blanco, J. Saiz-Ruiz // *Psychiatric Annals*. — 2002. — V 32. — N 3. — P. 181-185.
450. **Ibanez A.** Genetics of pathological gambling / A. Ibanez, C. Blanco, I.P.de Castro, J. Fernandez-Piqueras, J. Saiz-Ruiz // *Journal of Gambling Studies*. — 2003. — Vol. 19. — N. 11. — P. 11-22.
451. **Iglesias T.** Hippocratic medicine and the teaching of medical ethics / T. Iglesias / *Ethics & Medicine*. — 1996. — Vol. 12, N1. — P. 4-9.
452. **Impulse** control disorders not elsewhere classified // *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. — 4th ed. — Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. — P. 615–618.
453. **Jacobs D.F.** Juvenile gambling in North America: An analysis of long term trends and future prospects / D.F. Jacobs // *Journal of Gambling Studies*. — 2000. — V 16. — N2, 3. — P. 119-152.
454. **Jecker N.S.** Bioethics: an introduction to the history, methods and practice / N.S. Jecker, A.R. Jonsen, R.A. Pearlman // London UK: Jones and Bartlett Publishers International, 1997. — 416p.

455. **Jellinek E.M.** The disease concept of alcoholism / E.M. Jellinek. – New Haven, CT.: College and University Press, 1960.
456. **Kafka M.P.** Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors / M.P. Kafka // *CNS Spectrums*. – 2000. – V. 5. – N 1. – P. 49-59.
457. **Kammer Y.** Gambling behavior in adolescent substance abuse / Y. Kammer, J.A. Burleson, A. Jadamec // *Subst. Abus.* – 2002 Sep. – Vol. 23. – N 3. – P. 191-198.
458. **Kaplan H.R.** Gambling among lottery winners: Before and after the big score / H.R. Kaplan // *Journal of Gambling Behavior*. – 1988. – V 4. – N3. – P. 171-182.
459. **Kim S.W.** An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder / S.W. Kim, J.E. Grant // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2001. Sep. – N 16 (5). – P. 285-289.
460. **King N.** Profiling Lady Luck: An empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members / N. King, H. Breen // *Journal of Gambling Studies*. – 2003. – V 17. – N 1. – P.47-69.
461. **Koller K.M.** Treatment of poker-machine addicts by aversion therapy / K.M. Koller // *Medical Journal of Australia*, 1972. – 1. – P. 742-745.
462. **Kom D.A.** Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective / D.A. Kom, H.J. Shaffer // *Journal of Gambling Studies*. – 2009. – V 15. – N 4. – P. 289-365.
463. **Kraut R.** Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? / R. Kraut, M. Patterson, V. Lundmark, S. Kiesler // *Am. Psychol.* 1998. V. 53. P. 1017–1031.
464. **Kuhze H.** Bioethics an anthology / H. Kuhze, P. Singer // Oxford: Blackwell Publ., 1999. – 600p.
465. **Kusyszyn L.** Existence, effectance, esteem: From gambling to a new theory of human motivation / I. Kusyszyn // *International journal of the Addictions*. – 2000. – V 25. – P. 159-177.
466. **Kusyszyn L.** Personality characteristics of male heavy gamblers, light gamblers, nongamblers, and lottery players / L. Kusyszyn, R. Rutter / *J. of Gambling Behavior*. – 2001. – Vol. 1(1). – P. 59-63.
467. **Ladouceur R.** Cognitive treatment of pathological gambling / R. Ladouceur, C. Sylvain, C. Boutin // *Journal of Nervous and mental Disease*, 2001. – 189. – P. 774-780.
468. **Ladouceur R.** Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later / R. Ladouceur, C. Jacques, F. Ferland, I. Giroux // *Can. J. Psychiatry*. – 1999. – V 44. – P. 802-804.
469. **Landry M.** Addiction diagnostic update DSM-IV psychoactive substances use disorder// *J. Psychoact. Drugs*. 2001. – V. 11. – N 2. – P. 37-44.

470. **Ledgerwood D.M.** Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population / D.M. Ledgerwood, K.K. Downey // *Addict / Behav.* — 2002. — Vol. 27. — N4. — P. 483-491.

471. **Lesieur H.R.** Results of a survey of gamblers anonymous members in Illinois / H.R. Lesieur, C. Anderson // *Illinois council on problem of pathological gambling.* — Illinois, 1995.

