

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
О. О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

САЛЬНИКОВА АЛІНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 614.2:159.972:7.092]:159.98

**ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ
ПАТОЛОГІЧНИМ ПОТЯГОМ ДО АЗАРТНИХ ІГОР ВНАСЛІДОК
НАЯВНОСТІ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ФАКТОРУ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР (ПСИХОКОРЕКЦІЯ,
ПРОГНОЗУВАННЯ)**

225 – медична психологія

22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати
власних досліджень. Використання
чужих ідей, результатів і текстів
мають посилання на відповідне
джерело

Науковий керівник:
Чабан О.С., д.мед.наук, професор

_____ Сальникова А.О.

АНОТАЦІЯ

Сальникова А.О. Медико-психологічне консультування пацієнтів із сформованим патологічним потягом до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії як фактору причини виникнення залежності від азартних ігор (психокорекція, прогнозування). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія» (22 – Охорона здоров'я). – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, 2024.

Дисертаційна робота являє собою комплексне теоретико-емпіричне дослідження проблематики коморбідного поєднання алекситимії та ігрової адикції та містить два стратегічних напрямки її науково-методичного розкриття: 1) системний опис та дослідження психологічного механізму та ефектів впливу алекситимії на формування патологічного потягу до азартних ігор; 2) створення та оцінка ефективності авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією. У теоретичній частині роботи обґрунтовано предиктивну роль алекситимії у виникненні проблемного гемблінгу, представлено деталізований психологічний механізм взаємозв'язку алекситимії та патологічного потягу до азартних ігор, визначено специфіку прояву алекситимії у пацієнтів з ігровою адикцією, розроблено деталізовану модель медико-психологічного консультування пацієнтів із патологічним потягом до азартних ігор, що спричинений алекситимією. У емпіричній частині роботи наведено порядок організації та результати емпіричного дослідження зв'язку патологічної схильності до азартних ігор з алекситимією, що детально розкриває можливі ефекти та психологічні механізми впливу алекситимії на формування проблемного гемблінгу, а також експериментальної апробації ефективності авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією

Доцільність теоретико-емпіричного дослідження можливих ефектів та психологічних механізмів впливу алекситимії на формування патологічного потягу до азартних ігор, розробки та апробації моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою залежністю, що була спровокована алекситимією зумовлена значним розповсюдженням явища ігроманії в сучасному українському суспільстві, порівняно незначною кількістю досліджень ефектів коморбідного поєднання алекситимічного розладу з ігровими адикціями в українському сегменті наукових розвідок, недостатньою деталізованістю уявлення про складний психологічний механізм впливу алекситимії на формування проблемного гемблінгу, нагальною необхідністю надання якісної медико-психологічної допомоги такій категорії пацієнтів.

У першому розділі дисертації проаналізовано теоретико-методологічні засади дослідження ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією. Зокрема, висвітлено феноменологію явища патологічного потягу до азартних ігор, механізми його патогенезу, наукові підходи та концепції його виникнення. З позицій медичної психології розглянуто стан алекситимії, визначено її характеристики та причини виникнення, а також надано загальну характеристику медико-психологічного консультування та психокорекції у сучасній клінічній практиці. У цьому ж розділі міститься вичерпне теоретичне обґрунтування психологічного механізму високої вірогідності формування ігроманії у пацієнтів, які мають алекситимічний радикал у структурі особистості, а сам феномен алекситимії визначається як предиктор виникнення лудоманії. У результаті аналізу теоретико-методологічних засад дослідження ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією встановлено, що патологічна схильність до азартних ігор як поведінковий адиктивний розлад характеризуються значною коморбідністю з афективними розладами, теоретично обґрунтовано, що алекситимія переважає у пацієнтів, що мають схильність до азартних ігор, сформульовано припущення, що ігрова залежність формується як компенсаторна відповідь на стан емоційного неблагополуччя у людини з алекситимією, що проявляється як виражений стан хронічного, інтенсивного та

малоусвідомлюваного емоційного дискомфорту, переважання негативної афективності над позитивною.

Другий розділ дисертації містить обґрунтування стратегій та засобів медико-психологічного консультування та психокорекційної роботи з пацієнтами зі сформованою внаслідок алекситимії лудоманією. Наведено базові принципи та напрями консультативної та психокорекційної роботи з пацієнтами, які мають адиктивні розлади, висвітлено специфіку та технології їх медико-психологічного консультування, представлено авторську модель медико-психологічного консультування даної категорії пацієнтів та програму психокорекційної інтервенції, основний вектор якої спрямовано зниження рівня ігрової адикції, спровокованої алекситимією. Розроблена психокорекційна програма спрямована на забезпечення усвідомлення та адекватної вербалізації емоцій, відновлення тверезого та реалістичного сприйняття пацієнтами своєї життєвої ситуації, досягнення усвідомлення відповідальності за свою дезадаптивну поведінку. Досягнуто розуміння, що медико-психологічне консультування передбачає органічне поєднання консультативної та психокорекційно-терапевтичної роботи, що надає право використовувати у його рамках увесь накопичений арсенал прийомів та технік, які були розроблені у царині різних психологічних концепцій.

У третьому розділі викладено дизайн, методи та результати констатувального емпіричного дослідження зв'язку ігрової адикції зі станом алекситимії, що здійснено на підставі комплексного психодіагностичного обстеження та клінічного матеріалу пацієнтів. Четвертий же розділ містить оцінку ефективності авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією, що було реалізовано шляхом організації класичного експерименту з попереднім та підсумковим тестуванням та контрольною групою. Третій та четвертий розділи складають емпіричну частину дисертаційної роботи.

На емпіричному етапі дисертаційного дослідження після процедури відсіювання всього до участі в експерименті було залучено 89 осіб з діагнозом

«патологічний потяг до азартних ігор» та наявністю алекситимічного радикалу у структурі особистості. У рамках реалізації першої стратегічної лінії емпіричного дослідження до діагностичних обстежень було також залучено 45 здорових осіб. На етапі апробації авторської моделі медико-психологічного консультування та психокорекційної програми шляхом застосування процедури рандомізації загальну групу пацієнтів було розподілено на контрольну (44 пацієнти) та експериментальну (45 пацієнтів) групи.

Діагностичне обстеження пацієнтів здійснювалось з використанням таких методик як методика скринінгу гемблінгу SOGS, Вікторіанський опитувальник VGS, Торонтська шкала алекситимії TAS, шкала Госпітальної тривоги та депресії HADS, шкала якості життя після ураження головного мозку QOLIBRI, шкала оцінки рівня якості життя О. Чабана, Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій MoCA.

Основні висновки роботи проведеної у рамках дисертаційного дослідження полягають у тому, що існує прямий кореляційний зв'язок між рівнем вираженості алекситимії та ступенем сформованості проблемного гемблінгу. В основі цього явища лежить здатність алекситимії призводити до хронічного переживання особистістю тривоги та депресії, а також імпліцитної незадоволеності якістю свого життя. Експериментальним шляхом встановлено, що розроблена психокорекційна програма дозволяє суттєво зменшити потяг до азартних ігор, помітно знизити маніфестації алекситимічного радикалу, зменшити рівень вираженості тривоги та депресії, покращити оцінку якості життя. За допомогою використання регресійного аналізу доведено, що отримані після психокорекційної інтервенції позитивні зміни мають значну прогностичну цінність.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що:

уперше: запропоновано концептуальну модель формування ігроманії під впливом алекситимії з урахуванням більшості можливих ефектів впливу алекситимії на афективно-вольову сферу особистості; створено синтетичну

модель медико-психологічного консультування пацієнтів з ігроманією, спричиненою станом алекситимії, та відповідну психокорекційну програму, а також експериментально апробовано їх;

уточнено: об'єктивні сутнісно-феноменологічні характеристики азартної гри, що приваблюють потенційних геймерів; перелік соціально-психологічних чинників виникнення ігрової адикації та наукових парадигм її вивчення; ключові психологічні технології, що можуть застосовуватись у клініці медико-консультативної та психокорекційної роботи з коморбідним поєднанням алекситимії та проблемного гемблінгу;

розширено уявлення про: психологічні механізми формування проблемного гемблінгу як форми нехімічної, поведінкової адикації; явище алекситимії як неспецифічного розладу емоційного досвіду у індивідів з недостатньо розвиненою та організованою психічною структурою;

дістали подальшого розвитку: концепції високої коморбідності лудоманії з афективними розладами, зокрема впливу алекситимії на формування проблемного гемблінгу; система медико-психологічного консультування у клінічній практиці, що синтезувала у собі усі види психологічної допомоги пацієнтам з адикаціями, а також різні варіанти клініко-психологічних інтервенцій (зокрема, консультування та корекція).

Практичне значення результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що вони можуть виявитися цінними для пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор та їхніх сімей, фахівців в сфері охорони здоров'я, дослідників, студентів медичних спеціальностей. Впровадження результатів даного дослідження може зменшити економічний тягар патологічного потягу до азартних ігор на уряд та суспільство, оскільки пацієнти навчатимуться поведінці та способам мислення, що можуть покращити їхнє здоров'я та життя. Потенційна користь для пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор полягає у вдосконаленні їхнього медико-психологічного лікування, кінцевим результатом якої має бути покращення якості життя, сімейного функціонування,

психологічної, трудової реадaptaції та соціальної реінтеграції. Потенційна користь для фахівців в сфері охорони здоров'я полягатиме в можливості використання в лікуванні пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор результатів даного дослідження, впровадження розроблених програм психокорекції в план лікування для підвищення її ефективності. Потенційна користь для дослідників полягатиме в доповненні існуючих знань про патологічний потяг до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії як фактору причини виникнення залежності від азартних ігор, створенням передумов для подальших досліджень в галузі медичної психології. Результати дослідження слугуватимуть внеском в розвиток біопсихосоціальної моделі відновлення оптимального стану здоров'я, функціонування та благополуччя населення. Впровадження результатів дослідження в навчальному процесі студентів медичних спеціальностей дозволить надати їм інформацію про особливості психологічного функціонування пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор та шляхи корекції його порушень.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальших дослідження феноменології та генези алекситимічного розладу та його глибинних індивідуально-психологічних корелятивів; у подальшому розкритті та деталізації психологічних механізмів коморбідного зв'язку алекситимії з патологічним потягом до азартних ігор; перспективним уявляється також створення алгоритмів медико-психологічної та психокорекційної роботи з пацієнтами, які мають яскраві маніфестації ігрової залежності.

Ключові слова: адиктивна поведінка, азартна гра, алекситимія, тривога, депресія, психосоматичні захворювання, стрес, емоційний стан, ігрова діяльність, ігрова залежність, коморбідний розлад, локус контролю, лудоманія, нехімічна адикція, нозологія, якість життя, медико-психологічне консультування, патологія емоційної сфери, предиктор, проблемний гемблінг, психокорекція.

ABSTRACT

Salnykova A.O. Medical and psychological counseling of patients with a formed pathological craving for gambling due to the presence of alexithymia as a factor in the cause of gambling addiction (psychocorrection, prediction). – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 225 «Medical Psychology» (22 - Health Care). – Bogomolets National Medical University, Kyiv, 2024.

The dissertation work is a comprehensive theoretical and empirical study of the problems of comorbid combination of alexithymia and game addiction and contains two strategic directions of its scientific and methodological disclosure: 1) systematic description and study of the psychological mechanism and effects of alexithymia on the formation of pathological craving for gambling; 2) creation and evaluation of the effectiveness of the author's model of medical and psychological counseling and the program of psychocorrection of game addiction in patients with alexithymia. In the theoretical part of the work, the predictive role of alexithymia in the emergence of problem gambling is substantiated, a detailed psychological mechanism of the relationship between alexithymia and pathological craving for gambling is presented, the specifics of the manifestation of alexithymia in patients with gambling addiction are determined, a detailed model of medical and psychological counseling for patients with a pathological craving for gambling caused by alexithymia is developed. The empirical part of the work presents the order of organization and results of an empirical study of the relationship between pathological predisposition to gambling and alexithymia, which reveals in detail the possible effects and psychological mechanisms of influence of alexithymia on the formation of problem gambling, as well as experimental testing of the effectiveness of the author's model of medical and psychological counseling and the program of psychocorrection of gaming addiction in patients with alexithymia

The expediency of theoretical and empirical research of possible effects and psychological mechanisms of influence of alexithymia on the formation of

pathological craving for gambling, development and testing of a model of medical and psychological counseling of patients with gambling addiction, which was provoked by alexithymia, is due to the significant spread of the phenomenon of gambling addiction in modern Ukrainian society, a relatively small number of studies of the effects of comorbid combination of alexitimic disorder with gaming addictions in the Ukrainian segment of scientific research, insufficient detail of the idea of the complex psychological mechanism of alexithymia's influence on the formation of problem gambling, the urgent need to provide high-quality medical and psychological assistance to this category of patients.

The first chapter of the thesis analyzes the theoretical and methodological foundations of the study of game addiction in patients with alexithymia. In particular, the phenomenology of the phenomenon of pathological craving for gambling, mechanisms of its pathogenesis, scientific approaches and concepts of its occurrence are highlighted. From the standpoint of medical psychology, the state of alexithymia is considered, its characteristics and causes are determined, and a general description of medical and psychological counseling and psychocorrection in modern clinical practice is provided. The same section contains an exhaustive theoretical substantiation of the psychological mechanism of a high probability of forming gambling addiction in patients who have an alexitimic radical in the personality structure, and the phenomenon of alexithymia itself is defined as a predictor of addiction occurrence. As a result of the analysis of the theoretical and methodological foundations of the study of gambling addiction in patients with alexithymia, it was found that the pathological predisposition to gambling as a behavioral addictive disorder is characterized by significant comorbidity with affective disorders, it is theoretically substantiated that alexithymia prevails in patients with a tendency to gambling, it is assumed that gambling addiction is formed as a compensatory response to the state of emotional distress in a person with alexithymia, which manifests itself as a pronounced state of chronic, intense and unconscious emotional discomfort, the predominance of negative affectivity over positive.

The second section of the thesis contains substantiation of strategies and means of medical and psychological counseling and psychocorrectional work with patients

with ludomania formed as a result of alexithymia. The basic principles and directions of consultative and psycho-correctional work with patients with addictive disorders are presented, the specifics and technologies of their medical and psychological counseling are highlighted, the author's model of medical and psychological counseling of this category of patients and the program of psycho-correctional intervention are presented, the main vector of which is aimed at reducing the level of gaming addiction provoked by alexithymia. The developed psychocorrection program is aimed at ensuring awareness and adequate verbalization of emotions, restoring patients' sober and realistic perception of their life situation, achieving awareness of responsibility for their maladaptive behavior. It is understood that medical and psychological counseling involves an organic combination of consultative and psycho-correctional-therapeutic work, which gives the right to use within its framework the entire accumulated arsenal of techniques and techniques that have been developed in the field of various psychological concepts.

The third chapter presents the design, methods and results of a stating empirical study of the connection of gaming addiction with the state of alexithymia, which was carried out on the basis of a comprehensive psychodiagnostic examination and clinical material of patients. The fourth section contains an assessment of the effectiveness of the author's model of medical and psychological counseling and the program of psychocorrection of game addiction in patients with alexithymia, which was implemented by organizing a classical experiment with preliminary and final testing and a control group. The third and fourth sections constitute the empirical part of the dissertation.

At the empirical stage of the dissertation research, after the procedure of screening out everything, 89 people with a diagnosis of "pathological craving for gambling" and the presence of an alexitimic radical in the personality structure were involved in the experiment. As part of the implementation of the first strategic line of empirical research, 45 healthy people were also involved in diagnostic examinations. At the stage of testing the author's model of medical and psychological counseling and psychocorrection program by applying the randomization procedure, the total group of patients was divided into control (44 patients) and experimental (45

patients) groups.

Diagnostic examination of patients was carried out using such techniques as the Gambling screening methodology (SOGS), the Victorian questionnaire (VGS), the Toronto Alexithymia Scale (TAS), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Quality of Life Scale QOLIBRI, the Quality of Life Assessment Scale by O. Chaban, the Montreal Cognitive Function Assessment Scale (MoCA).

The main conclusions of the work carried out within the framework of the dissertation research are that there is a direct correlation between the severity of alexithymia and the degree of formation of problem gambling. The basis of this phenomenon is the ability of alexithymia to lead to a chronic experience of anxiety and depression by a person, as well as implicit dissatisfaction with the quality of his life. It has been experimentally established that the developed psychocorrection program can significantly reduce the craving for gambling, significantly reduce the manifestation of alexitimic radical, reduce the severity of anxiety and depression, improve the assessment of the quality of life. Using regression analysis, it has been proved that positive changes obtained after psychocorrectional intervention have significant prognostic value.

The scientific novelty of the results is that:

for the first time: a conceptual model of gambling addiction formation under the influence of alexithymia is proposed, taking into account most of the possible effects of alexithymia influence on the affective-volitional sphere of personality; a synthetic model of medical and psychological counseling for patients with gambling addiction caused by alexithymia and an appropriate psychocorrection program were created, as well as experimentally tested them;

clarified: objective essential and phenomenological characteristics of gambling that attract potential gamers; list of socio-psychological factors of the emergence of game addiction and scientific paradigms for its study; key psychological technologies that can be used in the clinic of medical consultative and psychocorrectional work with a comorbid combination of alexthythymia and problem gambling;

the understanding of: psychological mechanisms of formation of problem gambling as a form of non-chemical, behavioral addiction has been expanded; the

phenomenon of alexithymia as a nonspecific disorder of emotional experience in individuals with an insufficiently developed and organized mental structure;

further developed: the concept of high comorbidity of addiction with affective disorders, in particular the influence of alexithymia on the formation of problem gambling; The system of medical and psychological counseling in clinical practice, which synthesized all types of psychological assistance to patients with addictions, as well as various options for clinical and psychological interventions (in particular, counseling and correction).

The practical significance of the results of the dissertation research lies in the fact that they can be valuable for patients with pathological craving for gambling and their families, health care professionals, researchers, students of medical specialties. Implementing the findings of this study may reduce the economic burden of pathological gambling cravings on government and society as patients learn behaviors and ways of thinking that can improve their health and lives. The potential benefit for patients with pathological cravings for gambling is to improve their medical and psychological treatment, the end result of which should be improved quality of life, family functioning, psychological, labor readaptation and social reintegration. The potential benefit for health care professionals will be the possibility of using the results of this study in the treatment of patients with a pathological craving for gambling, the implementation of the developed psychocorrection programs in the treatment plan to increase its effectiveness. The potential benefit for researchers will be to supplement existing knowledge about the pathological craving for gambling due to the presence of alexithymia as a factor in the cause of gambling addiction, creating prerequisites for further research in the field of medical psychology. The results of the study will contribute to the development of a biopsychosocial model for restoring optimal health, functioning and well-being of the population. The introduction of research results in the educational process of students of medical specialties will provide them with information about the peculiarities of the psychological functioning of patients with a pathological craving for gambling and ways to correct its disorders.

Prospects for further research include further investigations into the

phenomenology and genesis of alexithymic disorder and its deep individual psychological correlates; further disclosure and detailing of the psychological mechanisms of the comorbid connection of alexithymia with the pathological craving for gambling; It is also promising to create algorithms for medical-psychological and psycho-correctional work with patients who have vivid manifestations of gambling addiction.

Keywords: addictive behavior, gambling, alexithymia, emotional state, gambling activity, gambling addiction, stress, anxiety, depression, quality of life, comorbid disorder, locus of control, ludomania, non-chemical addiction, nosology, medical and psychological counseling, pathology of the emotional sphere, predictor, problem gambling, psychocorrection.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Сальникова А. О. Алекситимічний радикал у структурі особистості як чинник схильності до гемблінгу: психологічні механізми та ефекти впливу. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я / [головний редактор О. Макаренко] 2023. – 3 (12): 64-72 <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-3-10>
(Особистий внесок здобувача: проведено контент-аналіз, опрацьовано результати, сформульовано висновки, написано та підготовлено статтю до друку).

2. Сальникова А.О. - Особливості формування патологічного потягу до азартних ігор в залежності від алекситимії, в умовах стресогенності пандемії COVID-19. Психосоматична медицина та загальна практика- 2020. 5 (3): 1-6
DOI: [10.26766/PMGP.V5I3.250](https://doi.org/10.26766/PMGP.V5I3.250)
(Особистий внесок здобувача: проведено контент-аналіз, опрацьовано результати, сформульовано висновки, написано та підготовлено статтю до друку)

3. Сальникова А.О. Алекситимія та лудоманія: посередницька роль стресу- Психосоматична медицина та загальна практика- 2021. 6 (4): 1-8
DOI: [10.26766/PMGP.V6I4.316](https://doi.org/10.26766/PMGP.V6I4.316)
(Особистий внесок здобувача: проведено контент-аналіз, опрацьовано результати, сформульовано висновки, написано та підготовлено статтю до друку)

4. Сальникова А. О. Алекситимія як предиктор високої вірогідності виникнення лудоманії. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2023. 5-6.
(Особистий внесок здобувача: визначено мету та методи дослідження, здійснено набір респондентів, виконано практичну частину дослідження, опрацьовано результати, сформульовано висновки, підготовлено статтю до друку).

5. Сальникова А.О. Модель медико-психологічного консультування пацієнтів з коморбідним поєднанням гемблінгу та алекситимії.- Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2024. 1
(Особистий внесок здобувача: визначено мету та методи дослідження, здійснено набір пацієнтів, виконано практичну частину дослідження, опрацьовано результати, сформульовано висновки, написано та підготовлено матеріал до друку).

6. Сальникова А.О. Концептуальна модель та психокорекційні заходи медико-психологічного консультування пацієнтів із проблемним гемблінгом, що спровокований алекситимією. - Всеукраїнський науково-практичний журнал «Здоров'я чоловіка». 2024. 5
(Особистий внесок здобувача: визначено мету та методи дослідження, здійснено набір респондентів, виконано практичну частину дослідження, опрацьовано результати, сформульовано висновки, підготовлено статтю до друку).

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Сальникова А.О. «Напрями психокорекційної роботи з пацієнтами, що мають адиктивні розлади» Актуальні проблеми розвитку науки в контексті глобальних трансформацій інформаційного суспільства : Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 27–28 жовтня 2023 р.) 2023. – 2: 78 <https://novaosvita.com/wp-content/uploads/2023/11/ActPrDevSc-Kyiv-Oct2023.pdf>
2. Сальникова А.О. Стан алекситимії як фактор виникнення залежності від азартних ігор. Наука, технології, інновації: світові тенденції та регіональний аспект :Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 29–30 вересня 2023 р.) 2023. – 2: 148. https://novaosvita.com/wp-content/uploads/2023/11/ScTechInn-Odesa-Sept2023_v2.pdf
3. Сальникова А.О. Азартні ігри в умовах COVID-19 в Україні: стрес, депресія та тривога: Матеріали IV Науково-практичної конференції з міжнародною участю “Психосоматична медицина:наука та практика” 2021; 6(2):e0602274. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/274>

ЗМІСТ

ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АЛЕКСИТИМІЄЮ	28
1.1. Патологічний потяг до азартних ігор як предмет медичної психології: феноменологія явища, наукові підходи та концепції, механізми патогенезу.....	28
1.2. Стан алекситимії, його характеристики та причини виникнення	48
1.3. Алекситимія як предиктор високої вірогідності виникнення лудоманії 61	61
1.4. Медико-психологічне консультування та психокорекція у клінічній практиці.....	72
Висновки до першого розділу	83
РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ СТРАТЕГІЙ ТА ЗАСОБІВ МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ, СПРОВОКОВАНОЇ СТАНОМ АЛЕКСИТИМІЇ	86
2.1. Базові принципи та напрями консультативної та психокорекційної роботи з пацієнтами, що мають адиктивні розлади.....	86
2.2. Специфіка та технології медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією.....	96
2.3. Авторська модель медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією, спричиненої станом алекситимії.....	103
2.4. Авторська програма психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією	114
Висновки до другого розділу	124
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗВ'ЯЗКУ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР АЛЕКСИТИМІЄЮ.....	3 127

3.1. Дизайн та методи емпіричного дослідження зв'язку ігрової адикції зі станом алекситимії на основі клінічного матеріалу пацієнтів	127
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження зв'язку ігрової адикції зі станом алекситимії	142
Висновки до третього розділу	160
РОЗДІЛ 4. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АВТОРСЬКОЇ МОДЕЛІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АЛЕКСИТИМІЄЮ	
4.1. Організація контрольного діагностичного обстеження пацієнтів після реалізації авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції	163
4.2. Результати оцінки ефективності консультативної та психокорекційної інтервенцій за авторськими розробками, спрямованих на подолання проявів ігрової залежності у пацієнтів з алекситимією.....	168
Висновки до четвертого розділу	185
ВИСНОВКИ.....	188
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	193
ДОДАТКИ	215

ВСТУП

Актуальність дослідження. У розрізі драматичних подій, що станом на теперішній час відбуваються в Україні, а також у зв'язку з окремими кардинальними змінами у законодавстві нашої держави, особливо гостро стоїть проблема виявлення та організації якісної професійної роботи з тими психологічними порушеннями та психічними розладами, виникнення та перебіг яких зумовлено комплексною дією чинників соціально-психологічного характеру. Тобто патогенез та особливості перебігу цих порушень визначаються не тільки чинниками, що належать самому індивіду (зокрема, його біологічні та соціально-психологічні характеристики), але і тими суспільними процесами та загальним станом морально-етичного рівня функціонування суспільства, в якому він перебуває. Одним за таких порушень, що характеризується значним розповсюдженням протягом останніх років та належить до розряду нехімічних адикцій, виступає патологічний гемблінг (лудоманія).

Необхідно звернути уваги, що у липні 2020 р. Законом України «Про державне регулювання діяльності щодо організації та проведення азартних ігор» гральний бізнес було повністю дозволено та легалізовано [55]. Це призвело до значного зростання маніфестацій ігрової залежності серед українського населення. Так, за даними Комісії з регулювання азартних ігор та лотерей протягом 2021-2023 рр. офіційно було зареєстровано 739 осіб з патологічним потягом до азартних ігор. Зокрема, за весь 2022 р. до реєстру ігromанів внесли 315 осіб, а лише протягом січня-березня 2023 р. до цього реєстру вже потрапило 229 осіб [10]. Таким чином, можна зробити висновок про стрімке зростання ігрової адикції серед українського населення. Загальна картина враження українських громадян лудоманією може видатися ще більш важкою, якщо враховувати, що наведені статистичні дані мають офіційний характер та представляють тільки офіційно зареєстровані випадки, а про реальну кількість осіб з ознаками сформованого проблемного гемблінгу достеменно невідомо. Можна лише тільки припускати, що їх значно більше.

Сама по собі проблематика патологічного потягу до азартних ігор є досить вивченою у царині сучасної медичної психології. Зокрема, її розробкою займалися С. Blanco, I. de Castro, A. Ibaser, G. Frisch, M. Griffiths, M. Langewisch, Т. Больбот, С. Ейсен, Р. Кастер, В. Уркаєв, І. Федосєєва, Е. Холландер, Л. Юр'єва тощо. Зважаючи на це необхідно звернутися до вивчення більш широкого контексту прояву лудоманії, зокрема, до ґрунтового дослідження його можливих коморбідних сполучень з іншими психологічними розладами. В сучасній науковій літературі з клінічної психології в якості найбільш розповсюдженої коморбідної пари гемблінгу згадується алекситимія. До того ж алекситимія розглядається у якості найбільш вірогідного предиктора виникнення проблемного гемблінгу. Алекситимія станом на теперішній час визначається як специфічна психологічна характеристика індивіда, що полягає у виражених труднощах або повній нездатності точно описати актуальні емоційні переживання, а також розуміти почуття іншої людини, труднощах у диференціації відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями, фіксації на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням (Дж. Тейлор).

Необхідно особливо підкреслити, що проблематикою коморбідного зв'язку гемблінгу та алекситимії займалися переважно зарубіжні вчені. Зокрема, мова йде про М. Bagby, С. Bonnaire, В. Bond, С. Bungener, J. Lecce, М. Lumley, J. Parker, К. Roby, Р. Shaughnessy, Т. Toneatto, І. Varescon, L. Wood. А такі американські науковці як А. Brancato, J. Brown, С. Cannizzaro, М. Di Trani, Т. Dimacro, А. Lipari, G. Maniaci, D. Mitrovic, F. Picone, А. Renzi, L. Solano, С. Vari, G. Zavattini, навіть висловлюються та наводять окремі дані на користь того, що алекситимія не просто певним чином провокує появу патологічного потягу до азартних ігор, але має прямий кореляційний зв'язок з ігровою залежністю. Але у той же час в українському сегменті наукових розвідок проблематика коморбідного поєднання алекситимії та лудоманії, за винятком окремих науковців (А. Сальнікова, С. Уркаєв, О. Чабан), майже не представлена. Це вимагає активізації зусиль у напрямку розкриття можливих ефектів впливу алекситимії на формування патологічного потягу до азартних ігор.

Будь-яке коморбідне поєднання декількох порушень, що означає одночасну маніфестацію їх симптоматики у повсякденній життєдіяльності пацієнта, значно ускладнює клінічну картину його хвороби. Зокрема, добре відомо, що наявність супутніх порушень та розладів значно інтенсифікує та ускладнює перебіг ядерного порушення. Дійсно вражаючим уявляється той факт, що одне порушення може провокуватися та посилюватися іншим. Саме тому дуже гостро стоїть проблема розробки моделі та психокорекційних заходів медико-психологічного консультування пацієнтів із проблемним гемблінгом, що спровокований алекситимією. Її ефективне вирішення дозволить суттєво підвищити якість надання медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

Таким чином, актуальність дисертаційного дослідження **«Медико-психологічне консультування пацієнтів із сформованим патологічним потягом до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії як фактору причини виникнення залежності від азартних ігор (психокорекція, прогнозування)»** зумовлена значним розповсюдженням явища ігроманії в сучасному українському суспільстві, порівняно незначною кількістю досліджень ефектів коморбідного поєднання алекситимічного розладу з ігровими адикціями в українському сегменті наукових розвідок, недостатньою деталізованістю уявлення про складний психологічний механізм впливу алекситимії на формування проблемного гемблінгу, нагальною необхідністю надання якісної медико-психологічної допомоги такій категорії пацієнтів.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами. Дослідження виконано у відповідності до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії. Затверджена тема дисертаційної роботи “Медико-психологічні особливості формування патологічного потягу до азартних ігор в залежності від алекситимії, в умовах стресогенності пандемії COVID-19” (протокол №4 засідання Вченої ради медико-психологічного факультету від 10.12.2020), а потім змінена на тему: «Медико-психологічне консультування пацієнтів із сформованим патологічним потягом до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії як фактору причини виникнення залежності від азартних ігор

(психокорекція, прогнозування)» (протокол №12 засідання Вченої ради медико-психологічного факультету від 09.01.2024).

Мета дослідження: підвищити ефективність медико-психологічного консультування пацієнтів з ігроманією, спричиненою станом алекситимії, та створити відповідну психокорекційну програму.

Відповідно до поставленої мети визначено перелік **завдань дослідження:**

1. Вивчити психологічний взаємозв'язок алекситимії та патологічного потягу до азартних ігор.
2. Виявити специфіки прояву алекситимії у пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор.
3. Оцінити значущість алекситимії як чинника ризику розвитку патологічного потягу до азартних ігор.
4. Науково обґрунтувати та розробити модель медико-психологічного консультування пацієнтів із патологічним потягом до азартних ігор, сформованим внаслідок наявності алекситимії.
5. Реалізувати емпіричне дослідження зв'язку патологічної схильності до азартних ігор з алекситимією, зокрема, розкрити можливі ефекти та психологічні механізми впливу алекситимії на формування проблемного гемблінгу.
6. Шляхом організації експерименту здійснити оцінку ефективності авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією.

Об'єкт дослідження – патологічний потяг до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії.

Предмет дослідження – психокорекційна програма пацієнтів з ігроманією, спричиненою станом алекситимії.

Гіпотеза дослідження у її теоретичному варіанті полягає у наступних припущеннях: 1) алекситимія опосередковано через ряд ефектів впливу на особливості афективної сфери особистості сприяє появі у неї патологічного потягу до азартних ігор; 2) розроблена синтетична модель медико-психологічної

консультації осіб з ігорманією, спровокованої алекситимією, дозволяє нівелювати деструктивний вплив алекситимічного радикалу у структурі особистості та завдяки цьому надає змогу подолати ігрову залежність та нормалізувати загальний психоемоційний стан особистості.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Теоретико-методологічну основу дослідження склали концептуальні уявлення про природу, етіологію, причини та механізми формування, симптоматику та діагностику, а також види та класифікації адиктивних розладів (Е. Берглер, Т. Больбот, Т. Голованова, С. Ейсен, З. Зоу, М. Нікола, Н. Пихтіна, Б. Плескач, В. Пушкар, В. Свідовська, В. Уркаєв, Е. Холландер, Л. Юр'єва, Н. Яковець тощо); психологічні концепції патологічного гемблінгу та уявлення про об'єктивні характеристики азартної ігрової діяльності, що полегшують виникнення ігрової залежності (С. Blanco, I. de Castro, A. Ibaser, G. Frisch, M. Griffiths, M. Langewisch, Т. Больбот, С. Ейсен, Р. Кастер, В. Уркаєв, І. Федосєєва, Е. Холландер, Л. Юр'єва тощо); теорія збереження ресурсів С. Хобфолда; уявлення про особливості когнітивної та емоційної сфери патологічних гравців (М. Гріфітс, Р. Ладусер, М. Міранд, С. Роттер та ін.); концепція алекситимії та її структури (Х. Кристал, Дж. Немія, П. Сіфнеос,); наукові уявлення про клінічну картину та природу виникнення алекситимії, а також особливості її перебігу в клінічно здорових людей та можливості її корекції (О. Завгородня, М. Руденко, Є. Степура, В. Шаталіна, Н. Шеленкова); наукові ідеї щодо зв'язку алекситимії з індивідуально-психологічними властивостями, психічними станами індивіда та його емоційною сферою, а також зв'язку алекситимії та ігроманії (Т. Вашека, О. Долгова, В. Куташов, Л. Немих, Б. Паламар, А. Сальнікова, С. Тукаєв, С. Федорчук, О. Чабан та ін.); дані досліджень про кореляційний зв'язок алекситимії з ігровою залежністю (M. Di Trani, A. Renzi, C. Vari, G. Zavattini, L. Solano, 2017; G. Maniaci, F. Picone, T. Dimacro, A. Lipari, A. Brancato, C. Cannizzaro, 2015; D. Mitrovic, J. Brown, 2009); уявлення про основні характеристики медико-психологічних втручань (У. Бауманн, М. Перез); уявлення про специфіку медико-психологічного консультування та медико-психологічної корекції (С. Кузікова, Л. Магдисюк,

Р. Федоренко, І. Цимбалюк, Т. Яценко); уявлення про специфіку та технології медико-психологічного консультування пацієнтів з коморбідним поєднанням ігрової адикції з іншими розладами (E. Bergler, M. Chretien, I. Giroux, A. Goulet, P. Ladouceur, W. Miller, S. Rollnick та ін.).

Для вирішення поставлених завдань та досягнення мети було використано наступні **методи дослідження**:

1. Теоретичний метод: аналіз наукових джерел, систематизація та узагальнення існуючих емпіричних даних щодо предмету дослідження, структурне моделювання, класифікація, порівняння.

2. Клініко-анамнестичний метод: детальний аналіз анамнестичних даних про перебіг хвороби та історію життя пацієнта.

3. Клініко-психологічний метод: вивчення медичної документації, проведення клінічних бесід з метою збору інформації про особливості характеру пацієнтів, їх психологічний розвиток, соціальні контакти, рівень освіти, характер трудової зайнятості; формування деталізованої клінічної картини захворювання, що виступає предметом дослідження.

4. Психодіагностичний метод: психодіагностичне обстеження пацієнтів за допомогою спеціального психодіагностичного інструментарію з метою постановки психологічного діагнозу щодо рівня вираженості алекситимії, патологічного потягу до азартних ігор, а також додаткових психологічних параметрів, що входять до складу психологічного механізму зв'язку алекситимії та проблемного гемблінгу. У дисертаційному дослідженні було використано наступний психодіагностичний інструментарій:

- 1) методика скринінгу гемблінгу SOGS (South Oaks Gambling Screen) – визначає рівень вираженості гемблінгу, зокрема, наявність внутрішнього потягу до азартних ігор та поведінкових проявів проблемного гемблінгу;
- 2) Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen – VGS) – діагностує наявність проблемного гемблінгу з урахуванням його 3-

факторної структури: шкода, що наноситься партнеру; задоволення від азартних ігор; шкода, пов'язана з азартними іграми;

- 3) Торонтська шкала алекситимії TAS – вимрює та оцінює ступінь вираженості алекситимії;
- 4) шкала Госпітальної тривоги та депресії – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – оперативно діагностує рівень тривожності та депресії, які пацієнт відчуває під час лікування;
- 5) шкала якості життя після ураження головного мозку (Quality of Life after Brain Injury, QOLIBRI) – оцінює якість життя пацієнтів;
- 6) шкала оцінки рівня якості життя О. Чабана – діагностує рівень оцінки якості життя респондентів;
- 7) Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – виявляє ранні форми грубих когнітивних дисфункцій.

5. Статистичний метод: у процесі статистичного аналізу було використано такі статистичні пакети як IBM SPSS Statistics Base v.22, EZR V1.40 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University), MedStat v 5.2. Були використані наступні методи статистичної обробки даних: методи описової статистики (визначення середнього значення та середньоквадратичного відхилення при нормальному розподілі ознак, медіани та інтерквартильного розмаху при розподілі ознак, відмінному від нормального, мінімальних та максимальних значень кількісних показників); для перевірки нормальності розподілу ознак емпіричних змінних було використано критерій Шапіро-Уїлка; для вивчення зв'язку між кількісними показниками вираженості змінних дослідження було використано коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона; для виявлення розбіжностей у відсоткових частках гемблерів серед пацієнтів з алекситимією та серед здорових осіб було використано ϕ^* -кутове перетворення Фішера; для вивчення мінливості залежних змінних під впливом психокорекції було використано дисперсійний аналіз; при вивченні прогностичної цінності змін когнітивних та

емоційних компонентів резилієнсу в процесі реабілітації було застосовано регресійний аналіз.

Організація дослідження. Дисертаційне дослідження проводилось автором одноосібно та поетапно впродовж 2020-2024 років на базі психоневрологічного відділення Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ ДГТО «Південно-Західна залізниця». Вектор першої стратегічної лінії емпіричного дослідження було спрямовано на експериментальну перевірку моделі формування ігроманії під впливом алекситимії та організовано за констатувальним квазіекспериментальним планом з контрольною групою здорових осіб. Друга стратегічна лінія емпіричного дослідження передбачала оцінку ефективності авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією шляхом застосування класичного експериментального плану з попереднім та підсумковим тестуванням та контрольною групою (за класифікацією D. Campbell).

Загальний план дисертаційного дослідження включає наступні етапи:

- 1) теоретико-методологічний аналіз проблеми. Затвердження теми дисертації (вересень 2020 р. - грудень 2020 р.);
- 2) визначення контингенту дослідження та формування батареї методів дослідження. Організація умов проведення дослідження (січень 2021 р. - червень 2021 р.);
- 3) збір первинного матеріалу дослідження. Початок роботи над публікаціями (вересень 2021 р. - грудень 2021 р.);
- 4) кількісний і якісний аналіз отриманих даних. Публікація пілотних результатів дослідження (січень 2022 р. - червень 2022 р.);
- 5) визначення мішеней впливу, розробка, обґрунтування програми та проведення психокорекції (вересень 2022 р. - грудень 2022 р.);
- 6) оцінка ефективності програми психокорекції (січень 2023 р. - червень

2023 р.);

- 7) оцінка прогностичної цінності змін після проведеної психокорекції (вересень 2023 р. - грудень 2023 р.);
- 8) остаточна обробка та оприлюднення результатів. Підготовка до захисту дисертації (січень 2024 р. - серпень 2024 р.).

На емпіричному етапі дисертаційного дослідження після процедури відсіювання всього до участі в експерименті було залучено 89 осіб з діагнозом «патологічний потяг до азартних ігор» та наявністю алекситимічного радикалу у структурі особистості. У рамках реалізації першої стратегічної лінії емпіричного дослідження до діагностичних обстежень було також залучено 45 здорових осіб. На етапі апробації авторської моделі медико-психологічного консультування та психокорекційної програми шляхом застосування процедури рандомізації загальну групу пацієнтів було розподілено на контрольну (44 пацієнти) та експериментальну (45 пацієнтів) групи.

Наукова новизна та теоретична значущість дисертаційного дослідження полягають у тому, що

уперше:

- запропоновано концептуальну модель формування ігроманії під впливом алекситимії з урахуванням більшості можливих ефектів впливу алекситимії на афективно-вольову сферу особистості;
- створено синтетичну модель медико-психологічного консультування пацієнтів з ігроманією, спричиненою станом алекситимії, та відповідну психокорекційну програму, а також експериментально апробовано їх;

уточнено:

- об'єктивні сутнісно-феноменологічні характеристики азартної гри, що приваблюють потенційних геймерів;
- перелік соціально-психологічних чинників виникнення ігрової адикації та

наукових парадигм її вивчення;

- ключові психологічні технології, що можуть застосовуватись у клініці медико-консультативної та психокорекційної роботи з коморбідним поєднанням алекситимії та проблемного гемблінгу;

розширено уявлення про:

- психологічні механізми формування проблемного гемблінгу як форми нехімічної, поведінкової адикції;

- явище алекситимії як неспецифічного розладу емоційного досвіду у індивідів з недостатньо розвиненою та організованою психічною структурою;

дістали подальшого розвитку:

- концепції високої коморбідності лудоманії з афективними розладами, зокрема впливу алекситимії на формування проблемного гемблінгу;

- система медико-психологічного консультування у клінічній практиці, що синтезувала у собі усі види психологічної допомоги пацієнтам з адикціями, а також різні варіанти клініко-психологічних інтервенцій (зокрема, консультування та корекція).

Практичне значення дисертаційного дослідження полягає у тому, що результати дослідження можуть мати значущість для пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор та їхніх сімей, фахівців в сфері охорони здоров'я, дослідників, студентів медичних спеціальностей. Впровадження результатів даного дослідження може зменшити економічний тягар патологічного потягу до азартних ігор на уряд та суспільство, оскільки пацієнти навчатимуться поведінці та способам мислення, що можуть покращити їхнє здоров'я та життя. Потенційна користь для пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор полягає у вдосконаленні їхнього медико-психологічного лікування, кінцевим результатом якої має бути покращення якості життя, сімейного функціонування, психологічної, трудової реадaptaції та соціальної реінтеграції. Потенційна

користь для фахівців в сфері охорони здоров'я полягатиме в можливості використання в лікуванні пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор результатів даного дослідження, впровадження розроблених програм психокорекції в план лікування для підвищення її ефективності. Потенційна користь для дослідників полягатиме в доповненні існуючих знань про патологічний потяг до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії як фактору причини виникнення залежності від азартних ігор, створенням передумов для подальших досліджень в галузі медичної психології. Результати дослідження слугуватимуть внеском в розвиток біопсихосоціальної моделі відновлення оптимального стану здоров'я, функціонування та благополуччя населення. Впровадження результатів дослідження в навчальному процесі студентів медичних спеціальностей дозволить надати їм інформацію про особливості психологічного функціонування пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор та шляхи корекції його порушень.

Достовірність і надійність результатів забезпечувалось методологічною й теоретичною обґрунтованістю вихідних даних; вибором методів, адекватних предмету, меті і завданням дослідження; репрезентативністю вибірки; поєднанням кількісного і якісного аналізу результатів дослідження; одночасним застосуванням декількох психодіагностичних методик, що виявляють єдиний конструкт; застосуванням методів математичної статистики.

Особистий внесок здобувача. Усі подані в дисертації наукові результати отримані автором самостійно. Всі публікації виконані автором одноосібно.

Апробація результатів. Основні результати роботи доповідались, обговорювались та отримали схвалення на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, а саме:

- Науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасна парадигма раціональної терапії неврологічних захворювань» 2021, Харків –стендова доповідь
- III Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2021, Київ - стендова доповідь

- IV Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2021 - стендова доповідь
- Науково-практична конференція «Війна і люди: як зберегти психічне здоров'я» 2022 р. - стендова доповідь
- V Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2023 р.- стендова доповідь
- VI науково-практична конференція з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» 2023 р.- стендова доповідь

Впровадження результатів дослідження. Впровадження результатів дослідження здійснювалось на базі психоневрологічного відділення Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ ДГТО «Південно-Західна залізниця». Акт про впровадження від 28.09.2023.

Публікації. Зміст дисертаційного дослідження відображено в 6 публікаціях, з них 3 статті у наукових фахових виданнях та 2 тези доповідей, 1 стаття опублікована у закордонних періодичних виданнях, з них 1 у таких, що проіндексовані у наукометричній базі Scopus.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 208 найменувань, з яких 119 – іноземними мовами, та 33 додатки. Загальний обсяг дисертації становить 214 сторінок, основний зміст роботи викладено на 179 сторінках. У дисертації міститься 25 таблиць, 22 рисунки, що займають 36 сторінок та 33 додатки, що займають 107 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АЛЕКСИТИМІЄЮ

1.1. Патологічний потяг до азартних ігор як предмет медичної психології: феноменологія явища, наукові підходи та концепції, механізми патогенезу

Теоретичний аналіз залежності від азартних ігор доцільно розпочати з розкриття більш широких та загальних дефініцій адикції та адиктивної поведінки. Причини та механізми формування, форми та шляхи подолання адиктивної поведінки, у тому числі залежності від азартних ігор, досліджували Е. Берглер, Т. Больбот, Т. Голованова, С. Ейсен, З. Зоу, М. Нікола, Н. Пихтіна, Б. Плєскач, В. Пушкар, В. Свідовська, В. Уркаєв, Е. Холландер, Л. Юр'єва, Н. Яковець тощо. Н. Пихтіна та Н. Яковець визначають адикцію як пристрасть до певного виду діяльності, яка включає безконтрольне прагнення реалізувати його для досягнення бажаного психічного ефекту [54]. Вона проявляється у прагненні уникнути реальності шляхом змінення власного психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що у момент реалізації активності, що складає зміст залежності, супроводжується інтенсивними ейфоричними емоціями.

