

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

К. В. Аймедов, канд. мед. наук, доцент

Одеський державний медичний університет (м. Одеса);
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
(м. Київ)

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ БІОЛОГІЧНИХ, СОЦІАЛЬНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ТА АНТИРИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ТА ВИРАЖЕНОСТІ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

На підставі комплексного дослідження 665 осіб (473 — з патологічною схильністю до азартних ігор, 114 — з алкогольною залежністю і 78 умовно здорових осіб), встановлені біологічні, соціальні та психологічні чинники ризику — антиризиків формування та вираженості лудоманії. Отримані дані були покладені в основу розроблення комплексної системи лікування патологічної схильності до азартних ігор.

Ключові слова: патологічна схильність до азартних ігор, чинники ризику — антиризиків

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 [1 — 3]. В останні роки ситуація в Україні характеризується безперервно зростаючими вимогами та психологічним навантаженням, насамперед, на підростаюче покоління через дію різноманітних масових психогенних чинників [1, 3—5]. Це, у свою чергу, не змогло не торкнутись психічного здоров'я суспільства, не привести до збільшення у ньому поведінкових розладів, зокрема, хвороб залежності. Залежними від ігор стають особи працездатного віку, що впливає на стан економіки в цілому та зайнятість населення, зокрема.

За кордоном на проблему ігрової залежності звернули увагу ще 30 років тому [6—8]. Доля патологічних гравців у дорослій популяції варіює у межах від 0,4 до 3,4 %, але у деяких регіонах сягає 7,0 % [9—11].

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 [12, 13]. 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.

Враховуючи вищенаведене, для розв'язання проблеми патологічної схильності до азартних ігор (ПСАІ), нами здійснено всебічне вивчення 665 осіб, серед яких у 473 (основна група, ОГ) було діагностовано ПСАІ (F63.0), у 114 осіб — алкогольна залежність (перша група порівняння, ПГП) та 78 умовно здорових осіб (друга група порівняння, ДГП). Дослідження включало анамнестичне, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження.

Метою даної роботи був пошук наявності взаємозв'язків чинників ризику (преморбідні/морбідні) виникнення ПСАІ та чинників антиризиків (захисних складових) розвитку патологічного гемблінгу шляхом аналізу та

диференціації за впливом біологічних, соціальних та психологічних чинників, які впливають на розвиток та ступінь вираженості ПСАІ у досліджуваних трьох груп (табл. 1—3).

За результатами дослідження значущими біологічними чинниками, які є предрисуючими у формуванні ПСАІ (дуже вагомий вплив), встановлені вік та спадкова обтяженість (табл. 1). У свою чергу, такі показники як недостатність загального фізичного розвитку організму, захворювання ЦНС, інтоксикаційні хвороби також оказували вплив на розвиток ПСАІ у різному ступені вираженості ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Результати аналізу парної кореляції біологічних чинників за інтенсивністю впливу на ступінь вираженості ПСАІ у досліджених

Чинники/Показники	Група	Ступінь ПСАІ		
		1	2	3
Вік	ОГ	+++	++	+
	ПГП	+	++	+++
	ДГП	—	—	—
Генетичні захворювання у т. ч. спадкового характеру та вродженні аномалії розвитку	ОГ	+++	++	+
	ПГП	++	+++	++
	ДГП	+	+	+
Недостатність загального фізичного розвитку	ОГ	++	++	++
	ПГП	++	++	++
	ДГП	+	—	—
Захворювання ЦНС	ОГ	++	++	++
	ПГП	++	++	++
	ДГП	+	—	—
Соматичні або інфекційні хвороби	ОГ	+	+	+
	ПГП	+	—	—
	ДГП	—	—	—
Інтоксикаційні хвороби	ОГ	++	++	++
	ПГП	++	++	++
	ДГП	—	—	—

Примітка: Тут і далі — міцність кореляційного зв'язку показників: «—» зв'язок не встановлено; «+» — 0,6—0,69 (вірогідний вплив); «++» — 0,70—0,79 (вагомий вплив); «+++» — 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)

Соціальні (психосоціальні) критерії оцінювалися із позиції не лише виявлення їх у діагностичному сенсі, а з метою їх подальшого використання у програмах психосоціальної реабілітації як мішеней психотерапії на психосоціальному та соціальному рівні функціонування пацієнтів. У табл. 2 наведені основні психосоціальні та соціальні чинники, які впливають на ступінь вираженості ПСАІ у обстежених.