472. **Lesieur H.R.** The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers / H.R. Lesieur, S. Blume // *American Journal of Psychiatry.* — 1997. — Vol. 144. — P. 184-188.

473. **Levitz L.S.** The experimental induction of compulsive gambling behaviours / L.S. Levitz // *Dissertation Abstracts International.* — 1971. — V 32. — P. 1216-1217.

474. **Littman-Sharp N.** Problem gambling and attention-deficit hyperactivity disorder Gambling / N. Littman-Sharp, U. Jain // *The Electronic Journal of Gambling Issues.* — 2000. — V 1. — N2. — P.30-39. Available at: <http://www.camh.net/egambiing/feature/>

475. **Livingston J.** Compulsive gamblers: Observations on action and abstinence / J. Livingston. — New York: Harper & Row, 1974.

476. **Lopez V.C.** Treatment approaches for pathological gamblers / V.C. Lopez, W.R. Miller // *Clinical Psychology Review.* — 1997. — Vol. 17. — P. 68–72.

477. **Lorenz V.C.** Pathological gambling: psychosomatic, emotional, and marital difficulties as reported by the gambler / V.C. Lorenz, R.A. Yaffee // *Journal of Gambling Behavior.* — 1986. — N2. — P. 40-49.

478. **Lumley M.A.** Alexithymia and pathological gambling / M.A. Lumley, K.J. Roby // *Psychotherapy and Psychosomatics.* — 1995. — V 63. — N 3-4. — P. 201-206.

479. **Maccallum F.** Pathological gambling and comorbid substance use / F. Maccallum, A. Blaszczynski // *Aust. Psychiatry.* — 2002 Jun. — Vol. 36. — N 3. — P. 411-415.

480. **Mappes T.A.** Biomedical ethics / T.A. Mappes, D. Degrazia // 5th ed. — N.Y.; USA: Graw Hill, 2001. — 707p.

481. **Marlatt G.A.** Addictive behaviors: etiology and treatment / G.A. Marlatt, J.S. Baer, D.M. Donovan, D.R. Kivlahan // *Annual Review of Psychology.* 1988. V. 39. P. 223-252.

482. **McConaghy N.** Comparisons of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two-tonine-year follow-up / N. McConaghy, A. Blaszczynski, A. Frankova // *British Journal of Psychiatry,* 1991. — 159. — P. 390-393.

483. **McCormick R.A.** Pathological gambling: A parsimonious need state model / R.A. McCormick // *Journal of Gambling Behavior.* — 1987. — V 3. — N4. — P. 257-263.

484. **McGurrin M.C.** Pathological gambling: Conceptual, diagnostic, and treatment issues / M.C. McGurrin. – Sarasota, FE: Professional Resource Press, 1994.
485. **Miller W.R.** Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior / W.R. Miller, S. Rollnick // Guilford – 1991. – P. 31-39.
486. **Moran E.** The growing presence of pathological gambling in society: What we know now // Gambling behavior and problem gambling / E. Moran. – Reno, NV: Bureau of Business and Economic Research, College of Business Administration, University of Nevada, 1993. – P. 135-142.
487. **Moreno L.** Serotonin and gambling dependence / L. Moreno, J. Saiz-Ruiz, J.J. Lopez-Ibor // Human Psychopharmacology. – 1991. – N 6. – P. 9-12.
488. **Murray J.B.** Review of research on pathological gambling / J.B. Murray // Psychological Reports. – 1993. – Vol. 72, № 3, Pt. 1. – P. 79–81.
489. **National Research Council.** Pathological gambling: a critical review. – Washington, DC: National Academy Press, 1999. – P. 46-47.
490. **Newman O.** The ideology of social problems: Gambling, a case study / O. Newman // Canadian Review of Sociology and Anthropology. – 1975. – V.122. – P. 541-550.
491. **Nucker G.** www.drugcom.de – Suchtprävention via Internet // Prävention. – 2001. – 24, h. 4.
492. **Oakley-Browne M.A.** Interventions for pathological gambling (Cochrane Review) / M.A. Oakley-Browne, P. Adams, P.M. Mobberley // The Cochrane Library. – Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2004. – Issue 2, P. 26–31.
493. **O'Connor J** Impaired control over gambling in gaming machine and off-course gamblers / J. O'Connor, M. Dickerson // Addiction. – 2003 Jan. – V. 98. – N 1. – P. 53-60.
494. **Oldman D.** Chance and skill: A study of roulette / D. Oldman // Sociology. – 1974. – V 8. – N 3. – P. 407-426.
495. **Olds M.** The central basis of motivation: Intracranial self-stimulation studies / M. Olds, J.E. Fobes // Annual Review of Psychology. – 1981. – V 32. – P. 523-574.
496. **Orzack M.H.** Computer addiction: What is it? / M.H. Orzack // Psychiatric Times. – August 1998. – V. 15. – N 8.
497. **Pallanti S.** Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study / S. Pallanti, L. Quercioli, E. Sood, E. Hollander // Journal of Clinical Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, № 7. – P. 55-64
498. **Pasternak A.V.** Pathologic Gambling: America's Newest Addiction? / A.V. Pasternak // American Family Physician. – 1997 Oct. – V.56. – N. 5. – P. 12-15.