Т. Голованова розкриваючи сутність адиктивної поведінки звертає увагу на те, що прагнучи уникнути реальності штучним шляхом, люди намагаються замінити власний негативний психічний стан ілюзією безпеки і рівноваги. Цей процес може надмірно захопити індивіда, підкоривши його волю аж до виникнення стану повної безпорадності перед власною пристрастю. Відбувається деформація вольової сфери особистості, що проявляється у слабкості вольових процесів, вираженій деградації вольових зусиль, наслідковим результатом яких є втрата здатності протистояти адикції [14].

Отже, адиктивна поведінка – форма деструктивної поведінки. Станом на теперішній час поняття «залежність», «адикція», «адиктивна поведінка» розглядають як синонімічні (перекл. з лат. «addicere» – сприяти, благоволити) та тлумачаться як схильність до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, схильність до ілюзорно-компенсаторного способу рішення особистих проблем, орієнтація на чуттєву сторону життя, наявність потреби у незвичайних відчуттях та задоволеннях, що не пов'язані з реальними досягненнями та звершеннями особистості [59].

Однією з неочевидних, але фундаментальних та найбільш загальних причин виникнення адикцій науковці називають досвід інтенсивного психологічного травмування, пов'язаний з близьким соціальним оточенням, що запустив у хронічному режимі функціонування такий психологічний механізм захисту як ескапізм (від англ. «escape» – уникнення, втеча). У осіб з адиктивними проявами виникають проблеми спілкування і взаємодії з оточуючими. Наявна в будь-якої людини потреба в самопізнанні, самоствердженні, закарбуванні себе в психологічному світі значущої для них людини у випадку сформованої адиктивної поведінки реалізується виключно у контактах із собі подібними (партнерами по адиктивній поведінці) та має спотворений, нігілістичний характер. У спілкуванні з іншими порушуються, викривлюються і втрачають цінність такі значущі навички міжособистісної взаємодії як розуміння переживань іншої людини, співчуття, вміння виражати власні почуття. Людина з такими особистісними аномаліями власними руками обмежує розвиток особистісного потенціалу, насамперед своєї комунікативної, пізнавальної, моральної та творчої сфери. Призводить це до того, що прагнення уникати проблем і ілюзія комфорту прирікають на застій особистісного розвитку, нереалізованість або навіть саморуйнування. Оточуючі люди відчують незадоволеність такою поведінкою, зростають випадки конфліктних ситуацій [54; 59].

Усвідомлюючи значущість психологічного травмування як базисної причини виникнення адикцій, варто звернути увагу, що в основі психологічного

травмування може лежати цілий спектр несприятливих умов життєдіяльності. Тому можна стверджувати, що причини формування адиктивної поведінки складні та багатоаспектні: тут діє цілий спектр чинників від економічних і соціальних до психофізіологічних, включаючи властивості впливу самого об'єкту адикції. Серйозним чинником також виступають патології характеру (психопатії) та акцентуації. Спільний вплив різних чинників виникнення залежної поведінки має велике значення, але не можна також знецінювати особливості переживання і ставлення особистості до своєї життєвої ситуації. Саме внутрішня оцінка та сприйняття своїх умов життєдіяльності у підсумку виступають провідною рушійною силою виникнення адикцій [15; 71].

Виділяють різні види та форми адиктивної поведінки. Адикції можуть бути фармакологічного та нефармакологічного характеру. Бажання змінити настроїв в позитивну сторону, а також подолати внутрішньособистісні конфлікти досягається за допомогою різних адиктивних агентів або форм, що змінюють психічні стани та переживання. До фармакологічних форм адиктивної поведінки відносять алкоголізм, вживання наркотичних та токсичних речовин, застосування ліків для досягнення зміненого стану свідомості. Нефармакологічні форми адикції – залежність від азартних ігор, комп'ютера та Інтернету, певних форм сексуального задоволення, голодування або переїдання, трудового лізму тощо [85].

Станом на теперішній час найбільш розповсюдженими є такі об'єкти залежності як: 1) психоактивні речовини; 2) алкоголь; 3) їжа; 4) ігри; 5) статевая активність; 6) релігія та релігійні культу. У відповідності до перерахованих об'єктів виділяють наступні форми залежної поведінки:

- хімічна залежність – куріння, токсикоманія, наркозалежність, лікарська залежність, алкогольна залежність;
- порушення харчової поведінки – переїдання, голодування, відмова від їжі;
- гемблінг – ігрова залежність (комп'ютерна залежність, азартні ігри);
- сексуальні адикції – зоофілія, фетишизм, трансвестизм, ексгібіціонізм, некрофілія, садомазохізм;

- релігійна деструктивна поведінка – релігійний фанатизм, сектанство [85].

Існує більш узагальнена класифікація різновидів адиктивної поведінки, суголосно якій будь-яка адикція може бути віднесена до хімічної або нехімічної (М. Нікола, З. Зоу) [128; 136]. Хімічна залежність завжди пов'язана із вживання психоактивних речовин. У той же час в деяких літературних джерелах можна зустріти позначення нехімічної залежності саме як поведінкової адикції, оскільки об'єктом нехімічної адикції є поведінкові паттерни. Стосовно останнього різновиду залежності можна зазначити, що її важлива особливість та механізм формування полягають у тому, що у суб'єкта адикції формується нова потреба, якої немає у інших людей. Суттєвою ознакою цієї патологічної та штучної за своєю природою та внутрішньою сутністю потреби є те, що її задоволення призводить до моментального відновлення психофізичного комфорту, що характеризується високою інтенсивністю, а відсутність можливості її задоволення підтримує тривалий психофізичний дискомфорт та виражений дисфоричний фон настрою.

В процесі прогресування адикції паралельно з особистісною деградацією розвиваються серйозні порушення на психічному та фізіологічному (у випадку наркотичної залежності) рівнях.

Як зазначає В. Свідовська у міжособистісних стосунках поведінка осіб з тією чи іншою адикцією має ряд специфічних особливостей:

- низький рівень вольового потенціалу щодо подолання життєвих перепон, що зумовлено наявністю гедоністичної установки (прагнення до негайного задоволення власних бажань);
- підвищена образливість, підозрлість, конфліктність;
- прагнення справляти на оточуючих позитивне враження;
- нездатність до глибоких позитивних емоційних стосунків;
- ухиляння від відповідальності за прийняття рішень та пошук аргументів, що виправдовують у даний момент;

- стереотипність, повторюваність поведінки;
- необов'язковість та недотримання домовленостей;
- схильність до обману [65].

Схильність до адиктивної поведінки розглядається як особистісне новоутворення. Воно формується поступово і складається з таких компонентів: відсутність мотивації досягнення, несформованість функції прогнозування поведінки, низький рівень самосвідомості, екстернальний локус контролю, низький рівень самоповаги, суперечливість самооцінки та рівня досягнень, тенденції до уникання реальності [59].

З метою більш повного та глибокого розуміння сутності, чинників, механізмів виникнення ігрової залежності необхідно проаналізувати ключові особливості гри як специфічного виду людської діяльності та азартної гри як різновиду ігрової діяльності. Серед сутнісних особливостей гри науковці виділяють наступні:

1. Будь-яка гра є ризикованою – ризик як частина ігрової діяльності породжується спонтанним тяжінням суб'єкта до небезпеки.
2. Гра заснована на протилежних потягах, що виражають свою глибоку амбівалентність – у грі спостерігається тенденція до повторення, пов'язана з динамікою напруги-розслаблення.
3. Гра практично завжди змагальна – передбачає ігрову конкуренцію з суперником або навіть із самим собою. Змагальність та суперництво являють собою внутрішню пружину гри, а загальну формулу гри можна виразити тезою «не перемагати, а просто грати», що підкреслює цінність процесу гри, а не її результату.
4. Гра соціальна за своїми мотивами, походженням, функціями і змістом, оскільки у грі реалізується безпосереднє відношення індивіда до навколишнього середовища.
5. Бажання грати пов'язане з відкладанням задоволення потреб в реальному житті, що актуалізує бажання вийти з площини реальності в

сюрреалістичному плані (мрії, фантазія, гра, хвороба).

6. Будь-яка гра стимулює активність та мобілізує сили своїх учасників [13; 19; 62].

В основі звичайної (не азартної) гри лежить не втеча від реальності в уявний світ, а вихід за межі ситуації. У дорослої людини перехід до гри здійснюється в основному через механізм підміни. Причому довільне звернення до гри означає не перехід до іншої мети, а перехід до іншого способу досягнення початкової мети. Гра, з усіх уявних світів, найбільш близька до реальності, оскільки вона має найбільшу заміну цінність. Однак замісна дія не призводить до повного задоволення, і особистість стає тільки більш розчарованою. Ці особливості можна віднести до будь-якого типу гри, але азартні ігри мають свої специфічні особливості [19; 73].

Азартні ігри – це гра, в якій виграш повністю або багато в чому залежить не від гравців, а від випадку. Таке розуміння сутності азартної гри передбачає значний ризик програшу або можливість гравця примножити те, що представляє для нього особливу цінність. Таким чином, саме в азартних іграх найбільш повно проявляється бажання стати багатим, простежується виразний пріоритет матеріальних цінностей над духовними. У зв'язку з цим амбівалентність як постійна властивість будь-якої гри досягає своєї кульмінації в азартних іграх: ризик втратити щось цінне змішується з надією на остаточну перемогу і збагачення [71].

Незважаючи на те що результат гри залежить від випадку, створюється ілюзія контролю, так як процес азартних ігор імітує ситуацію вирішення завдання майстерності (наприклад, гравець сам визначає, коли він натискає кнопку), при цьому ймовірність виграшу завищена. Ці помилки в передбаченні ймовірності виграшу / програшу є природними, оскільки прийняття рішень при участі в азартній грі відбувається в ситуації ризику. Хвилювання, сильні яскраві враження, отримані в результаті виграшу, викликають помилки в оцінці ймовірностей виграшу і програшу, що можна пояснити ефектом наочності. З іншого боку, зв'язок успіху/невдачі результату гри з такими нестабільними чинниками як удача і зусилля, не знижують суб'єктивної впевненості в

ймовірності перемоги. Цим частково пояснюється бажання азартного адикта грати незважаючи на те, що втрачається набагато більше, ніж виграно [87].

Мотиви азартних ігор корисливі, так як пов'язані з задоволенням марнославства, жадібністю, прагненням виправдати соціальний статус, прагненням заповнити порожнечу, прагненням «вбити» час та отримати нові враження та інтенсивні емоції [90].

Суворі правила азартних ігор роблять її максимально наближеною до рівня реальності. Більш того, сучасні соціологи, приходять до висновку, що роль ігор в сучасному суспільстві зросла настільки, що вони стали регулятором життя людей у соціумі [90]. Отже, для азартного гравця азартні ігри є заміною дії, що дозволяє отримати психологічну розрядку, досягнувши значущої мети, за якою стоять незадоволені соціальні потреби. Ситуація азартних ігор найбільш відповідає таким особистісним характеристикам як нездатність до довгострокових зусиль, авантюризм, схильність до ризику, прагнення отримати все і відразу, амбітність, певна зверхність аж до ігнорування об'єктивних умов навколишньої дійсності, що пояснює психологічний комфорт, який відчуває гемблер в ігровому залі. Почуття невимушеності, почуття екзистенціальної визначеності, призводить до формування наміру грати аж до моменту досягнення значущої мети, що передбачає різке звуження альтернатив та втрату свободи гравцем, що вимушений діяти у межах прийнятого рішення. Цей процес супроводжується цілим спектром емоцій марнославства, які мають значну інтенсивність, – любов до себе, бажання помститися кривдникам, відчуття переваги та зверхності [76].

У плані емоційного насичення азартні ігри мають дуже потужний потенціал. На відміну від безцільного, сірого, нудного життя адикта, азартні ігри дають можливість задовольнити фізіологічну потребу в емоційному насиченні. Таким чином, специфіку впливу азартної гри на гравців можна пояснити глибинними властивостями азартних ігор, а також закономірностями прийняття рішень в ситуації ризику. Саме визначення азартних ігор містить вказівку на ризик програшу або можливість гравця примножити те, що представляє для нього особливу цінність. Таким чином, саме в азартній грі

бажання розбагатіти, пріоритет матеріальних цінностей над духовними, проявляється найбільш повно [31].

Користуючись класифікацією адикцій, можна стверджувати, що ігроманія (лудоманія, гемблінг) є одним із різновидів адиктивної поведінки, що може бути віднесена до нехімічного (поведінкового) її варіанту. Це пов'язано з тим, що об'єктом ігрової адикції завжди виступає поведінковий паттерн [150; 141; 142; 154].

Можна констатувати, що ігрова активність особистості може варіюватися від близького до нормального поведінкового паттерну до неконтрольованої патологічної залежності. У зв'язку з цим досить актуальною постає питання про критерії що дозволяють відрізнити патологічну залежність та девіантну, але непатологічну залежну поведінку. Для діагностики патологічних азартних ігор як правило використовуються критерії, представлені в Міжнародній класифікації хвороб (МКБ-10), серед яких можна назвати наступні:

- 1)повторні (два і більше) епізоди участі в азартних іграх впродовж періоду менше одного календарного року;
- 2)рецидиви цих епізодів, незважаючи на відсутність матеріальної вигоди, суб'єктивні страждання і порушення соціальної та професійної адаптації;
- 3)невміння контролювати інтенсивний потяг до гри, переривати його довільним зусиллям;
- 4)постійна фіксація думок і ідей на азартній грі і всьому, що з нею пов'язано [41].

Для діагностики розладу стан індивіда має одночасно відповідати цим чотирьом критеріям [41] (рис. 1.1). Подібні критерії прописані у класифікаторі симптомів психічних порушень та дисфункцій DSM-IV.

В результаті численних досліджень явища ігрової залежності, що мали у першу чергу прикладну спрямованість, були отримані суперечливі дані щодо сутності ігрової залежності, психологічних механізмів її формування, мотивації

початку ігрової діяльності, з якого бере відлік початок формування ігрової залежності. Підтвердженням чисельності проведення емпіричних досліджень феномену ігрової залежності є те, що він вивчається у рамках різних парадигм та багатьох психологічних концепцій.



Рисунок 1.1. Критерії діагностики патологічної ігрової залежності суголосно МКБ-10 [41]

З точки зору класичної біологічної парадигми ігрова залежність пояснюється впливом загальнобіологічних чинників, включаючи психофізіологічну дисрегуляцію гравців та генетичну схильність (С. Ейсен, Е. Холландер). В рамках зазначеної парадигми вивчається дисфункція серотонінергічної, норадреналінергічної і дофамінергічної систем [149; 196].

Ряд авторів пов'язують розвиток ігрової залежності з ранньою психічною травматизацією, яка викликала дефіцит в сфері інстинктів. Наприклад, Т. Больбот та Л. Юр'єва вказують на те, що формування ігрової залежності, як і будь-якої іншої залежності, засноване на порушенні інстинкту самозбереження. На думку авторів, це порушення відбувається через вплив психотравми, яка

призводять до втрати сенсу існування. Екзистенціальний колапс ініціює бажання забути, вимкнути свідомість [87].

У рамках біхевіористичної теорії ігрову залежність намагались пояснити за допомогою концепції підкріплення. Згідно з цією точкою зору, гравець отримує задоволення від активації спеціалізованої системи винагороди на рівні нейрофізіологічних процесів. Грошова винагорода і збудження розглядаються як позитивні підсилюючі стимули, що підкріплюють залежну поведінку та спонукають суб'єкта до подальших маніфестацій участі в азартних іграх. (Б. Скіннер, Дж. Міллер, Дж. Хенінгрід) [59].

Представники психоаналітичного напрямку схильні розглядати патологічну залежність від азартних ігор як невроз нав'язливого стану [90]. Такі прихильники психодинамічної концепції як З. Стіл та А. Блазінські пов'язують розвиток ігрової залежності з можливістю отримати вільний доступ до несанкціонованих азартних ігор, наявністю у людини численних внутрішніх протиріч, неуспішними спробами впоратися з наявними комплексами, а також з емоційною нестійкістю, неадекватною самооцінкою. Ці вчені переконані, що в підтримці патологічного бажання може зіграти роль несвідоме бажання зняти з себе відповідальність з покладенням її на фортуна [161].

На думку відомого американського психоаналітика Е. Берглера джерелом ігрової залежності є конфлікт між свідомим прагненням до перемоги і несвідомим бажанням програти, що значно переважає перше. Науковець вказує на те, що глибинним механізмом розвитку ігрової залежності є реалізація мазохістських тенденцій, які викликають бажання програти [цит. за 73]. Інші автори психоаналітичного спрямування відзначають, що ігрова поведінка заснована на прагненні пережити почуття всемогутності, що є основою самооцінки в ранньому дитинстві [144].

Суголосно більш сучасним психоаналітичним концепціям ігрова залежність тлумачиться як тип копінг-поведінки в умовах глобального збою адаптивних механізмів. В результаті азартні ігри спочатку виступають як вид активного психологічного захисту, а згодом поступово переходять в

симптоматичну поведінку, перетворюючись зі стратегії подолання в мету існування [27].

Таким чином, на сучасному етапі досліджень проблеми залежності від азартних ігор немає єдиної думки щодо природи цього явища. Існуючі теорії носять досить описовий характер і не спроможні у повному обсязі пояснити причину і механізм формування ігрової залежності. Відсутність єдиної методологічної основи дослідження адиктивної поведінки, яка за своєю суттю є складною і багатогранною проблемою, не дозволяє виробити єдиний підхід до розуміння природи адиктивної поведінки та її процесуальних моментів.

Процесуальна сторона ігрової залежності включає у себе декілька стадій та фаз формування. Одним з перших диференціацію циклів формування гемблінгу запропонував Р. Кастер ще у 1984 р. [104]. На думку дослідника вона полягає в послідовному проходженні трьох стадій, в ході яких відбувається поступова деформація особистості, руйнуються соціальні зв'язки, збільшуються борги, розвиваються психічні захворювання, з'являються думки про самогубство.

1. На першому етапі гравці відвідують ігрові зали з друзями. Перші часті виграші супроводжуються станом хвилювання і переоцінкою ймовірності виграшу, під впливом якого гравець починає збільшувати ставки. Значні виграші викликають у суб'єкта ігрової діяльності стан ейфорії. Тому час, проведений за ігровим апаратом постійно збільшується.

2. На другому етапі починає спостерігатися таке показове явище як гра на самоті. Тобто пристрасть до азартних ігор прихована від оточуючих. На цьому етапі здатність зупинити гру не втрачається. Відбувається зміна мотивації від бажання виграти гроші до бажання брати участь в ігровому процесі, тому гра припиняється тільки тоді, коли всі гроші втрачені. Для продовження гри ігroman позичає гроші. У відносинах залежного з іншими людьми починає наростати напруга, оскільки борги не повертаються, інтерес до роботи і сім'ї замінюється бажанням грати. Загострення емоційної ситуації, що супроводжується брехнею і безгрошів'ям, призводить до дратівливості, втоми, небажання спілкуватися. Відчайдушні спроби перестати грати закінчуються фіаско.

3. На третій стадії розвиток залежності призводить до втрати професійної та особистої репутації. Гравець втрачає роботу і сім'ю, а зростаючі борги підштовхують його до протиправних дій. Розвиваються емоційні розлади, депресія, з'являються суїцидальні думки і дії. Для розуміння того, що відбувається на цій стадії розвитку ігromанії, необхідно звернутись до теорії збереження ресурсів С. Хобфолда. Суголосно концепції С. Хобфолла у випадку настання стресових обставин наявні у людини ресурси допомагають не тільки залишатися стійкою та протистояти їх впливу, але і зберігати силу та рішучість, продовжуючи розвиватися та досягати поставлених цілей, підтримуючи фізичне здоров'я та благополуччя. На думку науковця під впливом травматичних обставин та пережитих втрат відбувається мобілізація ресурсів та зростає ймовірність набуття нових ресурсів, що фактично означає посттравматичне зростання особистості. Центральним в теорії збереження ресурсів виступає поняття «ресурси», що являють собою ті цінності, що виступають об'єктом накопичення, збереження та примноження зі сторони індивідів та соціальних груп [148].

Важлива ідея С. Хобфолда полягає у тому, що самі по собі складні життєві обставини, наприклад, зміна місця навчання або роботи, зниження соціального статусу, переїзд, розлучення не є стресогенними, якщо за ними не стоїть актуальна втрата ресурсних запасів, що є ключовим чинником виникнення дисфоричних стресових станів та необхідності використовувати копінг-стратегії. Ресурси поділяють на 4 групи: 1) об'єктивні ресурси – матеріальні цінності, якими володіє людина; 2) соціальні ресурси – наявний у людини соціальний статус, приналежність до певного соціального прошарку, наявна посада, коло знайомств; 3) особистісні ресурси – корисні індивідуально-психологічні особливості індивіда, такі, наприклад, як життестійкість, оптимізм, самоефективність, а також задатки та здібності; 4) енергетичні ресурси – час та знання, наявність інвестицій, що сприяють доступу до ресурсів інших видів [136; 147; 148].

Таким чином, будь-яка людина має у своєму розпорядженні певні зовнішні та внутрішні ресурси. Конкретними прикладами зовнішнього ресурсу

є соціальна підтримка, сім'я, друзі, робота, соціальний статус. До структури внутрішнього особистісного ресурсу індивіда входить його самооцінка, оптимізм, самоконтроль, особистісні цінності тощо. По суті в процесі розвитку ігрової залежності зазначені зовнішні і внутрішні ресурси, які допомагають людині справлятися з життєвими труднощами, розпорошуються та втрачаються. Це тягне за собою неминучу втрату суб'єктивного благополуччя і позначається на стані здоров'я особистості [104].

В. Уркаєв наводить дещо інші фази розвитку ігроманії, що яскраво проявляються у поведінці залежних осіб.

1. Фаза абстиненції – через безгрошів'я, депресії через неможливість впоратися зі своїм потягом, а також під тиском близьких ігроман деякий час не відвідує гральні заклади.

2. Фаза автоматичних фантазій – поступово бажання грати починає зростати, але ця тенденція не усвідомлюється азартним гравцем, а знаходить своє втілення в спонтанних фантазіях про гру.

3. Фаза наростання емоційного напруження – напруження, що наростає, може проявлятися як у вигляді тужливо-тривожного стану, так і у вигляді підвищеного статевого потягу, прагнення до інтенсивних навантажень.

4. Фаза прийняття рішень – починається процес планування поведінки, яка забезпечить отримання бажаного.

5. Фаза зміщення рішення – відбувається витіснення бажання грати, нормалізується економічний і соціальний статус гравця.

6. Етап реалізації рішення – на цій стадії у гравця виникає стан зміненої свідомості, втрачається здатність контролювати свою поведінку, що призводить до відношення ігрової діяльності, що закінчується поразкою та втратою фінансових ресурсів [71].

Доволі розповсюдженим є наступний континуум розвитку ігрової залежності:

I. Без ігрових епізодів.

II. Соціальні (безпроблемні) азартні ігри, без будь-яких помітних шкідливих

наслідків. Більшість гемблерів – це соціальні гравці, які не залежні від гри. Для соціальних гемблерів гра – це розвага, яка не має негативних наслідків. Гра не є ні головним аспектом їхнього життя, ні основною діяльністю. Вони контролюють свою ігрову активність, грають нечасто та рідко замислюються про гру. Немає втрати контролю над грошима, тривалістю і частотою гри. Вони не засмучуються, якщо немає можливості грати на гроші. Також у них немає довгострокових серйозних негативних фінансових проблем, пов'язаних з азартними іграми, вони не намагаються приховати сторони своєї поведінки.

III. Проблемні азартні ігри – пристрасть до азартних ігор може негативно позначитися на професійній діяльності гравців на цій стадії: довгострокові цілі і амбіції часто пов'язані з грою. Гравці часто думають про азартні ігри як про другу роботу або джерело доходу. Можуть витратити гроші на азартні ігри, призначені для інших цілей. Проблемні гравці можуть знизити інтенсивність або припинити гру на період, щоб довести, що у них немає проблем з грою. Вони можуть позичати гроші у інших, знімати їх з кредитної картки. Виникають проблеми в спілкуванні з близькими людьми із-за витраченого на гру часу і коштів. Втрати можуть викликати негативні почуття, що проявляється в зміні настрою і бажанні відігратися. Проблемні гемблери зазвичай заперечують проблеми, пов'язані з азартними іграми, які є очевидними для сторонньої людини. Часто роблять спроби приховати або спотворити свої втрати і наслідки в результаті азартних ігор. Більшість проблемних геймерів прагнуть стати професійними гравцями та, намагаючись заробити на азартних іграх, потрапляють в серйозні фінансові труднощі.

IV. Патологічні азартні ігри (входить у перелік розладів МКБ-10 та DSV-IV). Прогресуюче захворювання, що характеризується безперервною або періодичною втратою контролю над своїм залученням до азартних ігор, повною зайнятістю азартними іграми та отриманням грошей для гри. Характерне ірраціональне мислення, що проявляється у продовженні такої

поведінки, незважаючи на несприятливі наслідки. Як правило, патологічні гравці відчують труднощі у відносинах з друзями, родичами, знайомими, банківськими організаціями через фінансову недовіру з боку останніх. Патологічні гравці можуть мати спроби виправдати, раціоналізувати, приховати або применшити втрати. Часто вони не в змозі зрозуміти і досягнути реальний стан справ і фінансові проблеми, часто звинувачують оточуючих в погіршенні свого життя, труднощах в різних сферах, які вони створюють самі. Виграні гроші неодноразово втрачаються. Патологічний азартний гравець зазвичай думає, що руйнує тільки своє життя, не усвідомлюючи руйнівного впливу своїх дій на оточуючих. Розміри ставок поступово збільшуються. Нерідко патологічні гемблери вдаються до обману і хитрощів для отримання нових позик і кредитів. Вони не здатні надовго відмовитися від гри. Патологічного азартного гравця через тягу часто переслідує впевненість у своїй легітимності, виправданості і навіть необхідності продовження гри. Думки про майбутню гру викликають позитивні почуття передчуття і хвилювання. У житті вони часто відчують незадоволену потребу в спілкуванні і стан самотності [87].

В окремих випадках у літературі можна зустріти, що деякі науковці виділяють проміжний етап між соціальними і проблемними азартними іграми, що називається «часті (звичайні) азартні ігри». У цих випадках гра стає важливою частиною життя гравців, вони можуть бути орієнтовані на один вид гри. Але такі гравці не втрачають контроль над частотою гри і вартістю гри. Гра також не впливає на їх професійні успіхи, не позичають гроші на гру. До визначення суми ставки гравець підходить розумно і відповідально. У разі програшу він може закінчити гру і піти. Гравець проявляє інтерес до діяльності, не пов'язаної з азартними іграми і охоче бере в ній участь. Але такі гравці мають високий ризик перейти на наступний рівень проблемних азартних ігор [32].

Отже, розвиток ігрової залежності супроводжується зміною мотивації залежної поведінки, деформацією особистісного розвитку, розвитком психічних

захворювань. Цим пояснюється той факт, що, звертаючись за допомогою до терапевта на другій і третій стадіях залежності, після проходження курсу лікування існує ймовірність зриву та чергового загострення симптомів ігрової залежності. У цьому контексті важливим є питання внутрішніх, особистісних чинників протистояння гемблінгу. Зарубіжні дослідники виділяють ряд генетичних, соціальних, поведінкових і особистісно-захисних чинників, які, якщо вони отримують гору над чинниками ризику, можуть знизити вірогідність розвитку ігрової залежності [130].

Дискусійним також залишається питання про специфічні риси залежної особистості. Існує думка, що формування залежної особистості відбувається в процесі соціалізації, при наявності вроджених і набутих мозкових розладів. Вибір об'єкта адикції відбувається спонтанно. Одним з головних доказів цієї точки зору є існування комбінаторних форм звикання поведінки, коли поряд з ігровою залежністю, прогресує алкоголізм та інші хімічні залежності [39].

З метою вивчення індивідуально-психологічних особливостей, пов'язаних з розвитком ігрової залежності, окремо вивчалися інтелектуальна, емоційно-вольова, мотиваційна сфери ігрової особистості ігроманів. Вивчення особливостей інтелектуальної сфери прихильників азартних ігор показало наявність стратегічних і тактичних помилок мислення, а також виявило ряд ірраціональних переконань (М. Гріфітс, Р. Ладусер, М. Міранд, С. Роттер). Серед стратегічних помилок – переконаність в магічній здатності грошей, здобутих внаслідок успішної гри, вирішувати і усувати психологічні та соціальні проблеми, невизначеність у сьогоднішні і ставка на виграш як запорука успіху в майбутньому, заміна фантазій про управління власною долею фантазіями про перемогу. При цьому сам ігровий процес підтримує ці ілюзії.

Серед інших ірраціональних когніцій, притаманних гемблерам можна назвати віру в існування успішних днів, призначених саме для перемоги, віра в настання переломного моменту в грі; звуження кола альтернативних способів погашення боргів виключно до участі в азартних іграх; підтримка емоційного зв'язку лише з останнім ігровим епізодом, що призводить до обіцянок, що надаються собі більше ніколи не грати; помилкову віру в можливість

контролювати розмір ставок і зупинити гру в будь-який момент, при сприйнятті ставок як транзакцій, а грошей як фішок або цифр на дисплеї [59].

Ірраціональні переконання проявляються в нездатності підтримувати зусилля, а також у нетерплячості, в низькій стабільності ставлення до ситуацій розчарування, в «ілюзії контролю» як віру в здатність впливати на результат гри за допомогою вимірювання швидкості натискання автоматичної кнопки. Очевидно, що основі цих ірраціональних проявів лежать ірраціональні когніції катастрофізації та надмірного узагальнення. У науковій літературі також розкриваються і такі риси самооцінки азартного гравця, як спотворення і перебільшення [141; 142].

Вивчення особистісних особливостей гемблерів виявило такі особливості: високий рівень інтелекту (IQ вище 120), використання екстремальних категорій при оцінці себе, здатність досягати неабияких висот в професійній діяльності, ініціативність, імпульсивність, авантюризм, схильність до ризику, невміння планувати і досягати цілей, звичка витратити гроші, а не накопичувати заощадження [114]. Досить розповсюдженим явищем серед геймерів є самотність, відсутність близьких стосунків, що свідчить про невміння налагоджувати емоційні контакти, підвищену критичність по відношенню до близьких, використанням неправди для уникнення конфліктів, відчуттям дискомфорту і нудьги в процесі неформального спілкування, невміння вербалізувати свої внутрішні переживання [71; 73].

Для більшості проблемних і патологічних гемблерів характерна глуха невпевненість в собі і низька самооцінка. Самооцінка патологічних гемблерів нестабільна, вона часто залежить від результатів азартних ігор. Дослідники відзначають, що патологічні азартні гравці витрачають багато часу на фантазії про великі вчинки і звершення, які вони зможуть здійснити після величезного виграшу. Вони малюють перед собою картини приємного та легкого життя за величезні гроші, отримані завдяки грі за спеціальною «системою». Таким чином, перераховані вище характеристики гравців відображають таку спрямованість їх особистості, в основі якої лежить байдуже ставлення до оточуючих з активною фантазією про досягнення особистої переваги в уявній

реальності [161].

Інтерес шерегу вчених сфокусований на емоційній сфері ігроманів. У результатах науково-дослідної роботи зарубіжні вчені виявили вразливість системи емоційної саморегуляції у залежних пацієнтів, нездатність ефективно керувати своїми емоціями [114; 154]. У зв'язку з цим азартні ігри розглядаються у зв'язку зі спробами гемблерів модулювати свій емоційний стан. Прихильники цієї точки зору в якості аргументу вказують на те, що викид адреналіну в кров під час гри викликає ейфорію, що тимчасово усуває стан внутрішнього емоційного дискомфорту. Однак є дані, що патологічні гемблери грають не тільки в негативному, але і в позитивному настрої [90].

Дослідники, які вивчають вольову регуляцію патологічних гравців, виявили наявність у них синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, який виражається у високій розосередженості і неможливості сконцентруватися на одному стимулі [114; 154].

Орієнтуючись на ту чи іншу сферу психічного функціонування особистості, науковці пов'язують азартні ігри з патологічними рисами особистості, з дефіцитом сфери інстинктів і потягів, невротичними розладами, похибками функціонування когнітивної сфери, порушенням в системі значущих відносин, розладами в емоційній сфері, прагненням впоратися зі стресом, порушенням процесу соціалізації, завченою поведінкою, патологічними механізмами мотивації. Це пов'язано з тим, що всі властивості і якості індивідів знаходяться на різних рівнях психічного функціонування, але невіддільні один від одного на рівні взаємодії індивіда з оточуючим середовищем [120].

Неоднорідний склад гемблерів дозволяє зробити висновок про те, що ігрова залежність повинна досліджуватися з урахуванням впливу внутрішніх і зовнішніх чинників на формування і розвиток процесу звикання. Особливу увагу слід звернути на доведену залежність ігомана від дихотомічної ситуації «виграв-програв». Це говорить про те, що основою самооцінки і впевненості в собі гравця є вміння заробляти гроші. При цьому загальна невпевненість в собі поєднується із заниженою самооцінкою у сфері економічних відносин, яка, враховуючи значний ступінь її нестійкості одномоментно стає завищеною в

ситуації успіху, символом якого є велика перемога та значний грошовий виграш [125].

Результати соціологічних досліджень доводять, що не існує єдиного типу звикання особистості до азартної ігрової діяльності. Зокрема, було чітко диференційовано 3 групи проблемних гравців:

- 1) ігромани з поведінковими розладами;
- 2) емоційно нестійкі ігромани;
- 3) анитсоціальні, схильні до імпульсивних дій ігромани [106].

Е. Берн розділяє усіх гравців на переможців та перемоženих. Переможці характеризуються обережністю, вміють зупинитися у процесі успішної гри накопичують фінансовий ресурс, щоб розпорядитися ним з найбільшою вигодою. Перемоženі орієнтуються на певні містичні знаки, не можуть зупинитися у потрібний момент і дуже швидко витрачають усі гроші [6].

А. Блашинський виділив три підгрупи гравців: «нормальних» проблемних гравців, емоційно вразливих гравців і біологічно імпульсивних гравців. «Нормальні» проблемні гравці мають неповноцінні стратегії прийняття рішень і помилкові судження, найменшу вираженість розладу, тривожність, депресію, залежність від поверхнево-активних речовин як наслідку ігрової адикції. Мотивація емоційно вразливих гравців зумовлена прагненням змінити емоційний стан та задовольнити певні психологічні потреби. Ця підгрупа має в анамнезі проблемні азартні ігри в сім'ї, невротичні риси особистості та травматичні життєві події. Такі гравці пригнічені, тривожні, залежні від поверхнево-активних речовин. Біологічно імпульсивні гравці мають неврологічну або нейрохімічну дисфункцію, що призводить до імпульсивності та дефіциту уваги. Їм притаманні такі поведінкові проблеми як залежність від поверхнево-активних речовин, суїцидальні тенденції, дратівливість, пошук відчуттів, які не пов'язані з азартними іграми. Ці гравці не мотивовані на лікування [106].

Психоаналітик Е. Берглер запропонував виділяти такі клінічні типи гравців:

1. Класичний ігroman – невроз класичного гравця зосереджений навколо

інфантильної всемогутності та психічного мазохізму. Для нього гра – це випробування долі. На рівні свідомості він хоче виграти гру, але по суті він залишається незадоволеним, якщо не отримує свій щоденний програш.

2. Пасивно-фемінний ігroman – притаманні характеристики класичного гравця, до яких додається схильність до несвідомої жіночої ідентифікації. Такі типи чоловіків схильні шукати більш вольових та сильних партнерів. На ґрунті своєї активності у сфері азартних ігор цей тип гравців товаришує з сильними, харизматичними фігурами, які експлуатують або домінують над гравцями цього типу. Безініціативність і відсутність нормальної активності легко раціоналізуються і тому ці тенденції не реалізуються.

3. Псевдомаскулінний ігroman – псевдомаскулінність виступає захисним механізмом проти жіночої ідентичності гравця даного типу. Поки він взаємодіє зі слабшими гравцями, він переконаний у своїй перевазі і його невроз залишається прихованим, несвідомим. Якщо з певних причин ця ілюзія ставиться під сумнів, починають з'являтися невротичні ознаки.

4. Гравець з несвідомим почуттям провини – коріння почуття провини сягають оральної стадії розвитку. Чим більше у гравця потреба в виграванні, тим більш інтенсивно він відчуває провину, що збільшує ймовірність програшу.

5. Збудливий гравець – особливістю цього типу гравців є відсутність нервового збудження патологічного гравця. Це професійний гравець, який вигравши необхідну суму грошей, зупиняє гру.

6. Жінки з ігровою залежністю – для них гра виступає конфронтацією проти несправедливої жорстокості матері. В цьому випадку, на думку науковця, спрацьовує типова тріада орального характеру: несвідоме прагнення до поразки; репресія, що викликана поразкою; псевдоагресія, метою якої є самооборона і жалість до себе [73].

Зарубіжні дослідники вказують на роль патогенного впливу батьківської сім'ї у формуванні залежності, а саме: участь батьків-ігromanів в азартних іграх, переоцінка важливості матеріальних цінностей, яка проявляється в заздрості до фінансово забезпечених оточуючих, в переконанні, що всі проблеми можуть бути вирішені, коли є гроші. Окремі дослідники зазначають,

що систематичне гальмування прояву емоцій в дитячому віці призводять до розвитку залежності в більш зрілому віці завдяки психологічному механізму дисоціації [161].

Були виявлені також інші детермінанти, які сприяють розвитку звикання до азартних ігор. Зокрема, мова йде про соціальні розлади, депресивні розлади, а також різні варіанти хімічної залежності як чинники ризику ігрової залежності. У підлітковому та юнацькому віці ймовірність виникнення проблемних азартних ігор значно пов'язана зі збільшенням рівня самостійності та можливістю безперешкодного доступу до гральних закладів, а також раннім досвідом азартних ігор, нормативними конфліктами з батьками або друзями, жагою до ризику, заміною дружби спілкуванням у азартному середовищі, високою екстраверсією, низькою самооцінкою, неуспішністю в закладі освіти, низькою відповідальністю і самодисципліною [143]. На противагу наведеним даним можна припустити, що у період зрілості ігрова поведінка пов'язана з порушенням в сімейних і сексуальних відносинах, що провокують небажання повертатися додому після роботи.

Як відзначають психологи, ігрова залежність характерна для інфантильного суспільства: надія на удачу звільняє від дорослої необхідності прийняття рішення та відповідальності. У зв'язку з тим, що вибір об'єкта адикції залежить від його конкретного впливу на залежну особистість, азартні ігри самі по собі можуть стати джерелом та стимулом залежної поведінки [71]. Отже, явище залежності від азартних ігор є полідетермінованим та пов'язане зі складною взаємодією психологічних, генетичних та соціальних чинників.

1.2. Стан алекситимії, його характеристики та причини виникнення

Стан алекситимії характеризується багатоаспектністю, невизначеною природою, складністю внутрішніх механізмів формування та симптоматичним багатством проявів, що зумовлює мультидисциплінарність його вивчення сучасною психологічною наукою.

Термін «алекситимія» для позначення специфічного стану та статусу

пацієнтів психіатричних клінік вперше був запропонований П. Сіфнеосом. А системне наукове дослідження алекситимії започаткували Дж. Немія та П. Сіфнеос в 1970-х роках. Дослівно термін «алекситимія» означає «немає слів для назви почуттів» (від грецького «а» – відсутність, «lexis» – слово, «thymos» – почуття). П. Сіфнеос охарактеризував цим терміном деякі особливості хворих психосоматичних клінік, які полягали в звуженні афективного досвіду схильності силою вирішувати конфліктні та стресові ситуації, утилітарному способі мислення, недорозвиненій фантазії. Характерною ж особливістю, що відображає сутність алекситимії є виражені труднощі щодо вербального опису своїх почуттів. П. Сіфнеос також зазначав, що недоліки усвідомлення та диференціації емоцій усвідомлення емоцій призводить до накопичення емоційного збудження в соматичній складовій [94].

Станом на теперішній час під алекситимією розуміють психологічну характеристику індивіда, що виражається у виражених труднощах або повній нездатності точно описати актуальні емоційні переживання, а також розуміти почуття іншої людини, труднощах у диференціації відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями, фіксації на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням (Дж. Тейлор) [18; 194].

Значний інтерес науковців до вивчення цього розладу стосується середини 80-х рр. ХХ ст. Починаючи з цього часу розробка проблеми алекситимії велася одночасно у декількох напрямках:

- 1) ідентифікація поняття алекситимії як конституційного особистісного вродженого або набутого розладу, що розвивається ізольовано або супроводжує інші розлади.
- 2) підтвердження факту існування явища і виділення максимально чітких критеріїв його діагностики.
- 3) створення ефективних методів психологічної корекції, підтвердження або спростування деяких гіпотез походження алекситимії.
- 4) дослідження ролі алекситимії у виникненні психосоматичних захворювань

та особливостей взаємозв'язку алекситимії з ними.

Серед українських науковців проблемою алекситимії займались: Г. Васильєва – особливості проявів алекситимії у структурі нарцистичної особистості [12]; О. Завгородня, М. Руденко, Є. Степура, В. Шаталіна, Н. Шеленкова – клінічна картина та природа виникнення алекситимії, а також особливості її перебігу в клінічно здорових людей та можливості її корекції [18; 61; 81]; Н. Завязкіна, А. Ведмеденко – дослідження алекситимії як чинника соматизації психологічних негараздів та труднощів [19]; Т. Вашека, С. Тукаєв, Б. Паламар, О. Долгова, С. Федорчук – зв'язок алекситимії з індивідуально-психологічними властивостями, психічними станами індивіда та його емоційною сферою [22]; А. Бенківська, М. Коробіцина, Н. Олейник – досліджували клініко-психологічні аспекти алекситимії та психологічні особливості особистості з алекситимічним радикалом у її структурі [28; 48]; А. Сальнікова, О. Чабан – зв'язок алекситимії та ігроманії [63]; О. Юрценюк – гендерні аспекти прояву та рівня сформованості алекситимії [86].

Цікаво, що станом на теперішній час нозологічної специфіки алекситимії не виявлено, що може бути пов'язано з недостатнім арсеналом об'єктивних методів дослідження цього явища, а дослідники лише констатують факт існування цього патологічного стану. Наявність алекситимічних характеристик у пацієнта істотно ускладнює створення терапевтичного альянсу і є вагомою причиною негативного прогнозу терапевтичного втручання.

Осмилення причини виникнення алекситимії наводить окремих дослідників на думку про те, що в її основі лежать дефекти розвитку, а сам цей патологічний стан може бути представлений як прояв цих дефектів та недоліків. В такому розумінні алекситимію можна описати як неспецифічний розлад емоційного досвіду, характерний для індивідів з менш розвиненою та організованою психічною структурою. Підтвердженням цієї точки зору є те, що алекситимна особистість дуже часто використовує незрілі механізми психологічного захисту – заперечення, проєктивну ідентифікацію. Однією з основних причин такої поведінки може бути деформація відносин в системі

«дитина-мати», що негативно позначається на формуванні образу «Я». Важливо, що, проявляючи гіперпідчування або приховане неприйняття у вихованні, мати не привчає дитину до самостійної саморегуляції [86].

Спочатку алекситимія як нездатність людини сприймати або виражати свої почуття розглядалася багатьма дослідниками як специфічна особливість так званої психосоматичної особистості [167]. Явище містило в собі відмінність в структурі особистості психосоматичних особистостей від невротиків. Відмінність від невротиків полягала у збідненій уяві з послідовним функціональному способі мислення, схильності до імпульсивного вирішення конфліктних ситуацій, обмеженій здатності до переживання емоцій і труднощах у більшості випадків з пошуком відповідних слів для опису власних почуттів [167].

Згодом було доведено, що алекситимія не є якоюсь специфічною рисою пацієнтів з психосоматичною нозологією, а може бути притаманна і пацієнтам з невротичними розладами, які не страждають психосоматичними захворюваннями. Таким чином, алекситимія почала фіксуватися не тільки в психосоматичних пацієнтів, але і у випадках із залежною, адиктивною поведінкою, і в клінічній картині посттравматичних стресових розладів [194].

Дослідження алекситимії показали, що негативні та недиференційовані емоції, здійснюють набагато більш несприятливий вплив на стан соматичного здоров'я, ніж ті ж негативні, але добре диференційовані емоційні стани і реакції. Як уже зазначалось, станом на теперішній час алекситимія характеризується набором афективних і комунікативних особливостей, включаючи труднощі у виявленні та описі емоцій, в розрізненні почуттів і тілесних відчуттів, у зовнішньо орієнтоване мислення, що у більшій мірі спрямоване на зовнішні події, ніж на внутрішні переживання, збідненість фантазії та низький рівень здатності до символізації [61]. Спостерігається також тенденція до імпульсивності, висока соціальна комплементарність, зниження емпатії і яскраво виражені труднощі в інтерналізації конфліктів, зубожіння міжособистісних відносин. Обмеження усвідомленості і когнітивної обробки

емоцій призводить до збільшення соматичної складової емоційного напруження. Цим в якійсь мірі пояснюється тенденція, що спостерігається у алекситимічних осіб, до більш активного розвитку іпохондричних і соматичних розладів [81].

Х. Кристал виділив 3 основні компоненти в структурі алекситимії, кожен з яких характеризується збідненістю та недостатністю розвитку:

- особистісні властивості;
- особливості когнітивної сфери;
- особливості влаштування емоційної сфери особи [152].