Таблиця 2

Результати аналізу парної кореляції психосоціальних та соціальних чинників за інтенсивністю впливу на ступінь вираженості ПСАІ у досліджених

Чинники / Показники	Група	Ступінь ПСАІ		
		1	2	3
Деструкція родини (неповна, низький ступінь згуртованості й слабкі контакти з найближчими родичами)	ОГ	+++	+++	+++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	+	+	+
Тип батьківської родини (конфліктна, педагогічно неспроможна)	ОГ	+++	+++	+++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	+	+	+
Контекстуальні чинники за МКХ-10	ОГ	+++	+++	+++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	+	+	+
Відсутність батьків або значущих найближчих родичів	ОГ	++	++	++
	ПГП	++	++	++
	ДГП	+	+	+
Недостатні матеріально-побутові умови	ОГ	++	++	++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	-	-	-
Деструкція суспільних відносин	ОГ	+++	+++	+++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	-	-	-

Психосоціальними показниками, що відіграють значущу роль у формуванні та вираженості прояву ПСАІ, за результатами досліджень установлені такі: порушення соціально-ціннісної спрямованості батьківської родини, наявність контекстуальних факторів ($p < 0,05$).

Основні психологічні чинники, які впливають на ступінь вираженості ПСАІ у обстежених, наведені у табл. 3.

Таблиця 3

Результати аналізу парної кореляції психологічних чинників за інтенсивністю впливу на ступінь вираженості патологічної ПСАІ у досліджених

Чинники / Показники	Група	Ступінь ПСАІ		
		1	2	3
Низький й/або недостатній рівень загального розвитку особистості	ОГ	+++	+++	+++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	+	+	+
Індивідуально-особистісні особливості	ОГ	+++	+++	+++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	-	-	-
Недостатній рівень критики	ОГ	+++	+++	+++
	ПГП	+++	+++	+++
	ДГП	-	-	-
Наявність аутоагресивних тенденцій	ОГ	+++	++	+
	ПГП	+	++	+++
	ДГП	-	-	-
Втечі з дому, школи, у т. ч. як наслідок «аутсайдерства»	ОГ	++	++	++
	ПГП	++	++	++
	ДГП	-	-	-
Участь в угрупованнях асоціальної спрямованості й т. д.	ОГ	+	+	+
	ПГП	+	+	+
	ДГП	+	+	+

Як свідчать дані табл. 3, дуже вагомий вплив оказують значущі психологічні чинники, які є предиспонуєчими у формуванні ПСАІ. До них віднесено низький й/або недостатній рівень загального розвитку особистості ($p < 0,05$), індивідуально-особистісні особливості ($p < 0,05$), недостатній рівень критики ($p < 0,05$), наявність аутоагресивних тенденцій ($p < 0,05$).

Окремо, за аналізом анамнестичних даних, нами виокремлено загальні чинники, які призводять до розвитку адиктивної поведінки у вигляді ПСАІ. До таких чинників нами віднесено:

1) неправильне виховання у родині, а саме: недостатня опіка, мінливість і непрогнозуємість взаємовідносин, надмірна вимогливість, жорстокість, переважання настанов на престижність;

2) участь в іграх батьків, знайомих, часті ігри у домашній обстановці на очах у дитини або підлітка;

3) створення у родині культу «речей», переоцінка значення матеріальних благ, на яких фіксована увага в родині. Провідна родинна думка — переконання в тому, що усі проблеми в житті пов'язані лише відсутністю грошей.