499. **Pathological** gambling: A critical review // National Research Council. – Washington, DC: National Academy Press, 1999. N. 2. – P. 143-149.

500. **Peck C.P.** A public mental health issue: Risk-taking behavior and compulsive gambling / C.P. Peck // *American Psychologist*. – 1986. – Vol. 41 (4). – P. 461-465.

501. **Peck C.P.** Risk-taking behavior and compulsive gambling / C.P. Peck // *American Psychologist*. – 1986. – V.41. – N 4. – P. 461-465.

502. **Pelchat M.L.** Food, craving, obsession, compulsion and addiction / M.L. Pelchat // *Physiology and Behavior*. – 2002. – V. 76. – N. 3. – P. 347-352.

503. **Peterson C.** Causal attribution as a risk factor for depression: Theory and evidence / C. Peterson, M. E. Seligman // *Psychological Review*. – 1984. – V.91. – P. 347-374.

504. **Petry N.M.** Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers / N.M. Petry, C. Oncken // *Addiction*. – 2002. – V 97. – N 6. – P. 745-753.

505. **Petry N.M.** Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers / Petry N.M., Kiluk B.D. // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2002 Jul. V. 190. N 7. P. 462-469.

506. **Potenza M.N.** Schizophrenia and pathological gambling / M.N. Potenza, R.A. Chambers // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – V 158. – N 3. – P. 497-498.

507. **Potenza M.N.** The neurobiology of pathological gambling / M.N. Potenza // *Semin. Clin. Neuropsychiatry*. – 2001 Jul. – V 6. – N 3. – P. 217-226.

508. **Proimos J.** Gambling and other risk behaviors among 8th- to 12th-grade students / J. Proimos, R.H. DuRant, J.D. Pierce, E. Goodman // *Pediatrics*. – 1998. – Vol. 10. – 23 p.

509. **Rabow J.** Compulsive gambling: Psychoanalytic and sociological perspectives / J. Rabow, L. Comess, N. Donovan, C. Hollas // *Israeli J. of Psychiatry and Related Sciences*. – 1984. – Vol. 21 (3). – P. 189-207.

510. **Raviv M.** Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers / M. Raviv // *Journal of Gambling Studies*. – 1993. – V. 9. – P. 17-30.

511. **Regard M.** Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencephalogram investigation with pathologic gamblers / M. Regard, D. Knoch, E. Gutling // *Cogn. Behav. Neural*. – 2003. Mar. – Vol. 16. – N 1. – P. 47-53.

512. **Renter J.** Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system / J. Renter, T. Raedler, M. Rose et al. // *Nat. Neurosci*. – 2005 Feb. – V 8. – N 2. – P. 147-148.