В особистісному профілі алекситимічної особистості мають місце інфантилізм та егоцентризм. Інфантилізм виражається в недостатній здатності до рефлексії, до усвідомлення себе як особистості, своїх вчинків, а також причин цих вчинків. Егоцентризм полягає в тому, щоб бути зосередженим виключно на собі, спиратися на думку, що увесь світ обертається навколо нього. Пацієнти з алекситимією часто бувають брутальними у відносинах з оточуючими. Вони не можуть зрозуміти точку зору іншої людини. Таким чином, особистісний профіль алекситимічної людини характеризується певною примітивністю життєвої спрямованості, відсутністю функції відображення, недорозвиненістю емпатії. У зв'язку з труднощами вербалізації почуттів і диференціації різних емоційних станів у індивідів з важкою алекситимією психоемоційні зміни переходять на соматичний рівень. Єдиною мовою, що залишається таким суб'єктам для вираження емоцій та емоційного стану, є мова тіла

Особливості когнітивної сфери носіїв алекситимного радикалу у структурі особистості характеризуються недостатнім розвитком понятійного апарату, ґрунтовністю (докладністю), деякою конкретністю, схильністю оперувати побутовими поняттями, недостатнім розвитком системи абстрактних понять. Дж. Паркер, Р. Бегбі, Дж. Тейлор звертають увагу, що окрім труднощів обробки емоційної інформації, алекситимам притаманна схильність

використовувати зовнішній когнітивний стиль, що виражається в поверхневому, об'єктному, утилітарному мисленні [173; 195].

Особливості влаштування емоційної сфери характеризуються слабкою диференціацією тілесних і емоційних проявів: хворий не може чітко сказати, сумний він або втомився, тривожиться або відчуває фізичний біль. Емоційні стани також погано диференційовані. Хворі на алекситимію не розуміють, не усвідомлюють, а тому не можуть вераблізувати власний емоційний стан, специфіку емоційних станів інших людей. Тому при спілкуванні можуть бути неадекватними або нетактовними, часто створюють конфліктні ситуації. Хронічність конфліктів як фіксована деструктивна модель поведінки призводить до ризику соматизації [152].

Важливим є питання стабільності алекситимії у часі. Зокрема, доведено, що цей стан досить стійкий до різних варіантів лікування. У той же час алекситимія відображає не тільки схильність до психосоматичної патології, а й несе в собі значну прогностичну інформацію про можливий перебіг хвороби і ефективності її терапії. За даними ряду досліджень кількість пацієнтів з притаманним їм станом алекситимії, що поєднується з функціональними порушеннями внутрішніх органів може перевищувати 60%, що також пов'язано зі схильністю до соматизації психічних розладів у цих хворих. Необхідно зазначити, що пацієнти з психосоматичними розладами не схильні до реалізації психологічних захистів, характерних для пацієнтів з невротами, заснованих багато в чому на символізації, уяві та вираженні емоцій. У той же час вони також не мають нічого спільного з пацієнтами, що мають психічні розлади психотичного рівня, оскільки вони часто добре пристосовані до реальності та труднощів їх співіснування з хворобою [19].

Дж. Немія описує дві моделі формування алекситимії: заперечення і дефіцит. Модель заперечення передбачає активне, часто тотальне гальмування різних емоцій та афектів, що переживаються людиною. При цьому алекситимія, що розглядається як варіант психологічного захисту, може бути вторинною і зворотною. Тобто якщо трактувати заперечення як психологічний захист, то

теоретично можна припустити оборотність захисного процесу і подальше зникнення алекситимії і соматичної симптоматики. Однак клінічний досвід доводить, що навіть в умовах вмілої, поглибленої, тривалої та інтенсивної психотерапії у багатьох пацієнтів з психосоматичними захворюваннями алекситимія носить глибокий і незворотний характер. Такі пацієнти залишаються абсолютно нездатними до афекту і фантазії. У таких випадках застосовується друга модель формування алекситимії (дефіцит), що пов'язує виникнення алекситимії не з гальмуванням або блокуванням, а з відсутністю певних нейрофізіологічних реакцій та неспроможності когнітивного апарату щодо їх обробки, що безпосередньо і негативно позначається на стані соматичної сфери. У моделі дефіциту акцент робиться на розладі інстинкту, який обходить психічне [167].

Існуючі станом на теперішній час емпіричні дані говорять на користь того, що алекситимія не залежить від віку, статі, сімейного та соціального статусу, місця проживання особи. У той же час доведено, що люди з вираженою алекситимією мають низький рівень соціальної підтримки, більш низький рівень освіти та доходу, а також більш низький соціальний статус, що виступають тими соціально-психологічними характеристиками, які дослідниками часто пов'язуються з високим ризиком прогресування психосоматичних захворювань [22].

У контексті нашого дослідження викликають цікавість наявні дослідження, побудовані за квазіекспериментальним планом порівняння двох нееквівалентних груп. При цьому в одну групу входили досліджувані з діагностованою у них алекситимією (стаціонарні алекситимічні хворі), а в іншу – особи без будь-яких ознак алекситимії. Доведено, що серед респондентів з алекситимією дещо вища поширеність соціофобії, obsесивно-компульсивних розладів та соматоформних розладів. У той же час в іншій групі досліджуваних спостерігається вища частота панічних розладів та випадків зловживання психоактивними речовинами. Було зазначено, що поширеність генералізованого тривожного розладу, простої фобії та депресивних розладів в обох групах

приблизно однакова [48].

Алекситимічні ознаки виявляють значну кореляцію з більш високим рівнем тяжкості захворювання незалежно від конкретних діагнозів та більш високою частотою поточної супутньої патології. Це дозволило авторам розглядати алекситимію як певну когнітивно-емоційну обмеженість, що виникає при важких психічних і соматичних захворюваннях [95].

Розвитку концепції алекситимії передували спостереження, у результаті яких встановлено, що багато пацієнтів страждають класичними психосоматичними захворюваннями і характеризуються вираженою інфантильністю, мають труднощі у словесно-символічному вираженні емоцій. У зв'язку з цим більшість дослідників розглядають алекситимію як сукупність ознак, що характеризують особливий психічний склад індивідів, створюючи схильність до психосоматичних захворювань [19]. Більш пізніше Б. Коксом, К. Кучем, Дж. Паркером, І. Шульманом, Р. Евансом було встановлено, що вона пов'язана з широким спектром порушень, таких як депресія, соматоформні розлади, вторинні психосоматичні розлади під час хронічних соматичних захворювань тощо [122]. Отже, у зв'язку з тим, що алекситимія характеризується вираженою коморбідністю по відношенню до інших психічних розладів, тобто часто сполучається з іншими порушеннями, прогностична цінність цього явища значно знецінюється.

Згідно з наявними в літературі описами, особи з алекситимією характеризуються особливим поєднанням емоційних, пізнавальних і особистісних проявів. Емоційна сфера таких індивідів характеризується слабкою диференціацією. Вони демонструють феноменальну нездатність розпізнавати і точно описувати власний емоційний стан, а тим більше емоційний стан оточуючих. Особи з важкою алекситимією не можуть оцінити модальність переживань, їм важко зрозуміти, засмучені вони, стривожені або роздратовані, в стресових ситуаціях у них часто трапляються афективні напади та зриви [12]. Закономірно, що алекситимія проявляється в нездатності до рефлексії та призводить до спрощення життєвої орієнтації, зубожіння відносин

з навколишнім світом, а також до інфантилізму. Важливим джерелом психологічної стійкості, свободи і саморозвитку особистості є рефлексія, яка дозволяє усвідомити сенс власного життя і діяльності. Саме відсутність рефлексії є основною характеристикою алекситимії. Хворий на алекситимію не може контролювати свої імпульси, гнучко перебудовувати їх.

Особи з алекситимією характеризуються вираженим порушенням образного мислення. Їх мислення утилітарне і як «прив'язане» до деталей зовнішніх подій. Мрії і фантазії відрізняються простим змістом, бідністю фарб і відсутністю оригінальності. Часто суб'єкти з алекситимією виявляються добре адаптованими і демонструють високий рівень соціальної відповідності, що можна розцінювати як завчену, штучно прийняту модель поведінки. У них спостерігаються значні порушення здатності до співпереживання, комунікативні зв'язки обмежені, спостерігається схильність до вираженої залежності або прагнення до самотності [94].

Пізнавальна сфера індивідів з вираженою алекситимією характеризується недостатньо сформованою уявою, переважанням наочно-дійового мислення над абстрактно-логічним, слабкістю функцій символізації та категоризації. Особистісний профіль цих хворих характеризується примітивністю життєвої спрямованості та переважанням дитячих інтересів. Сукупність цих якостей призводить до надмірного прагматизму, неможливості цілісного уявлення про власне життя, відсутності творчого ставлення до неї, а також труднощів і конфліктів в міжособистісних відносинах. Останнє посилюється тим, що на тлі низької емоційної диференціації в ряді ситуацій у них легко виникають короткочасні, але вкрай виражені в поведінці, афективні зриви, причини яких важко зрозуміти сторонньому спостерігачу. При незадовільних, малочисельних міжособистісних зв'язках практично завжди можна спостерігати схильність до імпульсивної поведінки [22].

Пацієнти з важкою формою алекситимії охоче і детально описують свої фізичні відчуття, часто не пов'язані з виявленим захворюванням. При цьому описують свої внутрішні відчуття переважно в термінах дратівливості, нудьги,

порожнечі, втоми, хвилювання, напруги тощо. Розмова з такими людьми, як правило, супроводжується відчуттям нудьги і безглуздості контакту. Обмежені можливості розуміння себе, пов'язані з відсутністю рефлексії, формують особливий комунікативний стиль поведінки цих людей, який стає істотною перешкодою в психотерапевтичній роботі з ними [28; 48]. Тобто для алекситимічних людей характерно нескінченний опис фізичних відчуттів, часто не мають ніякого зв'язку з тим чи іншим захворюванням. Зневага до свого внутрішнього психічного і фізичного благополуччя поєднується з обмеженою здатністю регулювати внутрішній стан. Внутрішні відчуття описуються як нудьга, порожнеча, втома, напруга, збудження. Основним дефектом в області афекту в алекситиміке є неможливість диференціювати емоції і відчуття невизначеного фізіологічного розладу. Існує і така особливість, як обмежене використання символів, про що свідчить бідність фантазії і уяви. У алекситимічеськой особистості ці риси можуть проявлятися в рівній мірі . або один з них може переважати [28; 48].

Т. Вашека, Б. Паламар та ін. розглядають зв'язок явища алекситимії з особливостями психічної саморегуляції та наявними семантичними утвореннями особистості [22]. Р. Бегбі, Дж. Паркер, Дж. Тейлор вказують, що порушення регуляції афекту є значущою ознакою алекситимії в клініці медичних та психічних захворювань [195]. Проблеми саморегуляції алекситимів беруть свій початок з дитячого віку: по завершенню онтогенетичного розвитку потреба в саморегуляції може виявитися несформованою. Реалізація фактичних потреб стає неможливою, що, в свою чергу, може привести до зміни соматичного стану.

Критерії діагностики алекситимії включають поведінкові і когнітивні ознаки. О. Завгородня, Є. Степура, В. Шаталіна зазначають, що алекситимія може виступати у 3-х іпостасях: 1) як захисна тимчасова реакція на несприятливі чинники; 2) як стан людини, що може викорінитися та стати звичним; 3) як стійка властивість особистості, що важко піддається корекції [18, с. 252]. Діагностика алекситимії доцільна, якщо є підозра, що у пацієнта

сформований третя форма алекситимічних проявів, тобто на рівні стійкої, диспозиційної особистісної властивості. Дослідники виділяють 4 критерії діагностики алекситимії:

1. Виражено обмежена здатність до уяви та фантазування під час мислення. Цей стиль мислення позбавлений барвистості, організований прагматично, технічно і спрямований на механічну, функціональну сторону подій та явищ, що сприймаються. У розмові співрозмовник з описаним стилем мислення швидко стомлює і часто справляє несприятливе враження.

2. Невміння вербалізувати актуальні та пережиті почуття. Почуття описуються як щось абсолютно неструктуроване, невимовне в словах. Часто їх описують через інших або замість почуттів описують соматичну реакцію.

3. Зовнішня пристосованість до товариськості та одночасно з цим самотність. Їх зв'язки, не дивлячись на інтенсивну комунікацію з багатьма партнерами, характеризуються своєрідною порожнечою відносин. Оскільки вони не здатні розбиратися в психологічних структурах, то у спілкуванні залишаються на рівні об'єктної взаємодії, не вміючи зануритися у глибину почуттів, зумовлених стосунками. Це часто призводить до соціальної ізоляції.

4. Тотальне ототожнення з об'єктом. Людина існує як би за допомогою і завдяки присутності іншої людини (рис. 1.2).



Рисунок 1.2. Критерії діагностики алекситимії

Серед дослідників феномену алекситимії було висловлено припущення, що нездатність таких пацієнтів регулювати та модулювати емоції, які викликають у них страждання, може призвести до посилення фізіологічних реакцій на стресові ситуації. створення передумов для розвитку психосоматичних захворювань. У цьому контексті важливість алекситимії як етіологічного чинника відзначалася у психоаналітичній школі. Якщо індивід не може бути достатньо обізнаним і вербалізувати свої емоції, то, згідно з цією теорією, існує велика ймовірність того, що фізичні еквіваленти емоції будуть неправильно оцінені як хворобливі. В результаті можуть виникнути численні симптоми соматизації [18; 61; 81]. Взагалі у рамках психодинамічної теорії алекситимія розуміється як стійкий захисний механізм, що розвивається з дитинства або в результаті психічної травми та викликає значні труднощі з реалізацією почуттів.

У рамках поведінкової (біхевіористичної) концепції феномен алекситимії пов'язується з ранньою взаємодією дитини з матір'ю, яка страждає від алекситимії. Це призводить до засвоєння дитиною її поведінкового паттерну. У якості ще однієї причини формування алекситимії у рамках поведінкового підходу розглядається вплив соціального середовища та засвоєння соціально-культурних норм [28]

Отже, серед концепцій виникнення та змісту явища алекситимії можна виділити теорію дефіциту, теорію нейрофізіологічного порушення, психодинамічну теорію та поведінкову теорію. Кожна з них була розглянута вище. Окрім зазначених концепцій у лоні психологічної науки було розроблено ще 2 концепції алекситимії, які варто розглянути: теорія регресії та теорія соціально-психологічного формування алекситимії [94; 95].

В рамках теорії регресу алекситимія розглядається як придбана характеристика та цілком зворотнє явище, що здійснюється в хронічних або гострих формах. Вона розглядається як наслідок важкої психічної травми, за якої формування психосоматичних симптомів подібне формуванню невротичних симптомів, зумовлених фіксацією на чиннику, що здійснив психотравмуючий вплив. Таке тлумачення передбачає наявність глобального гальмування афекту, а алекситимія пояснюється як психологічний захист індивіда за типом заперечення. При цьому спостерігається повне заперечення хвороби, покірність обставинам, відбувається регрес до більш ранньої стадії розвитку. Неуважність до власного тіла, що спостерігається у таких пацієнтів, є результатом регресу по лінії афективного розвитку, причиною якого є психічна травма, надмірно інтенсивний емоційний досвід, що викликає страх перед емоціями і схильність до їх блокування [94; 95].

У рамках теорії соціально-психологічного формування алекситимії (П. Сіфнеос) цей стан тлумачиться як явище типової адаптації до індустріального суспільства, що вимагає конкретно-реалістичної, емоційно мало забарвленої адаптивної поведінки. Важливим доповненням до припущення є ідея про розвиток вторинної алекситимії внаслідок специфічної

мікросоціальної ситуації розвитку особистості. Зокрема, вважається, що у процесі становлення дитини у рамках певного культурного середовища, стиль сімейного виховання може стати потужним чинником виникнення алекситимії. Окрім, стилю виховання виникнення алекситимії у рамках цієї концепції пов'язується з низьким рівнем освіти та вербальної культури, а також з низьким соціальним статусом .

Такий вид алекситимії, що у рамках теорії регресу та заперечення можна назвати вторинною, включає в себе стан глобального гальмування афектів, або заціпеніння, яке виникає в результаті важкої психологічної травми. При цьому алекситимія може відображати в патологічній формі горе або приховану депресію. Тоді вона розглядається як захисний механізм, хоча і не є психологічним захистом в класичному розумінні. Слід враховувати, що алекситимічна особистість характеризується незрілим типом захисту, особливо від надсильних, нестерпних для неї афектів [94]. Вивчення алекситимії в рамках моделі заперечення як вторинного процесу, запропонованої П. Сіфнеосом, послужив основою для подальших досліджень. Алекситимія стала розглядатися як стан глобального гальмування афектів, що виникає в результаті важкої психологічної травми. У цьому випадку вона може відображати в патологічній формі горе або приховану депресію. Хоча автори представляють його як захисний механізм, він все ж не є психологічним захистом у класичному розумінні. Адже пацієнти з алекситимією дуже часто висловлюють скарги соматичного характеру, які скоріше є проявом соматизації афекту. Якщо придушення почуттів і емоційних реакцій на стрес стає фіксованою схемою поведінки, почуття не описуються і не аналізуються. У цьому розумінні алекситимія має вторинний характер і може бути подолана [94].

Наявність численних концепцій пояснення алекситимії свідчить про те, що станом на теперішній час залишаються відкритими багато питань, що стосуються походження та першопричини алекситимічних симптомів, їх особистісного ядра та особливостей прояву у різних категорій осіб, а також характеру сполучення з іншими психічними та соматичними захворюваннями.

Зафіксовано, що в осіб, які пережили фізично небезпечні стани або пов'язаний з ними страх виражені високі показники алекситимії. Мова йде, наприклад, про осіб з важкими соматичними захворюваннями, хворих на анорексію, жертв насильницьких дій, схильних до панічних атак. Слід зазначити, що такі результати можуть бути пояснені депресивним, деморалізованим станом. Незважаючи на це, останнім часом алекситимія розглядається як чинник ризику розвитку багатьох захворювань та девіантної, у тому числі і залежної, поведінки особистості.

1.3. Алекситимія як предиктор високої вірогідності виникнення лудоманії

Осмислюючи явище патологічної залежності від азартних ігор саме у якості небезпечної хвороби, розуміючи її катастрофічні наслідки для психологічного та соціального здоров'я особистості, закономірним уявляється постановка питання та першочергового завдання її лікування та остаточного подолання. Складність подолання ігрової залежності полягає у тому, що будучи сформованою вона захоплює практично усі сторони життя індивіда, а також міцно вбудовується та пов'язується з його ядерними особистісними структурами (особистісними цінностями, спрямованістю, Я-концепцією, самооцінкою). Тобто залежність від азартних ігор по мірі свого прогресування поступово перетворюється на комплексне злякисне утворення у структурі особистості, формуючи стійкий стиль життя залежного суб'єкта, впливаючи на ієрархію його життєвих пріоритетів та звичок. Саме тому симптоматичні корекція та терапія залежної поведінки, що спрямовані виключно на подолання маніакального потягу та пристрасті до азартних ігор, усуненні зовнішніх атрибутів азартної ігрової діяльності заради чого намагаються різними способами ізолювати пацієнта від ігрових автоматів, не приносять бажаного результату. Це пов'язано з тим, що зовнішня сторона ігрової залежності має під собою потужну суб'єктну базу, постійно підкріплюється трансформованою потребо-мотиваційною та емоційною сферою індивіда. Тому успіхи симптоматичної терапії завжди носять епізодичний, ситуативний та тимчасовий

характер.

Спираючись на ідею про те, що патологічна ігрова залежність деформує особистість, стає її частиною, кардинально трансформує інші особистісні структури, обростає численними зв'язками з індивідуально-психологічними особливостями індивіда, можна стверджувати, що успішне подолання ігрової залежності можливе тільки тоді, коли об'єктом терапевтичного втручання стає сама особистість хворого. Глибоке, деталізоване розуміння психологічних чинників виникнення ігрової залежності, а також психологічних наслідків її формування, дозволяють більш адекватно визначити мішені терапевтичного впливу при роботі з ігроманами. І в якості таких мішеней мають виступати не тільки симптоми залежної поведінки, а більш глибокі та фундаментальні особистісні структури хворого, що тісно пов'язані з проявами адикції. Тому варто знову і знову ставити питання про психологічні детермінанти та предиктори ігрової залежності, що у сукупності із несприятливими соціальними впливами, штовхають індивіда до отримання гострих відчуттів у різноманітних ігрових клубах та казино.

У результаті детального розгляду сутності та феноменології патологічної залежності від азартних ігор було встановлено, що адиктивна поведінка тісно пов'язана з особливостями влаштування емоційної сфери індивіда, зокрема, властивостей його емоційності. Зокрема, для ігроманів, окрім деформацій ціннісно-сислової сторони особистості, що виражається у впевненості в першочерговій цінності матеріальних благ та грошей на шкоду духовним цінностям та цінностям людських стосунків, характерні ряд особливостей емоційності, що також можуть виступати сприятливими чинниками виникнення та прогресування ігрової залежності. Мова йде про імпульсивність, виражену емоційну лабільність, згорнутість почуттів, збідненість емоційної сфери, що призводить до слабкої диференціації емоційних станів, превалювання в емоційному житті мінімуму емоцій (задоволення-незадоволення), надмірну інтенсивність емоційних реакцій та пов'язані з цим труднощі самоконтролю емоційних станів. Це дозволяє висловити припущення про зв'язок алекситимії та патологічної ігрової залежності у загальній клінічній картині пацієнта. А при

розгляді механізмів та чинників формування адиктивних форм поведінки, у якості їх важливого предиктора цілком правомірно розглядати саме алекситимію. На думку ряду дослідників (В. Куташов, Л. Немих, А. Сальнікова, О. Чабан), феномен алекситимії часто лежить в основі дефіцитарної емоційної поведінки, що підтримує адиктивні способи активації почуттів [63; 185]

Опосередковано на користь можливості зв'язку патологічної ігрової залежності та алекситимії говорить виражена коморбідність цих порушень, тобто їх поєднання у загальній клінічній картині з іншими психічними недоліками, психопатологіями, несприятливими індивідуально-психологічними властивостями та соматичними захворюваннями. Так, наприклад, куріння, підвищений тиск та ішемічна хвороба серця значно частіше зустрічаються серед хворих на алекситимію, ніж серед здорових осіб (за емпіричними даними це співвідношення складає 76,00% та 39,00% відповідно) [95]. Крім цього у алекситимів спостерігається явно виражена тенденція до гіперактивації симпатико-надниркової системи, яскраво виражений зв'язок між рівнем алекситимії та вмістом у крові холестерину, кортизолу та катехоламінів. Також відмічаються активні біопсихосоціальні асоціації у патогенезі ревматоїдного артриту з наявністю у людини алекситимії – зв'язок між алекситимією та генетично зумовленими труднощами контролю та вираження емоцій дозволяє розглядати її як диспозиційну, конституційну та первинну особистісну характеристику індивіда, що страждає на ревматоїдний артрит. Дисоціація алекситима з навколишнім світом сприяє формуванню конформного та пасивного стилю соціальної адаптації, що зумовлює превалювання у суб'єктивному самопочутті хронічного емоційного дискомфорту з саморуйнівними маніфестаціями, депресивне самосприйняття та ставлення до дійсності. Крім перерахованого алекситимія також тісно пов'язана з тривалими та інтенсивними больовими синдромами, тому тривалість перебігу хронічних соматичних захворювань безпосередньо визначає ступінь вираженості алекситимії [123]. У результаті дослідження В. Шебанової встановлено, що особам з розладами харчової поведінки та порушеннями ваги також притаманні алекситимічні прояви [81, с. 117]. О. Шнайдер зазначає, що працівники з

алекситимією характеризуються такими індивідуально-психологічними особливостями як схильність до негативної оцінки умов праці та стосунків на роботі, переживання незадоволеності собою та своїми обов'язками, схильність до емоційної замкненості, відчуження, прагнення припинити будь-які робочі та особистісні контакти [83, с. 147]. Очевидно, що такі незадовільні особистісні характеристики можуть лежати в основі формування адикцій. У той же час за даними О. Шнайдер працівники, які не страждають на алекситимію, мають більш високі показники емоційного інтелекту, краще керують власними емоціями, їм притаманні висока самомотивація та емпатія [83].

Ігрова залежність також тісно пов'язана з плеядою недоліків психологічного та соматичного функціонування. Особистісні особливості гравців, виявлені в процесі теоретичного аналізу (невміння планувати і досягати поставлених цілей, низька прогностична точність, особливості орієнтації особистості тощо) вказують на те, що ігрова залежність, яка має поведінковий малюнок як об'єкт звикання, пов'язана не тільки з порушенням стимулюючої сторони діяльності, особливо з незадоволенням потреб, а також з дефіцитом регулятивного аспекту поведінки та діяльності. Специфіка процесу визначення цілей, не вміння враховувати умови їх досягнення, неможливість адекватно оцінити результати своєї діяльності свідчать про зниження потенціалу саморегуляції особистості ігромана [114].

Наявність зв'язку алекситимії та патологічного потягу до азартних ігор доведено цілим сузір'ям досліджень, що були реалізовані американськими науковцями. Наприклад, М. Lumley та К. Roby (1995) виявили, що у вибірці підлітків проблемні азартні гравці у 31,4% випадків були алекситиміями порівняно з лише 11% випадків у здорових людей з контрольної вибірки [158].

J. Parker, L. Wood, B. Bond та P. Shaughnessy (2005) виявили, що 22% вибірки патологічних гравців були алекситимічними порівняно з 11% серед неproblemних гравців [174]. С. Bonnaire, С. Bungener та I. Varescon (2009) виявили, що 44% проблемних азартних гравців оцінюються як високоалекситимічні [110].

T. Toneatto, J. Lecce та M. Bagby (2009) виявили, що зі збільшенням ризику та інтенсивності проблем азартних ігор зростає і рівень алекситимії. Значно більша частка патологічних гравців (76%) була визначена як алекситимічна порівняно з 55% проблемних гравців. Обидві групи мали значно більшу ймовірність бути алекситимічними, ніж азартні гравці (29%) [200]. C. Bonnaire, C. Bungener та I. Varescon (2013) виявили, що патологічні азартні гравці, які грали в азартні ігри на гоночних трасах або грали в ігрові автомати, мали вищі загальні показники алекситимії, ніж непатологічні гравці [109]. C. Bonnaire, S. Barrault, A. Aïte, M. Cassotti (2017) виявили зв'язок між алекситимією та патологічними гравцями для стратегічних гравців, тобто людей, які займалися: азартними іграми на гоночних трасах, ставками поза курсами, спортивними ставками чи картковими іграми [108].

За даними окремих американських науковців (M. Di Trani, A. Renzi, C. Vari, G. Zavattini, L. Solano, 2017; G. Maniaci, F. Picone, T. Dimacro, A. Lipari, A. Brancato, C. Cannizzaro, 2015; D. Mitrovic, J. Brown, 2009) алекситимія не просто пов'язана з проблемними азартними іграми: рівні та ступені їх вираженості знаходяться у прямій кореляційній залежності [129; 159; 167]. Це означає, що ті, хто має високі показники вираженості алекситимії, демонструють більш високі показники патологічного потягу до азартних ігор.

Серед вітчизняних науковців на тісний зв'язок алекситимії за ігровою залежністю звертали увагу А. Сальнікова, В. Уркаєв, О. Чабан. Наприклад, у дисертаційній роботі та статтях В. Уркаєва алекситимія тлумачиться та розглядається як дуже вірогідна складова патологічної ігрової залежності [71; 72; 73; 74; 206]. Зокрема, автор зазначає, що психологічна залежність тісно пов'язана з такими феноменами як алекситимія та екстернальний локус контролю, а у розробленій ним програмі психокорекції ігрової адиктивної поведінки серед осіб раннього юнацького віку значна увага приділяється корекційній роботі з алекситимією [73]. В. Уркаєв аргументуючи вплив алекситимічного розладу на формування патологічної ігрової залежності, використовує положення психоаналітичної концепції гемблінгу, суголосно якій

має місце мазохістичне задоволення від програшів та прогресуюче саморуйнування. Мається на увазі, що носій ігрової адикції все одно грає, не дивлячись на відсутність віри у перемогу та навіть бажаючи остаточно програти, щоб завершити цей нестерпний суб'єктивний жах руйнування власного життя. Дослідник у зв'язку з цим звертає увагу на так званий феномен «продовження болю», що полягає у продовженні дистресу пов'язаного зі зловживанням об'єктом залежності – порушення здоров'я, фінансові труднощі, соціальна дезадаптація, абстинентний синдром. При цьому цей феномен є спробою опрацювання та керування переживаннями та афектами, які носію адикції важко розрізнити та відстежити, а також диференціювати та описати їх словами. Таким чином, на думку В. Уркаєва ігрова адикція є компенсаторним способом подолання нестерпних почуттів у алекситимічних осіб [72, с. 20].

За свідченням науковців патологія емоційної сфери у вигляді алекситимії є досить розповсюдженим явищем у житті залежних людей. При аналізі психологічних механізмів такого зв'язку дослідники посилаються на зумовленість алекситимічних проявів підвищеною тривожністю, а також специфічними особливостями сприйняття такими пацієнтами світу. Зокрема, зазначається, що провідний канал сприйняття світу алекситимами – це відчуття. Це свідчить на користь того, що у них недостатньо розвинені візуальна та аудіальна перцептивні системи, а якщо в окремих випадках і розвинені, то негативні переживання закріплюються саме у відчуттях та мало усвідомлюються більшістю алекситимів.

У контексті розкриття психологічних механізмів зв'язку алекситимії з лудоманією необхідно зазначити, що важливою характеристикою пацієнтів з алекситимією є їх виражена схильність до формування афекту, у стані якого вони не спроможні раціонально оцінити ситуацію, втрачають здатність до критичного аналізу власних проявів, повністю своїм прикладом ілюструючи популярне серед психологів прислів'я про те, що афект інтелекту «не товариш». Дійсно у стані емоційного збудження, яке в алекситимів характеризується значною інтенсивністю, відбувається відключення здатності до всебічної, об'єктивної та раціональної оцінки дійсності та проявів інших людей. Ці

спостереження повністю підтверджуються даними М. Лумлі та К. Робі, які довели, що суб'єкти з алекситимією схильні до виникнення негативних афектів, низької комплаентності, соціальні ізоляції, нездорового способу життя [158]. Тому психотерапевту необхідно вчасно розпізнати алекситимію при роботі з пацієнтами, які мають ігрову залежність, а також враховувати ці особливості емоційної сфери під час терапевтичної роботи, цілеспрямовано формуючи у себе навички роботи з хворими на алекситимію, усвідомлюючи при цьому, що мішенню роботи має бути особистість, а не сама адиктивна поведінка.

А. Сальнікова та О. Чабан, розкриваючи проблему формування патологічного потягу до азартних ігор в залежності від алекситимії, прийшли до висновку, що алекситимія має обов'язково враховуватись у процесі клінічної оцінки ступеню потягу до азартних ігор. А ігроманам, у свою чергу, може бути корисно зосередитись на визнанні та осмисленні власних емоційних станів та на розробці більш адаптивних способів керування власними емоціями [185, с. 1]. Автори розглядають чинники ризику виникнення ігроманії і з-поміж численних агентів можливого впливу, серед яких можна назвати стать (чоловіки у більшій мірі схильні до ігрової залежності), соціально-культурне середовище, виділяють у якості важливого чинника формування ігрової залежності такі особистісні характеристики як імпульсивність, пошук гострих відчуттів, асоціальна поведінка, когнітивні викривлення у оцінці везіння та контролю [185]. Таким чином, серед особистісних чинників формування залежності від азартних ігор у більшості випадках перераховуються ті, що складають клінічну картину алекситимії.

Детально аналізуючи можливі ефекти впливу алекситимії на ігрову залежність, А. Сальнікова та О. Чабан зазначають, що проблеми з азартними іграми дуже пов'язані з порушеннями перебігу емоційних процесів. Серед характеристик алекситимії, що позначаються на характері перебігу ігрової залежності, виділяються дефіцит когнітивної обробки емоцій, що виражається у дефіциті усвідомленості явищ афективної сфери (труднощі ідентифікації та опису почуттів) та оперативності мислення (зовнішньо орієнтоване мислення та недорозвинені образні процеси). Опосередкованим підтвердження наявності

зв'язку між алекситимією та ігроманією на думку цих же дослідників є те, що алекситимія досить поширена у клініці різних медичних та психіатричних розладів регуляції афектів, таких як розлади харчової поведінки, панічні розлади, соматоформні розлади, наркоманія. При цьому автори посилаються на дані, що підтверджують вплив алекситимічного дефіциту на психічне та соматичне здоров'я «через поведінкові дії як способи регулювання афективних станів (наприклад, зловживання речовинами, харчова поведінка) або психофізіологічне емоційне розрядження (наприклад, соматизація та панічний розлад)» [185, с. 2].

На основі здійсненого аналізу було доведено, що алекситимія переважає у пацієнтів, що мають схильність до азартних ігор. Окрім цього є численні свідчення, що алекситимія може збільшити тяжкість симптомів та ризик патологічної пристрасті до азартних ігор. Явище алекситимії також позитивно пов'язане з дезадаптивними проявами особистості, серед яких можна назвати агресивність, імпульсивність, прагнення до гострих відчуттів, а також такими психопатологічними проявами як депресивні та тривожні розлади особистості. Окрім, наявності зв'язку алекситимії з ігроманією автори звертають увагу на позитивні кореляції алекситимії з іншими формами адиктивної поведінки, зокрема з інтернет-залежністю та компульсивними покупками [185].

Важливою характеристикою алекситимів, що зумовлюють їх схильність до азартних ігор є виражені труднощі подолання дисфоричних емоцій, які в таких пацієнтів носять хронічний, затяжний характер. А. Сальнікова, посилаючись на дані Д. Тейлора, приходять до висновку, що індивіди з алекситимією намагаються регулювати власні негативні емоції за допомогою компульсивної поведінки. Така притаманна їм схильність, у свою чергу, пов'язана з відсутністю у таких осіб здатності до саморозуміння та навичок самопізнання. При цьому ці алекситимічні симптоми, що часто супроводжують наркоманію та залежність від Інтернету на думку дослідниці можуть також становити ризик розвитку лудоманії [63].

Встановлення факту тісного зв'язку алекситимії з лудоманією, наявності певної взаємодії між ними у клінічній картині, природно породжує закономірне

питання про первинність / вторинність цих явищ по відношенню один до одного. Адже цілком реалістичними уявляються два сценарії комплементарного поєднання цих явищ. Суголосно першому сценарію первинною у цій зв'язці є ігрова залежність. Якщо припустити, що саме ігрова залежність є первинним патологічним утворенням по відношенню до алекситимії, то розвиваючи цю ідею можна стверджувати, що ігроманія, породжуючи стресогенні, психотравматичні події в житті її носія, таким чином, провокує виникнення у нього алекситимії. Не менш реалістичним уявляється інший сценарій, коли роль первинного патологічного утворення відводиться алекситимії. У такому випадку будемо мати іншу модель зв'язку цих двох явищ, в якій провідна, домінантна роль належить алекситимії. Відповідно це призведе до побудови прямо протилежної моделі ефектів впливу, у рамках якої наявність алекситимічного радикалу у структурі особистості пацієнта призводить до ряду наслідкових результатів соціального та психологічного характеру, що у підсумку підштовхують індивіда до зловживання азартними іграми.

Вирішуючи цю дилему варто ще раз звернути увагу на сутність та феноменологію алекситимії та ігроманії. Знання логіки перебігу ігроманії та алекситимії та їх сутнісних характеристик, що були докладно проаналізовані у попередніх параграфах, дозволяють з впевненістю стверджувати, що первинною у зв'язці «алекситимія-ігрова адикція» є саме алекситимія. На користь цього говорять наукові дані про можливу генетичну вродженість алекситимії, наявність нейробіологічних чинників її наявності у структурі особистості пацієнта, специфічні характеристики когнітивної та емоційної сфери хворих на алекситимію, а також більш багатий симптомокомплекс її клінічного прояву. Патологічна ігрова адикція виступає при цьому залежною змінною, що підпорядковується впливу багатьох об'єктивних та суб'єктивних чинників та має ряд ознак, що свідчать про прижиттєвий характер її формування.

Таким чином, ми виходимо з того, що наявність алекситимічного радикалу у структурі особистості пацієнта призводить до формування у нього схильності до гемблінгу. Тому ми можемо погодитися з тими науковцями, що

висловлювались на користь значного стресогенного потенціалу алекситимії, кардинального погіршення якості життя пацієнтів під впливом цього специфічного порушення. Підтримуємо також ідею про те, що ігрова залежність формується як компенсаторна відповідь / реакція на стан емоційного неблагополуччя, що притаманний носію алекситимічного радикалу та проявляється у вигляді вираженого стану хронічного, інтенсивного та разом з цим малоусвідомлюваного емоційного дискомфорту, значного переважання негативної афективності над позитивною. Спираючись на таке розуміння, можна стверджувати, що ігрова діяльність стає одним з небагатьох способів отримати задоволення та пережити емоції позитивного спектру, що і лежить в основі її переродження в патологічну залежність, яка доходячи до рівня пристрасті починає руйнувати життя суб'єкта.

На цьому етапі аналізу доречно запропонувати модель формування ігрової адикції під впливом наявної у структурі особистості пацієнта алекситимії (рис. 1.3).

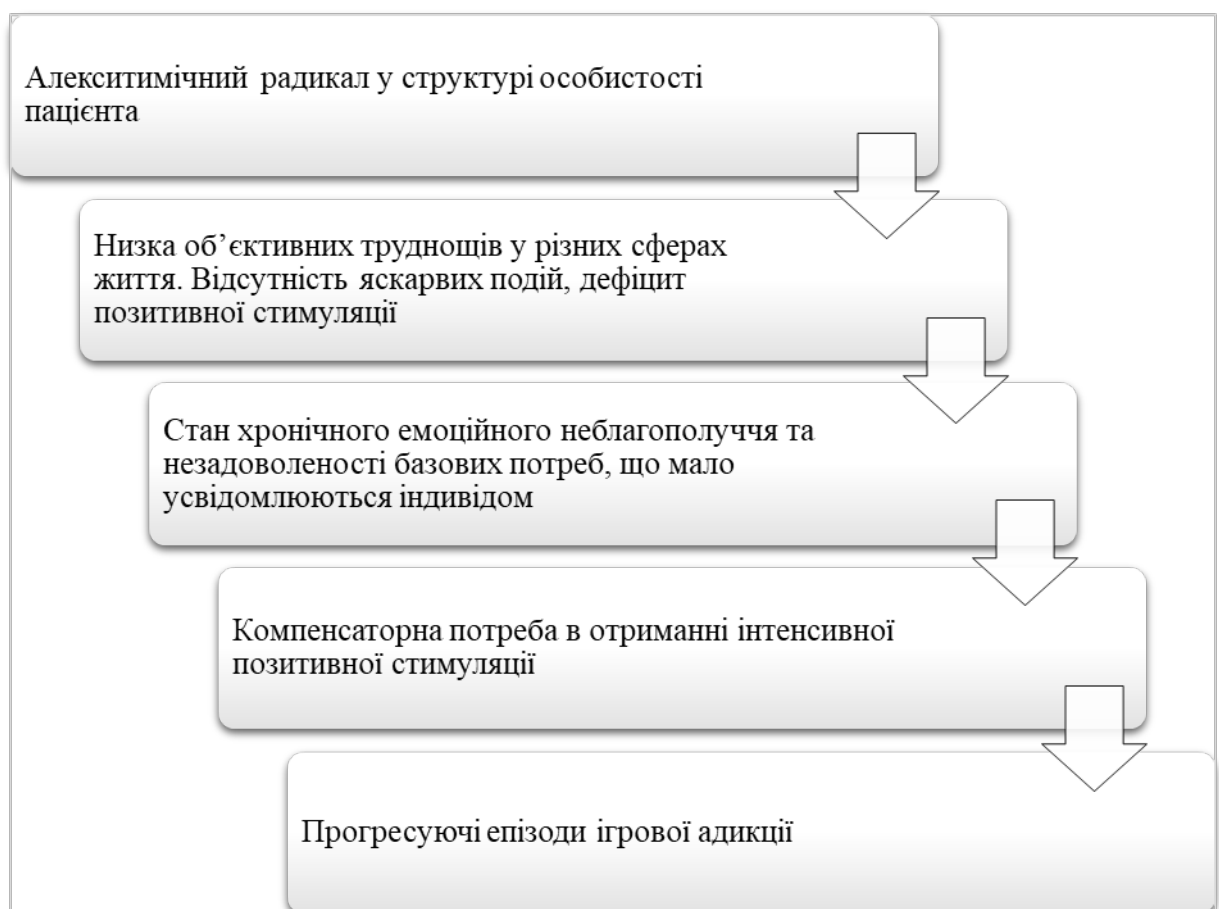


Рисунок 1.3. Модель формування ігроманії під впливом алекситимії

Суголосно запропонованій моделі сформований алекситимічний радикал у клінічній картині з притаманними йому характеристиками та особливостями призводить до систематичного виникнення об'єктивних труднощів у різних сферах життя, відсутності яскравих радісних подій, дефіциту позитивної емоційної стимуляції, про що неоднократно було засвідчено цілим шерогом науковців. Такому положенню речей, до речі, сприяє також притаманна алекситимії збідненість та сплюсненість емоційної сфери пацієнта. Під впливом об'єктивних труднощів формується стан хронічного емоційного неблагополуччя та незадоволеності базових потреб, що у зв'язку з недостатньою усвідомленістю цих психологічних проблем, мають значний акумулятивний потенціал. Тобто поступово накопичуються в емоційній сфері пацієнта. Їх накопиченню також сприяють труднощі самовираження як ядерного симптому алекситимії, що призводить до неможливості виразити та відреагувати інтенсивний стан емоційного дискомфорту та важких переживань. Як реакція на притаманне алекситимічному радикалу постійне емоційне неблагополуччя у структурі особистості такого пацієнта формується інтенсивна компенсаторна потреба в інтенсивній позитивній стимуляції, що за принципом найменшого супротиву знаходить предмет свого задоволення в азартних іграх. Таким чином, у запропонованій моделі азартні ігри виконують функцію розрядки стресу, дозволяють подолати його наслідки або навіть уникнути стресогенних для пацієнта подій, що швидко та постійно позитивно підкріплює звичку азартної ігрової діяльності.

На користь цієї моделі свідчить те, що виражений стрес за даними А. Сальнікової відіграє роль посередника між алекситимією та патологічною пристрастю до азартних ігор. Зокрема, авторкиня зазначає, що «крім рівнів алекситимії, можна стверджувати, що наявність стресу призводить до значної патологічної поведінки в азартних іграх» [63, с. 53]. У запропонованій моделі хронічний та інтенсивний стрес виступає важливим психологічним наслідком наявності у структурі особистості алекситимічного радикалу. Потужна та деструктивна енергія цього стресу трансформується у ряд специфічних деформованих потреб, що в кінцевому підсумку призводять до формування

патологічної ігрової поведінки.

1.4. Медико-психологічне консультування та психокорекція у клінічній практиці

У рамках нашого дисертаційного дослідження обґрунтовано актуальність та необхідність розробки ефективної системи та заходів медико-психологічного консультування та психокорекції пацієнтів з патологічною ігровою залежністю, що виникла внаслідок наявності алекситимічного радикалу у структурі їх особистості. Відповідно одним з ключових завдань дисертаційної роботи є вдосконалення процесу медико-психологічного консультування такої категорії пацієнтів. У зв'язку з цим, дотримуючись логіки наукового викладу, у першу чергу необхідно операціоналізувати поняття медико-психологічного консультування та корекції, теоретично дослідити їх змістовні характеристики, принципи та особливості застосування. Попередньо необхідно зазначити, що як медико-психологічне консультування, так і медико-психологічна корекція є різновидами клініко-психологічних втручань (інтервенцій). До характеристик клініко-психологічних втручань можна віднести: 1) вибір засобів та методів; 2) функції (розвиток, реабілітація, лікування, профілактика); 3) цільову орієнтацію процесу на досягнення змін; 4) теоретичну базу; 5) емпіричну перевірку; 6) конкретні дії фахівця (У. Бауманн, М. Перрез). Саме три перші характеристики визначають специфіку та основні відмінності між медико-психологічним консультуванням та медико-психологічною корекцією (рис. 1.4) [96]. У контексті нашого дослідження методи клініко-психологічних інтервенцій розуміються як психологічні засоби, які обирає клінічний психолог та які можуть бути вербальними або невербальними, орієнтованими у більшій мірі на когнітивні, емоційні або поведінкові аспекти, а також реалізуються у контексті взаємовідносин між пацієнтом та клінічним психологом [96].

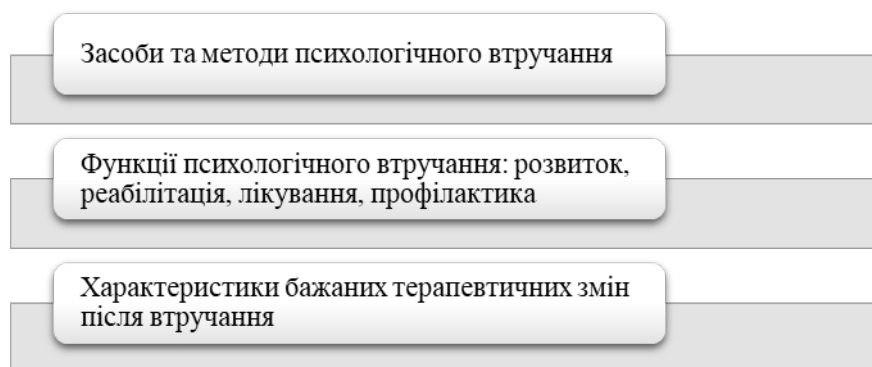


Рисунок 1.4. Характеристики, що визначають специфіку різних видів клініко-психологічних інтервенцій

Станом на теперішній час практика психологічного консультування та психологічної корекції успішно застосовується у різних галузях людської діяльності, у процесі організації праці фахівців різноманітних професійних груп та сферах життя: в освіті, медицині, бізнесі, виробництві тощо. Процес стрімкого розповсюдження надання консультативної допомоги пов'язаний з прагненням психологів перетворювати теоретичні знання у конкретні заходи психологічної підтримки населення. Тому психологічне консультування можна вважати однією з прикладних галузей сучасної психології, в якому на практиці реалізуються здобутки психологічної науки, знаходять своє застосування ключові ідеї про природу та причини виникнення різноманітних психологічних дисфункцій та дисфоричних психоемоційних станів. Унікальність та специфіка психологічного консультування полягає у тому, що по суті воно представляє собою виключно вербальний психотерапевтичний вплив, тобто психологічна підтримка здійснюється тільки на словесному рівні з орієнтацією на зміну ставлення людини до несприятливої життєвої ситуації, продукування оптимальних шляхів виходу з неї, раціональне осмислення наявного у людини ресурсу для подолання внутрішніх та зовнішніх проблем. При цьому на відміну від психокорекції або психотерапії під час психологічного консультування не застосовуються жодних спеціальних засобів та психотерапевтичних технік впливу на психіку. У самому загальному вигляді психологічне консультування визначають як прикладну галузь сучасної психології, основним завданням якої є розробка теоретичних основ та прикладних програм надання психологічної

допомоги психічно та соматично здоровим людям у ситуаціях виникнення певних життєвих або психологічних труднощів. Важливо зазначити, що консультативна психологія виникла у 1951 році з метою відмежування психологічного консультування здорових людей від психологічної допомоги у рамках клінічної психології, коли фахівець займається проблемами надання психологічної допомоги людям, які страждають певними психічними та соматичними захворюваннями. Саме з серйозних психічних порушень, з аналізу наслідків тривалих психологічних травм у межах психологічної науки почалось вивчення параметрів оптимального спілкування та раціональної організації різних видів людської діяльності, що дозволило змістити пріоритети та продемонструвати необхідність надання психологічної допомоги не тільки хворим людям, але і повністю психічно та соматично здоровим [49].