За результатами дослідження, у обстежених ОГ та ПГП як провокуючі мікро- та макросоціальні чинники розвитку лудоманії у психологічному контексті їх дії визначено сімейні конфлікти, відсутність перспектив у власному житті й безробіття ($p < 0,05$). Виявлено, що в усіх обстежених відзначався вплив усіх макро- і мікрофакторів на формування ПСАІ на «психологічному рівні», проте, дія цього впливу відрізнялася інтенсивністю. Так, виявлено, що негативна дія мікросоціальних чинників є більш значною з погляду їх руйнівної дії на «психологічне функціонування» у суспільстві. Так, до найбільш вагомих провокуючих чинників ризику формування ПСАІ віднесено екзистенціальні ($p < 0,05$), тривала відсутність роботи ($p < 0,05$), розлучення батьків ($p < 0,05$), сімейні конфлікти ($p < 0,05$), позбавлення можливості реалізувати власні бажання ($p < 0,05$). Таким чином, можна констатувати, що при побудові психосоціальних програм реабілітації пацієнтів, залежних від азартних ігор, у обов'язковому порядку необхідно проводити оцінювання макро- і мікросоціальних чинників з метою виявлення серед них тих, які створюють провокуючу дію (вплив) на розвиток ПСАІ. Такий підхід повинен стати основою для розроблення психотерапевтичних заходів у хворих, які страждають на лудоманію.

Підтримуваними чинниками, які призводять до виникнення ПСАІ у обстежених, за типологією й питомою вагою зустрічаємість виявлені переживання щодо неможливості досягнути бажаного (найчастіше сфантазованого) соціального статусу й положення в суспільстві ($p < 0,05$), розрив соціальних зв'язків ($p < 0,05$), знижена самооцінка із можливістю її компенсації у процесі ігри ($p < 0,05$).

Треба зазначити, що у пацієнтів ОГ та ПГП спостерігалися подібні патогенетичні механізми формування ПСАІ за ступенем важкості. Так, в обох групах виявлено «дрейф» чинників ризику, які є провокуючою основою при першому ступені вираженості ПСАІ до третього ступеня вираженості, при якому вони набувають властивостей підтримуючої основи ПСАІ.

Враховуючи результати проведеного кореляційного аналізу, нами зроблено проміжний висновок щодо наявності біологічної передумови виникнення залежності від азартних ігор та алкогольної залежності (АЗ) в обох групах пацієнтів. Тобто, мається на увазі певний,

своєрідний засіб реагування на різні впливи. Так, вплив біологічних чинників на патогенетичний розвиток ПСАІ у пацієнтів ОГ провокував «унікальний» відбір засобу реагування саме у вигляді азартної гри, яка за своєю дією «найбільш комфортно» дозволяла змінювати психічний стан. У свою чергу, вплив біологічних чинників на патогенетичний розвиток АЗ у пацієнтів ПГП також провокував «своєрідний» відбір засобу реагування саме у вигляді зловживання алкоголю, який також за своєю дією «найбільш швидко та комфортно» дозволяв змінювати свій психічний стан. Тобто, можна припустити наявність так званого чинника «генетичної схильності» до особистих форм адиктивної поведінки, яка успадковується.

Окремо нами класифіковані типи родин пацієнтів ОГ. Необхідність такої класифікації була обумовлена наявністю відхилень у поведінці обстежених, які безпосередньо пов'язані із вихованням. Так, в анамнезі у пацієнтів в батьківських родинах діагностовано бездоглядність, правопорушення, уживання психоактивних речовин ($p < 0,05$). Дана поведінка у підґрунті мала соціальну дезадаптацію, коріння якої полягали у дезадаптованій родині. У таких родинах мали місце найбільш глибокі дефекти соціалізації, де вільно або мимоволі існувала ситуація провокації дітей (підлітків) на раннє вживання психоактивних речовин, скоєння асоціальних дій та правопорушень. Таким чином, можна виокремити такі типи дисфункціональних та неблагополучних родин (табл. 4).

Таблиця 4
Типи дисфункціональних та неблагополучних родин у досліджених ОГ

Тип родини	Характеристика
Псевдоблагополучна	Деспотична із домінуванням та повним підпорядкуванням одному з батьків, наявність жорстоких взаємин із застосуванням фізичного покарання
Неповна	Наявність дефекту в структурі батьківської родини — формування особистості дитини, підлітка із десоціалізацією
Проблемна	Суперництво між батьками, відсутність співробітництва між членами родини, роз'єднаність, ізоляція між батьками та дітьми
Аморальна	Наявність правопорушень у батьків та інших членів родини, АЗ, конфлікти, скандали, бійки, розпусна поведінка батьків
Криміногенна	Члени родини вчиняють злочини

Також на основі кореляційного аналізу, нами зроблено проміжний висновок щодо наявності психологічних передумов виникнення ПСАІ та АЗ в обох групах пацієнтів.