513. **Room R.** Community effects of the opening of the Niagara Casino / R. Room, N.E. Turner, A. Lalomiteanu // *Addiction*. - 1999. – Vol. 94 (10). – P. 1449-1466.
514. **Rosenthal R.J.** A psycho-dynamic approach to the treatment of pathological gambling: Part I. Achieving abstinence / R.J. Rosenthal, L.J. Rugle // *Journal of Gambling Studies*. – 1994. – V 10. – N 1. – P. 21-42.
515. **Roy A.** Screening for pathological gambling among substance misusers / A. Roy, D. Smelson, S. Lindeken // *British Journal of Psychiatry*. – 2006. – V.169. – N4. – 523 p.
516. **Rugle L.J.** Neuropsychological assessment of attention deficit disorder in pathological gamblers / L.J. Rugle, L. Melamed // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1993. – V 181.–N 2. – P. 107-112.
517. **Saiz-Ruiz J.** Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study / J. Saiz-Ruiz, C. Blanco, A. Ibanez // *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005. – 66. – P. 28-33.
518. **Sanju G.** Pathological gambling: an overview of assessment and treatment / G. Sanju, M. Vijaya // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2006. – N 12. – P. 221-227.
519. **Saunders D.M.** Behavioral analyses of gambling / D.M. Saunders, P.E. Wookey // *Behavioural Psychotherapy*. – 2000. – N 8. – P. 1-6.
520. **Schwarz J.** Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany / J. Schwarz, A. Lindner // *Journal of Gambling Studies*. – 1992. – V.8. – N 1. – P. 93-109.
521. **Seager C.P.** Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion / C.P. Seager // *British Journal of Psychiatry*, 1988. – 117. – P. 545-553.
522. **Shaffer H.J.** Gambling and related mental disorders: A public health analysis / H.J. Shaffer, D. A. Kom // *Annual Review of Public Health*. – 2002. – V 23. – P. 171-212.
523. **Shaffer H.J.** The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos / H.J. Shaffer // *Subst. Use Misuse*. 1997. V. 32. N 11. P. 1573-1580.
524. **Shaffer H.J.** Gambling disorders among homeless persons with substance use disorders seeking treatment at a community center / H.J. Shaffer, C.R. Freed, D. Healea // *Psychiatric Services*. – 2002. – V 53. – N 9. – P. 1112-1117.
525. **Shapira N.A.** Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N.A. Shapira, T.D. Goldsmith, Jr. Keck, U.M. Khosla // *J. of Affective Disorders*. 2000 January-March. V. 57. N. 1-3. P. 267-272.
526. **Sharpe L.** A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective / L. Sharpe // *Clinical Psychology Review*. – 2002. – V 22. – N 1.– P. 1-25.

527. **Skokauskas N.** Psychiatric comorbidity in pathological gambling / N. Skokauskas, R. Satkeviciute, B. Burba // *Medicina*. – 2003. – N. 9. – P. 838-844.
528. **Slutske W.S.** A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder / W.S. Slutske, S. Eisen, H. Xian // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2001. – V 110. – N2. – P. 297-308.
529. **Slutske W.S.** Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men / W.S. Slutske, S. Eisen, W.R. True // *Arch Gen Psychiatry*. – 2000. – Vol. 57. – P. 659-673.
530. **Solomon R.E.** The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain / R.E. Solomon // *American Psychologist*. – 1995. – V 35. – P. 691-712.
531. **Specker S.M.** Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment / S.M. Specker, G.A. Carlson, K.M. Edmonson et al. // *Journal of Gambling Studies*. – 1996. – V 12. – N1. – P. 67-81.
532. **Spunt B.** Pathological gambling and substance misuse / B. Spunt // *Substance Use and Misuse*. – 2002. – V 37. – N8-10. – P. 1299-1304.
533. **Steel Z.** Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity / Z. Steel, A. Blaszczynski // *Addiction*. – 1998. – Vol. 93(6). – P. 895-905.
534. **Stein D.J.** Internet addiction, internet psychotherapy. / D.J. Stein // *Amer. J. Psych.*, 1996. – Vol. 153. – №7, P. 861-869.
535. **Stewart R.M.** An outcome study of Gamblers Anonymous / R.M. Stewart, R. Brown // *British Journal of Psychiatry*, 1988. – 152. – P. 284-288.
536. **Stinchfield R.** Gambling and problem gambling among youths / R. Stinchfield, K.C. Winters // *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*. – 1998. – Vol. 556. – P. 172-185.
537. **Sylvain C.** Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study / C. Sylvain, R. Ladouceur, J.M. Boisvert // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1997. – Vol. 65. – P. 727-732.
538. **Tavares H.** Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis / H. Tavares, S.S. Martins, D.S. Lobo et al. // *J Clin. Psychiatry*. – 2003 Apr. – V 64. – N 4. – P. 433-438.
539. **Tentler M.** Subculture goes Internet / M. Tentler // *Prevention*. – 2001. – 24, h. 4.
540. **The National Council on Problem Gambling** [Electronic resource]. – Mode of access: www.ncpgambling.org.
541. **Thomas W. I.** The gaming instinct / W.I. Thomas // *American Journal of Sociology*. – 1901. – V 6. – P. 750-763.
542. **Toneatto T.** Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers / T. Toneatto, J. Brennan // *Addict. Behav.* – 2002 May-Jun. – V 27. – N3. – P. 465-469.