В американських виданнях консультативна психологія визначається як спеціальність служби охорони здоров'я загального профілю (HSP) та професійної психології, що використовує широкий спектр культурно-інформованих та культурно-чутливих практик, щоб допомогти людям покращити своє самопочуття, попередити та полегшити дистрес та дезадаптацію, вирішити кризи та підвищити рівень своєї здатності краще функціонувати у власному житті. У контексті нашого дослідження важливо підкреслити, що консультативна психологія фокусується як на нормативному розвитку, так і на ненормативному (тобто працює з явищами патології різного генезу), але з особливим акцентом на профілактику та просвіту, апелюючи до суб'єктів отримання психологічної допомоги з урахуванням систем та контекстів, в яких вони функціонують [122]. При розгляді проблем психологічного консультування представники Американської психологічної асоціації зазначають, що психологи-консультанти обслуговують людей різного віку та культурних прошарків в індивідуальній та груповій формі, а також на робочому місці, в організаційних, інституціональних та суспільних умовах та закладах. Вони працюють з групами та спільнотами, щоб допомогти їм у вирішенні та попередженні проблем, а також покращити особисте та

міжособистісне функціонування окремих членів. Психологи-консультанти також можуть втручатися у діяльність організацій, установ, робочих місць та спільнот, задля того, щоб підвищити їх ефективність, психологічний клімат, а також успіх та благополуччя їх членів. Важливо також зазначити, що психологи-консультанти зосереджують свою увагу на проблемах розвитку та психічного здоров'я, з котрими стикаються люди протягом усього свого життя, та використовують відпрацьовані практики надання психологічної допомоги, що засновані на сильних сторонах особистості з метою попередження та покращення емоційних, реляційних, фізичних (пов'язаних зі здоров'ям), соціальних, культурних, професійних, освітніх, а також пов'язаних з ідентичністю проблем [122]. У загальному переліку навичок та професійних процедур, що використовуються у процесі психологічного консультування, безпосередньо з клінічною практикою пов'язані кризове втручання та клінічне спостереження [122].

Таким чином, по мірі розвитку психологічного консультування як різновиду психологічної допомоги у наукових колах приходило усвідомлення, що ця галузь психологічної практики, яку можна переосмислити як полегшений варіант терапевтичної інтервенції, а також важливий підготовчий етап психокорекційного та психотерапевтичного втручання, що дозволяє зібрати необхідну про пацієнта інформацію, оцінити його психоемоційний стан та психіатричний статус, більш точно визначити тактику та стратегію роботи з ним, можна та потрібно повернути у клінічну практику. Відповідно сформувалася думка про те, що цей вид психологічної підтримки цілком може застосовуватись по відношенню до пацієнтів з психологічними розладами різної складності та генезу. Тому станом на теперішній час психологічне консультування тріумфально повернулося у медичну практику, у практику патопсихології та клінічної психології, отримавши назву медико-психологічне консультування. Перспективним уявляється також підхід, суголосно якому медико-психологічне консультування можна розглядати як цілком самостійний та незалежним від психологічної допомоги клінічним пацієнтам, за яким

необов'язково має слідувати психокорекційна або психотерапевтична робота. Серед вітчизняних науковців питання медико-психологічного консультування досить детально розроблялося Л. Магдисюк та Р. Федоренко [32; 33; 34]. Медико-психологічне консультування у їх роботах розглядається як самостійний вид діяльності психолога в клініці. При цьому консультативний процес у контексті медико-психологічного консультування ґрунтується на тих же засадах та принципах, що і звичайне консультування. Типовим прикладом застосування медико-психологічного консультування є бесіда підтримуючого характеру клінічного психолога щодо зниження тривоги та страху перед операцією у пацієнта, якому у якості лікування призначено проведення оперативного втручання [34]. Іншим прикладом медико-психологічного консультування буде консультативна робота з цим же пацієнтом, яка проводиться вже після оперативного втручання та спрямована на надання емоційної підтримки при переживанні тимчасових наслідків операції, зокрема, больового синдрому.

Не менш важливим є реалізація консультативної роботи з пацієнтами, які мають психіатричну, зокрема, психосоматичну нозологію. У такому випадку зусилля клінічного психолога спрямовані на пом'якшення психологічних та соціальних наслідків ядерного психічного розладу, а також роботу з психологічними чинниками, що загострюють його перебіг. Саме в такому ключі здійснюється консультативна робота із залежними від азартних ігор, в клінічній картині яких спостерігаються алекситимічні прояви. Адже для підвищення ефективності лікування та формування у пацієнтів з такою нозологією відповідальності за стан власного здоров'я та профілактики загострення симптомів захворювання, зниження важкості впливу стресогенних чинників необхідно розширити область надання психологічної підтримки та супроводу носія алекситимії з ігровою залежністю під час лікувального процесу.

Цікаво, що медико-психологічне консультування у Сполучених Штатах Америки виокремлено в самостійну спеціальність, яка має назву «консультант з психічного здоров'я». Професійний консультант – це дипломований фахівець в

області психічного здоров'я, який має право оцінювати та навіть лікувати психічні проблеми шляхом консультування та психотерапії [184]. Суттєвою особливістю медико-психологічного консультування є те, що у процесі психологічної роботи з пацієнтом акцент робиться не на саму хворобу, а на особистість пацієнта, особливості його взаємодії з близькими та соціумом. Це сприяє формуванню у нього нової системи знань та ставлення до процесу лікування. Участь клінічного психолога у процесі лікування шляхом проведення консультативної роботи сприяє формуванню стійкого альянсу між лікарем та пацієнтом. Крім цього, психологічне консультування сприяє зниженню тривожності і психічного напруження пацієнта. Важливою складовою є формування у пацієнтів навичок прийняття та адаптації до деструктивних емоційних реакцій на свою хворобу, підвищення позитивного мотиваційного ставлення пацієнта до одужання і готовності продовжувати співпрацю з лікарем на весь період реабілітації в амбулаторних умовах. Адже вплив стресу на розвиток ряду психічних та соматичних захворювань було доведено неодноразово [33].

Як уже зазначалось раніше консультативний процес у контексті медико-психологічного консультування ґрунтується на тих же засадах та принципах, що і звичайне консультування. І. Цимбалюк виділив наступні принципи психологічного консультування.

1. Принцип доброзичливого та безоцінкового ставлення до клієнта, що передбачає ряд змістовних характеристик професійної поведінки (активне слухання, вміння надавати емоційну підтримку, не засуджувати), реалізація якої має забезпечити спокій та комфорт пацієнта.

2. Принцип орієнтації на норми та цінності пацієнта – під час консультативної роботи фахівець має розкрити, зрозуміти та врахувати систему норм та цінностей, якими керується пацієнт. Глибинна ж сутність цього принципу полягає у тому, щоб поважати ціннісні настанови клієнта, навіть тоді, коли вони виявляються неприйнятними для консультанта, що дозволяє побудувати міцну атмосферу співпраці та довіри.

3. Принцип анонімності – передбачає заборону на передачу інформації без згоди пацієнта в жодні громадські або державні організації, а також приватним особам, у тому числі родичам та друзям.

4. Принцип розмежування особистих і професійних стосунків – консультант під час психологічної допомоги має створити особливу атмосферу дружніх, довірливих відносин. Але вони не мають переходити межі панібратства, спілкування «на короткій нозі» тощо. Цим же принципом уводиться обмеження на надання консультативних послуг своїм родичам та друзям [78].

До переліку висвітлених принципів Л. Магдисюк та Р. Федоренко додають також наступні декілька принципів психологічного консультування: принцип добровільності, що передбачає наявність у пацієнта щирого бажання та автономної мотивації до звернення за консультативними послугами; принцип професійної вмотивованості консультанта – орієнтація консультанта виключно на захист інтересів клієнта, а не інших осіб, а також зайняття нейтральної позиції у разі виникнення конфліктних ситуацій пацієнта з іншими зацікавленими особами, уникнення упередженого ставлення [34].

Основними завданнями психологічної допомоги хворим з психосоматичною та невротичною симптоматикою, зокрема і розладами адиктивного спектру, є:

- створення терапевтичного альянсу між лікарем та пацієнтом;
- сприяння в прояві свідомої регуляції емоційних станів, таких як тривога, страх, гнів, образа;
- допомога у формуванні мотиваційних установок на позитивний курс лікування до одужання;
- психологічна підтримка пацієнта в стадії переживання психічного напруження, навчання способам управління стресом;
- з'ясування і обговорення з хворим компенсаторних можливостей нервової

системи, активізація особистості в подоланні хворобливих розладів і адаптації до нових умов життя;

- психологічна допомога хворим з проявами тривожного та депресивного спектру;
- допомога у прийнятті пацієнтом відповідальності на себе за своє психічне і фізичне здоров'я, а також правильному і своєчасному виконанні всіх настанов лікаря;
- формування мотивів, спрямованих на повернення в звичне соціальне і професійне середовище [33].

На першому етапі консультування можуть використовуватись психодіагностичні методи для визначення особистісних особливостей пацієнта. Необхідно підкреслити, що перші зустрічі з пацієнтом, по-перше мають дуже важливе значення для подальшого формування відносин між консультантом і пацієнтом, а по-друге, мають переважно діагностичну спрямованість. При клінічному захворюванні діагностична бесіда спрямована у першу чергу на визначення актуального соматичного та психічного стану хворого. Необхідно визначити особливості особистості пацієнта, особливості історії його життя, що передували захворюванню. Спонтанна та неформальна бесіда сприяє тому, що пацієнт розкривається перед клінічним психологом та дозволяє відстежити звичні для нього паттерни поведінки та емоційного реагування [33].

У результаті перших консультативних зустрічей важливо виявити ті моменти життєвої історії, що можуть мати значення для перебігу захворювання, але які пацієнт з тих чи інших причин приховує від консультанта. Тоді ж визначаються обставини, що дозволили б обговорити з пацієнтом прогноз та варіанти лікування. Для вирішення окреслених завдань, що мають бути вирішені під час перших консультативних зустрічей варто висвітлити ті питання, які мають бути обов'язково задані пацієнту. Першим задається питання про скарги та труднощі, які спонукали пацієнта звернутися до консультанта. Часто при відповіді на це питання пацієнт вказує на конкретні

симптоми або повідомляє свій діагноз, який, як правило, йому добре відомий. Наступне питання дозволяє уточнити час появи симптомів хвороби, а також встановлюються періоди погіршення та стабілізації психоемоційного стану. Важливе значення для оцінки ролі внутрішніх конфліктів і зовнішніх психосоціальних зв'язків у перебігу захворювання має питання про ту життєву ситуацію, що склалася на час появи симптомів захворювання. Це питання може стосуватися життєвих невдач у той період, кардинальних змін умов життя, появи нових знайомств або ж, навпаки, розриву відносин. У процесі збору анамнезу бесіда стосується особливостей розвитку пацієнта у дитинстві, зокрема статевий розвиток, про професійний шлях, про відносини з батьками тощо. Підсумковим результатом перших зустрічей є цілісна картина особистості пацієнта та орієнтовна модель появи та розвитку симптомів захворювання з фіксацією зв'язків з іншими індивідуально-психологічними особливостями пацієнта та його минулою і поточною життєвою ситуацією [57].

На відміну від медико-психологічного консультування медико-психологічна корекція передбачає цілеспрямоване виправлення неадекватно функціонуючих психологічних процесів, структур та утворень. Тобто якщо консультативна допомога не передбачає безпосереднього втручання у функціонування психічного апарату пацієнта, а відіграє скоріше просвітницьку, координуючу, спрямовуючу, інформаційну та сенсоутворюючу роль, відштовхується від актуальної життєвої ситуації та умов, в яких перебуває пацієнт, то медико-психологічна корекція передбачає тактовний, але все ж прямий та інтенсивний вплив безпосередньо на особистість пацієнта. У клінічній практиці корекцію слідом за Т. Яценко можна визначити як впровадження у явище, для якого характерна статичність та певна деструктивність суперечливих тенденцій, таких змін, що сприятимуть відродженню здатності особистості до активного розвитку та пристосування [89, с. 18].

На думку С. Кузікової визначальними рисами психокорекції є дискретність, орієнтація на норми психічного розвитку та неплановість

особистісного зростання при визнанні необмеженості цього процесу [30, с. 8]. У корекційному процесі клінічний психолог має справу з конкретними проявами психологічної реальності людини (бажаннями, цінностями, емоційними станами, індивідуально-психологічними особливостями тощо) [30]. Таким чином, при корекційній роботі навіть у клінічній практиці психолог орієнтується на здорові, збережені компоненти психіки пацієнта та зацікавлений, не дивлячись на наявність психічних порушень та значних відхилень від нормативного психічного функціонування, у його особистісному зростанні.

Основний зміст психологічної корекції стосується подолання дисфоричних емоційних станів та переживань, що виникли внаслідок психологічного травмування, подолання внутрішньоособистісних конфліктів, виправлення ставлення до себе та інших, виправлення негативних поведінкових проявів, проблем адаптації та соціалізації, проблем міжособистісних взаємин та спілкування тощо [30].

Важливо розрізнати медико-психологічне консультування та медико-психологічну корекцію. Консультування у більшій мірі фокусується на конкретних проблемах і покликано допомогти пацієнту вирішити конкретне утруднення, оптимізувати певну проблемну зону (наприклад, подолання залежності). При цьому основна увага консультанта спрямована на сумісне з пацієнтом вирішення проблем або на вивченні конкретних методів та засобів подолання або недопущення потрапляння у проблемні зони. Крім цього, консультування завжди носить короткостроковий характер [184].

При здійсненні корекційного втручання клінічний психолог виходить з того, що пацієнту притаманні певні дисфункційні моделі мислення та поведінки, які призводять до дезадаптації під час взаємодії з оточуючим світом та які мають бути виправлені. У процесі психологічної корекції змінюються конкретні психологічні структури, що дозволяють більш ефективно долати наслідки стресогенних подій, змінити звичні неконструктивні моделі своєї поведінки, вдосконалити навички емоційної саморегуляції [184]. У процесі

медико-психологічної корекції відбуваються особистісні зміни, які мають досить глибокий характер. Цього не відбувається в результаті консультативної допомоги, або ж зміни носять поверхневий характер та розглядаються як наслідок вирішення конкретної проблемної ситуації. У такому розумінні сутності психологічної корекції виникає питання про те, чим вона відрізняється від психотерапії. Відповідь досить проста: особистісні зміни у рамках медико-психологічної корекції досягаються виключно психологічними засобами, у той час як в процесі психотерапії широко використовується медикаменти.

Отже, спираючись на сутнісні характеристики медико-психологічного консультування та медико-психологічної корекції, можна стверджувати, що ефективна психологічна допомога пацієнтам зі сформованою патологічною залежністю від азартних ігор, зумовлених алекситимією можлива за умови одночасного застосування по відношенню до них цих двох варіантів клініко-психологічних інтервенцій.

Висновки до першого розділу

Грунтовне розкриття теоретико-методологічних засад вивчення адикції у пацієнтів з алекситимією, зокрема детальний аналіз феноменології, наукових підходів, механізмів патогенезу ігрової адикції та теоретичне осмислення ролі алекситимії у цьому процесі дозволяють зробити низку важливих висновків.

1. Встановлено, що патологічна пристрасть до азартних ігор є різновидом адиктивної поведінки. Адиктивність особистості тлумачиться як стійка схильність до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану, сформована тенденція до ілюзорно-компенсаторного способу рішення особистих проблем, орієнтація на чуттєву сторону життя, задоволення інтенсивних потреб у незвичайних відчуттях та задоволеннях у спосіб, що не пов'язаний з реальними досягненнями та звершеннями особистості.

2. Теоретично розкрито психологічний механізм формування гемблінгу як форми нехімічної, поведінкової адикції. Його сутність полягає у тому, що у ігромана формується специфічна потреба в азартній ігровій діяльності, яка не є

характерною для інших людей або ж не має такого ступеня інтенсивності. Задоволення цієї потреби призводить до швидкого відновлення психофізичного комфорту, що характеризується високою інтенсивністю, а відсутність можливості її задоволення підтримує тривалий психофізичний дискомфорт та виражений дисфоричний фон настрою. Важливий елемент механізму формування ігрової залежності лежить у площині об'єктивних характеристик самої азартної гри, а саме її здатність імітувати ситуацію вирішення завдання на майстерність і не дивлячись на те, що виграш залежить виключно від випадку, створювати у гравця ілюзію контролю ігрової ситуації. Тому азартні ігри мають значний потенціал насичення суб'єкта інтенсивними емоційними враженнями переважно позитивного спектру.

3. Виявлено, що ігрова залежність може досліджуватися та пояснюватися з точки зору біологічної парадигми (наприклад, модель генетичної схильності або нейромедіаторного дефіциту), біхевіоральної (поведінкової) парадигми, психоаналітичної (психодинамічної) парадигми, когнітивних теорій та соціологічних концепцій. Досить часто розвиток ігрової залежності пов'язують з ранньою психічною травматизацією, що призвела до дефіцитарного розвитку у сфері інстинктів, зокрема до недорозвитку інстинкту самозбереження. У якості робочого визначення дефініції ігрової залежності було обрано наступне: патологічна залежність від азартних ігор – це прогресуюче захворювання, що характеризується пристрастю до азартних ігор, патологічним потягом до ігрової активності та втратою контролю щодо періодів власної ігрової зайнятості, стрімкими матеріальними втратами внаслідок ігрової активності, що не спонукає ігromана позбавитись від залежності (Л. Юр'єва, Т. Больбот). Встановлено, що патологічна схильність до азартних ігор як поведінковий адиктивний розлад висококоморбідна з афективними розладами, але пусковим механізмом її формування є переважно соціально-психологічні чинники.

4. Алекситимію визначають як специфічну психологічну характеристику індивіда, що виражається у значних труднощах або повній нездатності точно описати актуальні емоційні переживання, а також розуміти почуття іншої

людини, труднощях у диференціації відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями, фіксації на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням (Дж. Тейлор). Алекситимію можна описати як неспецифічний розлад емоційного досвіду, характерний для індивідів з менш розвиненою та організованою психічною структурою. Станом на теперішній час науковцями запропоновано декілька концепцій виникнення та змісту явища алекситимії: теорія дефіциту, теорія нейрофізіологічного порушення, психодинамічна теорія, поведінкова теорія.

5. На користь можливості зв'язку патологічної ігрової залежності та алекситимії говорить виражена коморбідність цих порушень, тобто їх поєднання у загальній клінічній картині з іншими психічними недоліками, психопатологіями, несприятливими індивідуально-психологічними властивостями та соматичними захворюваннями. На основі здійсненого аналізу теоретично обґрунтовано, що алекситимія переважає у пацієнтів, що мають схильність до азартних ігор. Знання логіки перебігу ігроманії та алекситимії та їх сутнісних характеристик, дозволяють з впевненістю стверджувати, що первинною у зв'язці «алекситимія-ігрова адикція» є саме алекситимія.

6. Запропоновано докладну модель формування ігроманії під впливом алекситимії, згідно якої ігрова залежність формується як компенсаторна відповідь / реакція) на стан емоційного неблагополуччя, що притаманний носію алекситимічного радикалу та проявляється у вигляді вираженого стану хронічного, інтенсивного та разом з цим малоусвідомлюваного емоційного дискомфорту, значного переважання негативної афективності над позитивною.

7. Спираючись на сутнісні характеристики медико-психологічного консультування та медико-психологічної корекції, теоретично обґрунтовано, що ефективна психологічна допомога пацієнтам зі сформованою патологічною залежністю від азартних ігор, зумовлених алекситимією, можлива за умови одночасного застосування по відношенню до них цих двох варіантів клініко-психологічних інтервенцій, а саме медико-психологічного консультування та корекції.

РОЗДІЛ 2

ОБҐРУНТУВАННЯ СТРАТЕГІЙ ТА ЗАСОБІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД ІГОВОЇ АДИКЦІЇ, СПРОВОКОВАНОЇ СТАНОМ АЛЕКСТИМІЇ

2.1. Базові принципи та напрями консультативної та психокорекційної роботи з пацієнтами, що мають адиктивні розлади.

Пошук наукових джерел, присвячених базовим принципам та напрямам консультативної та психокорекційної роботи з особами, які мають адиктивні розлади, засвідчив наявність порівняно невеликої кількості ґрунтовних праць з цього питання (особливо це стосується консультування), що ще раз підтверджує актуальність обраної наукової проблематики. Це, зокрема, роботи Н. Афанасьєвої, С. Борцевич, Т. Дучмінської, Л. Магдисюк., Р. Федоренко, О. Хлівної, J. Boisvert, J. Ciarrocchi, R. Ladouceur, C. Sylvain, [4; 32; 33; 34; 57; 118; 120; 191]. Переважна більшість інших літературних джерел з даної проблематики носить або занадто узагальнений характер, як наприклад, в численних монографіях та посібниках, присвячених профілактиці та подоланню девіантних проявів, або переважно популярний характер, орієнтований на широкий загаль читачів та, відповідно, не може використовуватись для аргументованого наукового викладу, оскільки містить значну кількість недоведених даних та довільних неперевірених допущень.

Для розкриття базових принципів та напрямів консультативної та психокорекційної роботи з адиктивними пацієнтами можуть використовуватись монографії, підручники та навчальні посібники з психологічного консультування, оскільки в узагальненому вигляді вони містять ключові аспекти реалізації консультативної роботи, а також досить часто висвітлюють питання надання консультацій та організації психокорекційного втручання з різними категоріями осіб, у тому числі з тими, що страждають від адикцій. Зважаючи на окреслений суттєвий дефіцит наукових розробок у галузі надання

консультативної допомоги особам з адиктивною поведінкою, саме наявні підручники та посібники українських та зарубіжних авторів можуть стати базою для висвітлення та подальшої розробки даного питання. Це, зокрема, роботи таких авторів як Л. Бурлачук, А. Кочарян, А. Мудрик, S. Gladding, R. Nelson-Jones тощо [9; 45; 122; 138; 171].

Сутнісною характеристикою медико-психологічного консультування адиктивних пацієнтів є здійснення такого психологічного впливу, який би призвів до відмови від залежної поведінки. Н. Афанасьєва з цього приводу зазначає, що психологічний рівень впливу здійснюється за допомогою вербального та невербального спілкування й обов'язково призводить до зміни основ людської діяльності [4, с. 115]. Конкретизуючи специфіку психологічного впливу, що здійснюється у рамках медико-психологічного (як і будь-якого іншого) консультування, дослідниця зазначає, що це зовнішній відносно пацієнта вплив, що певним чином заломлюється у його свідомості, відображається ним та покликаний сприяти суттєвим змінам психологічних регуляторів активності особистості. При цьому психологічний вплив може виступати і процесом, що зумовлює зміну психологічних основ активності, і результатом, демонструючи ті безпосередні зміни, що відбулися в результаті впливу [4, с. 115].

З опорою на зазначені літературні джерела можна виділити чотири ключові стратегічні напрями консультативної роботи з адиктивними пацієнтами:

- 1) Робота спрямована на усвідомлення та подолання когнітивних, емоційних та поведінкових комплексів та паттернів, що унеможливають зміну форм поведінки таких пацієнтів. Це обґрунтовується тим, що люди з адиктивним радикалом у структурі особистості, що поєднується з алекситимічним розладом, не спроможні усвідомлювати свої емоційні прояви. Суголосно описаному раніше механізму інтенсивний та одночасно з цим малоусвідомлюваний емоційний дискомфорт такі пацієнти намагаються усунути за допомогою ігрової діяльності, яка у силу своєї простоти,

можливості отримання значної винагороди, ілюзії прояву майстерності стає своєрідним майданчиком для генерування позитивних переживань. У рамках консультативної роботи з носіями адиктивної поведінки необхідно навчити їх усвідомлювати та проявляти свої емоції, оскільки дослідники адиктивної поведінки досить єдині у думці, що прийняти та реалізувати рішення про необхідність зміни своєї деструктивної поведінки людина може тільки після усвідомлення своїх справжніх почуттів, що переживають під час маніфестації адиктивної поведінки, глибокого розуміння їх джерел та механізмів виникнення. У результаті якісного відпрацювання цього стратегічного напрямку консультативної роботи до пацієнта приходять розуміння, що ігрова залежність руйнує його життя. Саме глибоке усвідомлення та розуміння наслідків ігрової залежності є індикатором якісного відпрацювання медичним психологом цього напрямку роботи [138; 171].

Очевидним є те, що разом з подоланням емоційних утруднень здійснюється трансформація когнітивної сфери залежної людини, без якої неможливо досягнення адекватного осмислення актуальної життєвої ситуації. Адже в арсеналі когнітивних формувань адиктивної особистості є у наявності цілий комплекс захисних механізмів, ірраціональних та маніпулятивних пояснень доцільності своїх деструктивних проявів, різноманітних когнітивних трюків та міфів, спрямованих на самообман, на створення ілюзорно-компенсаторної дійсності. Людина по мірі формування адиктивного радикалу поступово занурюється у неіснуючий, викривлений світ, що має мало спільного з реальністю. Тому перед медичним психологом стоїть масштабне за своєю значущістю завдання за допомогою вербального впливу повернути тверезе, реалістичне сприйняття дійсності пацієнту з адикцією, максимально відновити втрачену здатність до всебічної раціональної оцінки своєї життєвої ситуації. Важливо розуміти та враховувати у роботі те, що у адиктивної особистості завжди проявляється захисна ілюзія контролю, яка полягає у впевненості, що вона здатна керувати своєю життєвою ситуацією. Насправді ж реальність інша,

тому підштовхування зі сторони консультанта до когнітивно-емоційного інсайту може призвести до бажаного переосмислення ситуації, до усвідомлення, що обраний шлях неминуче призведе до подальшої деградації та руйнування життя пацієнта [45].

- 2) Робота, спрямована на зміну порушених, дезадаптивних форм поведінки. Медичний психолог шляхом актуалізації процесів усвідомлення та переоцінки адиктивних поведінкових проявів, має створити у пацієнта дієву мотивацію на зміну його емоційного та когнітивного реагування, форм власної поведінки та, у наслідковому результаті, власного життя. Цей напрям пов'язаний з прямим спонуканням до залишення негативної звички, а також ґрунтовну роботу щодо недопущення повернення до адиктивної поведінки, що полягає у роботі з оточенням, якісній зміні життєвих умов пацієнта. Очевидно, що даний напрям консультування має підкріплюватися тренінговими та психокорекційними заходами, щоб на практиці закріпити відмову від залежної поведінки [45].
- 3) Робота, спрямована на прийняття відповідальності пацієнта за свої неадаптивні поведінкові прояви та вчинки. Характерною рисою осіб з адиктивними розладами є яскраво виражений екстернальний локус контролю, що тотально проявляється у різних сферах життя. Тому важливим напрямом реалізації консультативної роботи є досягнення усвідомлення пацієнтом, що він сам виступає джерелом своєї дезадаптивної активності, а тому не має морального права пояснювати деструктивні наслідки залежної поведінки певними зовнішніми, незалежними від нього подіями та обставинами. Прийняття пацієнтом повної відповідальності за свою поведінку на себе – дуже важливий крок успішного подолання залежності.
- 4) Робота, спрямована на формування здорових, адаптивних форм поведінки. Відпрацьовуючи даний напрям у режимі консультації медичний психолог інформує пацієнта про форми нормативної поведінки, яких йому необхідно дотримуватись. Практичну ж реалізацію цього напрямку можна забезпечити

шляхом якісної тренінгової та психокорекційної роботи, спрямованих на розвиток ресурсів особистості та середовища, контролю над залежністю, навчання навичкам проблемно-долаючої поведінки, стійкості до впливу залежного оточення [45].

На думку Л. Магдисюк, Р. Федоренко у лікувально-профілактичних закладах, що працюють із адиктивними порушеннями, мають одночасно реалізовуватись усі перераховані напрями. При цьому загальна схема роботи з адиктивними пацієнтами виглядає наступним чином: на початковому етапі терапевтичної взаємодії здійснюється індивідуальне психологічне консультування, у процесі якого реалізуються також психодіагностичні заходи з деталізованим визначенням конкретних утруднень та проблем пацієнта й формування позитивної мотивації на повну відмову від залежної поведінки; на наступному етапі сеанси консультування підкріплюються індивідуальною та груповою психокорекційною роботою з використанням протоколів та технік когнітивно-поведінкового, психоаналітичного, гештальтистського, екзистенціального, клієнцентованого підходів, що дозволяє сформуванню навички антиадиктивної стійкості та долаючої поведінки [34].

Для розуміння змістовних особливостей надання консультативних послуг особам, які страждають від адиктивної поведінки, є досить цінним зауваження Н. Афанасьєвої про те, що комплекс засобів, психотехнік та прийомів є загальним для консультативної, психокорекційної та психотерапевтичної практики, з тією тільки різницею, що консультування має більш синтетичний та інтегративний характер та дозволяє використовувати ці засоби в різних варіаціях та поєднаннях, творчо змінюючи їх глибину, кількість тощо [4, с. 54]. Таким чином, консультування адиктивних пацієнтів у меншій мірі обмежене рамками однієї теорії, а вибір методичної бази залежить переважно від кваліфікації медичного психолога та особливостей наявної у пацієнта симптоматики. При цьому, на думку Ю. Асєєвої для консультативної роботи з адиктивними пацієнтам варто використовувати інтегративний підхід, що еkleктично поєднує гуманістичний, екзистенціальний, когнітивно-

поведінковий, раціонально-емотивний підходи, а також елементи терапії прийняття та відповідальності [2, с. 380]. У той же час необхідно зазначити, що будь-яка адикція – це, у першу чергу, конкретні поведінкові прояви, що мають дезадаптивний, девіантний характер та в основі яких лежать деструктивні когнітивно-емоційні прояви. Тому при роботі з такими пацієнтами вкрай важливо позитивним чином трансформувати когнітивні та емоційні реакції, які провокують маніфестацію адикції, що зумовлює необхідність використання прийомів та технік когнітивно-поведінкової терапії. Тим більше, що за даними таких науковців як Г. Бурда, О. Романчук, Л. Сокола, М. Фокс, D. Freeman, G. Dunn, Н. Startup, К. Pugh, J. Cordwell, Н. Mander, D. Kingdon когнітивно-поведінковий підхід є досить ефективним як у роботі із залежностями, так і в роботі з різноманітними емоційними порушеннями [8; 60; 66; 137]. А. Мудрик зазначає з цього приводу, що у роботі із адикціями використовується переважно поведінковий підхід, зокрема, терапія відрази, тренінг соціальних навичок, формування навичок попередження рецидивів адиктивної поведінки, реконструювання досвіду [45, с. 150]. Оскільки, як було показано раніше, емоційні порушення регулярно супроводжують адиктивні розлади, характеризуються значною коморбідністю по відношенню до них, то когнітивно-поведінковий підхід може виступати універсальною базою для роботи як з первинним (ядерним), так і вторинним (похідним) порушенням. Це дозволяє використовувати когнітивно-поведінковий підхід у якості пріоритетного підходу для консультування адиктивних осіб.

Розкриваючи зміст принципів медико-психологічного консультування Л. Бурлачук, І. Грабська, А. Кочарян використовують досить показовий термін «психотерапевтичне консультування», що підкреслює органічну єдність консультативного та психотерапевтичного процесів, принципової можливості та високої ймовірності досягнення психотерапевтичного ефекту у рамках класичної консультаційної роботи [9, с. 274]. Тим більше, що під час надання консультацій медичний психолог ненав'язливо та розсудливо має застосовувати ті ж самі психокорекційні та психотерапевтичні техніки найбільш ефективних з

існуючих нині підходів, що використовуються також і у рамках проведення психокорекційних та психотерапевтичних сесій. Автори пропонують наступні принципи психотерапевтичного консультування, що мають розповсюджуватись також на консультативну роботу з пацієнтами, які страждають від адикцій:

1) Принцип відповідальності. Даний принцип полягає у прийнятті медичним психологом на себе відповідальності за організацію, хід та результати консультативного процесу. Фактично він бере на себе зобов'язання використовувати увесь наявний у нього багаж професійних знань, докласти максимум зусиль для ефективного планування консультаційної роботи, зокрема вибору та послідовності використовуваних засобів та технік психологічного впливу, якість їх практичної реалізації. У той же час така робота будується на основі врахування інтересів клієнта, що вимагає від консультанта їх правильного розуміння, а також чіткого усвідомлення наявних у пацієнта потреб. Зокрема, при виникненні позитивного або негативного трансферу під час консультативної роботи медичний психолог має віддавати собі звіт про істинне джерело та природу почуттів пацієнта і належним чином реагувати на ці прояви. Якщо цього не відбувається, то важко очікувати прогресу у подоланні адиктивних проявів. У цьому контексті на перший план виходить так звана когнітивна відповідальність консультанта, що передбачає усвідомлення обсягу наявних у нього професійних знань та розуміння меж своєї компетентності. Наприклад, робота у клініці потребує встановлення точного психіатричного діагнозу, тому консультаційна та психокорекційна робота з адиктивними пацієнтами, потребує участі психіатра. Будучи спеціалістом у певній галузі, медичний психолог має здійснювати кваліфіковані дії на основі професійної підготовки. Тому творчий та продуктивний професійний пошук можливий тільки за умови глибокого розуміння ситуації, що неможливе без спеціальної підготовки.

Важливою особливістю цього принципу медико-консультативної роботи є те, що він має двосічний характер та пред'являє вимоги не тільки до фахівця,

але і до самого пацієнта. Тобто не вся відповідальність за вирішення проблеми адиктивної поведінки покладається на медичного психолога. З самого початку консультативної роботи з адиктивним пацієнтом йому необхідно дати зрозуміти, що терапевтичний прогрес буде залежати передусім від нього і цей складний шлях він має пройти самостійно, спираючись на підтримку, досвід та знання консультанта [9, с. 306].

2) Принцип конфіденційності. Передбачає збереження у таємниці інформації, що надходить до фахівця у процесі консультаційної роботи, а також подій, що відбуваються під час такої терапевтичної взаємодії та які можуть певним чином дискредитувати пацієнта. Суворе дотримання принципу конфіденційності, сутність якого полягає у нерозповсюдженні довіреної інформації як близьким для пацієнта людям, так і посадовим особам, забезпечує довіру до медичного психолога, що виступає значущим чинником налагодження терапевтичних взаємин.

Виключенням, що дозволяє медичному психологу відступити від принципу конфіденційності, є надана пацієнтом інформація щодо можливої небезпеки для життя, здоров'я, благополуччя пацієнта або інших людей (втеча з дому, саморуйнівні наміри тощо). У такому випадку фахівець здійснює заходи для попередження трагічної події, що може вимагати втручання інших осіб та надання їм конфіденційної інформації [9, с. 307].

3) Принцип безумовного прийняття пацієнта. Даний основоположний принцип було запропоновано та детально обґрунтовано К. Роджерсом, розробником клієнцентованого підходу у консультуванні та психотерапії. Його зміст полягає у позитивному прийнятті пацієнта таким, яким він є, а позиція консультанта має зводитись не до ролі судді, що оцінює тяжкість адиктивної поведінки пацієнта, а також не до ролі адвоката, що виправдовує прояви залежності та надає поради. Його місія полягає у ефективній фасилітації пацієнта до самопізнання, усвідомлення дисфоричних емоцій та їх відреагування конструктивним способом, відпрацювання дієвих заходів, спрямованих на подолання адикції. Одночасно з цим, здійснюючи

консультативну або психокорекційну інтервенцію медичний психолог має враховувати волю пацієнта, надавати йому право на вибір швидкості та змісту терапевтичної взаємодії. Важливим аспектом реалізації цього основоположного принципу консультаційної та психокорекційної роботи з адиктивними пацієнтами виступає неприпустимість нав'язування фахівцем свого світогляду, цінностей та життєвих принципів, навіть якщо він впевнений у їх істинності та загальнолюдській значущості. У ракурсі цього принципу, враховуючи те, що фахівець приймає та визнає цінність особистості пацієнта ознакою непрофесійності та неефективності є допущення маніпуляцій та порад побутового рівня [9, с. 308].

У контексті висвітлення базових принципів консультативної та психокорекційної роботи з пацієнтами, які мають адиктивні розлади, важливим є зауваження S. Gladding про те, що деякі принципи консультативної та психокорекційної роботи з залежними особами визначаються конкретними обставинами, у той час як інші мають більш загальний та універсальний характер. Зокрема, наведені раніше принципи можна віднести до розряду універсальних, тобто таких, що можуть бути застосовані у більшості консультаційних та психокорекційних випадків. Дослідник пропонує ряд принципів прикладного характеру, що дозволять більш ефективно повернути пацієнтів з адикціями до нормального життя, зокрема, до життя, вільного від ігрової залежності:

- принцип свідомого гальмування темпу життя. Оскільки для залежних осіб характерна схильність до метушні, прагнення до стрімкої зміни життєвих вражень, досить корисними є зусилля фахівця щодо оволодіння ними здатності свідомо зупиняти шалений темп свого життя, зокрема, вміння побути наодинці із самим собою;
- принцип орієнтації на збільшення часу для пасивної релаксації. Реалізація цього принципу передбачає оволодіння релаксаційними техніками, зокрема основами аутогенного тренування, що дозволить разом із досягненням релаксаційного ефекту знижувати потяг до адиктивної поведінки шляхом

самонавіювання;

- принцип опори на підтримку родини. Передбачає укріплення сімейних зв'язків, підвищення рівня згуртованості родинного оточення, орієнтацію на позитивну взаємодію пацієнтів з членами своєї сім'ї, цінування сімейних традицій та свят;
- принцип включення до суспільного життя. Реалізація принципу полягає у поступовому включенні пацієнта суспільного життя, проявів соціальної активності, розширенню дружніх контактів з оточуючими;
- принцип «тут і зараз». Цілеспрямоване навчання пацієнтів жити теперішнім моментом та цінувати його;
- принцип самовиховання. Реалізується шляхом схвалення та стимулювання фахівцем будь-яких проявів у пацієнта самовиховного впливу, вольового утримання від адиктивної поведінки;
- принцип дотримання здорового способу життя. Пацієнтам рекомендується дотримуватися режиму відпочинку та здорового харчування, систематично виконувати фізичні вправи. Консультант має надати довгострокову програму допомоги, спрямованої на подолання наявної адикції;
- принцип врахування досвіду раннього дитинства. Оскільки значна кількість залежних осіб відчувають сором, сум, злість, спрямовану на події свого минулого, робота над прийняттям цих емоцій може дати позитивний результат. Поява у наслідковому результаті розуміння того, що від переживань травматичного минулого можна позбутися, може суттєвим чином вплинути на результативність медико-психологічних консультацій та допомогти пацієнтам стати більш функціональними [138, с. 535].

В інших джерелах можна знайти конкретизовані принципи роботи саме з адиктивними пацієнтами. Це, зокрема, принцип комплексності, принцип взаємодії з іншими фахівцями, принцип орієнтації на вирішення проблемної поведінки, принцип орієнтації на запит пацієнта, принцип контекстуалізації. а

конкретніше принцип комплексності [78; 89].

Отже, консультаційна та психокорекційна робота з пацієнтами, які страждають від адикцій спрямовується на усвідомлення та подолання когнітивних, емоційних та поведінкових паттернів, що лежать в основі адиктивного розладу. Навколо цієї мети об'єднані розроблені станом на теперішній час напрями та принципи медико-психологічного консультування та психокорекції. Важливим аспектом консультаційної роботи з такою категорією пацієнтів є повернення їх до реалістичного сприйняття реальності, зважаючи на те, що будь-яка адикція – це своєрідний замітник, симулякр реального життя, що дозволяє уникнути актуальних викликів та труднощів, які вимагають значних зусиль та майстерності для свого подолання. Не менш важливою особливістю консультативної та психокорекційної роботи з адиктивними особами є делегування їм відповідальності за власні деструктивні вчинки та формування відповідального ставлення до свого життя.

2.2. Специфіка та технології медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією

Суголосно обраної логіки викладу для того, щоб розкрити технології та техніки медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією необхідно визначити ті психотерапевтичні підходи, що найбільш часто застосовуються по відношенню до цієї категорії осіб. Власне сам психотерапевтичний підхід та його теоретичну базу у комплексі можна назвати технологією медико-психологічного втручання у хід гемблінгу як специфічної нехімічної залежності. Важливо також звернути увагу, що медико-психологічне консультування передбачає органічне поєднання консультативної та психокорекційно-терапевтичної роботи, що надає право використовувати у його рамках увесь накопичений арсенал прийомів та технік, які були розроблені у царині тієї чи іншої психологічної теорії. При цьому необхідно враховувати, що психологічний вплив шляхом реалізації консультативної роботи має бути націлений на формування властивостей психологічної стійкості до повторного залучення в залежність від азартних ігор, а також на створення позитивного

образу Я, усвідомлення та переоцінку особистої нозології, зокрема, моментів, що безпосередньо пов'язані з психологічними витоками захворювання.

При організації медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією необхідно виходити з постулату, що всі залежності мають загальні психологічні механізми і корекція будь-якого виду залежності не може обмежуватися простим усуненням залежної поведінки [118]. Вихідними точками психологічної роботи з ігровими адикціями є розуміння того, що таким пацієнтам притаманні низька самооцінка, недостатня стійкість до розчарувань, слабкий контроль над імпульсами. На думку M. Chretien, I. Giroux, A. Goulet залежна особистість вимагає постійної та інтерактивної санації та корекції, що дозволять змінити вектор та модальність залежності і коригування, які можуть змінити тільки вектор і модальність залежності [120]. Традиційні ж підходи до медико-психологічного консультування такого поведінкового розладу як гемблінг необхідно доповнити оцінкою коморбідних психосоматичних захворювань, зокрема алекситимії. Тому особливу увагу потрібно приділити розробці такої моделі медико-психологічного консультування гемблерів, в якій би було враховано значну вірогідність наявності у них коморбідних психічних захворювань, зокрема, алекситимії.

У посібниках, присвячених психологічному консультуванню можна знайти алгоритм проведення психологічного консультування з залежними особами, у тому числі із гемблерами, що ґрунтується на застосуванні усього арсеналу відомих на сьогодні психотехнологій [138]. Після його детального опрацювання та пристосування саме до проблеми патологічного потягу до азартних ігор, він набув такого вигляду:

1) виведення на коло сутнісних проблем:

- a) визначення особливостей стандартної проблеми (патологічний потяг до азартних ігор);
- b) визначення того, які глибинні протиріччя вирішуються шляхом залучення до азартної ігрової діяльності;

- с) розробка набору особистісних характеристик, необхідних для того, щоб відмовитися від залежної поведінки;
- 2) робота з ресурсним станом для зниження та блокування потягу до азартних ігор шляхом демонстрації ресурсних можливостей організму та висвітлення феноменів консультативного та психокорекційного простору;
- 3) робота над вирішенням конкретних утруднень та проблем пацієнта – наприклад, низька самооцінка, конфліктність, невпевненість у собі, низька самоефективність тощо;
- 4) робота над розвитком стійкості щодо зловживання азартною ігровою діяльністю;
- a) завершення особистісної ідентифікації: опрацювання Я-ролей за допомогою соціально-психологічного тренінгу; використання гештальт-технік; когнітивно-поведінкова терапія; залучення до групової психотерапії; трансактний аналіз, тілесно-орієнтована терапія;
 - b) формування навичок відповідального вибору: ситуаційно-рольовий соціально-психологічний тренінг; когнітивно-поведінкова терапія; групова психотерапія; логотерапія; екзистенціальна психотерапія;
 - c) формування інтернального локусу-контролю: ситуаційно-рольовий соціально-психологічний тренінг; групова психотерапія; психодрама; трансактний аналіз; гештальт-терапія;
 - d) формування позитивного життєвого сценарію: трансактний аналіз; логотерапія; екзистенційна психотерапія; психодрама; групова психотерапія; ресурсні техніки;
 - e) розширення доступу до глибинних особистісних ресурсів: техніки досягнення ресурсних станів (рейфреймінг, аналітична психологія тощо);
 - f) інформування про шкоду пристрасті до азартних ігор;
 - g) виключення азартної ігрової діяльності з усіх життєвих сценаріїв.

групова психотерапія; техніка прийняття рішення за R. Goolding; психодрама; когнітивно-поведінкова терапія; трансактний аналіз;

h) антирецидивна терапія: тренінг перспективи позитивного майбутнього; когнітивно-поведінкова терапія; трансактний аналіз.