Провокуючими чинниками адиктивної поведінки визначено нервово-психічну нестійкість, наявність акцентуацій характеру (гіпертимної, емотивної, збудливої, демонстративної, циклотимної) ($p < 0,05$). До цих чинників віднесено також реакції емансипації, групування, захоплення (хобі) ($p < 0,05$). Провідними мотивами адиктивної поведінки визначено: втеча від «тяжкої» реальності, переживання невдач у соціальному житті, конфлікти з батьками, вчителями, однолітками, почуття самотності, втрата сенсу життя, незатребуваність у майбутньому.

Виходячи із поняття компульсивної поведінки, де мається на увазі поведінка або дії, які спрямовані на емоційну розрядку та які важко контролювати, до внутрішніх її паттернів віднесено думки, образи, почуття, до зовнішніх — власно гру. У даному сенсі, компульсивна поведінка надає можливість імітації гарного самопочуття на якійсь період, без вирішення внутрішньособистісних конфліктів та проблем ($p < 0,05$).

Якщо така поведінка є єдиним способом оволодіння особистістю стресом, вона стає патологічною та у подальшому призводить до розвитку ПСАІ ($p < 0,05$). Основою такої «психологічної поведінки» у адиктивної особистості є бажання «сховатися» від реальності, відчуття страху перед повсякденним, наповненим зобов'язаннями й регламентаціями «нудним» життям, схильність до пошуку яскравих емоційних переживань, нездатність відповідати за власні вчинки. Такі пацієнти характеризуються дефіцитом уваги у дитинстві, гіперактивністю; схильністю до фантазування про власні виняткові та незвичайні здібності, підвищеною «ранімістю» до критики або несхвалення, пошуком нових відчуттів й переживань, які виражаються у прагненні до фізичного й соціального ризику, низькою фрустраційною толерантністю.

Враховуючі вищевикладене, нами проведено групування між чинниками антиризiku — ризику (біологічні, психологічні, соціальні) за рівнем (міцністю зв'язку) у досліджуваних ОГ (табл. 5), ПГП (табл. 6), та ДГП (табл. 7).

Таблиця 5
Групування досліджуваних пацієнтів ОГ за рівнем (міцністю зв'язку) між чинниками антиризiku — ризику ПСАІ

Показники	Рівень				
	I	II	III	IV	V
Частка обстежених групи у загальній сукупності, %	31,25	31,25	18,75	12,50	6,25
Границі коливання коефіцієнта росту показників ризику — антиризiku	< 1,00	1,01—1,70	1,71—2,40	2,41—3,10	> 3,10
Усереднений коефіцієнт росту важкості чинників ризику	0,64	1,45	1,88	2,83	3,63
Співвідношення коефіцієнтів росту чинників антиризiku — ризику (в цілому)	0,52	1,29	1,70	1,94	3,17
— особистісні	0,59	1,20	1,68	2,21	3,07
— особистісна патопсихологічна мотивація	0,50	1,23	1,26	1,10	2,37
— психосоціальні	0,37	0,72	1,81	1,96	2,94
— соціальні	0,65	0,46	1,47	1,14	3,18
— біологічні	1,00	1,13	1,15	0,62	0,77
— контекстуальні	0,91	1,16	1,31	0,67	2,72

Таблиця 6

Групування досліджуваних пацієнтів ПГП за рівнем (міцністю зв'язку) між чинниками антиризиків — ризику ПСАІ