543. **Unwin K.** Pathologic gambling / K. Unwin , M.K. Davis , J.B. DeLeeuw / American Family Physician. – 2000. – Vol. 61. – P. 74-79.

544. **Volberg R.A.** Prevalence studies of problem gambling in the United States / R.A. Volberg // Journal of Gambling Studies. – 1996. – Vol. 12. – P. 111-128.

545. **Warren C.** Distinctive brain electrical reactions of gambling addicts to gambling stimuli, wagering, and outcomes, and their possible usefulness // Paper presented at the 1996 National Conference on Gambling, Crime and Gaming Enforcement / C. Warren, B.E. McDonough. – Illinois: State University, Normal, Illinois, 1996.

546. **Welte J.** Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity / J. Welte, G. Barnes, W. Wiczorek et al. // J. Stud. Alcohol. – 2001 Sep. – V 62. – N 5. – P706-712.

547. **Wharry S.** You bet your life: e-gambling threat worries addiction experts / S. Wharry // Canadian Medical Association Journal. – 2001. – V 165. – P. 325.

548. **Wildman R.W.** Pathological gambling: Marital-familial factors, implications, and treatments / R.W. Wildman // J. of Gambling Studies. – 1989. – Vol. 5. – P. 293-301.

549. **Young K.S.** Addiction to the Internet: A case that breaks the stereotype / K.S. Young // Psychological Reports. - 1996. - Vol. 79 (3; Pt, 1). – P. 899-902.

550. **Young K.S.** Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // CyberPsychology and Behavior. 1998. – V. 1. – P.237-244.

551. **Zaporozhan V.** Nooethics and global bioethics / V. Zaporozhan / / 2nd International Congress on the «European citizen's quality Of life E. C Qua. L». – 2005. – P. 84-85.

552. **Zaporozhan V.** Nooethics: as modern stage of development of bioethics / V. Zaporozhan // Leadership medica. – 2005. – N 1. – P. 17-21.

553. **Zimmerman M.** An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling / M. Zimmerman, R.B. Breen, M.A. Posternak // Journal Clin. Psychiatry. – 2002. Jan. – N. 63(1). – P. 44-48.

554. **Zung W.** The depression status inventory: an adjunct to the self-rating depression scale / W. Zung // J Clin Psychol. 1972; 28: 539-543.

555. **Zyss T.** The world of computer games I: a new entertainment medium and new danger. Description of atechnique / T. Zyss, J. Boron // Psychiatr. Pol. – 2002. – Vol. 30, N 2. – P. 255-266.

ДОДАТКИ

№ 1 (тест Gamblers Anonimus)

Просим Вас искренне ответить на 20 вопросов:

1. Приходилось ли Вам пропускать учебу или работу из-за азартных игр?
2. Сказывается ли негативно увлечение азартными играми на обстановке у Вас дома?
3. Вредят ли азартные игры Вашей репутации?
4. Испытываете ли Вы угрызения совести после игры?
5. Играете ли Вы в азартные игры в надежде выиграть денег или чтобы отдать долги?
6. Влияет ли увлечение азартными играми на Вашу работоспособность?
7. У Вас есть желание после проигрыша скорее вернуться и отыграться?
8. После выигрыша у Вас есть желание остаться и выиграть еще больше?
9. Вы играли на последние деньги?
10. Занимали ли Вы деньги на игру?
11. Продавали ли Вы что-нибудь с целью получить деньги на игру?
12. Вам трудно потратить на повседневные нужды деньги, отложенные на игру?
13. Способствует ли игра тому, что вы пренебрежительно относитесь к благосостоянию своему и своей семьи?
14. Играли ли Вы дольше, чем планировали?
15. Помогает ли Вам игра избавиться от стресса или плохого настроения?
16. Совершали ли Вы противозаконные поступки с целью получить деньги на игру?
17. Приводила ли игра к нарушениям сна?
18. Когда вы расстроены, хочется ли вам играть? Являются ли неудачи в жизни толчком к игре?
19. У Вас бывает желание отметить за игрой какое-то радостное событие?
20. Были ли у Вас периоды отчаяния после игры?

Спасибо за Ваше участие!