У клінічній практиці медико-консультаційної роботи з гемблерами психодинамічна технологія має тривалу традицію використання, оскільки психоаналітичний підхід є одним з досить давніх психотерапевтичних підходів. За досить давніми даними E. Bergler 75% гравців, по відношенню до яких було застосовано даний підхід, мали позитивну динаміку подолання своєї ігрової залежності [103]. Необхідно зауважити, що на думку W. Miller та S. Rollnick психодинамічний підхід базується на використанні таких особистісних якостей азартних гравців як нарцисизм та низька сила «Его» [166]. Медико-психологічні консультації та психокорекційна робота з пацієнтами, які мають ігрову залежність, що здійснюються у психоаналітичній парадигмі та використовують відповідну психотехнологію, спрямовані на розвиток вміння контролювати події майбутнього [157; 182]. Досить ефективним є також застосування психоаналітичної технології у груповому форматі. У такому варіанті роботи вона спрямовується на роботу з образами та емоціями, а також на опрацювання проблем зі спілкуванням, оскільки ігрові адикти досить часто мають значні утруднення саме у цих сферах [184]. Дослідники зазначають, що суттєвим недоліком використання психоаналітичного підходу у медико-консультаційній роботі з ігроманами є те, що вона завжди пов'язана зі значною внутрішньою напругою та неможливістю у короткий термін кардинально усунути дуже інтенсивний потяг до азартної ігрової діяльності. Саме тому бажано, що використання психодинамічної технології у консультативній та психокорекційній роботі з ігроманами підтримувалось медикаментозною терапією

Більшість фахівців, що працюють з патологічними гравцями, використовують переважно когнітивно-поведінкові методи консультування, що дозволяє досягти стійкого поліпшення приблизно в 50% випадків [104]. Серед

методів психотерапії в основному використовується поведінкова терапія, терапія відрази, імагінальна десенсибілізація, реструктуризація досвіду вирішення проблем, навчання соціальним навичкам, навчання навичкам профілактики рецидивів [106; 153; 162].

На цьому етапі огляду необхідно зазначити, що у спеціалізованій літературі більшість фахівців дотримуються думки, що медико-психологічне консультування не може використовуватися як самостійна форма роботи з гемблерами, а має супроводжувати медикаментозне усунення афективних розладів та астеничних проявів. Фактично мова йде про полімодальний, синтетичний, еkleктичний підхід до медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровими адикціями, що зумовлені алекситимічними розладами. Прикладом застосування такого підходу може бути використання раціональної психотерапії, спрямованої на розкриття основних механізмів, що прискорюють рецидив та які роблять значний внесок у забезпечення хаотичного образу життя таких гравців. На наступному етапі використовуються техніки гіпносуггестивної психотерапії з подальшим використанням таких методів поведінкового підходу як десенсибілізація та скіл-терапія. Завершенням такого консультування вважається проходження пацієнтом курсу групової психотерапії з клінічними рольовими іграми [45].

У вітчизняній традиції медико-консультативної роботи з такими хворими поетапно проводяться зустрічі, на яких послідовно вирішуються діагностичне, психоедукаційне завдання, а також завдання створення стратегії контролю імпульсу до гри, створення сприятливого сімейного середовища, вирішення проблем, створених у результаті ігрової залежності. Такий підхід до консультування, що фактично вбирає у себе кращі психотехнології когнітивно-поведінкової психотерапії, базується на глибокому розумінні ігрового циклу.

Когнітивно-поведінкова технологія медико-психологічного консультування азартних гравців включає декілька етапів:

- діагностичний етап – включає діагностику, визначення стадії ігрової

залежності, роз'яснення індивідуальних особливостей фаз ігрового циклу;

- психоедукційний етап – спрямований на усвідомлення пацієнтом неможливості повернення до початкового ставлення до гри та необхідності повної відмови від азартних ігор [8].

Досить часто використовується медико-психологічне консультування засноване на поведінковій терапії, взятій у «чистому» вигляді. Метою консультування за такою психотехнологією є корекція дезадаптивних форм поведінки із застосуванням методик, що базуються на теорії научіння, зокрема на класичній теорії оперантної зумовленості. У процесі медико-консультативної роботи з ігровою залежністю досить часто застосовується така техніка поведінкової психотерапії як систематична десенсибілізація [106; 107; 162].

Представники поведінкової терапії розглядають залежність від азартних ігор як вивчену дезадаптивну поведінку, від якої можна відучити за допомогою технік поведінкової терапії, розроблених на основі класичної та оперантної теорії научіння [97].

При консультуванні гемблерів з використанням технології, заснованої на когнітивній психотерапії, фахівець виходить з постулату про те, що від розуміння суб'єктом структури ситуації залежить його поведінка та емоційний стан. Головне в такому консультуванні – допомогти хворому розпізнати помилковість і безпідставність переконань, які призводять до дезадаптивної поведінки і негативного психоемоційного стану. Досить успішно застосовуються також техніки так званої аверсивної психотерапії [106; 107; 162].

Медико-психологічне консультування, засноване на когнітивному підході, спрямоване на корекцію когнітивних помилок, що знижує мотивацію до азартних ігор. Зокрема, Р. Ladouceur виявив, що після використання технік когнітивної психотерапії по відношенню до залежності від азартних ігор посилилось сприйняття контролю над проблемою та покращилась самоєфективність [153]. Важливо зазначити, що психотехнологія, заснована на

когнітивному підході також успішно може застосовуватись в груповій формі.

Досить розповсюдженою є практика використання технік поведінкової та когнітивної терапії в індивідуальному, груповому та сімейному форматах. Особливо ефективним виявляється залучення близьких родичів до процесу консультування, що дозволяє забезпечити належну емоційну підтримку адиктивному пацієнту.

Однак все таки більш ефективним є гармонійне поєднання технік поведінкової та когнітивної терапії, що отримало назву когнітивно-поведінкова технологія надання консультативної допомоги адиктивним пацієнтам. Таке консультування націлено на зміну когнітивного функціонування та поведінки гемблерів та досить успішно застосовується для корекції алекситимії. Ряд дослідників довели ефективність цих методів для лікуванні осіб, які страждають від ігрової залежності [153; 176; 187].

В науковій літературі можна знайти думку про те, що специфіка патогенетичного механізму виникнення нехімічних залежностей робить доцільним комбіноване використання когнітивно-поведінкової психотехнології та серотонергічних препаратів. Прикладом такого підходу є методика віртуального руйнування ігрового образу. При цьому на першому етапі консультування використовується раціональна позитивна психотерапія у поєднанні з антидепресантами, атипovими нейрорептиками та транквілізаторами. На другому етапі здійснюється віртуальне руйнування ігрового образу [171].

Досить успішно у медико-консультативній практиці з гемблерами використовується стратегічна сімейна психотерапія Д. Хейлі. Особливо ефективною вона може бути, якщо поєднується з психофармакологічними засобами [171].

Такі зарубіжні дослідники як J. Brown, D. Mitrović для оцінки готовності пацієнта позбавитись від ігрової залежності пропонують протягом певного часу виконувати рекомендації, які можуть здатися гемблеру дивними та абсурдними:

тричі підніматися та спускатися з поверху на поверх перед тим, як увійти до своєї квартири; перед виходом з дому записувати на диктофон, що потрібно зробити під час перебування на вулиці; позбирати сміття біля церкви; кожного дня віддавати жебракам певну суму грошей. При цьому пацієнтам пояснюють, що такі дії допомагають навчитися керувати емоціями і робити їх більш підконтрольними свідомості. На наступних етапах такого підходу до медико-психологічних консультацій гемблерів проводиться декілька терапевтичних зустрічей, у процесі яких здійснюється відпрацювання умовно-рефлекторного неприйняття місця, ситуації та інших атрибутів, пов'язаних з азартними іграми [167].

За даними S. Gladding є досвід застосування тілесно-орієнтованої та психодраматичної технологій для подолання потягу до азартних ігор. Прикладом застосування психодрами для цих цілей може слугувати наступний перелік заходів: 1) створення особистого міфу про свій патологічний потяг до азартних ігор з визначення ролей Фасилітатора та Судді; 2) робота з раннім дитячим досвідом та актуальними проблемами; 3) робота з генограмою з метою психологічного дистанціювання від деструктивного родинного спадку; 4) розігрування історії про власний Життєвий шлях з метою стратегічного планування власної життєдіяльності після ігрової залежності [138].

Окремі дослідники звертають увагу на ефективність використання гештальт-терапевтичних підходів у роботі з особами, що страждають від залежностей. Також є дані про ефективність застосування методів нейролінгвістичного підходу [93].

Отже, станом на теперішній час доведено ефективність використання цілого комплексу психотехнологій у процесі медико-психологічного консультування та психокорекції пацієнтів з ігровою адикцією, а саме психодинамічна (психоаналітична), біхевіористична, гештальт-орієнтована, когнітивно-поведінкова, раціонально-емотивна, стратегічна сімейна, тілесно-орієнтована, психодраматична технології. За ступенем доведеної ефективності, широті використання та адекватності відносно до специфіки залежності від

азартних ігор провідну позицію займає когнітивно-поведінковий підхід.

2.3. Авторська модель медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією, спричиненої станом алекситимії

Для вирішення завдання побудови концептуальної моделі медико-психологічного консультування ігроманів з коморбідним алекситимічним радикалом у структурі особистості, необхідно виділити ті ключові моменти, що мають обов'язково враховуватись під час організації терапевтичного психологічного впливу на таку категорію пацієнтів, а саме:

- 1) патологічна ігрова залежність характеризується вираженою коморбідністю та часто поєднується з іншими психопатологіями, психічними дисфункціями, деструктивними індивідуально-психологічними властивостями особистості, порушеннями функціонування емоційної сфери, зокрема, емоційними розладами;
- 2) патологічний потяг до азартних ігор на рівні сформованої адикції міцно вбудовується у ядерні особистісні структури індивіда, трансформує й деформує їх та, виступаючи злоякісним утворенням у структурі особистості, формує стійкий стиль його життя, що унеможлиблює симптоматичну корекцію цього виду залежності, а вимагає психологічної корекції усєї особистості пацієнта. Тобто у якості мішені терапевтичного психологічного впливу мають виступати не стільки симптоми залежності від азартних ігор, скільки глибинні та базові особистісні структури хворого, що виступають сутнісними предикторами залежності;
- 3) адиктивна поведінка, що виражається у патологічній пристрасті до азартних ігор тісно корелює з особливостями функціонування емоційної сфери індивіда та властивостями його емоційності, зокрема, такими як схильність до формування афекту, труднощі самоконтролю емоційних станів, емоційна лабільність, виражена збідненість емоційної сфери, складнощі усвідомлення та диференціації емоційних станів, імпульсивність, схильність до переживання слабо артикульованих дисфоричних емоційних станів

високого ступеню інтенсивності;

- 4) наявність алекситимічного радикалу у структурі особистості індивіда виступає потужним предиктором формування лудоманії, її безперервного прогресування та систематичної маніфестації, інтенсивність якої постійно посилюється та набуває усе більш деструктивних форм. Феномен алекситимії часто лежить в основі дефіцитарної емоційної поведінки та підтримує адиктивні способи активації почуттів, спричиняючи виникнення ігрової залежності. Симптоматика алекситимічного розладу є досить розповсюдженим супутником гемблінгу та виступає його внутрішньою рушійною силою. Коморбідний характер їх сполучення обґрунтовується тим, що ці розлади мають автономну нозологію, що не зводиться одна до одної;
- 5) загальнопсихологічний механізм зв'язку алекситимії з ігровою залежністю полягає у тому, що гемблінг є закономірною компенсаторною реакцією на стан емоційного неблагополуччя, що притаманний індивіду з алекситимічним розладом, базовим симптомом якого є виражений стан хронічного, інтенсивного та малоусвідомлюваного емоційного дискомфорту, значного переважання негативної афективності над позитивною. Тому ігрова діяльність, об'єктивні характеристики якої зумовлюють її операційну легкість, ілюзорну успішність та значну привабливість, починає виступати одним з небагатьох джерел отримання задоволення для алекситима, надцінною можливістю пережити емоції позитивного спектру, що виступає чинником трансформації поодиноких випадків проведення часу в ігрових клубах та казино на пристрасть, що повністю поглинає суб'єкта ігрової активності та руйнує його життя;
- 6) клінічна картина та тривалість хронічного перебігу алекситимічного розладу призводить до того, що симптоматика ігрової залежності може посилюватись або, навпаки, згладжуватись. Оскільки алекситимія може збільшувати тяжкість симптомів та ризик патологічної пристрасті до азартних ігор, можна припустити реальність зворотного ефекту впливу, що полягатиме у вираженому редукуванні симптомів лудоманії за умови

усунення алекситимічного радикалу зі структури особистості пацієнта. Тому ключова стратегія психологічного впливу на ігромана з алекситимічним розладом полягає у формуванні здатності визнавати та осмислювати свої емоційні стани та розробці більш ефективних способів керування власними емоціями, а також відновлення реалістичного та адекватного сприйняття своєї життєвої ситуації та наслідків прогресування залежної поведінки;

7) реалізація концептуальної моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією, спричиненої станом алекситимії доцільна тільки за умови обґрунтованого та доведеного діагностичного висновку про наявність у пацієнта алекситимічного розладу та відповідної ігрозалежної симптоматики, що спровокована саме ним;

8) коморбідне сполучення алекситимії з симптомами патологічної ігрової залежності значно ускладнює психотерапевтичний процес та висуває особливі вимоги до професійної компетентності медичного психолога, який має володіти стратегією та тактикою взаємодії з пацієнтами, які страждають на лудоманію, можуть включатись до процесу медико-психологічного консультування на різних стадіях захворювання та, відповідно, демонструвати як більш виражену, так і сплющену симптоматику обох коморбідних розладів у ході терапевтичного психологічного впливу.

Завдання створення концептуальної моделі медико-психологічного консультування ігроманів з алекситимічним радикалом у структурі їх особистості може бути операціоналізовано як завдання структурного розкриття принципово важливих позицій та особливостей застосування інтегративно-еклектичного підходу у психотерапевтичній практиці, застосованого по відношенню до консультативної роботи з пацієнтами, які страждають на залежність від азартних ігор та мають коморбідну алекситимічну симптоматику. Важливо також особливо підкреслити, що внаслідок тісного поєднання симптомів ігрових адиктивних розладів та алекситимії, їх взаємопроникнення, взаємовпливу та вираженого реципронного зв'язку, а також враховуючи об'єктивну можливість достовірного відділення симптоматики кожного з цих розладів один від одного при роботі медичного психолога з конкретним хворим,

психологічний вплив із застосуванням арсеналу психотерапевтичних технік різних підходів має бути зорієнтований одночасно і на усунення симптоматики ігрової адикції і на ядерну симптоматику первинного психічного захворювання, яким у рамках нашого дослідження виступає саме алекситимія. Тим більше, що станом на теперішній час більшість із відомих психотерапевтичних підходів (особливо, когнітивно-поведінкова терапія, психодрама, трансактний аналіз, логотерапія) досить успішно зарекомендували себе у царині лікування як ендогенних психічних захворювань психотичного рівня, так і розладів психосоматичного рівня, до яких можна віднести алекситимію [94; 167; 192].

Важливою особливістю медико-психологічної консультації, що принципово відрізняє її від класичної психотерапевтичної роботи, є прискіплива увага фахівця до когнітивної складової особистості пацієнта, збагачення його когнітивної сфери відомостями, що можуть бути важливими для подолання позитивної симптоматики таких коморбідних психічних розладів як гемблінг та алекситимія, підвищення рівня його інформованості про психологічні джерела, чинники та механізми виникнення цих захворювань, наявних психологічних засобів полегшення психоемоційного стану пацієнта та подолання цих психічних розладів. Саме тому в авторській моделі медико-психологічного консультування пацієнтів цієї категорії необхідно передбачити психоедукаційну (психоосвітню) складову. У цьому аспекті варто звернути увагу на когнітивно-поведінкову модель лікування психічних та функціональних психологічних розладів різного генезу, що досить тісно та ефективно працює з когнітивною сферою психічно хворих та на цій основі домагається значних результатів в усуненні ядерних психічних захворювань та їх супутніх емоційних порушень. Важливо підкреслити, що станом на теперішній час є дані про застосування когнітивно-поведінкової технології навіть для психологічної допомоги важким хворим, що страждають від психічних захворювань психотичного рівня. Наприклад, розроблено різні протоколи лікування шизофренії засобами когнітивно-поведінкової терапії, задля чого використовуються різні її форми: індивідуальна та групова, короткосторокова та довгосторокова. На сьогодні досить відомими є наступні

протоколи симптомо-орієнтованих підходів когнітивно-поведінкової терапії, що з високими показниками ефективності використовуються для психотерапевтичної допомоги хворим на шизофренію: «Когнітивно-поведінкова терапія керованої самопомоги на основі психозу» (CBTr-GSH), «Впоратися з голосами» (CWV) «Втручання для голосів» (GiVE) «Тренінг когнітивної адаптації» (CAT) «Втручання занепокоєння» «Індивідуальний тренінг стійкості» [137, 139, 146, 170, 202]. Багато дослідників вважають методи когнітивно-поведінкової терапії найбільш перспективними в роботі з ендогенними психічними розладами, а психологічне навчання пацієнтів – важливим етапом у її структурі. На нашу думку, такий висновок можна зробити і по відношенню до алекситимічного розладу, ускладненого наслідковим патологічним потягом до азартних ігор. Тим більше, що ці порушення є не настільки важкими та незворотними як ендогенні психічні захворювання.

Отже, психоедукація є важливим елементом моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з коморбідним поєднанням лудоманії та алекситимії і дозволяє обрати форму втручання, що є оптимальною для відповідної фази перебігу захворювання. Модель медико-психологічного консультування, базована на інтегративно-еклектичному підході має визнавати важливість зосередження уваги на кожному окремому симптомі, таким чином забезпечуючи основу для кращих результатів лікування. Розуміння пацієнтом цієї концепції має виражений терапевтичний ефект [192, 205].

При медико-психологічному консультуванні пацієнтів з ігровою адикцією особливого значення набуває той напрям психологічного впливу, що спрямований на засвоєння пацієнтами навичок прийняття та управління коморбідною симптоматикою. У цілому ж така форма роботи не ставить за мету повне зникнення симптомів основного психічного захворювання, яким у нашому дослідженні виступає алекситимія. Вона скоріше спрямована на нівелювання дезадаптивних поведінкових проявів, що були ним спровоковані, зокрема поведінкових проявів ігрової залежності, а також генерування альтернативної більш конструктивної поведінки у відповідь на емоційний дискомфорт, спричинений алекситимією, що дозволить згладити її

симптоматику, а в окремих випадках – повністю позбутися. Медико-психологічне втручання при цьому має розглядатися як ефективне, якщо після реалізованої консультативної роботи є зниження емоційного дистресу, а також зростає конструктивна соціальна активність пацієнта, підвищення якості його життєдіяльності, а також загальна задоволеність життям.

Така подвійна зорієнтованість медико-консультативної інтервенції та психологічної корекції найбільш ефективними засобами відомих на сьогодні психотехнологій як на симптоми лудоманії, так і на прояви алекситимії дозволить не тільки оптимізувати поведінкову активність пацієнта за рахунок усунення патологічного потягу до азартних ігор та його руйнівного впливу на життя хворого, але і покращити його загальний психоемоційний стан шляхом усунення значного емоційного дискомфорту, спричиненого первинним психологічним розладом, у якості якого виступає алекситимія.

Виходимо з того, що медико-психологічне консультування пацієнтів з коморбідним поєднанням лудоманії та алекситимії має будуватися на принципах психотерапевтичної співпраці, що широко застосовуються у рамках різних теоретичних підходів, зокрема у когнітивно-поведінковій психотерапії:

1. Емпатійна, емоційно підтримуюча терапевтична взаємодія – спільна розробка загальної, зрозумілої для пацієнта концептуалізації, яка формуватиме його уявлення про витоки та механізми, що провокують патологічний потяг до гри, а також дозволить усвідомлювати більший спектр емоційних переживань та краще контролювати їх.

2. Орієнтація на норму – підтримка та прийняття без засудження можуть зменшити переживання сорому чи стигми, які часто пов'язані зі станом психоемоційної напруги та адиктивних проявів.

3. Психологічна підготовка пацієнта до особистісного прийняття та подолання спектру алекситимічних та адиктивних симптомів [113].

В авторській моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією, спричиненої станом алекситимії має бути врахований той факт, що для оцінки когнітивних, поведінкових та емоційних реакцій на стрес серед осіб з алекситимічним радикалом у структурі особистості, буде

ефективним застосування клінічного інтерв'ю, з аналізом історії життя і хвороби з метою виявлення копінг-стратегій, поведінкових та когнітивних адаптаційних механізмів, що найбільш часто використовуються в загрозованих і тривожних ситуаціях, а також значущих зовнішніх середовищних і внутрішніх психологічних чинників, що вплинули на особливості формування тих чи інших копінг-стратегій і їх трансформацію при тривалому перебігу адиктивних та емоційних порушень. Отримані дані будуть сприяти розумінню психодинамічних механізмів в кожному конкретному випадку, що має значення у виборі адекватної психологічної корекції та заходів психореабілітації.

У процесі медико-психологічного консультування відбувається вивчення історії виникнення та специфіки розладу, а також детальний опис психотерапевтичного випадку у вигляді комплексу взаємопов'язаних формулювань, що у своїй завершеній повноті представляють форму його структурованої концептуалізації [34]. Формулювання визначається як процес спільної побудови гіпотези («найкращої думки») про походження маніфестацій психічних розладів, притаманних пацієнту, у контексті його стосунків, соціальних обставин, життєвих подій і, найголовніше, сенсу, який він їм приділяє [151]. Виділяються два однаково важливих джерела, що дозволяють поєднати теорію з практикою та створити максимально достовірне формулювання: 1) професійні знання медичного психолога, що вбирають у себе теорію психології та психотерапії, дані досліджень та клінічний досвід; 2) наявні у пацієнта відомості, що отримані з власного життєвого досвіду, зокрема особливості прояву його захворювання, стосунки з оточуючими та життєві обставини. Формулювання має враховувати ресурси та сильні сторони пацієнта, що можуть бути використані для адаптації до тієї життєвої ситуації, особливості перебігу якої дуже сильно зумовлені наявними психологічними порушеннями та, відповідно, характеризуються несприятливим характером та значною тяжкістю. Медичний психолог при побудові формулювання має дотримуватися принципу спроби глибокого та емпатичного розуміння думок і поведінки хворого, незалежно від того, якими б незвичними, заплутаними, деструктивними, приголомшливими або лякаючими вони не були, реалізація

якого дозволяє віднайти сенс у загальному конгломераті його відчаю та хаосу. Іншими принципами побудови формулювання є те, що цей процес має бути спільним, заснованим на повазі до поглядів пацієнта, з використанням звичайної та доступної мови, створеним чутливо, без засудження, включаючи його сильні сторони та досягнення. Таким чином, створення якісних терапевтичних формулювань, що висвітлюють генезу перебігу захворювання та можливі варіанти психотерапевтичного впливу виступає одним з основних складових медико-психологічного консультування, що інтегрує унікальний досвід пацієнта в психологічну теорію або модель походження, динаміки і подолання проблеми [164, 193].

На основі викладених позицій нами було розроблено авторську модель медико-психологічного консультування пацієнтів з коморбідним поєднанням гемблінгу та алекситимії. Ця модель може виступати дієвим доповненням психофармакотерапії та сфокусована на усуненні психоемоційного дискомфорту, пов'язаного з наявністю алекситимічного радикалу у структурі особистості пацієнта, що лежить в основі виникнення схильності до зловживання азартними іграми. Ключове припущення щодо джерел згаданого емоційного дискомфорту полягає у кумулятивному накопиченні негативних емоційних переживань без можливості їх повного усвідомлення, а також адекватного та вільного самовираження внаслідок наявності алекситимічного порушення та незадовільного розвитку когнітивної сфери, зокрема навичок формулювання та вербалізації.

Таким чином, авторська модель медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією, спричиненої станом алекситимії, має включати у себе наступні обов'язкові компоненти, що розподіляються за етапами здійснення медико-психологічного консультування та включаються у загальний простір терапевтичного психологічного впливу на цю категорію пацієнтів (рис. 2.1):

- ознайомлення з медичною документацією, що описує історію хвороби пацієнта;
- діагностична оцінка – побудова загальної деталізованої клінічної картини

перебігу коморбідних психологічних порушень та дисфункцій, зокрема їх симптоматики, що буде визначати характер перебігу процесу надання психологічної допомоги;

- інформування пацієнта про походження та перебіг наявних розладів, можливості медико-консультативних заходів, необхідність активної участі у процесі терапевтичного психологічного впливу;

- побудова когнітивної моделі наявних коморбідних порушень та психологічних механізмів їх сполучення – побудова формулювання та визначення основних мішеней медико-психологічної роботи у формі наявних у пацієнта дезадаптивних, нерациональних когніцій, що поглиблюють та інтенсифікують адиктивну поведінку, а також створюють замкнене коло дестабілізації його психоемоційного стану;

- підбір психотехнологій, заснованих на найбільш ефективних психотерапевтичних підходах;

- апробація різноманітних методів та технік впливу медичного психолога на симптоматику алекситимії, що являє собою первинне психологічне порушення;

- застосування усього арсеналу психотехнологій різних теоретичних підходів (гештальт-терапія, психодрама, когнітивно-поведінкова терапія, логотерапія), спрямованих на визначені на установчому етапі мішені психологічного впливу, зокрема, зменшення кількості маніфестацій залежної ігрової поведінки, покращення здатності до усвідомлення та вираження актуальних емоційних станів, зменшення кумулятивного психоемоційного дискомфорту;

- моніторинг динаміки змін залежної ігрової поведінки та психоемоційного стану пацієнта, зокрема, оцінка ослаблення кореляційних зв'язків між цими коморбідними психологічними порушеннями;

- перевірка стійкості та надійності досягнутого позитивного ефекту після завершення консультації та психокорекційної роботи;

- проведення декількох контрольних зустрічей, спрямованих на фіксацію досягнутого ефекту терапевтичного психологічного впливу, у ході яких

здійснюється логічне завершення роботи консультативного альянсу, будується перспектива майбутнього для пацієнта, а також відбувається навчання навичкам попередження рецидиву. Спілкування на цьому етапі має носити характер партнерської довірливої бесіди та має бути спрямоване на мотивацію пацієнта до повсякденного використання набутих у ході медико-консультативної взаємодії навичок. Важливою метою медичного психолога на цьому етапі є усвідомлення пацієнтом своєї самоефективності, його стимуляція до ведення здорового способу життя, що дозволяє пацієнту усвідомити, активності у царині соціальних відносин, схвалення подальших життєвих звершень.



Рисунок 2.1. Модель медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією, спричиненої станом алекситимії

Представлена на рисунку 2.1 модель має два рівні реалізації. Перший рівень характеризується більшою узагальненістю та представляє стратегічні напрями роботи у процесі консультативної взаємодії з пацієнтом. На другому рівні представлено конкретні завдання та зміст професійної діяльності медичного психолога, відпрацювання яких забезпечує ефективну реалізацію напрямів роботи першого рівня. Важливо зазначити, що перший рівень моделі являє собою не етапи, а саме стратегічні напрями медико-психологічного консультування, що однак не означає наявності логічної узгодженості між ними та необхідності послідовного відпрацювання. Водночас це означає можливість повернення на будь-який стратегічний напрям та його повторної реалізації у разі виникнення такої потреби.

Отже, можна зробити висновок, що установча діяльність, психоедукація, психокорекційний вплив у просторі інтегративно-еклектичного підходу, а також контроль-но-ревізійна діяльність медичного психолога органічно входять до складу моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з коморбідним поєднанням алекситимічного розладу з ігровою адикцією, а їх якісна та ефективна реалізація дозволить кардинально змінити психемоційний статус цієї категорії хворих з патологічного на більш оптимальний, одночасно корегуючи і потяг до азартних ігор, і прояви алекситимічного радикалу у структурі особистості. При цьому важливо наголосити, що програми надання психологічної допомоги таким пацієнтам мають відповідати їх індивідуально-психологічним особливостям, що буде виражатися у врахуванні специфічних та унікальних потреб кожного, хто звернувся за допомогою.

Якщо на цьому етапі нашого дисертаційного дослідження перед нами стояло завдання розробки авторської моделі медико-психологічного консультування, то на наступних етапах планується її застосування у вигляді створення конкретної програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією, а також їх подальша емпірична апробація.

2.4. Авторська програма психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією

Використовуючи концептуальну модель медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією внаслідок наявності алекситимії, було розроблено програму психокорекції, зорієнтовану на всебічну психологічну допомогу даній категорії хворих, здійснення на них комплексного терапевтичного психологічного впливу з орієнтацією на інтегративно-еклектичний підхід до підбору та використання існуючих терапевтичних психотехнологій, а також з урахуванням психологічних особливостей осіб з алекситимічним радикалом у структурі особистості та психологічних механізмів зв'язку алекситимії з ігровою залежністю, що були висвітлені раніше. Фактично представлена у попередньому підрозділі модель медико-психологічного консультування виступає узагальненою стратегічною базою діяльності медичного психолога з відповідною категорією пацієнтів та знаходить свою конкретну практичну реалізацію у психокорекційній програмі, зміст якої буде розкрито нижче. Необхідно зауважити, що створена психокорекційна програма спрямована не стільки на подолання симптомів ігрової залежності, скільки на трансформацію особистості пацієнтів (таблиця 2.1, додаток А).

Основні завдання реалізації авторської програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією:

- 1) формування готовності до прийняття відповідальності за своє життя, інтерналізація локусу контролю;
- 2) формування навичок емоційної саморегуляції та вербалізації актуальних емоційних переживань;
- 3) підтримка мотивації на участь у психокорекційних заходах та відмова від азартних ігор;
- 4) компенсація особистісних порушень, стимуляція особистісного зростання;
- 5) налагодження міжособистісних стосунків з оточуючими та їх реалістичне сприйняття, відновлення соціального функціонування;

- 6) покращення якості життя, відновлення адекватної оцінки та реалістичного сприйняття своєї життєвої ситуації;
- 7) оптимізація самосприйняття, покращення ставлення до себе, позитивна реконструкція «Я-образу»;
- 8) розвиток вміння самостійно піклуватися про себе;
- 9) дезактуалізація основних проявів гемблінгу та попередження рецидивів.

Таблиця 2.1

Тематичний план програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з
алекситимією

№ з/п	Мета	Зміст занять	К-сть годин
I. МОДУЛЬ КОРЕКЦІЇ Я-КОНЦЕПЦІЇ ТА САМООЦІНКИ			
1.	Оптимізація самосприйняття	<ul style="list-style-type: none"> - Знайомство. - Вправа «Емоційне коло». - Гештальт-техніка «Антикварний магазин» - Вправа «На якій я сходинці» - Когнітивний диспут «Мене можна поважати...» - Вправа «Я – реальний, я – ідеальний» - Рефлексія 	1
2.	Покращення ставлення до себе, позитивна реконструкція «Я-образу»	<ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Емоційне коло» - Вправа «Хто Я?» - Вправа «Самопрезентація». - Вправа «Прокурор і адвокат» - Техніка порожнього стільця «Звернення до себе» - Вправа «Скульптура» - Рефлексія 	1
<i>Всього за модулем 1:</i>			2
II. МОДУЛЬ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА СВОЄ ЖИТТЯ (ІНТЕРНАЛІЗАЦІЯ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ)			

3.	Формування готовності до прийняття відповідальності за своє життя, інтерналізація локусу контролю	<ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Комісійний магазин» - Вправа «Лінія життя» - Вправа «Подолання» - Вправа «Мапа майбутнього» - Робота з психологічними думками та афоризмами 	1
4.		<ul style="list-style-type: none"> - Вправа «В чому мені пощастило у цьому житті» - Арт-техніка «Найщасливіший день» - Вправа «Драбина» - Притча «Все в твої руках» - Групова дискусія «Сфери відповідальності» - Робота з психологічними думками та афоризмами 	1
<i>Всього за модулем 2:</i>			2

Продовження таблиці 2.1

III. МОДУЛЬ ОПТИМІЗАЦІЇ МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ			
5.	Налагодження міжособистісних стосунків з оточуючими та їх реалістичне сприйняття	<ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Еміграція» - Вправа «Розмова по телефону» - Тренування емоційної стійкості у спілкуванні - Рефлексія 	1
6.		<ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Я така, ти такий...» - Вправа «Коло спілкування» - Вправа «Корекція автоматичних думок та переконань» - Вправа «Контакти» - Рефлексія 	1
<i>Всього за модулем 3:</i>			2
IV. МОДУЛЬ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ			
7.	Формування навичок емоційної саморегуля-	<ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Емоційне коло» - Вправа «Колір емоцій» - Мозковий штурм «Методи та прийоми управління своїм настроєм» - Вправа «Царівна Несміяна» - Психотехніка «Вентиляція емоцій» 	1

8.	ції та вербалізації емоційних переживань	<ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Прогноз вчинку» - Вправа «Лист від свого Я» - Вправа «Створення мандали» - Вправа «Базове перцептивне зрушення» - Техніка розслаблення за Е. Джекобсоном 	1
<i>Всього за модулем 4:</i>			2
V. МОДУЛЬ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ПІКЛУВАННЯ ПРО СЕБЕ			
9.	Розвиток вміння самостійно піклуватися про себе	<ul style="list-style-type: none"> - Мозковий штурм «Навички самопіклування» - Притча «Формування діаманту» - Вправа «Переписана біографія» 	1
10.		<ul style="list-style-type: none"> - Дискусія «Життєві труднощі та їх подолання» - Вправа «Три бажання» - Вправа «Виявлення внутрішніх ресурсів» - Рефлексія роботи за програмою 	1
<i>Всього за модулем 5:</i>			2
Всього:			10

Враховуючи те, що психокорекційне втручання має експериментальний характер та здійснюється у рамках дисертаційного дослідження, що передбачає участь значної кількості респондентів, розроблена програма психокорекційної інтервенції передбачає груповий формат участі досліджуваних у психокорекційних сесіях, а також передбачає розробку короткострокового варіанту програми, що включає 10 групових психокорекційних занять. Необхідно зауважити, що реальна кількість зустрічей виходить за рамки 10 психокорекційних сесій, оскільки включала індивідуальну роботу з пацієнтами, що страждають від коморбідного поєднання ігрової залежності та алекситимії, їх психодіагностичне обстеження, а також проведення психоедукаційних занять.

Значна увага у загальному комплексі заходів психокорекційної програми приділяється психологічній просвіті пацієнтів, які увійшли до складу вибірки дослідження, що зумовило наявність психоедукаційного блоку майже у кожній

психокорекційній сесії. Термін «психоедукація» порівняно нещодавно почав вживатися в психологічній практиці. Дефініція походить від англійського слова «psychoeducation» та означає практику надання людині знань про шляхи подолання наслідків проблемної життєвої ситуації, формування особистісного потенціалу, що дозволяє підвищувати якість життя, особистісних рис та навичок, необхідних для ефективної взаємодії з оточуючими, а також озброєння практичними засобами надання психологічної самопомоги.

Як зазначає О. Фролова, психоедукація виступає необхідним етапом у психологічному консультуванні / психотерапії, що дає людині знання про шляхи подолання наслідків травматичної події [77]. При цьому завдання консультанта не просто дати знання про те, що відбувається з людиною, про природу тих чи інших психічних явищ, але і навчити використовувати отриману інформацію. Таким чином, мова йде не тільки про те, щоб транслювати інформацію, але про приведення в дію тих процесів, що будуть сприяти розвитку адаптивної поведінки, вирішенню певного психологічного утруднення. Це передбачає надання учасникам психоедукаційної роботи практичного психологічного інструментарію, що може бути використаний ними по відношенню до самих себе для досягнення конструктивних особистісних змін, а також зміни свого психоемоційного стану на краще.

Психоедукаційні заходи мають розраховуватись на чітко визначений час та включати в себе блоки психологічної інформації, спрямованої на подолання певних недоліків психічного функціонування людини, покращення її емоційного самопочуття, відпрацювання стратегії та тактики управління власними психоемоційними станами [50; 67]. У джерелах робиться акцент саме на тому, що реалізація психоедукаційних заходів спрямована, в першу чергу, на вирішення просвітницьких задач: просвіта учасників про те, як вони можуть самостійно боротися з неадаптивними проявами, підвищувати свою компетентність, долати негативні психоемоційні стани, а також інформування про шляхи пошуку допомоги у разі неможливості самостійного вирішення проблемної ситуації. Не дивлячись на те, що психоедукація у порівнянні з

психокорекцією або психотерапією в більшій мірі спрямована на підвищення рівня поінформованості цільової групи, досягнення просвітницької мети, реалізація психоедукаційних заходів передбачає активне застосування інтерактивного навчання: учасники виступають не пасивним реципієнтом інформації, а активним учасником процесу. Добре відомо, що на відміну від традиційного інтерактивного навчання має ряд суттєвих переваг, дозволяючи використовувати групову динаміку та групову взаємодію в навчальних цілях: обмін думками, обговорення власного досвіду, ефект зворотного зв'язку, позитивне підкріплення тощо [50; 67].

З досліджуваними пацієнтами проводились психоедукаційні заходи, у процесі яких розглядалась наступна тематика: «Що таке алекситимія, її ключові симптоми», «Роль алекситимії у виникненні ігрової залежності», «Особливості психологічного зв'язку ігрової залежності з алекситимією», «Ігрова залежність як біо-психо-соціальне захворювання», «Симптоми та синдроми гемблінгу», «Стадії формування патологічного потягу до азартних ігор», «Психосоматичні наслідки зловживання азартними іграми», «Соціальні наслідки ігрової залежності», «Робота психологічного захисту при сформованій ігровій залежності», «Профілактика ігрового рецидиву», «Шляхи подолання ігрової залежності».

Всього в емпіричному дослідженні взяли участь 120 пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор, які вперше звернулися за медичною допомогою. Основну групу буде сформовано з пацієнтів із сформованим патологічним потягом до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії, які отримуватимуть стандартне лікування із залученням до розробленої програми психокорекції. Групу порівняння буде сформовано з пацієнтів із сформованим патологічним потягом до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії, які отримуватимуть стандартне лікування та будуть занесені в лист очікування для залучення до розробленої програми психокорекції після того, як це зробить основна група. Таким чином, психокорекційною програмою було охоплено 60 пацієнтів, які увійшли до складу основної групи. Критеріями включення до дослідницької вибірки стали: 1) наявність діагнозу «патологічний потяг до

азартних ігор»; 2) можливість надати інформаційну згоду; 3) вік від 18 до 55 років; 4) наявність алекситимії. Критерії виключення з дослідницької вибірки: 1) відсутність інформаційної згоди; 2) наявність психотичного розладу на момент психодіагностичного обстеження; 3) вживання психоактивних речовин; 4) участь в інших дослідженнях на момент проведення нашої психокорекційної інтервенції.

Знання проблемних психологічних зон пацієнтів з коморбідним сполученням ігрової адикції та алекситимії, що підвищують ризик дезадаптивних поведінкових проявів, та аналіз літературних джерел дозволили визначити методи та заходи психологічної корекції, які найбільш ефективно зарекомендували себе в боротьбі з цими психологічними дисфункціями. Для подолання симптомів гемблінгу та алекситимії успішно використовуються техніки когнітивної та раціональної психотерапії, аутогенне тренування, вправи на виявлення внутрішніх ресурсів та особистісного потенціалу, психогімнастичні та візуалізаційні вправи, техніки роботи з Я-концепцією, розроблені у рамках гуманістичної психології. Техніки когнітивної та раціональної психотерапії дозволяють оптимізувати сприйняття пацієнтом своєї життєвої ситуації, більш менш раціонально оцінити всі її недоліки та переваги, відпрацювати навички позитивного мислення.

Техніки виявлення внутрішніх ресурсів та особистісного потенціалу дозволяють віднайти запас внутрішніх здібностей і можливостей для проживання різноманітних проблемних ситуацій, пов'язаних з наявною залежністю, а також віднайти стан психоемоційної рівноваги та спокою шляхом підвищення впевненості у собі. Заняття аутогенним тренуванням формують навички емоційної саморегуляції та термінової релаксації в емоційно напружених ситуаціях. Психогімнастичні та візуалізаційні вправи дозволяють оперативно покращити актуальний емоційний стан працівників. Техніки роботи з Я-концепцією оптимізують самооцінку, формують адекватне, реалістичне уявлення про самого себе [171].

Особливий інтерес в аспекті подолання лудоманії викликають такі підходи психологічної допомоги як когнітивна терапія А. Бека та раціонально-

емотивна А. Елліса. Загальною ідеєю підходів є припущення про те, що спосіб тлумачення і суб'єктивного пояснення світу визначає як настрій, так і поведінку людини. Дисфункціональні оцінки людиною різноманітних життєвих ситуацій, що лягають в основу психологічного неблагополуччя та дезадаптації в рамках даних підходів визначаються як негативні моделі або «схеми». Ці негативні конструкти грають роль своєрідного фільтра, через який певні аспекти пережитих подій сприймаються та інтерпретуються. Тому пацієнту необхідно їх ретельно розглянути з метою оцінки адекватності та реалістичності таких інтерпретацій [99; 133]. Когнітивна терапія дозволяє виявити, усвідомити і модифікувати так звані «автоматичні думки», іншими словами дисфункціональні думки і переконання, які призводять до хворобливих станів і неадекватних реакцій, частина яких може бути сформована на підставі минулого досвіду. Використання методів даних теорій дозволяє піддати корекції ірраціональні судження, засновані на суб'єктивній інтерпретації, віруваннях суб'єктів азартної ігрової діяльності, і «автоматичними» образами та думками, які проявляються як реакція людини на ситуацію зараз, а також з глибинними переконаннями і уявленнями людини про себе і світ, його установками і правилами, що виникли в результаті минулого досвіду [99; 133].

Прикладами конкретних заходів когнітивного та раціонально-емотивного підходів, що можуть бути застосовані до працівників з метою профілактики в них емоційного вигорання, можуть послужити такі вправи як «Базове перцептивне зрушення» А. Елліса та «Корекція автоматичних думок та переконань» А. Бека.

Вправа «Базове перцептивне зрушення» полягає у тому, що пацієнт заповнює спеціальний бланк, де в першій колонці перераховуються всі думки / переконання, які в певній ситуації викликають у нього негативні емоції. У другій колонці вказуються корисні вони чи ні. У третій наводяться аргументи на користь їх корисності. А в четвертій, навпаки, аргументи проти цього переконання. У заключній п'ятій колонці фахівцю пропонується привести докази з особистого досвіду, які б підтримували кращий аргумент на користь цього переконання [171].

Вправа «Корекція автоматичних думок та переконань» проводиться у формі діалогу з працівником, під час якого його просять розповісти про будь-якої міжособистісної ситуації, що викликають у нього емоційний дискомфорт. Потім необхідно програти з ним цю ситуацію, в процесі чого працівнику необхідно спостерігати за думками, що виникають під час такої взаємодії, та промовляти їх вголос. В результаті вправи визначаються автоматичні думки, пов'язані з напруженим психоемоційним станом або дисфункціональною поведінкою. Всі вони мають бути обговорені з працівником з використанням наступних допоміжних запитань, що задає консультант: 1) що промайнуло у вашій голові в цей момент?; 2) Про що ви подумали?; 3) що ця ситуація означає для вас? [171]

Інтегративно-еклектичний характер розробленої психокорекційної програми зумовлює необхідність використання усього різноманіття прикладних досягнень різних психотерапевтичних шкіл. Зокрема, було використано елементи наступних практичних напрацювань зарубіжних та вітчизняних науковців:

- психодраматичні технології («Скульптура», «Мапа майбутнього») [9];
- релаксаційні психотехнології: аутогенне тренування, психотехнологія прогресивної м'язової релаксації Е. Джекобсона [23, с. 140];
- когнітивні психотехніки роботи з переконанням та настановами, психотехні спрямовані на модифікацію когніцій, психотехніки спрямовані на перетворення поведінкових паттернів (Й.-У. Мартенс, С. Сміт, Л. Сокол, М. Фокс, Т. Халлбом, А. Веck, J. Веck) [38; 66; 99; 100];
- гештальт-техніки («Антикварний магазин», техніка порожнього стільця) [171];
- психотехнології роботи з відчуттям щастя та суб'єктивним благополуччям (Е. Diener, R. Lucas, S. Oishi, C. Ryff, B. Singer) [131; 183];
- психотехніки роботи з мотивацією та волею (С. Занюк) [21];
- робота за моделлю «АВС» А. Елліса [133; 134; 135];
- психотехніка клієнтцентованого підходу «Я-реальний, я – ідеальний» [9];
- психологічні технології роботи з настроями та емоційною лабільністю

(Д. Грінбергер, К. Падескі, Д. Скот) [30];

- психогімнастична технологія вербалізації почуттів «Емоційне коло» тощо.

Отже, на цьому етапі роботи над дисертаційним дослідженням було визначено методологічні основи психологічної допомоги пацієнтам з коморбідним поєднанням ігрової залежності та алекситимії. Зокрема, було обґрунтовано стратегії та засоби медико-психологічного консультування та психокорекційної роботи з такими пацієнтами, створено концептуальну модель медико-психологічного консультування осіб з відповідною нозологією та розроблено авторську програму психокорекційної інтервенції. Наступні етапи дисертаційного дослідження будуть присвячені емпіричній перевірці наявності зв'язку алекситимії з лудоманією, а також експериментальній апробації розробленої психокорекційної програми.

Висновки до другого розділу

У результаті обґрунтування стратегій та засобів медико-психологічного консультування та психокорекційної роботи з пацієнтами, які страждають від ігрової адикції, спричиненої станом алекситимії було визначено ключові психологічні технології, що можуть застосовуватись у клініці медико-консультативної та психокорекційної роботи з цією категорією хворих, створено концептуальну модель їх медико-психологічного консультування та розроблено програму психокорекції наявної у них симптоматики. За підсумками здійсненої роботи можна зробити наступні висновки.

1. Важливими умовами подолання ігрової залежності у пацієнтів з алекситимією та відновлення у них здорових, адаптивних форм поведінки є: 1) забезпечення усвідомлення та адекватної вербалізації своїх емоцій, що дозволить ефективно усунути малоусвідомлюваний емоційний дискомфорт, який виступає глибинним чинником потягу до азартних ігор; 2) відновлення тверезого та реалістичного сприйняття своєї життєвої ситуації як протидії поступового занурення таких пацієнтів у викривлений світ ілюзорної успішності у просторі азартної ігрової діяльності; 3) враховуючи переважання

яскраво вираженого екстернального локусу контролю, досягнення усвідомлення пацієнтом того, що він сам виступає джерелом своєї дезадаптивної активності та прийняття ним відповідальності за власні дезадаптивні прояви та вчинки. Всі ці умови можуть бути створені та в якості важливих стратегічних напрямів реалізовані у рамках проведення медико-консультативної та психокорекційної роботи.