Показники	Рівень				
	I	II	III	IV	V
Частка обстежених групи у загальній сукупності, %	30,25	30,25	17,75	11,25	10,50
Границі коливання коефіцієнта росту показників ризику — антиризиків	< 1,00	1,01—1,60	1,61—2,30	2,31—3,0	> 3,0
Усереднений коефіцієнт росту важкості чинників ризику	0,63	1,35	1,76	2,80	3,60
Співвідношення коефіцієнтів росту чинників антиризиків — ризику (в цілому)	0,50	1,26	1,68	1,93	3,12
— особистісні	0,49	1,10	1,57	2,11	3,00
— особистісна патопсихологічна мотивація	0,41	1,13	1,15	1,02	2,26
— психосоціальні	0,26	0,63	1,70	1,87	2,83
— соціальні	0,56	0,34	1,35	1,05	3,09
— біологічні	1,01	1,03	1,06	0,52	0,68
— контекстуальні	0,82	1,07	1,22	0,55	2,63

Таблиця 7

Групування досліджуваних пацієнтів ДГП за рівнем (міцністю зв'язку) між чинниками антиризиків — ризику ПСАІ

Показники	Рівень				
	I	II	III	IV	V
Частка обстежених групи у загальній сукупності, %	5,88	35,29	41,18	5,88	11,76
Границі коливання коефіцієнта росту показників ризику — антиризиків	< 0,52	0,53—1,00	1,01—1,48	1,49—1,96	> 1,96
Усереднений коефіцієнт росту важкості чинників ризику	0,25	0,87	1,16	1,95	2,19
Співвідношення коефіцієнтів росту чинників антиризиків — ризику (в цілому)	0,22	0,81	0,95	1,87	2,15
— особистісні	0,17	0,81	0,81	1,95	2,11
— особистісна патопсихологічна мотивація	0,03	1,02	1,20	1,53	2,07
— психосоціальні	0,98	1,26	1,00	1,01	2,10
— соціальні	0,20	0,93	1,35	1,04	4,61
— біологічні	0,24	-2,30	0,96	1,10	3,76
— контекстуальні	0,20	0,84	1,06	3,77	5,21

Аналізуючи вищенаведені у табл. 5—7 дані, можна зазначити, що пацієнти ОГ та ПГП, в цілому, мають схожі «кореляційні картини» міцності зв'язку. Як бачимо, в обох групах поступово збільшуються усі кореляційні показники, паралельно змінюючи рівень (пряма динаміка до ПСАІ) ($p < 0,05$).

У ДГП як бачимо, спостерігалася протилежна «кореляційна картина» взаємозв'язку між чинниками антиризиків — ризику, де переважали посилені зв'язки чинників антиризиків над чинниками ризику (зворотна динаміка до ПСАІ) ($p < 0,05$).

Узагальнюючи групування досліджуваних пацієнтів ОГ та ДГП за рівнем (міцністю зв'язку) між чинниками антиризиків — ризику (біологічні, психологічні, соціальні) можна зазначити таке.

Середовищними чинниками ризику ПСАІ, є адиктивна родина (батьки, жінка/чоловік, брат, сестра); адиктивне середовище за місцем роботи й навчання; адиктивні друзі; особливості виховання, середовищні інтра- і трансперсональні конфлікти як психологічні предиктори, що створюють механізми саморуїнуючої поведінки та сприяють формуванню високої фрустраційної готовності. Загострення почуття провини й хворобливих фантазій ображеного самолюбства, що приводять до відчуження від реальних проблем. У даній категорії пацієнтів з дитинства виявляється пристрась до участі у настільних іграх (карти), лото, лотереях, комп'ютерних іграх — тобто в усі ігри, які пов'язані із якимось особливим «інтересом». У таких дітей постійно здійснюється неусвідомлене позитивне підкріплення небезпечної системи азартної ігрової поведінки, яка

ґрунтується на матеріальній винагороді. Таким чином формуються стереотипи та здійснюється зміна шкали ціннісних орієнтацій. У свою чергу, така деформована особистісна мотивація фіксується у свідомості, підсилюючись з часом у процесі формування залежної поведінки. Таким чином, вплив соціального середовища є провідним (домінуючим) чинником ризику розвитку ПСАІ ($p < 0,05$).