№ 2 (тест Gamble-Udit)

На каждый из вопросов выбирайте один ответ

Балл подходящего варианта ответа укажите цифрой в последней ячейке строки

Вопросы	Варианты ответов					Балл выбранного ответа
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
1. Как часто Вы проводите время за азартными играми (играми на деньги)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
2.1. Сколько часов Вы проводите за азартными играми (на деньги) за одни сутки?	До 1	1-2	3-4	5-6	7 и более	
2.2. Какую часть своего месячного дохода в % Вы обычно проигрываете, когда садитесь играть (за одни сутки) ?	До 5	5-10	11-25	26-50	51 и более	
<i>Наибольший из баллов в 2.1. или 2.2.</i>						
3.1. Как часто Вы проводите за игрой 5 и более часов (за одни сутки)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
3.2. Как часто Вы теряете за игрой четверть и более своего месячного дохода (за одни сутки)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
<i>Наибольший из баллов в 3.1. или 3.2.</i>						
4. Как часто за последний год Вы обнаруживали, что провели за игрой времени (или проиграли денег) больше, чем планировали (не могли остановиться, потеряли счет времени)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного увлечения азартными играми Вы не смогли сделать то, что делаете обычно (пренебрегали учебной, работой, домашними делами или другими занятиями)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
6. Как часто за последний год Вы просыпались с мыслью об игре и/или Вы начинали свой день с игры ?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после игры (или проигрыша)?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
8. Как часто за последний год Вам доводилось ощущать "разбитость", или иной дискомфорт, из-за того, что накануне Вы провели за игрой слишком много времени или потратили на игру слишком много денег ("переиграли")?	Никогда	1 раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в нед.	
9. Не стало ли Ваше увлечение азартными играми (играми на деньги) причиной каких-либо тревожащих Вас симптомов (головные боли, тревожность, нарушения сна и т.п..)?	Нет	–	Да, но не в прошлом году	–	Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из вашего окружения выражал озабоченность по поводу Вашего увлечения азартными играми (играми на деньги) или предлагал Вам прекратить игру или сократить время, приводимое за игрой?	Нет	–	Да, но не в прошлом году	–	Да, в прошлом году	

Сумма баллов (из выделенных «жирным» ячеек) _____

№ 3 (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: **тревога** (нечетные пункты) и **депрессия** (четные пункты).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем суммируйте баллы отдельно по каждой шкале.

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе.

- 3 – все время
- 2 – часто
- 1 – время от времени, иногда
- 0 – совсем не испытываю

2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство.

- 0 – определенно, это так
- 1 – наверно, это так
- 2 – лишь в очень малой степени это так
- 3 – это совсем не так

3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться.

- 3 – определенно это так, и страх очень велик
- 2 – да, это так, но страх не очень велик
- 1 – иногда, но это меня не беспокоит
- 0 – совсем не испытываю

4. Я способна рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное.

- 0 – определенно это так
- 1 – наверно, это так
- 2 – лишь в очень малой степени это так
- 3 – совсем не способен

5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове.

- 3 – постоянно
- 2 – большую часть времени
- 1 – время от времени и не так часто
- 0 – только иногда

6. Я испытываю бодрость.

- 3 – совсем не испытываю
- 2 – очень редко
- 1 – иногда
- 0 – практически все время

7. *Я легко могу сесть и расслабиться.*

- 0 – определенно это так
- 1 – наверно это так
- 2 – лишь изредка это так
- 3 – совсем не могу

8. *Мне кажется, что я стала все делать очень медленно.*

- 3 – практически все время
- 2 – часто
- 1 – иногда
- 0 – совсем нет

9. *Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь.*

- 0 – совсем не испытываю
- 1 – иногда
- 2 – часто
- 3 – очень часто

10. *Я не слежу за своей внешностью.*

- 3 – определенно это так
- 2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 – может быть, я стала меньше уделять этому времени
- 0 – я слежу за собой так же, как и раньше

11. *Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться.*

- 3 – определенно это так
- 2 – наверно это так
- 1 – лишь в некоторой степени это так
- 0 – совсем не испытываю

12. *Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения.*

- 0 – точно так же, как и обычно
- 1 – да, но не в той степени, как раньше
- 2 – значительно меньше, чем обычно
- 3 – совсем так не считаю

13. *У меня бывает внезапное чувство паники.*

- 3 – очень часто
- 2 – довольно часто
- 1 – не так уж часто
- 0 – совсем не бывает