2. Комплекс засобів, психотехнік та прийомів є загальним для консультативної, психокорекційної та психотерапевтичної практики, з тією тільки різницею, що консультування має більш синтетичний та інтегративний характер та дозволяє використовувати ці засоби в різних варіаціях та поєднаннях, творчо змінюючи їх глибину та кількість. Консультування адиктивних пацієнтів не обмежене рамками однієї теорії, а вибір методичної бази залежить переважно від кваліфікації медичного психолога та особливостей наявної у пацієнта симптоматики.

3. Психотерапевтичний підхід та його теоретичну базу, що реалізуються у рамках медико-консультативного та психокорекційного процесу, у комплексі можна назвати технологією медико-психологічного втручання у хід гемблінгу як специфічної нехімічної залежності. Медико-психологічне консультування передбачає органічне поєднання консультативної та психокорекційно-терапевтичної роботи, що надає право використовувати у його рамках увесь накопичений арсенал прийомів та технік, які були розроблені у царині тієї чи іншої психологічної теорії. Для консультативної роботи з адиктивними пацієнтам варто використовувати інтегративно-еклектичний підхід, що органічно поєднує гуманістичний, екзистенціальний, логотерапевтичний, психодраматичний, тілесно-орієнтований, гештальтистський, когнітивно-поведінковий, зокрема, раціонально-емотивний підходи, а також елементи терапії прийняття та відповідальності. При цьому саме когнітивно-поведінковий підхід може виступати універсальною базою для роботи як з первинним (алекситимія), так і вторинним (лудоманія) порушенням.

4. Важливою особливістю медико-психологічної консультації є увага фахівця до когнітивної складової особистості пацієнта, збагачення його

когнітивної сфери відомостями, що можуть бути важливими для подолання позитивної симптоматики таких коморбідних психічних розладів як гемблінг та алекситимія, підвищення рівня його інформованості про психологічні джерела, чинники та механізми виникнення цих захворювань, наявних психологічних засобів полегшення психоемоційного стану пацієнта та подолання цих психічних розладів. Саме тому в авторській моделі медико-психологічного консультування пацієнтів цієї категорії передбачено психоедукаційну складову.

5. Установча діяльність, психоедукація, психокорекційний вплив у просторі інтегративно-еклектичного підходу, а також контрольна-ревізійна діяльність медичного психолога органічно входять до складу розробленої моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з коморбідним поєднання алекситимічного розладу з ігровою адикцією. Їх якісна та ефективна реалізація дозволить кардинально змінити психоемоційний статус цієї категорії хворих з патологічного на більш оптимальний, одночасно корегуючи і потяг до азартних ігор, і прояви алекситимічного радикалу у структурі особистості.

6. Створена у рамках нашого дисертаційного дослідження програма психокорекції ігрової адиктивної поведінки пацієнтів з алекситимією враховує виділені концептуальні умови досягнення психотерапевтичного ефекту у цієї категорії хворих та базуються на визначених найбільш ефективних психотехнологіях. Її практична реалізація дозволить якісно реалізувати усі стратегічні напрями терапевтичного психологічного впливу на цю категорію пацієнтів.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗВ'ЯЗКУ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР З АЛЕКСИТИМІЄЮ

3.1. Дизайн та методи емпіричного дослідження зв'язку ігрової адикції зі станом алекситимії на основі клінічного матеріалу пацієнтів

Емпірична частина дисертаційного дослідження має дві стратегічні лінії, що зумовило її поділ на два підрозділи: 1) емпіричне дослідження стану зв'язку патологічної схильності до азартних ігор з алекситимією; 2) оцінка ефективності авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією.

Як видно з назв підрозділів перша стратегічна лінія емпіричного дослідження спрямована на експериментальну перевірку моделі формування ігроманії під впливом алекситимії, яка була запропонована у підрозділі 1.3 першого розділу даної роботи (рис. 1.3). Форма організації такої експериментальної перевірки передбачає реалізацію констатувального дослідження, що має на меті виявлення кореляційних зв'язків алекситимічного розладу з проявами патологічного гемблінгу. Оскільки описаний в моделі психологічний механізм формування патологічного гемблінгу під впливом алекситимічного радикалу у структурі особистості включає ряд інших психологічних змінних (задоволеність життям та емоційне благополуччя, превалюючий тип афективності – зокрема схильність до малоусвідомлюваних дисфоричних станів, потреба в отриманні позитивної стимуляції тощо), необхідно перевірити наявність кореляційних зв'язків не тільки між рівнем вираженості алекситимії та ігрової адикції, але і зв'язків цих змінних з такими психологічними характеристиками досліджуваних як схильність до дисфоричних емоційних переживань, зокрема тривоги та депресії, оцінкою якості власного життя, особливості когнітивного функціонування респондентів, що виступають змістовними опосередковуючими психологічними елементами

зазначеного механізму. За планом констатувального емпіричного дослідження при відпрацюванні даної стратегічної лінії практичної частини роботи застосовувався квазіекспериментальний варіант організації емпіричного дослідження, що за своїм визначенням не передбачає експериментальних маніпуляцій незалежною змінною зі сторони дослідника [36]. При цьому в якості незалежної експериментальної змінної розглядалася наявність алекситимічного радикалу у структурі особистості досліджуваних пацієнтів, а залежними змінними вважалася схильність до патологічного гемблінгу та супутні їй психологічні явища, а саме хронічне переживання тривоги та депресії, оцінка якості життя, особливості когнітивного функціонування (табл. 3.1). Спираючись на такий розподіл експериментальних змінних на цьому етапі емпіричного дослідження, можна сформулювати експериментальні гіпотези першої стратегічної лінії емпіричного дослідження: 1) передбачається, що існує прямий кореляційний зв'язок між рівнем вираженості алекситимічного порушення та рівнем схильності до формування патологічного гемблінгу; 2) прогнозується, що серед пацієнтів з алекситимією кількість осіб з патологічною залежністю від азартних ігор на статистично достовірному рівні вища, ніж серед здорових осіб; 3) припускається, що існує прямий кореляційний зв'язок між рівнем вираженості алекситимічного радикалу у структурі особистості пацієнтів та ступенем хронічного переживання ними тривоги та депресії; 4) передбачається, що існує зворотній кореляційний зв'язок між рівнем вираженості алекситимічного радикалу у структурі особистості пацієнтів та їх оцінкою якості власного життя; 5) передбачається, що існує зворотній кореляційний зв'язок між рівнем вираженості алекситимічного радикалу у структурі особистості пацієнтів та якістю перебігу їх когнітивних функцій. Можливість перевірки сформульованих експериментальних гіпотез було забезпечено підбором відповідного психодіагностичного інструментарію.

Отже, відпрацювання першої стратегічної лінії емпіричного дослідження передбачало вирішення наступних завдань: 1) вибір експериментального плану дослідження та його деталізація; 2) підбір та підготовка до практичного застосування необхідних психодіагностичних методик для досліджування

експериментальних вибірок; 3) формування вибірки досліджуваних пацієнтів, яким притаманні високі показники вираженості алекситимії; 4) формування вибірки здорових осіб, у яких відсутній алекситимічний радикал у структурі особистості; 5) діагностичне обстеження респондентів за підібраними психодіагностичними методиками; 6) статистичне опрацювання накопичених в результаті психодіагностичних обстежень емпіричних даних.

Таблиця 3.1

Ідентифікація незалежної та залежних змінних у рамках реалізації першої стратегічної лінії емпіричного дослідження (квазіексперимент)

<i>Незалежна змінна</i>	<i>Залежні змінні</i>
Наявність алекситимічного радикалу у структурі особистості досліджуваних пацієнтів	1) рівень сформованості лудоманії; 2) вираженість хронічного переживання тривоги та депресії; 3) особливості оцінки якості власного життя; 4) якість когнітивного функціонування

Алгоритм опрацювання даних діагностичних обстежень, здійснених у рамках першої стратегічної лінії емпіричного дослідження здійснювався у декілька етапів. На першому етапі було визначено, описано та проінтерпретовано описові статистики вибірки досліджуваних з алекситимією за кожною із застосованих психодіагностичних методик. На другому етапі розподіл балів за кожною психодіагностичною методикою було перевірено на нормальність з використанням критерію Шапіро-Уїлка. На третьому етапі статистичного опрацювання даних було здійснено кореляційний аналіз з використання коефіцієнту кореляції Пірсона між показниками сформованості алекситимії, з однієї сторони, та показниками вираженості патологічної схильності до азартних ігор, тривоги та депресії, оцінки якості життя та якості когнітивного функціонування – з іншої сторони. На четвертому етапі порівнювалися відсоткові частки респондентів з алекситимією та здорових осіб за критерієм наявності у них лудоманії.

Таким чином, у процесі реалізації експериментального дослідження було

використано наступні методи статистичного аналізу:

- методи описової статистики (визначення середнього значення та середньоквадратичного відхилення при нормальному розподілі ознак, медіани та інтерквартильного розмаху при розподілі ознак, відмінному від нормального, мінімальних та максимальних значень кількісних показників). При оцінці якісних ознак розраховувались відсоткові частки та їх частота;
- для перевірки нормальності розподілу ознак було використано критерій Шапіро-Уїлка;
- для вивчення зв'язку між кількісними ознаками було використано коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона;
- для виявлення розбіжностей у відсоткових частках гемблерів серед пацієнтів з алекситимією та серед здорових осіб було використано χ^2 -кутове перетворення Фішера;
- для вивчення мінливості залежних змінних під впливом психокорекції було використано дисперсійний аналіз;
- при вивченні прогностичної цінності змін когнітивних та емоційних компонентів резилієнсу в процесі реабілітації було застосовано регресійний аналіз.

У процесі статистичного аналізу було використано наступні статистичні пакети: IBM SPSS Statistics Base v.22, EZR V1.40 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University), MedStat v 5.2.

Детальний опис біостатистичної моделі дослідження представлено в додатку Б. Емпіричне дослідження проводилось протягом січня 2021 р. – грудня 2023 р.:

- визначення контингенту дослідження та формування батареї методів дослідження, організація умов проведення дослідження: січень 2021 р. – червень 2021 р.
- збір первинного діагностичного матеріалу дослідження.: вересень 2021 р.

– грудень 2021 р.

- кількісний і якісний аналіз отриманих даних: січень 2022 р. – червень 2022 р.

- визначення мішеней впливу, розробка, обґрунтування програми та проведення психокорекції: вересень 2022 р. – грудень 2022 р.

- оцінка ефективності програми психокорекції: січень 2023 р. – червень 2023 р.

- оцінка прогностичної цінності змін після проведеної психокорекції: вересень 2023 р. – грудень 2023 р.

Базою дослідження стало психоневрологічне відділення Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ ДГТО «Південно-Західна залізниця». Розрахунок загального обсягу вибірки здійснювався із використанням формули порівняння двох середніх (1):

(1), де

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times (S1^2 + S2^2)}{d^2}$$

n – розмір вибірки для кожної групи;

$S1$ та $S2$ – дисперсії ознак в обох групах;

d – мінімальна клінічно значуща величина відмінності, яку необхідно визначити);

$Z\alpha$ та $Z\beta$ – критичні значення нормального стандартного розподілу для заданих α і β (односторонній або двосторонній тест в залежності від формулювання альтернативної гіпотези).

Орієнтовна потужність дослідження складає 90%, рівень значущості – 5% ($p < 0,05$). Згідно з літературними даними середнє квадратичне відхилення дорівнює 7,789 (тобто $d = 7,789$). Мінімально бажаний клінічно-значущий ефект складає 5%. Таким чином, для досягнення оптимальної статистичної потужності дослідження, достатня величина вибірки має становити 120 пацієнтів. Мінімальний обсяг вибірки, достатній для виявлення ефекту експериментального впливу становить 89 пацієнтів: 45 пацієнтів в основній групі та 44 пацієнти в групі порівняння (контрольній групі). В усіх випадках порівнянь визначатиметься рівень значущості (р-рівень), як статистично значуще враховується $p \leq 0,05$.

Суголосно здійсненим розрахункам до загальної вибірки дослідження було включено 120 пацієнтів психоневрологічного відділення Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ ДГТО «Південно-Західна залізниця», які мали патологічний потяг до азартних ігор та вперше звернулися за медичною допомогою. Після первинного збору клінічної та психодіагностичної інформації про них було сформовано остаточну вибірку дослідження, до якої було включено 89 осіб та, відповідно, 31 особу було виключено.

Критеріями включення до остаточної вибірки дослідження були:

- 1) діагноз «патологічний потяг до азартних ігор»;
- 2) можливість надати інформаційну згоду;
- 3) вік від 18 до 55 років;
- 4) наявність алекситимії;

Критеріями виключення з остаточної вибірки дослідження були:

- 1) відсутність інформаційної згоди;
- 2) наявність психотичного розладу на момент обстеження;
- 3) вживання психоактивних речовин;
- 4) участь на даний момент в інших дослідженнях.

Одним з важливих критеріїв формування кінцевої вибірки дослідження

було оформлення інформаційної згоди на участь у дослідження. Особливості оформлення інформаційної згоди під час залучення до дослідження полягали у тому, що пацієнти були запрошені до участі в дослідженні та проінформовані зрозумілою для них мовою щодо чинників, які можуть вплинути на рішення приймати участь. Після того, як вони будуть проінформовані, їхня згода була закріплена в письмовій формі. Оформлення інформаційної згоди відбувалося у відділенні, де надавались медико-психологічні консультації учасникам дослідження, без відриву від процесу лікування. Для забезпечення психологічного комфорту оформлення поінформованої згоди здійснювалось в окремому приміщенні при відсутності інших пацієнтів чи медичного персоналу, з можливістю задавати будь-які запитання.

Всього до участі в експерименті було залучено 89 осіб з діагнозом «патологічний потяг до азартних ігор» та наявністю алекситимічного радикалу у структурі особистості. Віковий склад вибірки дослідження: юнацький вік (18-21 рік) – 16 / 17,98% від загальної кількості вибірки дослідження; перший період зрілого віку (22-35 років) – 53 / 59,55% досліджуваних; другий період зрілого віку (36-55 років) – 20 / 22,47% осіб. Гендерний склад вибірки дослідження – 29 / 32,58% жінок та 60 / 67,42% чоловіків. Для врахування усіх можливих артефактів, що можуть мати додаткові ефекти впливу на вираженість симптомів лудоманії та алекситимії, було зібрано значний масив відомостей щодо респондентів, які увійшли до складу вибірки дослідження, за різними критеріями: сімейний стан, тип зайнятості, вік початку захворювання, наявність в анамнезі обтяженої спадковості. Тому маємо можливість розглянути більш детально кількісні показники респондентів, які взяли участь в експерименті, за усіма названими критеріями, що з різних сторін характеризують вибірку дослідження.

1. Сімейний стан:

а) одружені – 38 / 42,70% досліджуваних;

б) неодружені – 51 / 57,30% досліджуваних.

2. Тип зайнятості:

a) Працюють або навчаються – 33 / 37,08%;

b) Не працюють – 56 / 62,92%.

3. Вік початку захворювання:

a) юнацький вік (18-21 рік) – 35 / 39,33%;

b) перший період зрілого віку (22-35 років) – 42 / 47,19%;

c) другий період зрілого віку (36-55 років) – 12 / 13,48%.

4. Наявність в анамнезі обтяженої спадковості:

a) мають в анамнезі обтяжену спадковість – 4 / 4,49%;

b) необтяжена спадковість – 85 / 95,51%.

Необхідно також звернути увагу на окремі вірогідні додаткові ризики та ймовірну користь для учасників дослідження. До ймовірних ризиків можна віднести наступне: деякі питання інтерв'ю та діагностичних шкал, а також деякі обговорювання при психокорекції проблеми можуть торкатися особистих та/або емоційно тяжких тем, що може призвести до виникнення дистресу та негативних емоційних станів, наприклад таких, як тривожність чи пригніченість, проте такі ефекти зазвичай є минуцями. Дане дослідження не передбачає надзвичайних ситуацій, однак у випадку виникнення таких пацієнтові буде надана необхідна допомога.

Ймовірна користь полягає в отриманні учасниками дослідження розгорнутої інформації про власні психологічні особливості; розвитку поведінки та способів мислення, що сприятимуть конструктивному подоланню труднощів та стресу, зменшенні проявів тривоги та депресії; покращенні когнітивного функціонування, зменшенні тяжкості симптомів патологічного потягу до азартних ігор, покращення якості життя. По завершенню дослідження учасники матимуть змогу ознайомитися з його результатами, що може бути корисним для їхнього розуміння себе та інших.

Окрім загальної вибірки пацієнтів з алекситимією та патологічним потягом до азартних ігор, у рамках реалізації першої стратегічної лінії емпіричного дослідження, що має виключно констатувальний характер, до діагностичних обстежень було залучено 45 здорових осіб. Формування вибірки

здорових осіб було необхідно для перевірки експериментальної гіпотези про те, що серед пацієнтів з алекситимією кількість осіб з патологічною залежністю від азартних ігор на статистично достовірному рівні вища, ніж серед здорових осіб. Критерієм включення до цієї вибірки була відсутність алекситимії. Діагностичне обстеження таких осіб здійснювалось у дистанційному форматі з використанням онлайн-сервісів за допомогою таких психодіагностичних методик як методика скринінгу гемблінгу SOGS (South Oaks Gambling Screen), вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen – VGS) та Торонтська шкала алекситимії TAS.

Для діагностичного обстеження основної вибірки дослідження (як експериментальної, так і контрольної групи) було використано наступний психодіагностичний інструментарій:

- 1) методика скринінгу гемблінгу SOGS (South Oaks Gambling Screen).
- 2) вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen – VGS).
- 3) торонтська шкала алекситимії TAS.
- 4) шкала Госпітальної тривоги та депресії – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
- 5) шкала якості життя після ураження головного мозку (Quality of Life after Brain Injury, QOLIBRI).
- 6) шкала оцінки рівня якості життя О. Чабана (для дорослих; оцінка за останні 3 місяці).
- 7) монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій МоСА (Montreal Cognitive Assessment).

Використання діагностичних методик, що спрямовані на виявлення однакових емпіричних змінних (наприклад, схильністю до гемблінгу, ступінь оцінки якості власного життя) і таким чином дублюють одна одну обґрунтовується необхідністю додаткового контролю за достовірністю отримуваних емпіричних даних та постановки більш точного психологічного діагнозу. Особливо це стосується якісного виявлення наявності ознак лудоманії. Необхідно більш детально зупинитися на характеристиці психодіагностичного

інструментарію, що використовувався у процесі дослідження.

Методика скринінгу гемблінгу SOGS (South Oaks Gambling Screen) (додаток В) [24; 156]. Методика була представлена науковій спільноті у 1987 р. клініцистами Н. Lesieur та S. Blume та спрямована на виявлення гемблінгу серед дорослих осіб [156]. Її можуть використовувати у своїй практиці клініцисти, а також здобувачі для своїх наукових досліджень. Вона являє собою опитувальник, що містить 16 питань різного типу: з множинним варіантом відповідей; такі, що передбачають шкалювання; питання з декількома варіантами відповідей, що передбачають вибір тільки однієї відповіді; закриті питання. Зміст кожного запитання описує різні варіанти поведінки, що так чи інакше, пов'язана з азартними іграми: частина питань виявляє наявність сформованого внутрішнього потягу до азартних ігор, інша частина питань – виявляє поведінкові прояви гемблінгу. Шістнадцяте питання побудоване таким чином, що має значну кількість відповідей, серед яких досліджувані можуть обрати декілька варіантів. За майже кожен з обраних варіантів відповідей на шістнадцяте питання нараховується один бал, що дозволяє розцінювати варіанти відповідей на шістнадцяте питання як відповідь на окреме твердження. У цілому методику SOGS побудовано таким чином, що підсумковий результат після її проходження респондентом може коливатися від 0 до 20 балів. Підсумковий бал визначається за допомогою спеціального тестового ключа, що представлено в додатку Б. Тестові норми розподілені наступним чином: 0-2 бали – немає жодних проблем з гемблінгом; 3-4 бали – наявність окремих проблем з азартними іграми (помірна вираженість гемблінгу); 5 балів і більше – ймовірний патологічний гравець.

Отже, відповідно діагностичної шкали методики SOGS виділяють три рівні азартних ігор: перший рівень – немає проблем із залежністю від азартних ігор, навіть якщо людина іноді у них грає (до 3 балів); другий рівень – наявність проблем із залежністю від азартних ігор (3 або 4 бали); третій рівень - патологічна ігроманія (5 і більше балів). Патологічна ігроманія є синонімом патологічної ігрової залежності (3 рівень) і пов'язана з втратою контролю над

грою, вираженими витратами ігрового часу і грошей на шкоду іншим розважальним і громадським заходам. Менш важка форма розладу визначається як проблемна, «ризикована», ігрова залежність, що описується як стан з негативними наслідками, але він не доходить до рівня патологічного. Гравці другого рівня іноді можуть відчувати фінансові, сімейні та професійні проблеми у зв'язку з грою, але не такі серйозні, як гравці третього рівня. Азартні ігри першого рівня відносяться до неproblemної, рекреаційної (для розваги) гри [24].

За численними емпіричними даними методика SOGS (The South Oaks Gambling Screen), має високу валідність для діагностики патологічних гравців [17; 24; 156].

Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen – VGS) (додаток Г) [5; 91; 98; 101; 102; 155; 163; 168; 169; 190; 198; 199; 201]. Вікторіанський опитувальник VGS було спроектовано та представлено науковій спільноті у 2001 р. Авторство належить D. Ben-Tovim, A. Esterman, B. Tolchard, M. Battersby [101]. В основу опитувальника покладено 3-факторну концепцію гемблінгу. Він складається з 21 питання, що розподілені між наступними факторами: шкода, що наноситься партнеру (3 твердження); задоволення від азартних ігор (3 твердження); шкода, пов'язана з азартними іграми (15 тверджень).

Використовується наступна шкала підрахунку: 0 – ніколи; 1 – рідко; 2 – іноді; 3 – часто; 4 – завжди. За варіант відповіді «Не можу сказати» нараховується 8 балів, а за варіант відповіді «Немає відповіді» - 9 балів. Три описаних фактори мають наступний діапазон балів, що визначається після проходження тестування: шкода для партнера – 0-6 балів; задоволення від азартних ігор – 0-12 балів; шкода для себе від азартних ігор – 0-60 балів.

Незначна кількість балів свідчить про менш серйозні проблеми, пов'язані з азартними іграми. По мірі підвищення результату тестування підвищується ступінь залученості гравця від азартних ігор. Набраний за шкалою шкоди та

додатковим шкалам 21 бал та більше дозволяють віднести респондента до групи проблемних гравців.

Вікторіанський опитувальник VGS має високий показник ретестової надійності та високий коефіцієнт кореляції з іншими діагностичними інструментами, призначеними для виміру ігрової залежності та проблем, пов'язаних з азартними іграми, у тому числі з CPGI та DSM-IV [5].

Торонтська шкала алекситимії TAS (додаток Д) [69]. Торонтська алекситимічна шкала Торонто (TAS) була створена G. Taylor та ін. у 1985 р. і є інструментом для вимірювання та оцінки алекситимії. На думку автора, алекситимія визначається наступними когнітивно-афективними психологічними характеристиками:

- труднощі у визначенні (виявленні) та описі власних почуттів;
- труднощі в розрізненні почуттів і тілесних відчуттів;
- знижена здатність символізувати (бідність фантазії та інші прояви уяви);
- концентрація уваги більше на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях [69].

Позначивши основні напрямки, що відображають сутність поняття алекситимії, авторами спочатку було розроблено 41 твердження, за допомогою якого респондент міг охарактеризувати себе за допомогою шкали Лайкерта (від «сильно не згоден» до «сильно згоден»), причому половина пунктів мала позитивну спрямованість, а друга половина – негативну для того, щоб уникнути односпрямованої згоди у відповідях. Анкета проходила стандартизацію на вибірці 542 студентів. Після аналізу пунктів та факторного аналізу для остаточного варіанту шкали було відібрано 26 пунктів на основі їх високих кореляцій у діадах «пункт-підсумок» та/або «пункт-фактор» за шкалою, а також низьких кореляцій з показником соціальної бажаності. Остаточна шкала мала високу ретестову надійність для періодів рівних 1 тижню, 5 тижням і 3 місяцям [69].

Факторний аналіз шкали з виділенням основних факторів і обертанням привів до отримання факторної структури, узгодженої з побудованою концепцією алекситимії. Подальші дослідження показали, що факторна структура ТАС стабільна і надійна. Структурна валідність ТАС була підтверджена в дослідженнях, які вивчали взаємозв'язок цієї шкали з рядом інших методів вивчення особистісних і психопатологічних розладів, що дозволило підтвердити її конвергентну і розбіжну валідність [69].

ТАС-26 складається з 26 питань, з яких ряд інтерпретується в прямих значеннях, а ряд – в протилежних, що дає можливість зменшити орієнтацію відповідей досліджуваного. В оригінальному варіанті вона не має внутрішніх підшкал – весь результат виражається в одному значенні, що може коливатися від 26 до 130 балів.

Респонденту пропонується бланк з твердженнями, які він повинен оцінити як «Абсолютно не згоден» (1б.), «Скоріше, не згоден» (2б.), «Ні те, ні інше» (3б.), «Скоріше згоден» (4б.) і «Повністю згоден» (5б.). У питаннях з оберненими значеннями (питання №1, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24) бали за варіантами відповідей розподіляються протилежним чином: «Абсолютно не згоден» (5б.), «Скоріше, не згоден» (4б.), «Ні те, ні інше» (3б.), «Скоріше згоден» (2б.) і «Повністю згоден» (1б.) [69].

Шкала Госпітальної тривоги та депресії – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (додаток Е) [207]. Шкала госпітальної тривожності та депресії була розроблена А. Zigmond та R. Snaith у 1983 році для визначення рівнів тривожності та депресії, які відчуває пацієнт під час лікування. Вона виступає основним скринінговим інструментом, що має високу дискримінантну валідність щодо визначення ризику тривожних та депресивних розладів та високу кореляцію з іншими психометричними шкалами. Клінічна практика продемонструвала, що використання шкали HADS дозволяє ефективно виявляти емоційно-поведінкові симптоми тривожно-депресивних станів як у пацієнтів первинної ланки медичної допомоги, так і в загальній популяції. HADS містить 14 тверджень, перша сімка з яких стосується проявів тривоги, а

друга сімка – проявів депресії. Можна навести наступні приклади тверджень анкети, що стосуються діагностики тривоги: «Я відчуваю напругу чи нервую»; «Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе ось-ось може статися»; «Тривожні думки спадають мені на думку»; «У мене буває раптове почуття паніки». Кожен пункт в анкеті оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів, тобто респондент може отримати від 0 до 21 балів за ступенем вираженості тривоги або депресії. Пороговою точкою для визнання наявності ознаки вираженої тривоги або депресії вважається 8 з 21 балів, тобто якщо пацієнт отримує більше восьми балів, він має відповідний стан [207]. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування та обробки результатів, що робить її досить популярною у царині первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Шкала якості життя після ураження головного мозку (Quality of Life after Brain Injury, QOLIBRI) (додаток Ж) [3; 111; 177; 178; 179; 180; 181; 203]. QOLIBRI є першим інструментом, спеціально розробленим для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям людей після черепно-мозкової травми. Передбачається, що інструменти діагностичної оцінки якості життя для конкретних захворювань або станів більш чутливі до конкретних станів здоров'я і тому надають більш цілеспрямовану і точну інформацію, ніж загальні. QOLIBRI був розроблений міжнародною цільовою групою в рамках двох багатомовних досліджень за участю понад 2000 осіб, які перенесли черепно-мозкову травму [203].

Розробники даної діагностичної методики виходили з того, що якість життя являє собою сприйняття людиною свого життєвого становища у контексті культури і системи цінностей, в яких вона живе, і по відношенню до своїх власних цілей, очікувань, стандартів і турбот. Це досить широке поняття, що з різних сторін охоплює фізичне здоров'я людини, її психоемоційний стан, рівень незалежності та автономії, соціальні відносини та ставлення людини до характерних особливостей свого оточення. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, конкретно відноситься до впливу хвороби або інших станів здоров'я на якість життя і є особливо важливим поняттям при хронічних станах здоров'я [203].

При розробці QOLIBRI була використана модель оцінки якості життя, запропонована фон Штайнбюхелем та ін., в якій конструкт якості життя – це результат точки зору самого суб'єкта життєдіяльності на власний стан здоров'я, функціонування та благополуччя у сферах фізичного, психологічного (емоційного та когнітивного), соціального та повсякденного життя. Тобто людина розглядається як найкращий експерт з питань оцінки якості свого власного життя. Вимірювання цього багатопольярного діагностичного конструкту зазвичай здійснюються за допомогою самооцінки, і тільки у випадках важких когнітивних порушень можлива оцінка спостерігача. QOLIBRI вимірює фізичні, психологічні, повсякденні та психосоціальні зміни, характерні для людей, які зазнали черепно-мозкової травми [203].

QOLIBRI має ряд потенційних застосувань. Субшкалові оцінки можна використовувати окремо або в комбінації для створення профілю якості життя. Всі відповіді на питання також можна підсумувати, щоб отримати загальний бал [203]. Діагностичний конструкт, що може бути оцінений за допомогою шкали QOLIBRI, складається з 6 компонентів, які, відповідно, були представлені у 6 шкалах методики: 1) когнітивне функціонування; 2) самосприйняття; 3) повсякденне життя та автономність; 4) соціальні стосунки; 5) емоції та почуття; 6) фізичні проблеми. Чотири перші шкали оцінюються за 5-бальною системою, де 1 бал відповідає абсолютній незадоволеності життям, а 5 балів – максимальній задоволеності. П'ята та шоста шкали характеризуються зворотнім порядком оцінювання. Загальний результат тестування коливається у діапазоні від 37 до 185 балів, де 37 балів – найгірша якість життя, а 185 балів – найкраща якість життя [203].

Шкала оцінки рівня якості життя О. Чабана (для дорослих; оцінка за останні 3 місяці) (додаток 3) [79; 80; 88]. Дана шкала запропонована О. Чабаном у 2008 році. Діагностичний інструмент включає 10 питань, що стосуються різних аспектів задоволеності життям. Кожне твердження досліджуваній оцінює за 4-бальною шкалою, де оцінка питання в 0 балів відповідає крайньому невдоволенню, а 4 бали свідчать про максимальне

задоволення (0 – незадоволений; 1 – частково; 2 – задоволений; 3 – дуже задоволений). Кількість балів за відповідь респондента на кожне твердження додається та вираховується єдиний підсумковий бал, що може коливатися у діапазоні від 0 до 30 балів. При цьому тестові норми мають п'ять рівнів вираженості та розподіляються наступним чином: 0-6 балів – вкрай низький рівень оцінки якості свого життя; 7-12 балів – низький рівень; 13-18 балів – середній рівень; 19-24 бали – високий рівень; 25-30 балів – дуже високий рівень оцінки якості свого життя. Методика має високу надійність, валідність, а також внутрішню узгодженість [3] Діагностична шкала О. Чабана дуже проста та мобільна у використанні, являє собою стандартизований діагностичний самозвіт, який є доступним навіть для пацієнтів з вираженими психічними порушеннями [80].

Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій МоСА (Montreal Cognitive Assessment) (додаток I) [7; 26; 35; 44; 165; 175; 197]. Дана діагностична методика створена з метою виявлення ранніх форм когнітивних дисфункцій. Особливо широко використовується для виявлення когнітивних проблем у людей, які перенесли інсульт. Шкала МоСА спроможна діагностувати такі когнітивні характеристики як вміння встановлювати альтернативний взаємозв'язок, зорово-конструктивні навички, знання назв живих істот, пам'ять, увага, повторення речень (короткочасна пам'ять), вербальна швидкість, розуміння абстракцій, орієнтація у часі та просторі. Час виконання тесту становить орієнтовно 10 хвилин. Загальний результат після підрахунку балів може коливатися від 0 до 30 балів. Порогова величина, що характеризує нормальне когнітивне функціонування становить 26 балів. Респонденти, які отримали нижче 26 балів мають дисфункції та порушення когнітивного функціонування. За даними Д. Асонова шкала має високу внутрішню узгодженість, а також гарні показники валідності та надійності [3].

Отже, достовірність і надійність результатів організованого емпіричного дослідження забезпечувалось методологічною й теоретичною обґрунтованістю вихідних даних; вибором методів, адекватних предмету, меті і завданням

дослідження; репрезентативністю вибірки; поєднанням кількісного і якісного аналізу результатів дослідження; застосуванням методів математичної статистики.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження зв'язку ігрової адикції зі станом алекситимії

Реалізація першої стратегічної лінії емпіричного дослідження передбачає перевірку загального припущення про наявність зв'язку гемблінгу зі станом алекситимії та розкриття психологічного механізму цього зв'язку, який було концептуалізовано та деталізовано у моделі формування ігроманії під впливом алекситимії (рис. 1.3). Очікувані ключові ефекти взаємовпливу окремих психологічних явищ у рамках психологічного механізму цього можливого зв'язку послужили джерелом для формування ряду експериментальних гіпотез, що будуть перевірятися при відпрацюванні першої стратегічної лінії емпіричного дослідження. Перевірка загального припущення про наявність зв'язку ігрової залежності та алекситимічного радикалу у структурі особистості передбачає роботу з діагностичними зрізами вибірки пацієнтів, які страждають від гемблінгу, та вибірки здорових осіб, зокрема порівняння їх відсоткових часток за критерієм наявності алекситимії та проблемного гемблінгу.

Необхідно зазначити, що отримані результати за діагностичними методиками, що дозволяють визначити наявність симптомів проблемного гемблінгу є досить передбачуваними, оскільки заздалегідь та свідомо вибірка пацієнтів формувалася за критерієм наявності діагнозу «Патологічний потяг до азартних ігор». Тому очікується, що за відповідними методиками (SOGS та VGS) вибірка пацієнтів, на відміну від вибірки здорових осіб, буде мати високі показники вираженості гемблінгу, що свідчать про наявність проблемної ігрової залежності та, таким чином, психометричним шляхом буде підтверджено поставлений у клініці діагноз. Дані інших методик, хоч і спрогнозовані в наших припущеннях, але не є настільки очевидними, тому їх всебічний аналіз представляє особливий інтерес та дозволить перевірити сформульовані експериментальні гіпотези.

На першому етапі опрацювання відомостей діагностичних обстежень досліджуваних вибірок, здійснених у рамках першої стратегічної лінії емпіричного дослідження було визначено, описано та проінтерпретовано описові статистики вибірок досліджуваних пацієнтів та здорових осіб за кожною із застосованих психодіагностичних методик. Таким чином, аналізу було підпорядковано увесь комплекс діагностичних даних усієї вибірки пацієнтів, отримані під час попередньої діагностики, а також результати діагностичних обстежень вибірки здорових осіб, по відношенню до яких застосовувались Торонтська алекситимічна шкала TAS, методика скринінгу гемблінгу SOGS, Вікторіанський опитувальник гемблінгу VGS.

У результаті діагностичного обстеження за Торонтською алекситимічною шкалою TAS (додаток К) було встановлено, що середнє значення усієї вибірки пацієнтів за даною шкалою становить 104 бали, що відповідає високому рівню вираженості алекситимії (табл. 3.2). Не дивлячись на те, що усереднений показник не відображає конкретної кількості (ці статистичні дані будуть підраховані та продемонстровані нижче) осіб з високим рівнем вимірюваного показника, він вказує на те, що більшість пацієнтів мають або наближаються до високого рівня сформованості алекситимічного радикалу у структурі особистості. Відповідно можна стверджувати наявність виражених труднощів вербалізації власних емоцій та розуміння чужих емоційних станів серед досліджуваних пацієнтів.

Вибірка здорових осіб продемонструвала низьку загальну вираженість алекситимії ($\bar{x} = 47,53$), що дозволяє зробити висновок про відсутність алекситимічного радикалу у структурі особистості переважної більшості досліджуваних здорових осіб.

Описові статистики за результатами діагностики вибірок пацієнтів та здорових осіб за Торонтською алекситимічною шкалою TAS

	Пацієнти	Здорові особи
N	89	45
Пропущені	0	44
Середнє	104	47.5
Медіана	112	50
Мода	114	29.0
Сума	9218	2139
Стандартне відхилення	23.0	12.3
Дисперсія	528	152
Міжквартильна відстань	19.0	22.0
Діапазон	78	38
Мінімум	52	29
Максимум	130	67
Асиметрія	-1.16	-0.0273
Станд. похибка асиметрії	0.255	0.354
Екцес	0.0751	-1.47
Станд. похибка ексцесу	0.506	0.695

Досить показовим виявилось графічне представлення основних описових статистик досліджуваних вибірок за Торонтською алекситимічною шкалою (рис. 3.1). По-перше, з наведеного рисунку 3.1 дуже добре видно наскільки спостереження, що охоплюються одним стандартним відхиленням, у досліджуваних пацієнтів вище, ніж серед здорових осіб, які взяли участь у дослідженні. Тобто переважній більшості пацієнтів притаманні підвищені показники алекситимії, що робить отриману «ящичну» діаграму як би піднятою вгору. Також можна бачити певну дисгармонію отриманої візуалізації вибірки пацієнтів за шкалою алекситимії: наявність викидів (тільки в окремих пацієнтів діагностовано відсутність алекситимії), середній бал знаходиться біля нижньої межі стандартного відхилення тощо. Цього не можна сказати про візуалізацію, отриману за результатами опрацювання діагностичних даних здорових осіб: більшість спостережень знаходяться у межах одного стандартного відхилення, характерна виражена рівномірність розподілу балів, а також їх більш менш нормальний розподіл. Також можна побачити, що «коридор» стандартного відхилення знаходиться значно нижче на шкалі алекситимії.

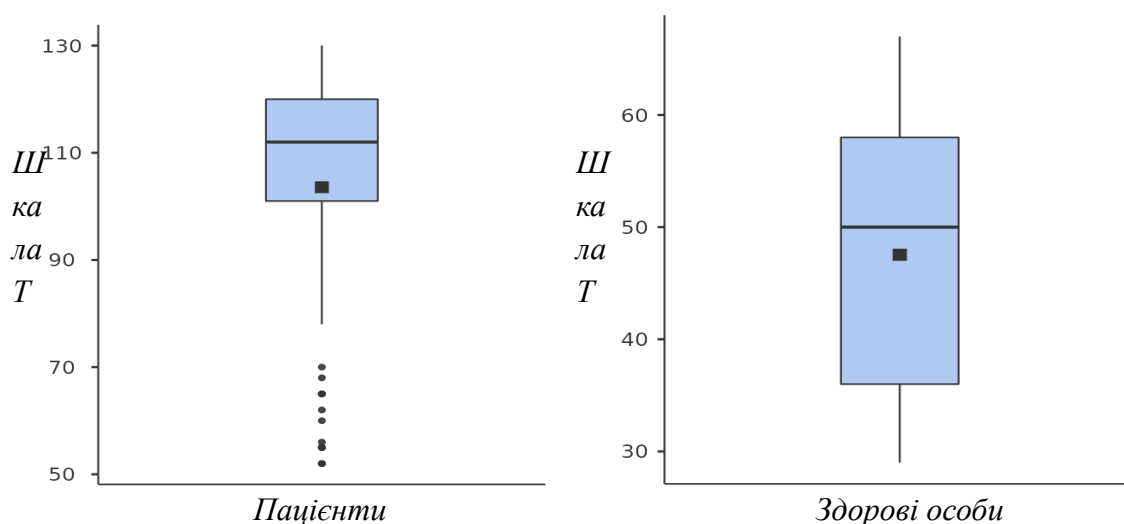


Рисунок 3.1. Графічна експозиція основних параметрів описової статистики вибірки пацієнтів та здорових досліджуваних за Торонтською алекситимічною шкалою TAS

Як і очікувалось за шкалою SOGS та за Вікторіанським опитувальником у більшості досліджуваних пацієнтів діагностовано наявність проблемного гемблінгу (табл. 3.3, 3.4) у той час як середній показник цього діагностичного конструкту серед здорових досліджуваних свідчить про відсутність у переважної більшості з них проблеми залежності від азартних ігор (додатки Л, М, Н).

Таблиця 3.3

Описові статистики за результатами діагностики вибірок пацієнтів та здорових осіб за шкалою SOGS

	Пацієнти	Здорові особи
N	89	45
Пропущені	0	44
Середнє	8.30	2.56
Медіана	8	3
Мода	12.0	2.00
Сума	739	115
Стандартне відхилення	4.42	1.22
Дисперсія	19.5	1.48
Міжквартильна відстань	7.00	1.00
Діапазон	17	5
Мінімум	0	0
Максимум	17	5
Асиметрія	-0.0254	0.0630
Станд. похибка асиметрії	0.255	0.354
Екссес	-0.718	-0.176
Станд. похибка екссесу	0.506	0.695

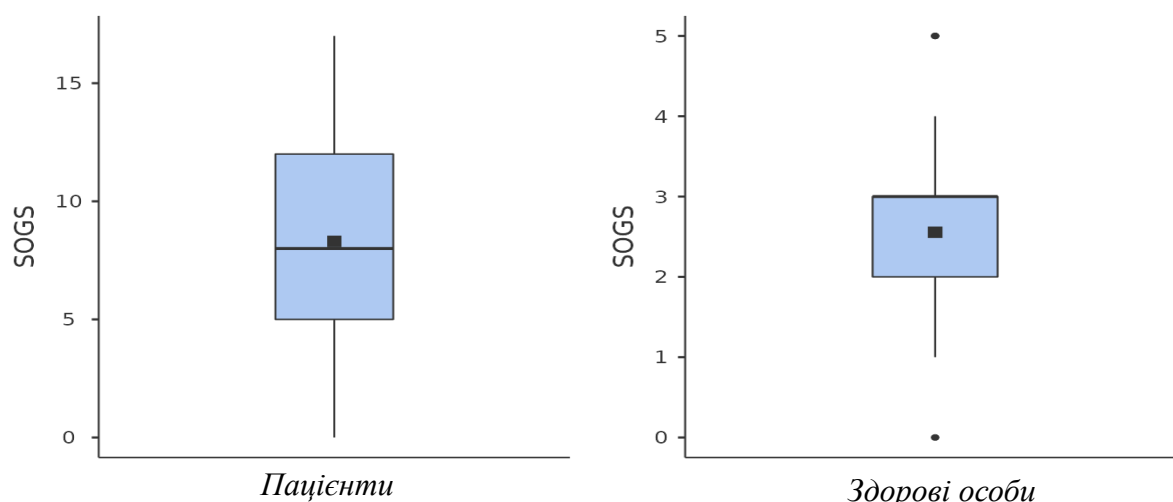


Рисунок 3.2. Графічна експозиція основних параметрів описової статистики вибірки пацієнтів та здорових досліджуваних за методикою скринінгу гемблінгу SOGS

Можемо спостерігати досить гармонійний розподіл спостережень у рамках одного стандартного відхилення середо досліджуваних пацієнтів за шкалою SOGS за виключенням того, що воно знаходиться у зоні досить високих балів розподілу гемблінгу (рис. 3.2). Іншу картину спостерігаємо при уважному розгляді «ящичної» діаграми здорових осіб за тією ж шкалою SOGS: характерний значний розрив між медіаною та середнім показником вираженості гемблінгу, розподіл досить далекий від нормального. У той же час розподіл балів здорових осіб у більшості випадків відповідає відсутності гемблінгу.

Таблиця 3.4

Описові статистики результатів діагностики вибірки пацієнтів за Вікторіанським опитувальником VGS (N = 89)

	Шкода для партнера	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	Загальний бал
N	89	89	89	89
Пропущені	0	0	0	0
Середнє	3.57	8.04	32.3	43.9
Медіана	4	8	35	46
Мода	5.00	5.00	10.0	19.0

Сума	318	716	2874	3908
Стандартне відхилення	1.78	2.71	18.2	19.3
Дисперсія	3.16	7.34	331	371
Міжквартильна відстань	3.00	5.00	36.0	38.0
Діапазон	5	8	57	59
Мінімум	1	4	3	16
Максимум	6	12	60	75
Асиметрія	-0.0980	-0.0626	-0.0185	-0.0326
Станд. похибка асиметрії	0.255	0.255	0.255	0.255
Екссес	-1.37	-1.38	-1.60	-1.59
Станд. похибка екссесу	0.506	0.506	0.506	0.506

Досить показовим є рівень вираженості складових гемблінгу, що були діагностовані за допомогою Вікторіанського опитувальника VGS (табл. 3.4, 3.5). Зокрема, серед вибірки пацієнтів виявлені досить високі бали за кожною з них: про наявність у них проблемного гемблінгу свідчить наявність значної шкоди для близьких людей (більшість досліджуваних пацієнтів визнали це досить неохоче), наявність вираженого потягу до азартних ігор внаслідок почуття задоволення від процесу гри, пацієнти також відмітили значну шкоду для себе, що виступає наслідковим результатом пристрасті до азартних ігор (особливо відмічалась втрата значних сум грошей. У здорових осіб подібних явище не спостерігається.