До інших соціальних чинників ризику нами віднесено соціальну дезінтеграцію та нестабільність людини. Більшість пацієнтів причинами залучення до азартної ігри вважають «соціальну незадоволеність», постійну «соціальну тривогу», провокацію «доступності гральних закладів й ігрових автоматів», своєрідний «екзистенціальний вакуум». Тобто, азартна гра розглядається ними як засіб відходу від реальності шляхом зміни психічного стану. На нашу думку, це пов'язано з тим, що фантазування щодо ігри провокує церебральні (підкоркові) складові менталітету гравця, що веде до спроби за допомогою гри реалізувати сукупність «міфів» про можливість швидко та без зусиль покращити особисте матеріальне становище та змінити соціальний стан.

До того ж, встановлено, що як провідні чинники ризику соціального середовища, так й соціальні чинники ризику, потенційно підтримували один одного, формуючі індивідуальні картини ПСАІ ($p < 0,05$).

За результатами досліджень, за впливом чинників на пристосування обстежених у суспільстві, нами диференційовано типологію його предиспонууючої, провокуючої та підтримуючої основи (табл. 8, 9).

Типологія предиспонуєчої основи пристосування обстежених ОГ у суспільстві

Чинники	Адаптивний тип	Преддезадаптивний тип	Деадаптивний тип
Біологічні Спадковість	— не обтяжена	— обтяжена залежністю від ПАР	— обтяжена ПАР та психічним розладом
Психосоціальні та соціальні			
Контекстуальні чинники МКХ-10	—	— труднощі організації життєдіяльності (Z 73)	— образ життя (Z 72) — первинна підтримка у родині (Z 63)
Наявність деструкції батьківської родини	— «неконфліктна»; — недеструктивні особистісні взаємовідносини	— неповна; — педагогічно неспроможна; — матеріальні труднощі; — порушення внутрішньородинних комунікацій; — багатодітна	— залежність від ПАР у батьків; — деструкція відношення до праці та деспотична родина; — матеріально-побутове неблагополуччя
Особливості соціальної взаємодії	— «не підпорядкованість» — самостійність	— «відсутність афекту» підвищена саморегуляція власної поведінки	— «пасивність» (відчуження від родини, ігнорування соціальних норм)
Психологічні			
Особистісні особливості	— активність; — задоволеність життям; — неегоїстичність	— емоційна лабільність; — замкнутість; — низька самооцінка	— емоційна холодність; — імпульсивність; — жорстокість
Особистісна патопсихологічна мотивація	— імітація позитивної поведінки інших осіб	— реактивна (пасивний протест)	— залежна від настрою (безмотиваційна)

Таблиця 9

Типологія провокуючої та підтримуючої основ пристосування обстежених ОГ у суспільстві

Чинники	Адаптивний тип	Преддезадаптивний тип	Деадаптивний тип
Провокуюча основа			
Макросоціальні	— суспільні події, які створюють тривогу	— безробіття	— відсутність перспектив у житті
Мікросоціальні	— погіршення відносин з батьками; — хронічна хвороба	— родинні конфлікти; — погіршення матеріально-побутових умов; — хронічна хвороба	— ізоляція та позбавлення волі; — розлучення; — смерть близьких; — хронічна хвороба
Підтримуюча основа			
Особливості соціальної дезадаптації	—	— аутоагресивна поведінка; — відчуття ворожого відношення до себе; — низька самооцінка	— залежність від ПАР; — кримінальні дії; — розрив соціальних зв'язків; — відчуття безнадійності
Соціальний стан	— недостатня критичність; — задоволеність соціальним статусом і функціонуванням	— відмова від соціальної активності; — незадоволення але прийняття соціального статусу і функціонуванням	— не задоволені соціальним станом і функціонуванням при завищеній самооцінці

В цілому, за результатами проведеного комплексного аналізу диференціації та взаємозв'язків між чинниками ризику та антиризиків відносно їх впливу на особливості прояву ПСАІ, можна зазначити таке:

Дуже вагомий вплив серед біологічних чинників, які є предиспонуєчою основою у формуванні ПСАІ, виявлено вік та спадковість (генетична обтяженість) ($p < 0,05$). Основними психосоціальними та соціальними чинниками встановлені порушення соціально-ціннісної спрямованості батьківської родини, наявність контекстуальних факторів ($p < 0,05$). Психологічними чинниками, які є предиспонуєчою основою у формуванні ПСАІ, визначено низький й/або недостатній рівень загального розвитку особистості ($p < 0,05$), індивідуально-особистісні особливості ($p < 0,05$), недостатній рівень критики ($p < 0,05$), наявність аутоагресивних тенденцій ($p < 0,05$).