14. *Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы.*

- 0 – часто
- 1 – иногда
- 2 – редко
- 3 – очень редко

№ 4 (тест смысложизненных ориентаций - СЖО)

<i>Инструкция: Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача - выбрать одно из двух утверждений, которое, по Вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3, в зависимости от того насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения на Ваш взгляд одинаково верны).</i>								Ф.И.О.			
								Пол			
								Возраст			
								Образование			
Обычно мне очень скучно.	3	2	1	0	1	2	3	Обычно я полон энергии.			
Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей.	3	2	1	0	1	2	3	Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной.			
В жизни я не имею четких целей и намерений.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я имею очень ясные цели и намерения.			
Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.			
Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие.	3	2	1	0	1	2	3	Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие.			
Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, о которых всегда мечтал.	3	2	1	0	1	2	3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.			
Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал.			
Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.	3	2	1	0	1	2	3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни.			
Моя жизнь пуста и неинтересна.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь наполнена интересными делами.			
Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла.			
Если бы я мог выбирать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы я мог выбирать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас.			
Когда я смотрю на окружающий меня мир, он вызывает у меня растерянность и беспокойство.	3	2	1	0	1	2	3	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности.			
Я человек очень обязательный.	3	2	1	0	1	2	3	Я человек совсем не обязательный.			
Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию.	3	2	1	0	1	2	3	Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств.			
Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком.	3	2	1	0	1	2	3	Я не могу назвать себя целеустремленным человеком.			
В жизни я еще не нашел своего призвания и ясных целей.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я нашел свое призвание и цели.			
Мои жизненные взгляды еще не определились.	3	2	1	0	1	2	3	Мои жизненные взгляды вполне определились.			
Я считаю, что мне удалось найти призвание и цели в жизни.	3	2	1	0	1	2	3	Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни.			
Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями.			
Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение.	3	2	1	0	1	2	3	Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания.			

№ 5 (Визначення ціннісних орієнтацій - методика М. Рокича)

№	Термінальні цінності	№ у ієрархії	№	Інструментальні цінності	№ у ієрархії
1.	активне діяльне життя (повнота і емоційна насиченість життя)		1.	акуратність (охайність), уміння тримати в порядку речі, порядок у справах;	
2.	життєва мудрість (зрілість думок та здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом)		2.	вихованість (гарні манери);	
3.	здоров'я (фізичне і психічне);		3.	високі запити (високі вимоги до життя);	
4.	цікава робота;		4.	життєрадісність (відчуття гумору);	
5.	краса природи і мистецтва (переживання прекрасного у природі та в мистецтві);		5.	старанність (дисциплінованість);	
6.	любов (духовна і фізична близькість з улюбленою людиною);		6.	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче);	
7.	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальної скрути);		7.	непримиренність до недоліків в собі та інших;	
8.	наявність добрих та вірних друзів;		8.	Висока обізнаність та загальна культура;	
9.	суспільне покликання (пошана оточуючих, колективу, співробітників);		9.	відповідальність (відчуття обов'язку, вміння тримати своє слово);	
10.	пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток);		10.	раціоналізм (уміння логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення);	
11.	продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей);		11.	самоконтроль (стриманість, самодисципліна);	
12.	розвиток (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення);		12.	сміливість в обстоюваннях своєї думки, поглядів;	
13.	розваги (приємне, необтяжливий відпочинок, відсутність обов'язків);		13.	тверда воля (вміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами);	
14.	свобода (самостійність, незалежність в думках і вчинках);		14.	терпимість (до поглядів і думок інших, уміння прощати іншим їх помилки);	
15.	щасливе родинне життя;		15.	широта поглядів (уміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички);	
16.	щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, всього народу, людства в цілому);		16.	чесність (правдивість, щирість);	
17.	творчість (можливість творчої діяльності);		17.	ефективність в справах (працьовитість, продуктивність в роботі);	
18.	упевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів).		18.	чуйність (дбайливість).	

К.В. Аймедов

Наукове видання

Костянтин Володимирович Аймедов

Ігроманія – паралельний світ

Монографія

Підп. до друку 11.01.12. Формат 60x84/16. Папір офсет.
Гарнітура «Times New Roman». Ум. друк. арк. 15,25.
Тираж 350 пр. Зам. № 12.01.11.

ПВТП «LAT&K»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 181 від 15.09.2000 р.
Надруковано «Print Quick»
Тел.: 235-75-28, 235-00-09