Таблиця 3.5

Описові статистики результатів діагностики вибірки здорових осіб за Вікторіанським опитувальником VGS (N = 45)

	Шкода для партнера	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	Загальний бал
N	45	45	45	45
Пропущені	0	0	0	0

Середнє	0.911	2.76	9.27	12.9
Медіана	1	3	9	14
Мода	0.00	1.00	9.00	15.0
Сума	41	124	417	582
Стандартне відхилення	1.02	1.91	5.52	7.03
Дисперсія	1.04	3.64	30.5	49.4
Міжквартильна відстань	2.00	3.00	10.0	12.0
Діапазон	5	8	18	30
Мінімум	0	0	0	0
Максимум	5	8	18	30
Асиметрія	1.54	0.326	-0.263	-0.119
Станд. похибка асиметрії	0.354	0.354	0.354	0.354
Екссес	4.24	-0.472	-1.20	-0.613
Станд. похибка ексцесу	0.695	0.695	0.695	0.695

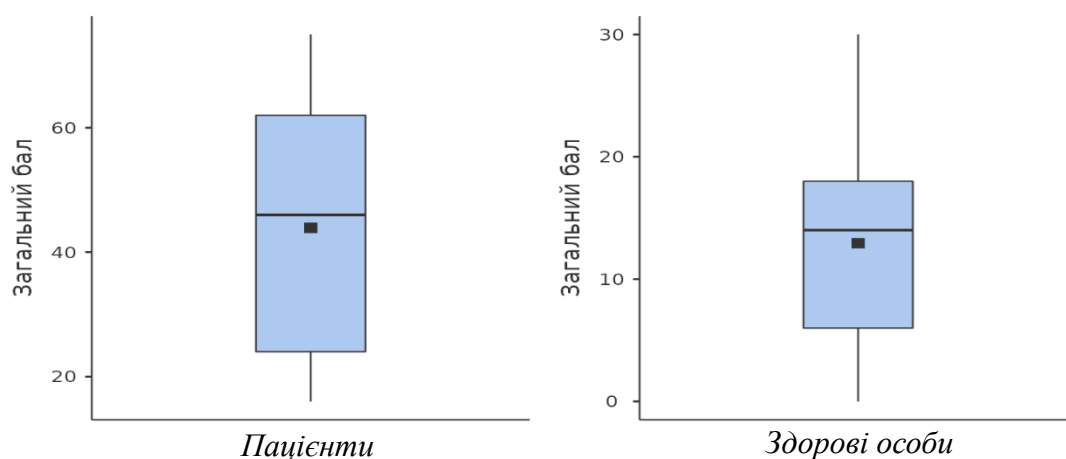


Рисунок 3.3. Графічна експозиція основних параметрів описової статистики вибірки пацієнтів та здорових досліджуваних за вікторіанським опитувальником VGS

«Ящикові» діаграми, отримані в результаті статистичного опрацювання результатів за Вікторіанським опитувальником VGS свідчать про досить рівномірний розподіл балів досліджуваних у межах одного стандартного відхилення (рис. 3.3).

Ще раз необхідно зауважити, що усі інші діагностичні методики застосовувались тільки по відношенню до вибірки пацієнтів, що пов'язано зі змістовним наповненням сформульованих експериментальних гіпотез. Зокрема, бачимо у пацієнтів дещо підвищені показники госпітальної тривоги та депресії, що вказує на достовірність запропонованої моделі у частині наявності прихованих малоусвідомлюваних дисфоричних емоцій, що виступають наслідковим результатом сформованого алекситимічного радикалу у структурі особистості та імпліцитно підштовхують пацієнтів до азартної ігрової діяльності (табл. 3.6, рис. 3.4; додаток О). Важливо звернути увагу, що усереднений діагностичний показник депресії перевищує аналогічний показник тривоги, що дозволяє сформулювати декілька евристичних висновків: 1) в основі «тандемного» поєднання алекситимії та гемблінгу лежать емоції тужливо-депресивного та тривожного спектру з перевагою саме тужливо-депресивного компоненту; 2) наявність депресивних епізодів у картині внутрішнього життя патологічних гемблерів є свідченням виражених дисгармоній їх мотиваційно-потребової сфери, що пов'язано з феноменологічними особливостями депресивних станів; 3) саме депресивні переживання лежать в основі нездорового бажання урізноманітнити та наповнити своє життя яскравими враженнями шляхом долучення до азартної ігрової діяльності.

Описові статистики результатів діагностики вибірки пацієнтів за шкалою
Госпітальної тривоги та депресії HADS (N = 89)

	Тривога	Депресія
N	89	89
Пропущені	0	0
Середнє	12.9	13.8
Медіана	14	15
Мода	8.00	15.0
Сума	1145	1231
Стандартне відхилення	5.38	5.40
Дисперсія	28.9	29.2
Міжквартильна відстань	9.00	6.00
Діапазон	20	21
Мінімум	1	0
Максимум	21	21
Асиметрія	-0.279	-0.834
Станд. похибка асиметрії	0.255	0.255
Ексцес	-0.984	-0.0771
Станд. похибка ексцесу	0.506	0.506

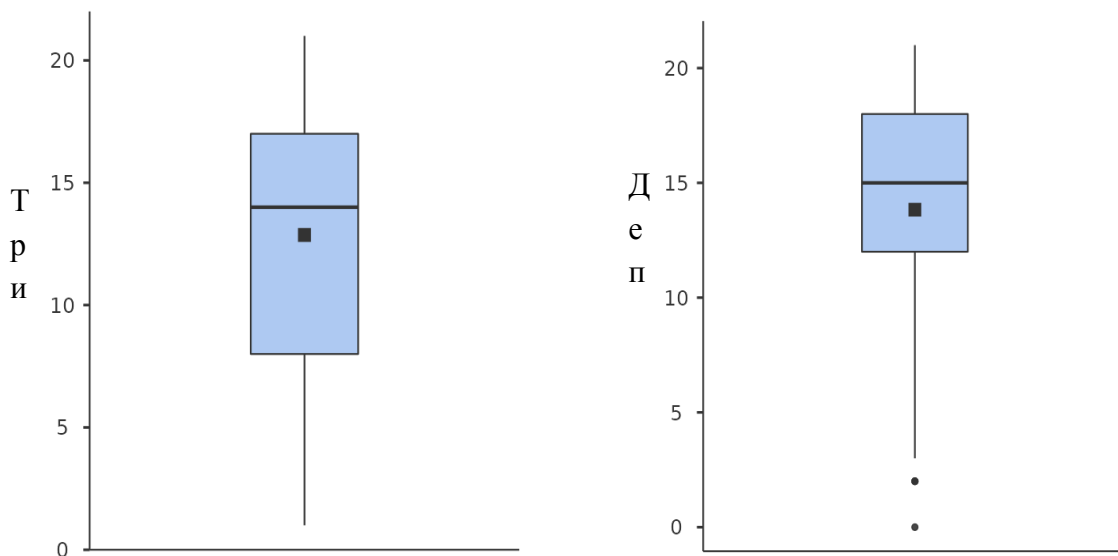


Рисунок 3.4. Графічна експозиція основних параметрів описової статистики вибірки пацієнтів за шкалою Госпітальної тривоги та депресії HADS

Не менш показовими виявились результати діагностики за застосованими по відношенню до вибірки пацієнтів шкалами якості життя (QOLIBRI та О. Чабана) (табл. 3.7, 3.8; рис. 3.5, 3.6; додаток П). Так, наприклад, респонденти в усередненому варіанті незадовільно оцінюють практично усі компоненти, що визначають оптимальну якість життя (табл. 3.7). Особливо низькі оцінки отримані пацієнтами за такими шкалами як «Емоції та почуття» ($\bar{x} = 11,5$), «Соціальні стосунки» ($\bar{x} = 11,9$) та «Самосприйняття» ($\bar{x} = 12,3$). Більш менш задовільні показники спостерігаються тільки за шкалою «Фізичні проблеми», що говорить відносну відсутність у пацієнтів цієї категорії проблем з соматичним здоров'ям. Зважаючи на такий профіль вираженості основних компонентів, що визначають якість життя, знову знаходимо емпіричне підтвердження про схильність ігроманів з алекситимією до дисфоричного емоційного фону. Низькі оцінки задоволеності соціальними стосунками та самосприйняття можуть бути пов'язані з наслідковими результатами ігрової залежності. Усереднений показник загального рівня якості життя за шкалою QOLIBRI також відповідає низькому рівню.

Подібну картину спостерігаємо за підсумками аналізу результатів,

отриманих за шкалою оцінки рівня якості життя О. Чабана (табл. 3.8; рис. 3.7). Усереднений показник за нею також відповідає низькому рівню оцінки якості життя (додаток Р).

Таблиця 3.7

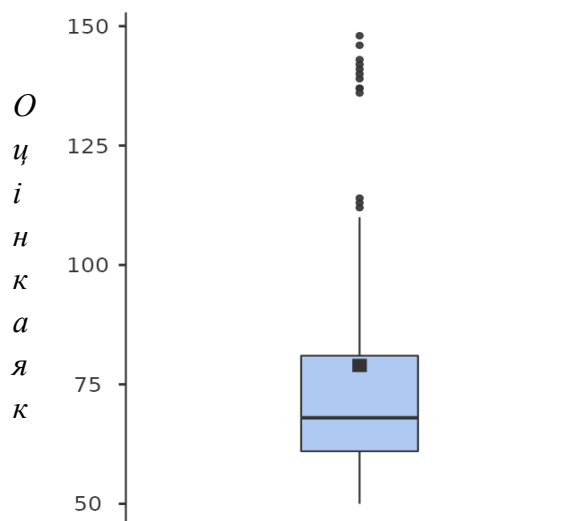
Описові статистики результатів діагностики вибірки пацієнтів за шкалою якості життя QOLIBRI (N = 89)

	Когнітивне функціонування	Самосприйняття	Повсякденне життя та автономність	Соціальні стосунки	Емоції та почуття	Фізичні проблеми	Загальний рівень якості життя
N	89	89	89	89	89	89	89
Пропущені	0	0	0	0	0	0	0
Середнє	13.7	12.3	15.1	11.9	11.5	14.4	79.0
Медіана	12	10	13	11	10	13	68
Мода	10.0	7.00	9.00	10.0	5.00	10.0	61.0
Сума	1223	1097	1344	1056	1026	1282	7028
Стандартне відхилення	5.89	6.24	6.01	4.28	5.74	5.77	26.4
Дисперсія	34.6	39.0	36.1	18.3	33.0	33.3	697
Міжквартильна відстань	7.00	5.00	10.0	4.00	8.00	9.00	20.0
Діапазон	26	23	23	19	20	20	98
Мінімум	5	7	7	6	5	5	50
Максимум	31	30	30	25	25	25	148
Асиметрія	1.15	1.61	0.605	1.38	0.877	0.198	1.45
Станд. похибка асиметрії	0.255	0.255	0.255	0.255	0.255	0.255	0.255
Ексцес	0.760	1.74	-0.617	2.31	-0.218	-1.19	0.977

Продовження таблиці 3.7

Станд. похибка ексцесу	0.506	0.506	0.506	0.506	0.506	0.506	0.506
------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Рисунок 3.5. Графічна експозиція основних параметрів описової статистики



вибірки пацієнтів за шкалою якості життя QOLIBRI

Спираючись на такі результати оцінки якості життя можна зробити висновок про наявність труднощів практично у всіх сферах життя патологічних гемблерів. Одні з них явно вказують на хронічний емоційний дискомфорт, що виступає важливою пов'язуючою ланкою між залежністю від азартних ігор та алекситимією, а інші виступають прямими наслідками деструктивної ігрової поведінки.

Таблиця 3.8

Описові статистики результатів діагностики вибірки пацієнтів за шкалою оцінки рівня якості життя О. Чабана (N = 89)

	Оцінка якості життя
N	89
Пропущені	0
Середнє	9.07
Медіана	8
Мода	5.00
Сума	807

Стандартне відхилення	5.77
Дисперсія	33.3
Міжквартильна відстань	7.00
Діапазон	25
Мінімум	0
Максимум	25
Асиметрія	0.732
Станд. похибка асиметрії	0.255
Екссес	0.196
Станд. похибка екссесу	0.506

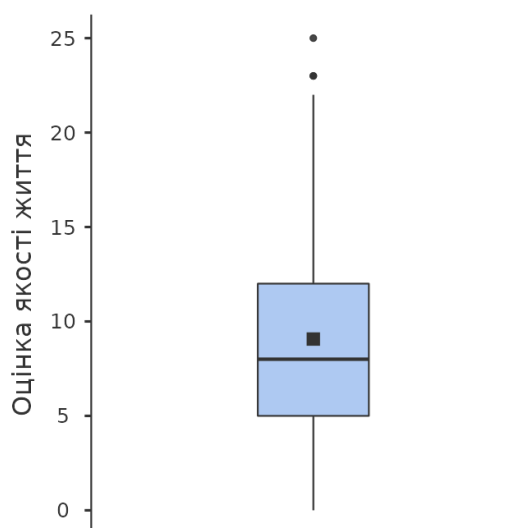


Рисунок 3.6. Графічна експозиція основних параметрів описової статистики вибірки пацієнтів за шкалою оцінки рівня якості життя О. Чабана

Аналіз діагностичних показників рівня та якості когнітивного функціонування засвідчив відсутність у більшості досліджуваних пацієнтів патологій пізнавальних процесів та інтелектуальної сфери загалом (табл. 3.9; рис. 3.7; додаток С). Спираючись на отримане середнє значення за тестом МоСА ($\bar{x} = 27,0$) можна говорити про нормативне функціонування пізнавальних психічних процесів у переважної більшості респондентів. Це суперечить даним М. Chretien, I. Giroux, A. Goulet про те, що наявність значних похибок

функціонування когнітивної сфери у проблемних гемблерів [120]. Такий результат також не відповідає гіпотезі Х. Кристал про виражені недоліки функціонування когнітивної сфери у осіб з алекситимією [152]. Ці суперечності можна пояснити особливостями самого діагностичного інструменту, що використовувався для вивчення особливостей функціонування когнітивної сфери респондентів. Монреальський тест на когнітивну оцінку МоСА спрямований на виявлення грубих порушень перебігу пізнавальних психічних процесів, що можуть спостерігатися, наприклад, після черепно-мозкових травм. У той час як когнітивні порушення при алекситимії та гемблінгу носять переважно змістовний характер та стосуються саме образу та спрямованості думок хворого, окремих труднощів обробки та інтерпретації інформації. Так, наприклад, Дж. Паркер, Р. Бегбі, Дж. Тейлор зазначають, когнітивна сфера алекситимів характеризується недостатнім розвитком понятійного апарату, ґрунтовністю (докладністю), деякою конкретністю, схильністю оперувати побутовими поняттями, недостатнім розвитком системи абстрактних понять. Окрім труднощів обробки емоційної інформації, їм також притаманна схильність використовувати зовнішній когнітивний стиль, що виражається в поверхневому, об'єктному, утилітарному мисленні [173; 195]. Саме тому отримані дані не можна вважати такими, що суперечать даним перерахованих науковців.

Таблиця 3.9

Описові статистики результатів діагностики вибірки пацієнтів за Монреальським тестом на когнітивну оцінку МоСА (N = 89)

	Оцінка якості життя
N	89
Пропущені	0
Середнє	27.0
Медіана	27
Мода	26.0

Сума	2399
Стандартне відхилення	1.95
Дисперсія	3.82
Міжквартильна відстань	3.00
Діапазон	8
Мінімум	22
Максимум	30
Асиметрія	-0.525
Станд. похибка асиметрії	0.255
Екссес	0.0188
Станд. похибка ексцесу	0.506
Шапиро-Уилк W	0.942
Шапиро-Уилк p	< .001

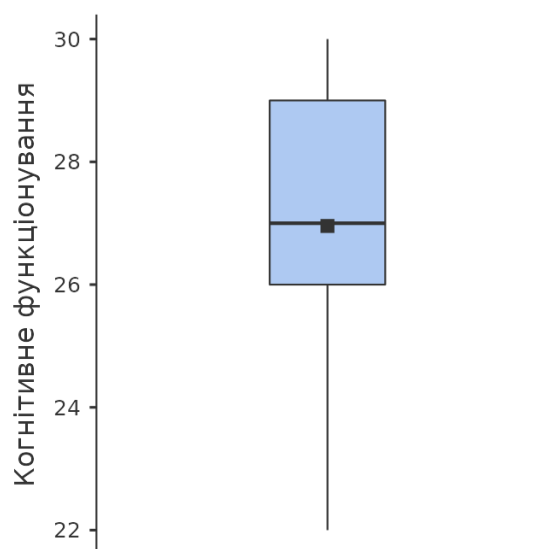


Рисунок 3.7. Графічна експозиція основних параметрів описової статистики вибірки пацієнтів за Монреальським тестом на когнітивну оцінку МоСА

У відповідності до алгоритму опрацювання даних діагностичних обстежень у рамках реалізації першої стратегічної лінії емпіричного дослідження на наступному етапі розподіл балів вибірки пацієнтів за кожною психодіагностичною методикою було перевірено на нормальність з використанням відповідного статистичного критерію (критерій Шапіро-Уїлка) (табл. 3.10). Як видно з таблиці 3.10, розподіл балів за основними психодіагностичними методиками дослідження підпорядковуються закону нормального розподілу Гауса. Виключенням є Торонтська алекситимічна шкала TAS, шкала якості життя QOLIBRI та Монреальський тест на когнітивну оцінку MoCA. Відсутність нормального розподілу за перерахованими методиками може бути пов'язана зі специфічними характеристиками вибірки дослідження, явними тенденціями до превалювання певних рівнів вираженості тих діагностичних конструктів, які закладені в дані діагностичні інструменти. Але, зважаючи на те, що розподіли діагностичних даних більшої половини методик підпорядковуються закону нормального розподілу, наявність окремих шкал, які нормального розподілу не мають не можуть унеможливити використання параметричних критеріїв, зокрема дисперсійного аналізу, для подальшої перевірки гіпотез.

Таблиця 3.10

Результати перевірки на нормальність розподілу балів за результатами комплексного психодіагностичного обстеження вибірки пацієнтів (N = 89)

Методика	Шкали	Статистика W Шапіро-Уїлка	Р
Торонтська алекситимічна шкала		0,820	<0,00 1
Методика скринінгу гемблінгу SOGS		0,977	0,112 *
Вікторіанський опитувальник гемблінгу VGS	Шкода для партнера	0,892	<0,00 1
	Задоволення від азартних ігор	0,977	0,112 *
	Шкода для себе	0,889	<0,00 1
	Загальний рівень гемблінгу	0,986	0,13*
Шкала госпітальної тривоги та депресії	Тривога	0,951	0,06*
	Депресія	0,969	0,074 *
Шкала якості життя QOLIBRI	Когнітивне функціонування	0.888	<0,00 1
	Самосприйняття	0.772	<0,00 1
	Повсякденне життя та автономність	0.929	<0,00 1
	Соціальні стосунки	0.866	<0,00 1
	Емоції та почуття	0.892	<0,00 1
	Фізичні проблеми	0.941	<0,00 1
	Загальний рівень якості життя	0.785	<0,00 1
Шкала оцінки якості життя О. Чабана		0,950	0,052 *
Монреальський тест на когнітивну оцінку МоСА		0,942	<0,00 1

Примітка: * – конфігурація даних підпорядковується закону нормального розподілу Гауса

У результаті проведення кореляційного аналізу з використанням коефіцієнту кореляції Пірсона між показниками сформованості алекситимії, з однієї сторони, та показниками вираженості патологічної схильності до азартних ігор, тривоги та депресії, оцінки якості життя та якості когнітивного функціонування – з іншої сторони, було отримано цілий ряд значущих прямих та зворотних кореляцій, що викликають неабияку цікавість (табл. 3.11). Повний варіант кореляційної матриці представлено в додатку Т.

Виявлено наявність прямих кореляційних зв'язків між алекситимією та гемблінгом (як за шкалою SOGS, так і за Вікторіанським опитувальником), між алекситимією та тривогою, а також між алекситимією та депресією. Виявлено наявність зворотних кореляційних зв'язків між алекситимією та загальною оцінкою якості життя. Особливо яскраво вираженими є кореляції між алекситимією та депресією, а також між алекситимією та рівнем оцінки якості життя (шкала QOLIBRI). На цьому етапі нашого викладу можна констатувати підтвердження експериментальних гіпотез, що стосувались першої стратегічної лінії емпіричного дослідження. Зокрема, шляхом здійсненого кореляційного аналізу доведено, що алекситимічне порушення сприяє формуванню проблемного гемблінгу. В основі цього лежить здатність алекситимії призводити до хронічного переживання цими особами тривоги та депресії, а також імпліцитної незадоволеності якістю свого життя. Гіпотеза про наявність зворотного кореляційного зв'язку між алекситимією та порушеннями когнітивної сфери не знайшла підтвердження.

У цілому на основі проведеного кореляційного аналізу можна зробити висновок про достовірність та наукову обґрунтованість запропонованої моделі формування ігроманії під впливом алекситимії.

Таблиця 3.11

Результати кореляційного аналізу між рівнем алекситимії та іншими змінними дослідження (N = 89)

	Алекситимія (КК Пірсона, (r) / р-значення)
Гемблінг (SOGS)	0.709*
	< .001
Гемблінг (VGS)	0.577*

Продовження таблиці 3.11

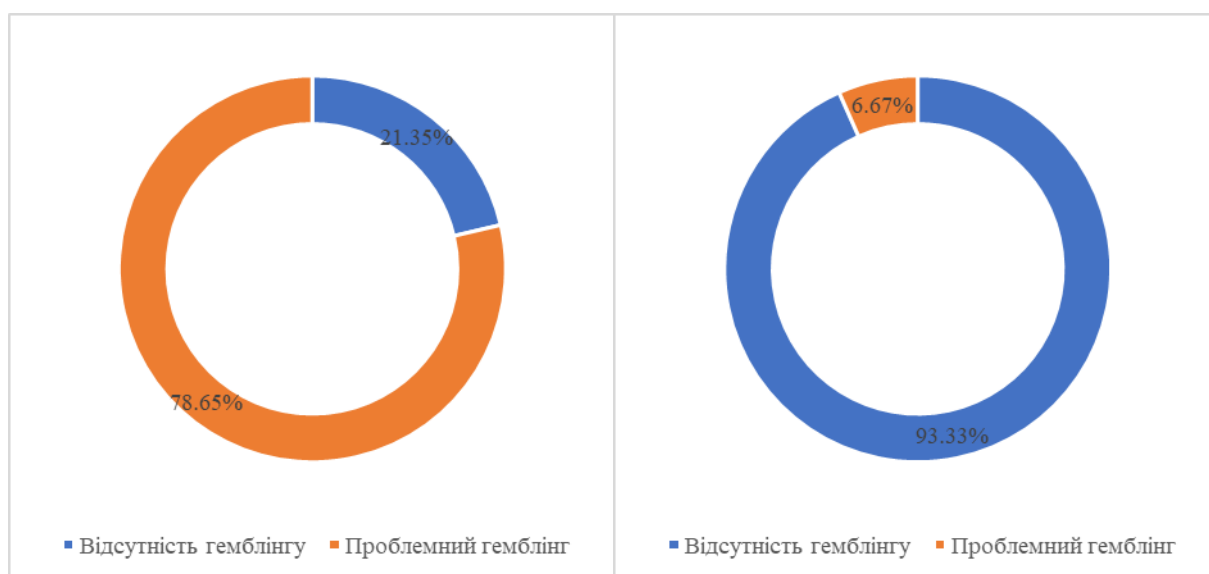
	< .001
Тривога (HADS)	0.672*
	< .001
Депресія (HADS)	0.833*
	< .001
Загальна оцінка якості життя (QOLIBRI)	-0.884*
	< .001
Загальна оцінка якості життя (методика О. Чабана)	-0.758*
	< .001
Рівень когнітивного функціонування	-0.045
	0.677

Примітка: * - наявність статистично достовірного кореляційного зв'язку

На останньому етапі опрацювання першої стратегічної лінії емпіричного дослідження було порівняно відсоткові частки хворих та здорових респондентів за критерієм наявності у них проблемного гемблінгу (табл. 3.12). Як видно з рисунку 3.8 відсоткова частка пацієнтів, у яких діагностовано проблемний гемблінг, значно переважає відсоткову частку гемблерів серед здорових осіб.

Результати порівняння відсоткових часток респондентів з алекситимією та здорових осіб за критерієм наявності у них лудоманії

		Відсоткові частки досліджуваних		Значення φ^*	p
		Пацієнти (N = 89)	Здорові особи (N = 45)		
Шкала SOGS	Відсутність гемблінгу	11 / 12,36%	22 / 48,89%	4,538	p<0,01 Відмінності значущі
	Непроблемний гемблінг	8 / 8,99%	20 / 44,44%	4,649	p<0,01 Відмінності значущі
	Проблемний гемблінг	70 / 78,65%	3 / 6,67%	9,068	p<0,01 Відмінності значущі
Шкала VGS	Відсутність гемблінгу	19 / 21,35%	42 / 93,33%	9,068	p<0,01 Відмінності значущі
	Проблемний гемблінг	70 / 78,65%	3 / 6,67%	9,068	p<0,01 Відмінності значущі



Вибірка пацієнтів

Вибірка здорових осіб

Рисунок 3.8. Відсоткові частки пацієнтів та здорових осіб за критерієм наявності проблемного гемблінгу

У результаті статистичної перевірки відмінностей відсоткових часток респондентів з використанням ϕ^* -кутового перетворення Фішера отримано статистично достовірні розбіжності за кожним рівнем вираженості залежності від азартних ігор. При цьому проблемний гемблінг набагато частіше зустрічається саме серед пацієнтів і практично не зустрічається серед досліджуваних вибірки здорових осіб. Таким чином, це дозволяє підтвердити експериментальну гіпотезу про те, що серед пацієнтів з алекситимією кількість осіб з патологічною залежністю від азартних ігор на статистично достовірному рівні вища, ніж серед здорових осіб.

Отже, у результаті реалізації першої стратегічної лінії емпіричного дослідження було підтверджено усі експериментальні гіпотези, за винятком гіпотези про зв'язок алекситимії з порушеннями когнітивного функціонування. Це дозволяє зробити висновок про достовірність та евристичну цінність запропонованої моделі формування гемблінгу під впливом алекситимії. Отримані емпіричні докази впливу алекситимії на формування ігрової залежності повністю узгоджуються та підтверджують дані інших дослідників, які перераховані у підрозділі 1.3 нашої дисертаційної роботи.

Висновки до третього розділу

У підсумку реалізації першої стратегічної лінії комплексного емпіричного дослідження, вектор якого було спрямовано на всебічне дослідження стану зв'язку патологічної схильності до азартних ігор з алекситимією, було виявлено цілий ряд ефектів впливу алекситимічного радикалу у структурі особистості на заздалегідь виділені нами залежні змінні, що були детально описані у запропонованій авторській моделі формування ігроманії під впливом алекситимії. Оскільки описаний в моделі психологічний механізм формування патологічного гемблінгу під впливом алекситимічного радикалу у структурі особистості включає ряд інших психологічних змінних, було прискіпливо перевірено наявність кореляційних зв'язків не тільки між рівнем вираженості алекситимії та ігрової адикції, але і їх зв'язків з такими психологічними характеристиками як схильність до дисфоричних емоційних переживань,

зокрема тривоги та депресії, оцінкою якості власного життя, особливості когнітивного функціонування респондентів, що виступають змістовними опосередковуючими психологічними елементами зазначеного механізму. Проведена на цьому етапі робота дозволила зробити ряд змістовних висновків.

1. Узгодженість результатів діагностики за шкалою скринінгу гемблінгу SOGS та Вікторіанським опитувальником VGS свідчить про валідність та достовірність отриманого діагностичного матеріалу щодо наявності у респондентів проявів проблемного гемблінгу.

2. Шляхом здійсненого кореляційного аналізу доведено, що алекситимічне порушення сприяє формуванню проблемного гемблінгу. Виявлено статистично достовірні кореляційні зв'язки між рівнем вираженості алекситимії та ступенем сформованості проблемного гемблінгу. В основі цього лежить здатність алекситимії призводити до хронічного переживання особистістю тривоги та депресії, а також імпліцитної незадоволеності якістю свого життя. Підтвердженням цього є статистично достовірний прямий кореляційний зв'язок між алекситимією та тривогою, між алекситимією та депресією, а також статистично достовірний зворотний зв'язок між алекситимією та оцінкою респондентами якості власного життя. Отримані емпіричні докази впливу алекситимії на формування ігрової залежності повністю узгоджуються та підтверджують дані інших дослідників.

3. Гіпотеза про наявність зворотного кореляційного зв'язку між алекситимією та порушеннями когнітивної сфери не знайшла підтвердження. Це пов'язано з тим, що застосований у ході дослідження Монреальський тест на когнітивну оцінку МоСА зорієнтований на виявлення грубих порушень перебігу пізнавальних психічних процесів. Когнітивні ж порушення при алекситимії та гемблінгу носять переважно змістовний характер та стосуються саме образу та спрямованості думок хворого, окремих труднощів обробки та інтерпретації інформації.

4. Встановлено, що усереднений діагностичний показник депресії серед вибірки пацієнтів з діагнозом «патологічний потяг до азартних ігор» перевищує

аналогічний показник тривоги, що дозволяє стверджувати наявність в основі поєднання алекситимії та гемблінгу емоцій тужливо-депресивного та тривожного спектру з перевагою саме тужливо-депресивного компоненту. Наявність депресивних епізодів у картині внутрішнього життя патологічних гемблерів є свідченням виражених дисгармоній їх мотиваційно-потребової сфери, що пов'язано з феноменологічними особливостями депресивних станів. Саме депресивні переживання лежать в основі нездорового бажання урізноманітнити та наповнити своє життя яскравими враженнями шляхом долучення до азартної ігрової діяльності.

5. Ґрунтуючись на отриманих досліджуваними пацієнтами оцінках якості свого життя було виявлено, що гемблери з алекситимічним радикалом у структурі особистості мають труднощі практично у всіх сферах життя. Одні з них явно вказують на хронічний емоційний дискомфорт, що виступає важливою пов'язуючою ланкою між залежністю від азартних ігор та алекситимією, а інші виступають прямими наслідками деструктивної ігрової поведінки. Враховуючи отримані профілі вираженості основних компонентів, що визначають якість життя, була ще раз емпірично підтверджена схильність ігроманів з алекситимією до дисфоричного емоційного фону. Отримані ними низькі оцінки задоволеності соціальними стосунками та самосприйняття можуть бути пов'язані з наслідковими результатами ігрової залежності.

6. Було переконливо підтверджено припущення про те, що серед пацієнтів з алекситимією кількість осіб з патологічною залежністю від азартних ігор на статистично достовірному рівні вища, ніж серед здорових осіб.

Таким чином, було емпірично підтверджено висунуті у рамках першої стратегічної лінії дослідження експериментальні гіпотези та доведено достовірність запропонованої моделі у частині наявності прихованих малоусвідомлюваних дисфоричних емоцій, що виступають наслідковим результатом сформованого алекситимічного радикалу у структурі особистості та імпліцитно підштовхують пацієнтів до азартної ігрової діяльності, яка, у свою чергу, деструктивно впливає на якість їх життя.

РОЗДІЛ 4

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АВТОРСЬКОЇ МОДЕЛІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ІГРОВОЇ АДИКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АЛЕКСИТИМІЄЮ

4.1. Організація контрольного діагностичного обстеження пацієнтів після реалізації авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції

Метою другої стратегічної лінії була оцінка ефективності авторської моделі медико-психологічного консультування та програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією. Для її досягнення було організовано контрольне діагностичне обстеження пацієнтів основної групи та групи порівняння після реалізації згаданої авторської моделі медико-консультування та психокорекційної програми. На цьому етапі емпіричного дослідження було використано план класичного експерименту з попереднім та підсумковим тестування після психокорекційного впливу на основну групу (експериментальну групу).

Іншими словами метою другої стратегічної лінії емпіричного дослідження була експериментальна апробація створеної моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою залежністю, спричиненої станом алекситимії, центральним ядром якої є комплекс психокорекційних заходів, спрямованих на подолання ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією. Емпіричне дослідження на етапі відпрацювання другої стратегічної лінії емпіричного дослідження було організовано за планом з попереднім і підсумковим тестування та групою порівняння (D. Campbell) [116]. Обраний для реалізації другої стратегічної лінії експериментальний план схематично представлено на рис. 4.1, у якому R – це процедура рандомізації (випадкового відбору учасників основної групи та групи порівняння), O₁ та O₃ – попереднє діагностичне обстеження груп пацієнтів, O₂ та O₄ – контрольне діагностичне обстеження груп пацієнтів, X – психокорекційний вплив на основну групу

досліджуваних, заснованого на моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з ігровою адикцією, спричиненої станом алекситимії. У відповідності до обраного експериментального плану передбачається активне маніпулювання дослідником незалежної змінною, якою у контексті нашого експерименту виступає факт участі пацієнтів основної групи у реалізації психокорекційної програми та відсутність такої участі серед пацієнтів групи порівняння (табл. 4.1). Залежними змінними будуть виступати у такому випадку патологічний потяг до азартних ігор, рівень алекситимії, вираженість тривоги та депресії, якість життя та когнітивне функціонування.

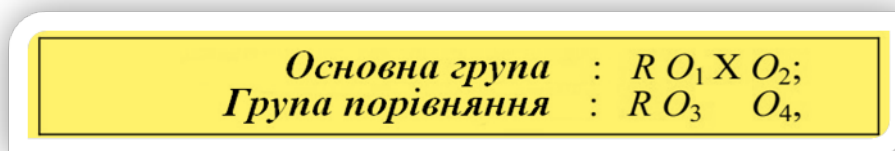


Рисунок 4.1. Схема експериментального плану для двох рандомізованих груп з попереднім та підсумковим тестуванням, який було застосовано для реалізації другої стратегічної лінії емпіричного дослідження

Спираючись на обраний експериментальний план для реалізації другої стратегічної лінії емпіричного дослідження можна сформулювати її експериментальні гіпотези, а саме передбачається, що після реалізації корекційних заходів з розробленої програми: 1) серед досліджуваних основної групи у порівнянні з досліджуваними групи порівняння на статистично достовірному рівні зменшиться інтенсивність потягу респондентів до азартних ігор; 2) серед досліджуваних основної групи у порівнянні з досліджуваними групи порівняння на статистично достовірному рівні зменшиться рівень сформованості алекситимічного радикалу у структурі їх особистості; 3) серед досліджуваних основної групи у порівнянні з досліджуваними групи порівняння статистично значущо зменшиться рівень тривоги та депресії; 4) на статистично достовірному рівні покращиться оцінка досліджуваними основної групи якості власного життя; 5) серед досліджуваних основної групи у

порівнянні з досліджуваними групи порівняння покращиться результативність когнітивного функціонування. Ще однією експериментальною гіпотезою другої стратегічної лінії дослідження є очікування високої прогностичної цінності передбачених когнітивних та емоційних компонентів резилієнсу у пацієнтів основної групи після реалізації психокорекційних заходів.

Таблиця 4.1

Ідентифікація незалежної та залежних змінних у рамках реалізації другої стратегічної лінії емпіричного дослідження (класичний експеримент з попереднім та підсумковим тестування основної групи та групи порівняння)

<i>Незалежна змінна</i>	<i>Залежні змінні</i>
Факт участі досліджуваних пацієнтів у психокорекційних заходах	1) рівень вираженості алекситимії; 2) патологічний потяг до азартних ігор; 3) вираженість хронічного переживання тривоги та депресії; 4) особливості оцінки якості власного життя; 5) якість когнітивного функціонування

Відпрацювання другої стратегічної лінії емпіричного дослідження передбачало вирішення наступних завдань: 1) вибір експериментального плану дослідження, що передбачає формування основної групи та групи порівняння з подальшим долученням основної групи до психокорекційних заходів, що виступають незалежною змінною, якою активно маніпулює дослідник; 2) підбір та підготовка до практичного застосування необхідних психодіагностичних методик для досліджування експериментальних вибірок; 3) проведення попереднього психодіагностичного обстеження пацієнтів основної групи та групи порівняння з метою виявлення початкових значень залежних змінних; 4) реалізація комплексу психокорекційних заходів у відповідності до розробленої програми з представниками основної групи; 5) проведення контрольного психодіагностичного обстеження учасників основної групи та групи порівняння з метою визначення можливих розбіжностей показників залежних змінних; 6) статистичне опрацювання накопичених в результаті попереднього та контрольного психодіагностичних обстежень емпіричних

даних.

Алгоритм опрацювання даних діагностичних обстежень, здійснених у рамках другої стратегічної лінії емпіричного дослідження здійснювався у декілька етапів. На першому етапі було визначено, описано та проінтерпретовано описові статистики за кожною із застосованих психодіагностичних методик окремо по основній групі та окремо по групі порівняння до та після психокорекційної інтервенції. На другому етапі було здійснено однофакторний дисперсійний аналіз діагностичних даних, отриманих обома вибірками досліджуваних після попереднього психодіагностичного обстеження. Застосування дисперсійного аналізу на цьому етапі опрацювання результатів, що дозволяє виявити статистично достовірні розбіжності між основною групою та групою порівняння до реалізації експериментального впливу, зумовлена необхідністю доведення відсутності відмінностей між ними за ступенем вираженості залежних змінних. Необхідність використання дисперсійного аналізу полягає у тому, що сучасні дисертаційні дослідження з психології оперують багатовимірними залежними змінними. Наше дисертаційне дослідження не є виключенням, тому вимагає застосування таких засобів статистичної обробки даних, що дозволяють здійснювати одночасний мультифакторний статистичний аналіз, до розряду яких відноситься також дисперсійний аналіз. Адже наявність відмінностей до експериментального впливу як свідчення початкової нерівності, диференційованості груп дослідження позбавляє будь-якого сенсу подальшу дослідницьку роботу у рамках обраного експериментального плану. На третьому етапі статистичного опрацювання емпіричних даних було здійснено однофакторний дисперсійний аналіз, у процесі якого опрацьовувались дані контрольного психодіагностичного обстеження основної групи та групи порівняння на предмет статистично достовірних розбіжностей між ними за критерієм вираженості залежних змінних. Саме після реалізації цього етапу стає зрозумілим підтверджуються експериментальні гіпотези або ні, що в узагальненому вигляді свідчать про ефективність / неефективність розробленої психокорекційної програми. На четвертому етапі опрацювання отриманих

емпіричних даних після контрольного діагностичного обстеження було проведено регресивний аналіз з метою визначення прогностичної цінності передбачених когнітивних та емоційних компонентів резилієнсу у пацієнтів основної групи після реалізації психокорекційних заходів.

Із загальної вибірки дослідження обсягом у 89 осіб шляхом процедури рандомізації (тобто випадковим чином) було сформовано основну групу (експериментальну групу), до складу якої увійшло 45 пацієнтів та групу порівняння (контрольну групу) кількістю 44 пацієнти. Отже, основну групу було сформовано з пацієнтів із сформованим патологічним потягом до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії, які отримуватимуть стандартне лікування із залученням до розробленої програми психокорекції. Групу порівняння було сформовано з пацієнтів із сформованим патологічним потягом до азартних ігор внаслідок наявності алекситимії, які отримуватимуть стандартне лікування та будуть занесені в лист очікування для залучення до розробленої програми психокорекції після того, як це зробить основна група.

Інші важливі відомості, що стосуються організації емпіричного дослідження, зокрема щодо вибірки дослідження, статистичних методів, засобів та програмних пакетів обробки отриманих емпіричних даних, викладу біостатистичної моделі дослідження, термінів проведення дослідження, його експериментальної бази, загальної характеристики вибірки дослідження та статистичної процедури її формування, критеріїв включення та виключення з вибірки дослідження, можливих ризиків та переваг участі респондентів у дослідженні, діагностичного інструментарію можна знайти у п. 3.1 третього розділу даної дисертаційної роботи.

4.2. Результати оцінки ефективності консультативної та психокорекційної інтервенцій за авторськими розробками, спрямованих на подолання проявів ігрової залежності у пацієнтів з алекситимією

Суголосно обраному експериментальному плану після реалізації процедури рандомізації було сформовано контрольну та експериментальну групу пацієнтів (групу порівняння та основну групу). Тому подальше представлення опрацьованих експериментальних даних буде здійснюватися диференційовано за контрольною та експериментальною групою (додатки У-АВ). Попередню діагностику за підібраним комплексом діагностичного інструментарію було здійснено до психокорекційного впливу за авторською моделлю медико-психологічного консультування на експериментальну групу пацієнтів. Після психокорекційного впливу на експериментальну групу пацієнтів було здійснено контрольне діагностичне обстеження за тими ж психодіагностичними методиками обох груп респондентів. Відповідно подальший виклад буде присвячено всебічному аналізу емпіричних двох діагностичних зрізів контрольної та експериментальної групи: до психокорекційної інтервенції та після неї.

У відповідності до алгоритму опрацювання даних діагностичних обстежень, здійснених у рамках другої стратегічної лінії емпіричного дослідження, на першому етапі було визначено описано та проінтерпретовано описові статистики контрольної та експериментальної групи за кожною із застосованих психодіагностичних методик до психокорекційного впливу на експериментальну групу (табл. 4.2, табл. 4.3).

Як видно з таблиць 4.2 та 4.3, до психокорекційного впливу як серед представників контрольної, так і серед представників експериментальної групи спостерігаються підвищені усереднені бали за шкалами алекситимії, гемблінгу, тривоги та депресії з одночасно зниженими балами за обома шкалами оцінки якості життя. Диференційовані за усіма залежними експериментальним змінними профілі діагностичних даних контрольної та експериментальної групи фактично дублюють профіль діагностичних даних, отриманий по

загальній вибірці досліджуваних пацієнтів та представлений в п. 3.2 третього розділу дисертаційної роботи.

Таблиця 4.2

Описові статистики результатів попередньої діагностики контрольної групи пацієнтів (N = 44)

	Алекси- тимія (TAS)	Гем- блінг (SOG S)	Гем- блінг (VG S)	Три- вога (HADS)	Де- пре- сія (HADS)	Оцін- ка якості життя (QOLI BRI)	Оцін- ка якості життя (мето- дика О. Ча- бана)	Ко- гніти вне функ- ціо- ну- ван- ня (MoCA)
Середнє	106	9.18	45.6	13.7	14.3	76.5	8.41	27.3
Медіана	112	9.00	50.0	15.0	15.0	71.0	8.00	27.0
Мода	114	8.00	62.0	15.0	16.0	67.0	5.00	26.0
Стандартне відхи- лення	20.0	4.23	18.2	4.51	4.15	17.8	4.63	1.80
Дисперсія	400	17.9	332	20.4	17.2	318	21.5	3.23
Міжквартильна відстань	15.8	6.00	37.0	7.50	4.25	14.0	6.25	3.00
Діапазон	76	17	53	16	19	88	22	8
Асиметрія	-1.57	-0.0862	-0.256	-0.318	-0.826	1.97	0.716	-0.380
Екссес	1.85	-0.262	-1.58	-1.05	1.04	4.61	0.797	0.135
Шاپіро-Уїлк W	0.808	0.979	0.870	0.944	0.941	0.800	0.963	0.937
Шاپіро-Уїлк p	<0.001	0.609	<0.001	0.054	0.054	<0,001	0.164	0.052

Таблиця 4.3

Описові статистики результатів попередньої діагностики експериментальної групи пацієнтів (N = 45)

	Алекситимія (TAS)	Гемблінг (SOGS)	Гемблінг (VGS)	Тривога (HADS)	Депресія (HADS)	Оцінка якості життя (QOL IBRI)	Оцінка якості життя (методика О. Чабана)	Когнітивне функціонування (MoCA)
Середнє	101	7.44	42.2	12.1	13.4	81.4	9.71	26.6
Медіана	110	7	43	12	15	66	9	27
Мода	55.0	12.0	19.0	8.00	15.0	61.0	5.00	26.0

Продовження таблиці 4.3

Стандартне відхилення	25.6	4.47	20.3	6.05	6.41	32.7	6.70	2.07
Дисперсія	653	20.0	412	36.7	41.1	1072	44.8	4.28
Міжквартильна відстань	36.0	8.00	41.0	9.00	11.0	42.0	9.00	2.00
Діапазон	78	17	59	20	21	98	25	8
Асиметрія	-0.879	0.0858	0.174	-0.0876	-0.668	1.09	0.571	-0.546
Екссес	-0.770	-1.01	-1.58	-1.20	-0.869	-0.483	-0.442	-0.227
Шапіро-Уїлк W	0.825	0.960	0.882	0.942	0.889	0.757	0.948	0.939
Шапіро-Уїлк p	< .001	0.118	< .001	0.026	< .001	< .001	0.043	0.021

Можна констатувати, що представники контрольної та експериментальної груп на етапі попереднього психодіагностичного обстеження характеризувалися значним рівнем сформованості алекситимії та, відповідно, мали виражені труднощі вербалізації власних емоцій та розуміння емоційних станів партнерів по спілкуванню. У переважній більшості досліджуваних пацієнтів обох груп діагностовано наявність проблемного гемблінгу, схильність до переживання

тривоги та депресії. Як представники контрольної групи, так і представники експериментальної групи характеризуються зниженими оцінками якості життя. Показники когнітивного функціонування в обох групах досліджуваних пацієнтів знаходяться у межах норми. Більш детально узагальнені описові статистики експериментальної та контрольної групи на етапі попереднього психодіагностичного обстеження представлено в додатку У.

Відповідно до алгоритму опрацювання емпіричних даних на наступному етапі було здійснено однофакторний дисперсійний аналіз після попередньої діагностики основної групи та групи порівняння (табл. 4.4). У результаті проведення дисперсійного аналізу встановлено, що за усіма залежними змінними між контрольної та експериментальною групою відмінностей немає. Це свідчить про відносну рівність вибірок дослідження за критерієм вираженості симптомів алекситимії, гемблінгу, а також рівнів тривоги, депресії, оцінки якості життя та когнітивного функціонування. Встановлений факт дозволив перейти до здійснення психокорекційного впливу на експериментальну групу пацієнтів та контрольної діагностики обох груп досліджуваних. Необхідно зазначити, що у разі встановлення наявності статистично достовірних відмінностей між вибірками досліджуваних на етапі попередньої діагностики, подальше дослідження не мало б сенсу. Тому потрібно було б проводити повторну процедуру рандомізації з метою отримання рівних за параметрами вираженості залежних змінних вибірок респондентів. Однак, зважаючи на результати дисперсійного аналізу, необхідності у повторній процедурі рандомізації не було.