До загальних чинників, які призводять до розвитку адиктивної поведінки у вигляді ПСАІ, віднесено: а) неправильне виховання у родині; б) участь в іграх батьків, знайомих, часті ігри у домашній обстановці на очах у дитини або підлітка; в) створення у родині культу

«речей», переоцінки значення матеріальних благ, на яких фіксована увага в родині ($p < 0,05$).

Як провокуючі мікро- та макросоціальні чинники розвитку лудоманії у психологічному контексті їх дії у обстежених визначено сімейні конфлікти, відсутність перспектив у власному житті й безробіття ($p < 0,05$). Виявлено, що в усіх обстежених відзначався вплив усіх макро- і мікрофакторів на формування ПСПС на «психологічному рівні», проте дія цього впливу відрізнялася інтенсивністю ($p < 0,05$). Так, до провокуючих чинників ризику формування ПСАІ віднесено: екзистенціальні ($p < 0,05$), тривала відсутність роботи ($p < 0,05$), розлучення батьків ($p < 0,05$), сімейні конфлікти ($p < 0,05$), позбавлення можливості реалізувати власні бажання ($p < 0,05$). Підтримуючими чинниками виявлено: переживання неможливості досягнути бажаного (найчастіше сфантазованого) соціального статусу й положення у суспільстві ($p < 0,05$), розрив соціальних зв'язків ($p < 0,05$), знижена самооцінка із можливістю її компенсації у процесі ігри ($p < 0,05$). Унікальним патогенетичним механізмом формування ПСАІ за ступенем важкості виявлено «дрейф»

чинників ризику з провокуючої основи при першому ступені вираженості ПСАІ, до третього ступеня вираженості, де вони набувають властивостей підтримуючої основи.

За результатами дослідження виявлено наявність так званого чинника «генетичної схильності» до особистих форм адиктивної поведінки. Так, вплив біологічних чинників на патогенетичний розвиток у пацієнтів ОГ провокував «унікальний» відбір засобу реагування саме у вигляді азартної гри, яка за своєю дією «найбільш комфортно» дозволяла змінювати психічний стан. Вплив біологічних чинників на патогенетичний розвиток у пацієнтів ПГП провокував власний «своєрідний» відбір засобу реагування у вигляді зловживання алкоголем, який «найбільш швидко та комфортно» змінював психічний стан

До родинного чинника, якій безпосередньо пов'язаний із вихованням, нами віднесено наявність у пацієнтів правопорушень, уживання психоактивних речовин ($p < 0,05$). Основою даної поведінки є соціально дезадаптована батьківська родина із глибоким дефектом соціалізації та відсутністю психологічного блокування раннього вживання психоактивних речовин, скоєння асоціальних дій та правопорушень. До дисфункціональних та неблагополучних родин віднесено псевдоблагополучну, неповну, проблемну, аморальну та криміногенну ($p < 0,05$).

Психологічною передумовою виникнення залежності від азартних ігор та АЗ, як провокуючий чинник адиктивної поведінки, визначено нервово-психічна нестійкість, наявність акцентуацій характеру (гіпертимної, емотивної, збудливої, демонстративної, циклотимної) ($p < 0,05$), реакції емансипації, групування, захоплення ($p < 0,05$). Провідними мотивами адиктивної поведінки визначено: втеча від «тяжкої» реальності, переживання невдач у школі, конфлікти з батьками, вчителями, однолітками, почуття самотності, втрата сенсу життя, незадоволеність у майбутньому.

Встановлено, що внутрішніми психологічними поведінковими паттернами ПСАІ є думки, образи, почуття, а зовнішніми — власно гра. Визначено, що компульсивна поведінка надає можливість імітації гарного самопочуття на короткий період, не вирішуючи внутрішньоособистісні конфлікти та проблеми ($p < 0,05$). Така поведінка є єдиним засобом оволодіння пацієнтами стресом, набуваючи патологічного сенсу у вигляді розвитку ПСАІ ($p < 0,05$).

Виявлено, що пацієнти ОГ та ПГП мають поступове зростання усіх кореляційних показники ризику у бік «прямої динаміки» розвитку. В обстежених ДГП діагностовано протилежну «кореляційну картину» — із переважанням та посиленням зв'язків чинників антиризiku над чинниками ризику — зворотна динаміка розвитку ПСАІ ($p < 0,05$).

Отримані дані були враховані нами при побудові комплексної системи лікування ПСАІ.

Список літератури

1. Хобзей, М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10—14.
2. Табачников, С. І. Психологічні особливості осіб із залежністю від азартних ігор / [С. І. Табачников, Є. М. Харченко, Г. А. Приб та ін.] // Архів психіатрії. — 2010. — Т. 16, № 4 (63). — С. 39—43.
3. Чабан, О. С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психіатрії і медичинської психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 13—21.
4. Сосин, И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувев // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 174.
5. Мінко, О. І. Попередній аналіз результатів епідеміологічного обстеження організованої молоді стосовно вживання алкоголю та

тютюну / О. І. Мінко, І. В. Лінський // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 4 (65). — С. 91—97.

6. Binder, R. M. The psychodynamics of gambling / R. M. Binder // Arm. Acad. Pol. Soc. Sci. — 1950. — N. 269. — P. 93—107.

7. Barker, J. C. Aversion therapy for compulsive gambling / J. C. Barker, M. Miller // Lancet. — 1966. — № 1. — P. 491—492.

8. Blaszczynski, A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two- to nine-year follow-up / A. Blaszczynski, N. McConaghy A. Frankova // British Journal of Addiction. — 1991. — Vol. 86. — P. 299—306.

9. Даренский, И. Д. Зависимость от азартных игр. Современные достижения наркологии / И. Д. Даренский // Материалы междунар. конф., посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии 21—22 ноября 2005 г. — М., 2005. — С. 44—45.

10. Солдаткин, В. А. Концепции происхождения зависимого поведения (на модели патологического гемблинга) / В. А. Солдаткин // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 3. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/17084>.

11. Бухановский, А. О. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу / А. О. Бухановский, В. А. Солдаткин, И. В. Баранова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — № 10. — С. 20—25.

12. Казаков, В. Н. Эпидемиологические, диагностические и терапевтические аспекты патологического пристрастия к азартным играм / [В. Н. Казаков, С. И. Табачников, О. Е. Шульц и др.] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сб. науч. работ Ин-та неврологии, психиатрии и наркологии НАМН 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. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper044.htm>.

13. Осуховська, О. С. Клінічні особливості формування ігрової залежності та її профілактика / О. С. Осуховська // Архів психіатрії. — 2010. — Т. 16, № 3 (62). — С. 87—90.

Надійшла до редакції 25.02.2011 р.

К. В. Аймаєдов

*Одесский государственный медицинский университет (г. Одесса);
Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии
(г. Киев)*

Комплексный анализ биологических, социальных и психологических факторов риска и антириска формирования и выраженности патологической склонности к азартным играм

На основании комплексного исследования 665 человек (473 с патологической склонностью к азартным играм, 114 — с алкогольной зависимостью и 78 условно здоровых), установлены биологические, социальные и психологические факторы риска — антириска формирования и выраженности лудомании. Полученные данные легли в основу разработки комплексной системы лечения патологической склонности к азартным играм.

Ключевые слова: патологическая склонность к азартным играм, факторы риска — антириска.

K. V. Aymedov

Odesa state medical university (Odesa); Ukrainian SRI of social and judicial Psychiatry and Narcology (Kyiv)

Comprehensive analysis of biological, social and psychological risk and antyrisk factors expressed inclination to pathological gambling

The complex study of 665 (473 from predisposition to pathological gambling, 114 — alcohol dependence and 78 cardiology), established the biological, social and psychological risk and antyrisk factors formation and expression of ludomania. The data were the basis for developing a comprehensive system of treatment of pathological gambling propensity.

Key words: pathological gambling propensity, risk and antyrisk factors.