Результати однофакторного дисперсійного аналізу після попередньої діагностики основної групи (N = 45) та групи порівняння (N = 44)

		Сума квадратів	Середній квадрат	F	Знач.
Алекситимія (TAS)	Між групами	531,955	531,955	1,008	0,318
	Всередині груп	45915,820	527,768		
	Всього	46447,775			
Гемблінг (SOGS)	Між групами	67,152	67,152	3,542	0,063
	Всередині груп	1649,657	18,962		
	Всього	1716,809			
Гемблінг (VGS)	Між групами	252,538	252,538	0,678	0,413
	Всередині груп	32418,743	372,629		
	Всього	32671,281			
Тривога (HADS)	Між групами	58,037	58,037	2,029	0,158
	Всередині груп	2488,345	28,602		
	Всього	2546,382			
Депресія (HADS)	Між групами	20,615	20,615	0,704	0,404
	Всередині груп	2547,857	29,286		
	Всього	2568,472			
Оцінка якості життя (QOLIBRI)	Між групами	519,610	519,610	0,743	0,391
	Всередині груп	60853,288	699,463		
	Всього	61372,899			
Оцінка якості життя (О. Чабан)	Між групами	37,715	37,715	1,133	0,290
	Всередині груп	2895,881	33,286		
	Всього	2933,596			
Когнітивне функціонування (MoCA)	Між групами	8,782	8,782	2,336	0,130
	Всередині груп	327,038	3,759		
	Всього	335,820			

Після здійснення психокорекційного впливу на експериментальну групу досліджуваних, що тривав протягом вересня-грудня 2022 р., та контрольного психодіагностичного обстеження після цього основної групи та групи порівняння, було отримано ряд результатів, що проливають світло на результативність та ефективність запропонованої моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з гемблінгом, спровокованим алекситимією, та, відповідно, дозволяють перевірити експериментальні гіпотези другої стратегічної лінії емпіричного дослідження.

У першу чергу після здійснення контрольної діагностики було сформовано описові статистики за кожною вибіркою досліджуваних (табл. 4.5, табл. 4.6). І вже при першому погляді на таблиці 4.5 та 4.6 можна констатувати суттєві зміни, що відбулися в експериментальній групі пацієнтів. Тобто саме тієї групи, на яку здійснювався психокорекційний вплив. Більш детально узагальнені описові статистики експериментальної та контрольної групи на етапі контрольного психодіагностичного обстеження представлено в додатку Ф

З метою наочного представлення динаміки змін, що відбулися після психокорекційної інтервенції, усереднені рівні вираженості усіх залежних змінних обох груп досліджуваних на етапі попередньої та контрольної діагностики було показано на горизонтальних стовпчикових діаграмах (рис. 4.2-4.7).

Описові статистики результатів контрольної діагностики контрольної групи
пацієнтів (N = 44)

	Алекси- тимія (TAS)	Гем- блінг (SOG S)	Гем- блінг (VGS)	Три- вог а (H AD S)	Де- пре- сія (H AD S)	Оцін- ка яко- сті жит- тя (QOL IBRI)	Оцін- ка якості життя (мето- дика О. Ча бана)	Ко- гніт ивне функ- ціо- ну- ван- ня (Mo CA)
Середнє	105	8.48	43.8	12.7	13.3	79.6	10.1	27.0
Медіана	112	8.00	48.0	13.0	14.0	74.5	10.0	27.0
Мода	114	8.00	56.0	8.00	12.0	70.0	10.0	26.0
Стандартне від- хилення	19.7	4.05	17.9	4.30	3.97	16.7	4.21	1.78
Дисперсія	386	16.4	319	18.5	15.8	278	17.8	3.16
Міжквартильна відстань	15.3	4.25	36.0	7.25	5.00	12.5	5.00	2.00

Продовження таблиці 4.5

Діапазон	76	16	55	15	20	81	21	8
Асиметрія	-1.58	-0.0232	-0.268	-0.142	-0.725	1.85	0.592	-0.436
Ексцес	1.88	-0.194	-1.54	-1.19	1.11	3.90	0.674	0.142
Шاپіро-Уїлк W	0.808	0.973	0.886	0.948	0.964	0.816	0.969	0.955
Шاپіро-Уїлк p	<0.001	0.378	<0.001	0.057	0.185	<0.001	0.276	0.084

Описові статистики результатів контрольної діагностики експериментальної групи пацієнтів (N = 45)

	Алекситимія (TAS)	Гемблінг (SOGS)	Гемблінг (VGS)	Тривога (HADS)	Депресія (HADS)	Оцінка якості життя (QOLIBRI)	Оцінка якості життя (методика О. Чабана)	Когнітивне функціонування (MoCA)
Середнє	95.4	5.73	36.6	9.13	9.93	91.7	14.8	27.1
Медіана	103	6	31	10	10	79	14	27
Мода	98.0	1.00	19.0	8.00	10.0	71.0	11.0	26.0
Стандартне відхилення	22.7	3.80	18.7	3.79	4.81	28.7	6.63	1.82
Дисперсія	514	14.4	349	14.4	23.2	824	44.0	3.31
Міжквартильна відстань	29.0	7.00	35.0	5.00	7.00	32.0	9.00	2.00
Діапазон	70	13	62	16	21	90	28	7
Асиметрія	-0.900	-0.0448	0.303	-0.291	-0.151	1.11	0.335	-0.327
Екссес	-0.659	-1.17	-1.29	-0.274	-0.483	-0.349	-0.453	-0.362
Шاپіро-Уїлк W	0.837	0.940	0.925	0.971	0.968	0.776	0.980	0.949
Шاپіро-Уїлк p	<.001	0.053	0.05	0.310	0.252	<.001	0.606	0.068

Важливо звернути увагу на те, що на етапі контрольної діагностики фіксуються певні зміни у вираженості залежних змінних не тільки в експериментальній групі, але і в контрольній групі, на яку психокорекційний вплив у рамках реалізації нашого експерименту не здійснювався. Так, наприклад, можемо бачити певне зниження рівня алекситимії, гемблінгу, тривоги та депресії в контрольній групі досліджуваних. Це пояснюється тим, що протягом усього періоду психокорекційного впливу на експериментальну групу досліджуваних, стаціонарне лікування пацієнтів контрольної групи не припинялось.

Як видно з рисунку 4.2 в основній групі досліджуваних після психокорекційної відбулося суттєве зниження рівня алекситимії у порівнянні з початковим рівнем, виявленим на етапі попередньої діагностики.

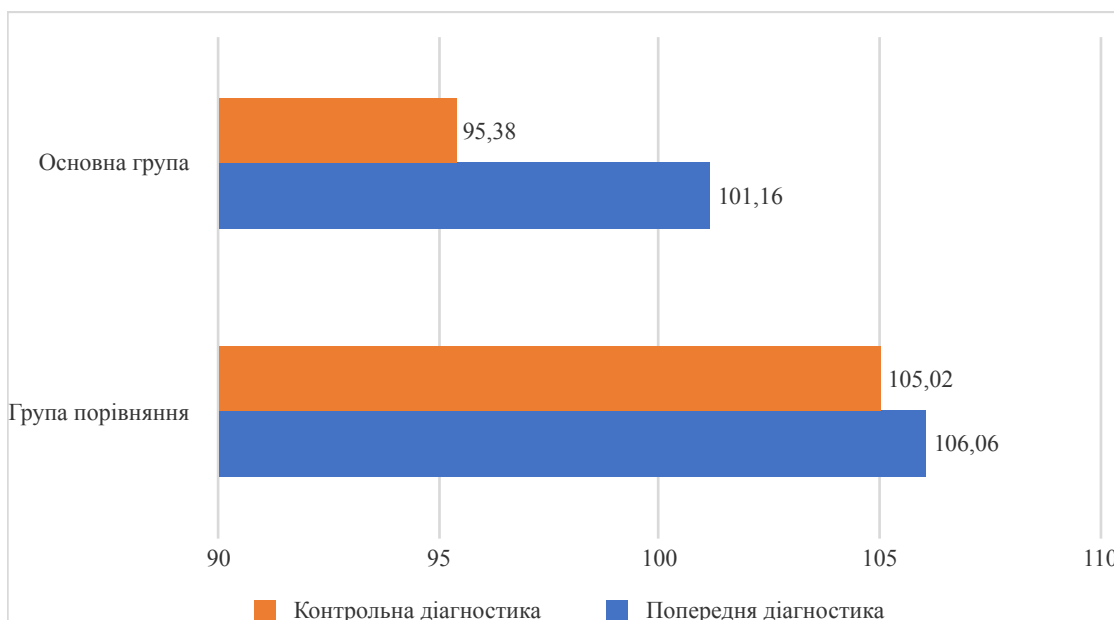


Рисунок 4.2. Середні показники вираженості алекситимії (TAS) до та після психокорекційного впливу на основну групу

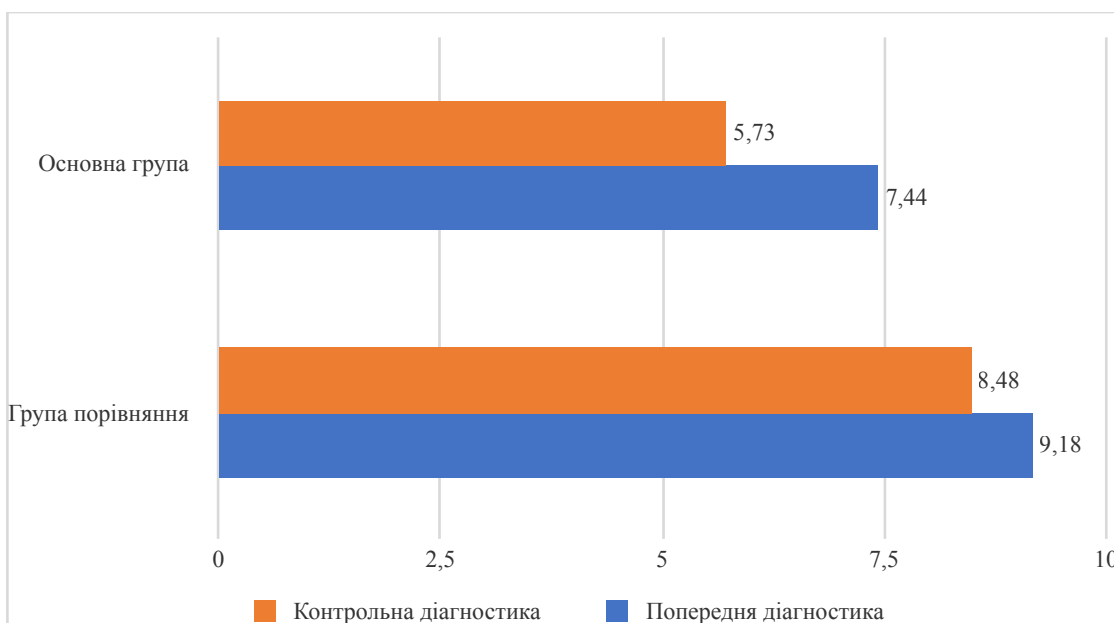


Рисунок 4.3. Середні показники вираженості гемблінгу (SOGS) до та після психокорекційного впливу на основну групу

Подібна картина спостерігається і з показниками вираженості гемблінгу, тривоги та депресії (рис. 4.3-4.5).

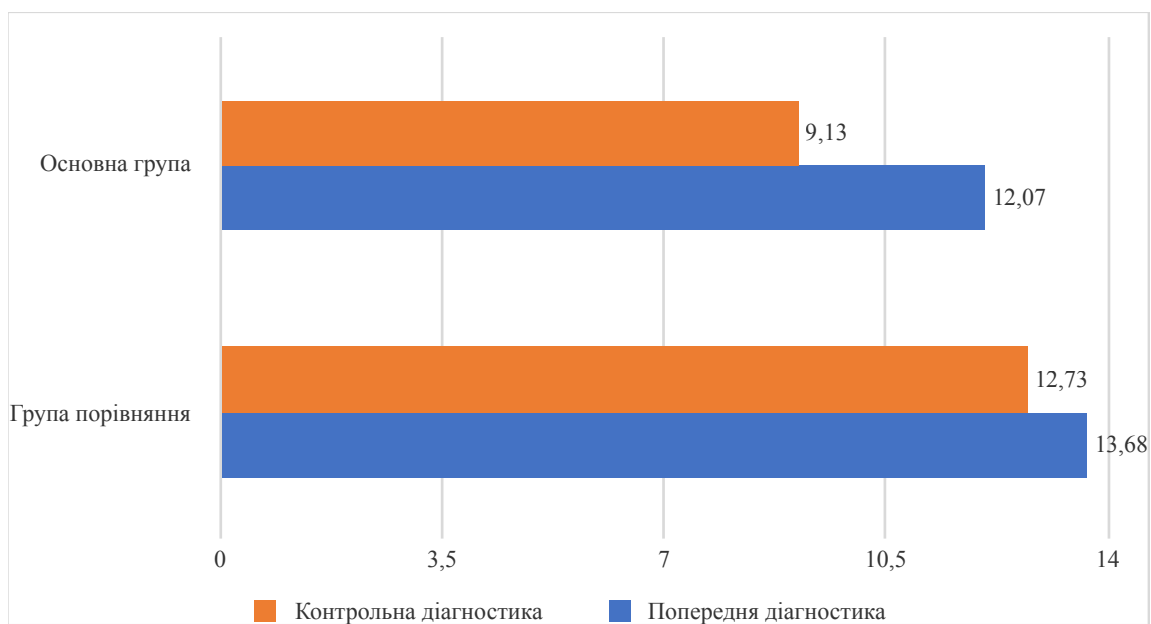


Рисунок 4.4. Середні показники вираженості тривоги (HADS) до та після психокорекційного впливу на основну групу

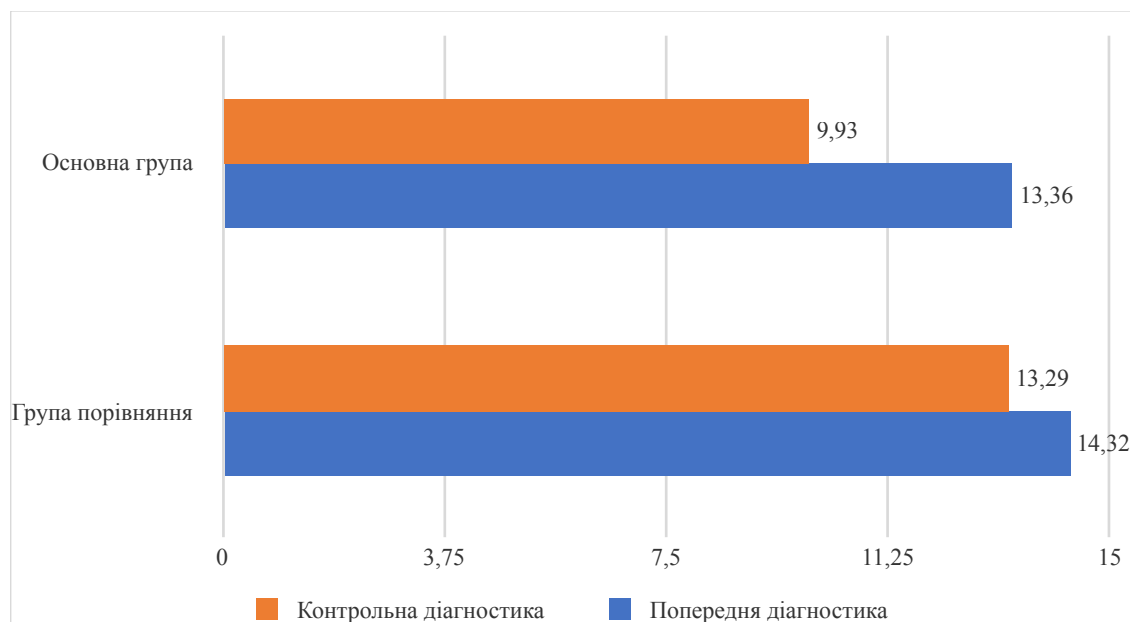


Рисунок 4.5. Середні показники вираженості депресії (HADS) до та після психокорекційного впливу на основну групу

На відміну від перерахованих показників, рівень вираженості яких було суттєво зменшено, середні показники оцінки якості життя серед пацієнтів експериментальної групи, навпаки, значно зросли (рис. 4.6).

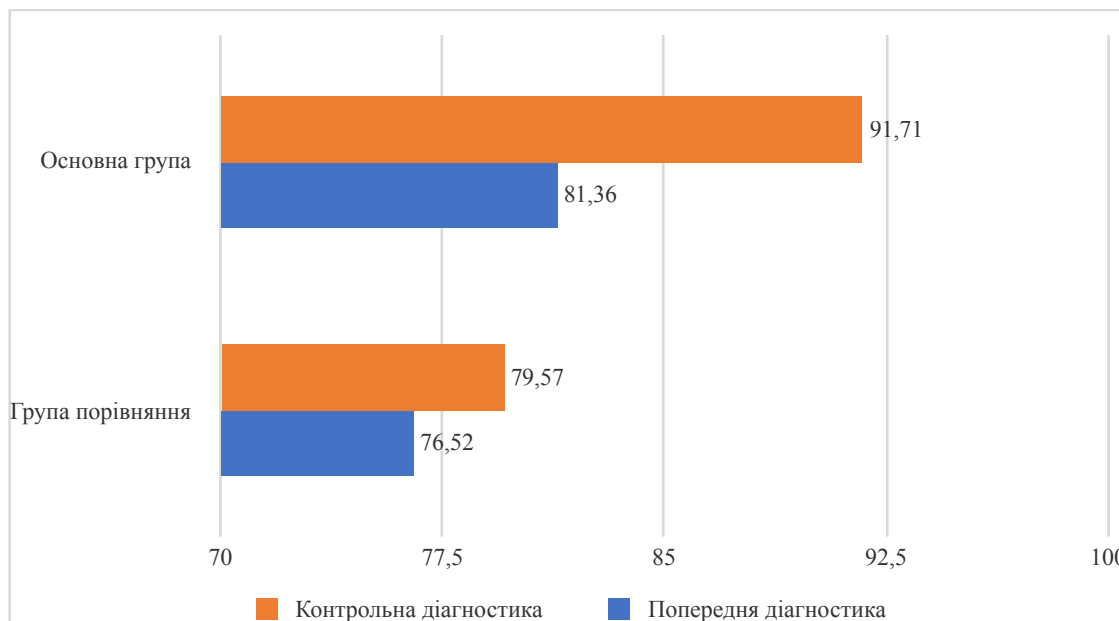


Рисунок 4.6. Середні показники оцінки якості життя (QOLIBRI) до та після психокорекційного впливу на основну групу

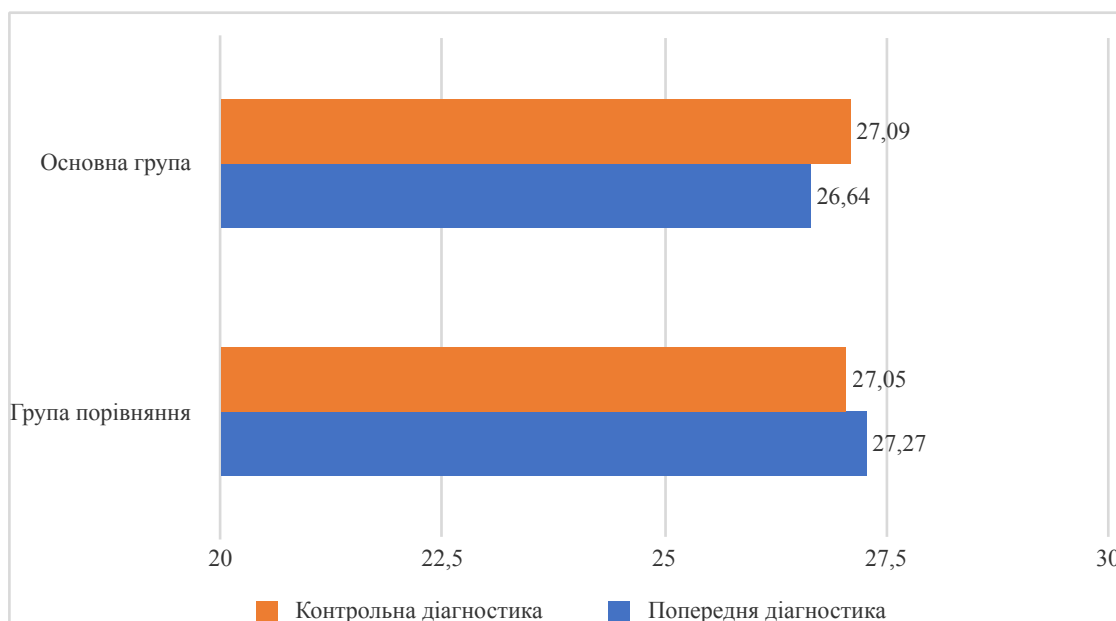


Рисунок 4.7. Середні показники рівня когнітивного функціонування (MoCA) до та після психокорекційного впливу на основну групу

Середні показники рівня когнітивного функціонування майже не змінились (рис. 4.7)

Наочно представлені відмінності вираженості показників залежних змінних на етапах попередньої та контрольної діагностики не доводять статистичної достовірності цих розбіжностей. Тому для того, щоб переконатися, що отримані після психокорекційної інтервенції відмінності дійсно значущі, було знову проведено однофакторний дисперсійний аналіз (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Результати однофакторного дисперсійного аналізу після контрольної діагностики основної групи (N = 45) та групи порівняння (N = 44)

		Сума квадратів	Середній квадрат	F	Знач.
Алекситимія (TAS)	Між групами	2069,546	2069,546	4,590	0,035
	Всередині груп	39225,555	450,868		
	Всього	41295,101			
Гемблінг (SOGS)	Між групами	167,504	167,504	10,877	0,001
	Всередині груп	1339,777	15,400		
	Всього	1507,281			
Гемблінг (VGS)	Між групами	1151,839	1151,839	3,948	0,005
	Всередині груп	29063,959	334,068		
	Всього	30215,798			
Тривога (HADS)	Між групами	287,354	287,354	17,483	0,000
	Всередині груп	1429,927	16,436		
	Всього	1717,281			
Депресія (HADS)	Між групами	251,479	251,479	12,885	0,001
	Всередині груп	1697,959	19,517		
	Всього	1949,438			

Оцінка якості життя (QOLIBRI)	Між групами	3280,365	3280,365	5,920	0,017
	Всередині груп	48210,040	554,138		
	Всього	51490,404			
Оцінка якості життя (О. Чабан)	Між групами	502,700	502,700	16,213	0,000
	Всередині груп	2697,547	31,006		
	Всього	3200,247			
Когнітивне функціонування (MoCA)	Між групами	,042	,042	0,013	,910
	Всередині груп	281,554	3,236		
	Всього	281,596			

У результаті дисперсійного аналізу було отримано ряд статистично достовірних відмінностей між контрольною та експериментальною групою. Зокрема, можна констатувати наявність значущих розбіжностей за рівнем вираженості алекситимії, гемблінгу, тривоги, депресії, оцінки якості життя. Особливо високі показники значущості розбіжностей було отримано за показниками гемблінгу (SOGS), тривоги, депресії та оцінки якості життя (за методикою О. Чабана). Статистично достовірних відмінностей не отримано тільки за параметром когнітивного функціонування, що свідчить на користь того, що грубі порушення пізнавальних психічних процесів мало пов'язані з алекситимією та гемблінгом, а також практично не піддаються психокорекційному впливу. Спираючись на представлені на рисунках 4.2-4.7 гістограми та показники отриманих середніх значень залежних змінних за кожною досліджуваною вибіркою можна з впевненістю стверджувати, що зміни вираженості їх параметрів мають позитивну та бажану спрямованість.

Отже, на цьому етапі опрацювання даних експериментального дослідження можна констатувати переконливе підтвердження ряду сформульованих експериментальних гіпотез. Зокрема, доведено, що після психокорекційної інтервенції в основній групі пацієнтів: 1) суттєво (на статистично достовірному рівні) зменшилась інтенсивність потягу до азартних

ігор; 2) суттєво зменшився рівень вираженості алекситимічних проявів; 3) спостерігається статистично значуще зниження депресії та тривоги; 4) пацієнти основної групи починають значно вище оцінювати якість власного життя. Не отримала підтвердження гіпотеза про те, що в результаті психокорекційного впливу на експериментальну групу пацієнтів у них покращиться якість та результативність когнітивного функціонування. Тут необхідно зазначити, що за результатами описових статистик, сформованих після попередньої діагностики, рівень когнітивного функціонування пацієнтів обох груп ще до психокорекційного впливу був доволі непоганим. Зміст підтверджених у рамках реалізації другої стратегічної лінії експериментальних гіпотез досить логічно продовжують результати, отримані у рамках реалізації першої стратегічної лінії дослідження, а отримані нами результати апробації авторської психокорекційної програми узгоджуються та ще раз підтверджують достовірність запропонованої моделі зв'язку алекситимії та гемблінгу.

Не дивлячись на досягнення мети дослідження та успішної перевірки основних експериментальних гіпотез, необхідно відповісти на ще декілька запитань, що складають зміст останньої експериментальної гіпотези. Наскільки цінними для прогнозу є отримані після психокорекційної роботи позитивні зміни? Чи можна стверджувати, що зменшення рівня алекситимії у якості ключової мішені корекційної роботи буде в обов'язковому порядку призводити у подальшому до усунення потягу до азартних ігор, до зменшення імпліцитної тривоги та депресії, а також до підвищення якості життя? Для того, щоб відповісти на ці питання на останньому етапі опрацювання експериментальних даних по відношенню до усіх показників основної групи респондентів після психокорекційної інтервенції було застосовано регресійний аналіз.

Регресійний аналіз - це статистичний метод вивчення зміни значень однієї змінної від зміни значень іншої змінної на одиницю виміру. У широкому сенсі регресійний аналіз вивчає зв'язок між змінними, залежність однієї змінної від іншої, вплив однієї змінної на іншу. Однак, на відміну від кореляційного аналізу та дисперсійного аналізу, регресійний дає відповідь на одне дуже важливе

питання: як зміниться значення однієї змінної, якщо значення іншої змінної змінилося на певну кількість одиниць її вимірювання [25].

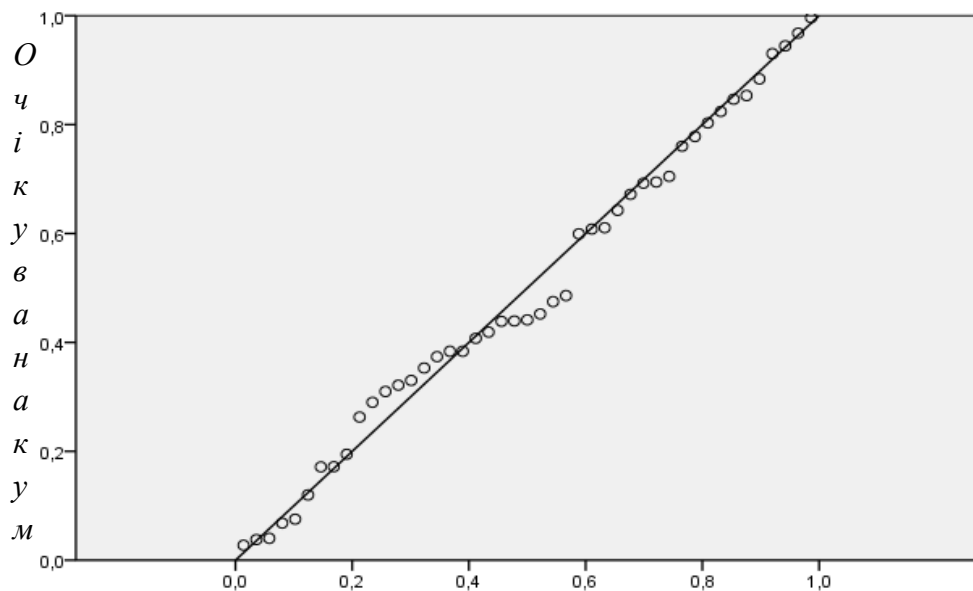
У програмних налаштуваннях SPSS у процесі реалізації регресійного аналізу рівень алекситимії було позначено у якості предиктора (тобто ідентифіковано як агента впливу), а усі інші діагностичні параметри були віднесені до розряду залежних змінних. У рамках нашого дослідження регресійний аналіз було здійснено кроковим методом. Результати регресійного аналізу за кожною залежною змінною представлено в таблицях 4.8-4.12 та імовірнісних графіках отриманих регресій на рис. 4.8-4.12. Зробимо лаконічний аналіз виконаного регресійного аналізу.

Аналізуючи табл. 4.8 та рис. 4.8 можна стверджувати, що алекситимія виступає статистично значущим предиктором проблемного гемблінгу. Отриманий імовірнісний графік регресії, в якому наочно виражено ідеальну лінію зміни однієї змінної під впливом іншої та реально очікувані зміни, у результаті побудованої регресії повністю підтверджує цей висновок. Можна спостерігати максимально наближений до ідеальної кумулятивної вірогідності очікуваний розподіл показників гемблінгу під впливом позитивної динаміки корекції алекситимії. Відповідно, знаючи динаміку змін рівня алекситимії можна більш менш точно прогнозувати зміни перебігу лудоманії.

Результати регресійного аналізу діагностичних показників основної групи респондентів після психокорекційної інтервенції (предиктор: алекситимія; залежна змінна: гемблінг)

Мо- дель	R	R-квад- рат	Скорегова- ний R-квад- рат	Стд. по- хибка оцінки
1	0,794	0,631	0,622	2,33424

Моделі	Сума квад- ратів	df.	Середній квадрат	F	Знач.
1 Регресія	400,507	1	400,507	73,505	0,000
Залишок	234,293	43	5,449		
Всього	634,800	44			



Кумулятивна вірогідність, що спостеріга-

Рисунок 4.8. Імовірнісний графік для регресії: предиктор – Алекситимія (TAS); залежна змінна – гемблінг (SOGS)

Результати регресійного аналізу діагностичних показників основної групи респондентів після психокорекційної інтервенції (предиктор: алекситимія; залежна змінна: тривога)

Мо- дель	R	R-квад- рат	Скорегова- ний R-квад- рат	Стд. по- хибка оцінки
1	0,679	0,460	0,448	2,81875

Моделі	Сума квад- ратів	df.	Середній квадрат	F	Знач.
1 Регресія	291,549	1	291,549	36,694	0,000
Залишок	341,651	43	7,945		
Всього	633,200	44			

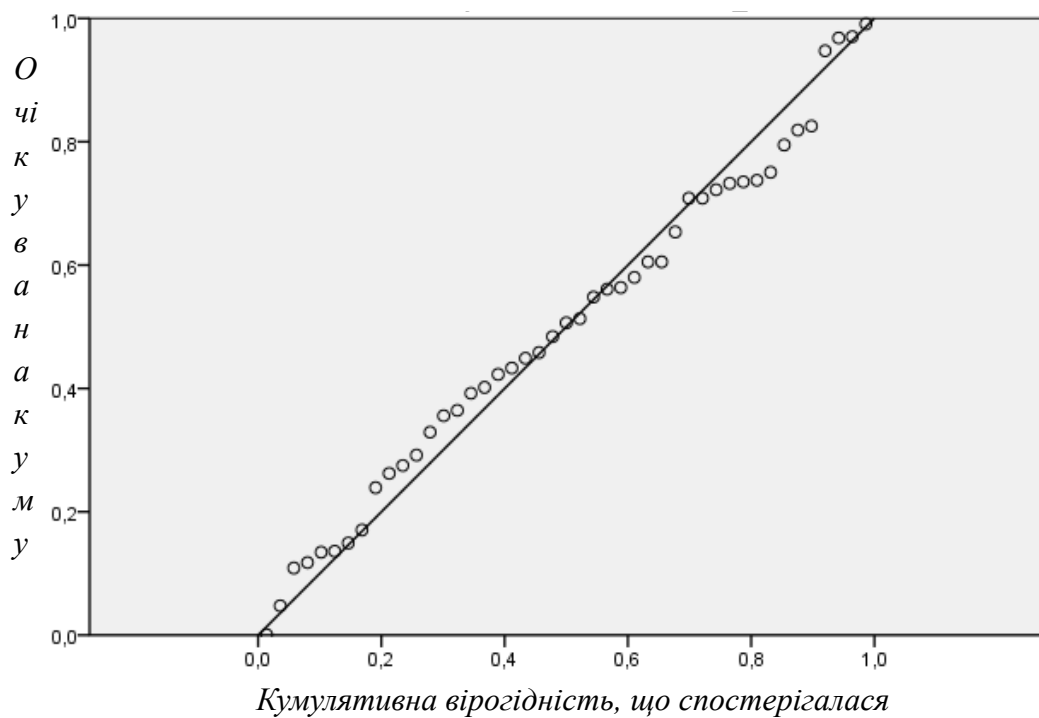


Рисунок 4.9. Імовірнісний графік для регресії: предиктор – Алекситимія (TAS); залежна змінна – тривога (HADS)

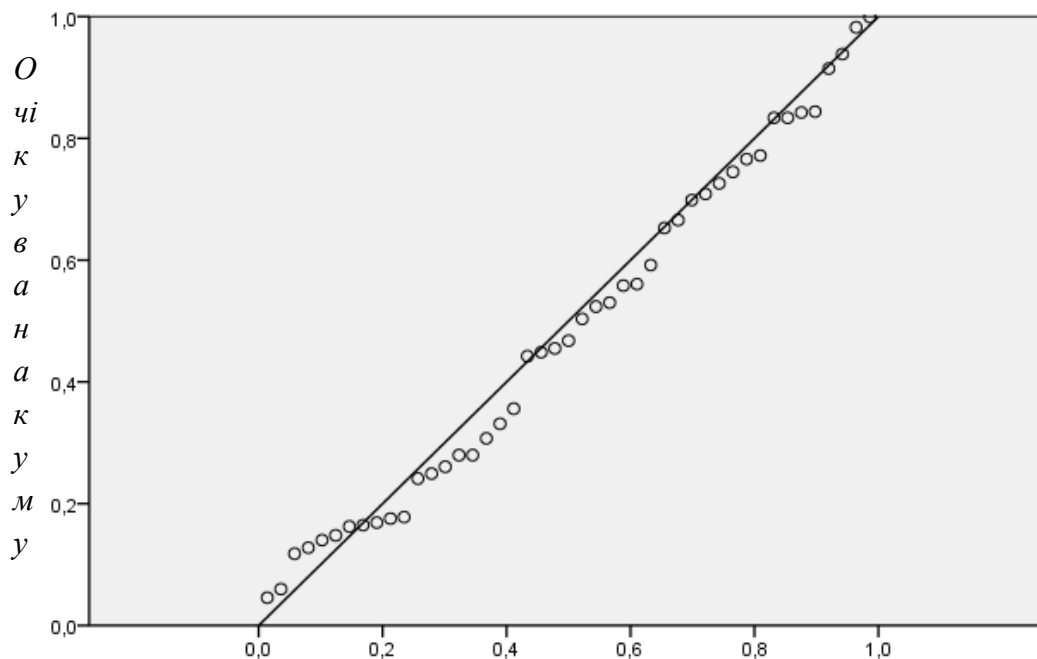
Як видно з табл. 4.9 та рис. 4.9 алекситимія виступає також статистично значущим предиктором тривоги. Таким чином, за показниками алекситимії можна прогнозувати рівень вираженості тривоги у осіб, які страждають від гемблінгу.

Таблиця 4.10

Результати регресійного аналізу діагностичних показників основної групи респондентів після психокорекційної інтервенції (предиктор: алекситимія; залежна змінна: депресія)

Мо- дель	R	R-квад- рат	Скорегова- ний R-квад- рат	Стд. по- хибка оцінки
1	0,761	0,580	0,570	3,15503

Моделі	Сума квад- ратів	df.	Середній квадрат	F	Знач.
1 Регресія	590,769	1	590,769	59,349	0,000
Залишок	428,031	43	9,954		
Всього	1018,800	44			



Кумулятивна вірогідність, що спостерігалася

Рисунок 4.10. Імовірнісний графік для регресії: предиктор – Алекситимія (TAS); залежна змінна – депресія (HADS)

Аналогічну картину спостерігаємо і у царині впливу рівня алекситимії на рівень депресії (табл. 4.10; рис. 4.10). Алекситимія виступає статистично значущим предиктором депресії у патологічних гравців та має відповідну прогностичну цінність.

Результати регресійного аналізу діагностичних показників основної групи респондентів після психокорекційної інтервенції (предиктор: алекситимія; залежна змінна: оцінка якості життя)

Мо- дель	R	R-квад- рат	Скорегова- ний R-квад- рат	Стд. по- хибка оцінки
1	0,908	0,824	0,820	12,17509

Моделі	Сума квад- ратів	df.	Середній квадрат	F	Знач.
1 Регресія	29883,230	1	29883,230	201,59 6	0,000
Залишок	6374,014	43	148,233		
Всього	36257,244	44			

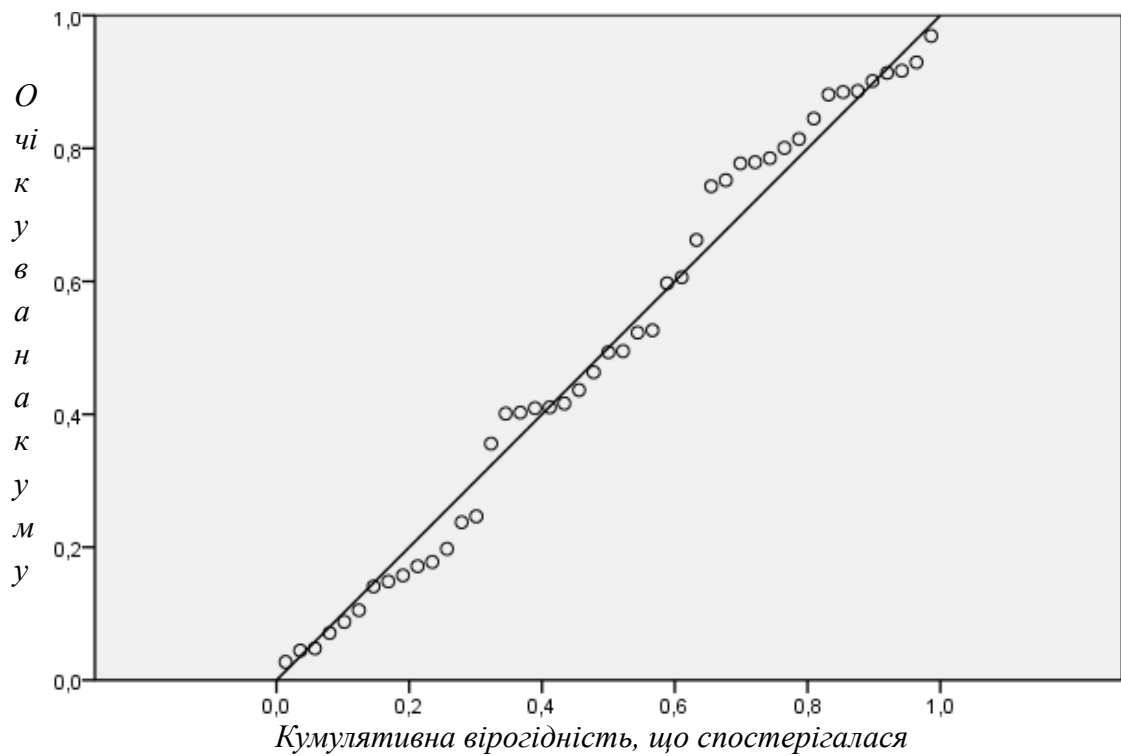


Рисунок 4.11. Імовірнісний графік для регресії: предиктор – Алекситимія (TAS); залежна змінна – оцінка якості життя (QOLIBRI)

Спираючись на табл. 4.11 та рис. 4.11, можна стверджувати, що алекситимія виступає значущим предиктором оцінки якості життя, а її поступова корекція виступає важливим прогностичним чинником покращення якості життя відповідної категорії пацієнтів.

Необхідно констатувати, що, на відміну від інших змінних, алекситимія не виступає значущим предиктором рівня та якості когнітивного функціонування особистості та, відповідно, не може виступати прогностичним чинником динаміки його змін (табл. 4.12; рис. 4.12). Імовірнісний графік має відповідний вигляд, підтверджуючи цю тезу. Причини цього явища були висвітлені раніше.

Таблиця 4.12

Результати регресійного аналізу діагностичних показників основної групи респондентів після психокорекційної інтервенції (предиктор: алекситимія; залежна змінна: когнітивне функціонування)

Мо- дель	R	R-квад- рат	Скорегова- ний R-квад- рат	Стд. по- хибка оцінки	
1	0,970	0,940	0,917	6,693	
Модель	Сума квад- ратів	df.	Середній квадрат	F	Знач.
1 Регресія	30399,89	1	30399,89	678,671 4	1,5E-2 7
Зали- шок	1926,109	43	44,79324		
Всього	32326	44			

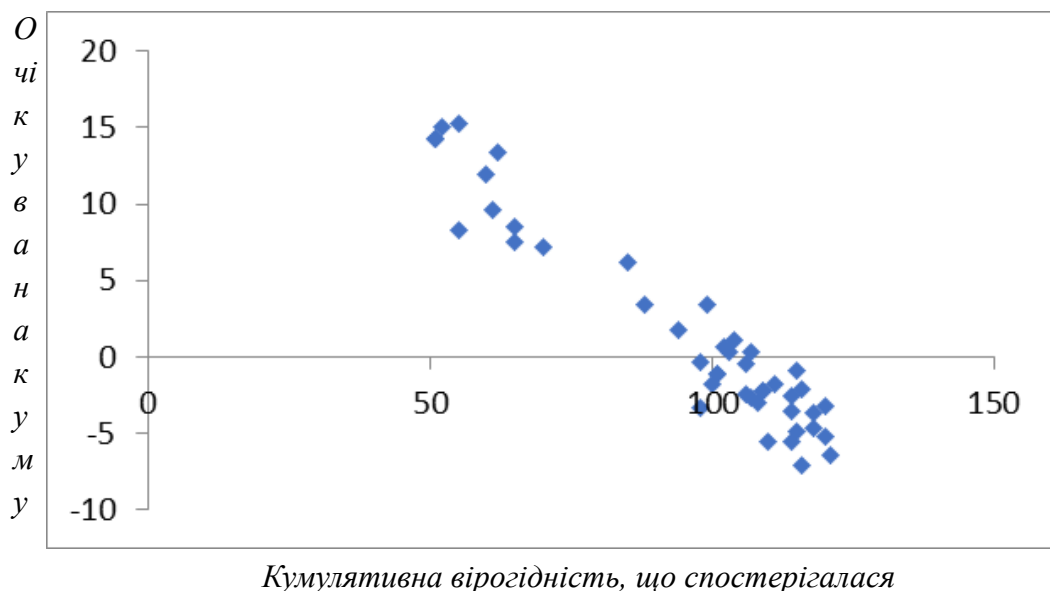


Рисунок 4.12. Імовірнісний графік для регресії: предиктор – Алекситимія (TAS); залежна змінна – когнітивне функціонування (MoCA)

Таким чином, проведений регресійний аналіз дозволив переконатися, що отримані після психокорекційної роботи зміни мають значний прогностичний потенціал, а зменшення рівня алекситимії після психокорекційного втручання з високою часткою ймовірності буде призводити до усунення потягу до азартних ігор, до зменшення імпліцитної тривоги та депресії, а також до підвищення якості життя. Спираючись на ці дані можна констатувати підтвердження експериментальної гіпотези про те, що після реалізації психокорекційних заходів когнітивні та емоційні компоненти резилієнсу у пацієнтів основної групи мають високу прогностичну цінність.

Отже, у результаті експериментальної апробації розробленої моделі медико-психологічного консультування та авторської програми психокорекції алекситимії у пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор, було доведено їх високу дієвість та ефективність, що дозволяє впроваджувати запропоновані заходи у широку клінічну практику.

Висновки до четвертого розділу

У підсумку реалізації другої стратегічної лінії комплексного емпіричного дослідження, вектор якої було спрямовано на емпіричну апробацію розробленої моделі медико-психологічного консультування та авторської програми психокорекції алекситимії у пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор за планом класичного експериментального дослідження з попереднім та підсумковим тестуванням, було переконливо доведено їх високу ефективність та результативність. Проведена на цьому етапі робота дозволила зробити декілька важливих висновків.

1. Представники контрольної та експериментальної груп на етапі попереднього психодіагностичного обстеження характеризувалися значним рівнем сформованості алекситимії та, відповідно, мали виражені труднощі вербалізації власних емоцій та розуміння емоційних станів партнерів по спілкуванню. У переважній більшості досліджуваних пацієнтів обох груп діагностовано наявність проблемного гемблінгу, схильність до переживання тривоги та депресії. Як представники контрольної групи, так і представники експериментальної групи характеризуються зниженими оцінками якості життя.

2. На етапі контрольної діагностики було виявлено певні зміни у вираженості залежних змінних не тільки в експериментальній групі, але і в контрольній групі, на яку психокорекційний вплив у рамках реалізації експерименту не здійснювався. Це було пояснено тим, що протягом усього періоду психокорекційного впливу на експериментальну групу досліджуваних, стаціонарне лікування пацієнтів контрольної групи не припинялось.

3. Після проведення психокорекційного впливу на досліджуваних основної групи у них: 1) суттєво зменшилась інтенсивність потягу до азартних ігор; 2) помітно знизилась маніфестація алекситимічного радикалу; 3) зменшився рівень вираженості тривоги та депресії; 4) покращились оцінки якості життя, що говорить про наявність об'єктивних змін способу життя на кращу сторону. Усі виявлені відмінності мають позитивну та бажану

спрямованість і характеризуються статистично достовірним рівнем значущості. Показники якості когнітивного функціонування після психокорекційного втручання не змінилися, що пояснюється відсутністю зв'язку між алекситимією та грубими порушеннями перебігу пізнавальних психічних процесів.

4. Шляхом проведення регресійного аналізу встановлено, що отримані після психокорекційної роботи зміни мають значний прогностичний потенціал, а зменшення рівня алекситимії після психокорекційного втручання з високою часткою ймовірності буде призводити до усунення потягу до азартних ігор, до зменшення імпліцитної тривоги та депресії, а також до підвищення якості життя. Тобто рівень сформованості алекситимічного радикалу у структурі особистості виступає значущим предиктором психологічних параметрів, що входять до складу психологічного механізму зв'язку алекситимії з патологічним потягом до азартних ігор. Таким чином, після реалізації психокорекційних заходів когнітивні та емоційні компоненти резилієнсу у пацієнтів основної групи мають високу прогностичну цінність.

Зміст підтверджених у рамках реалізації другої стратегічної лінії експериментальних гіпотез досить логічно продовжують результати, отримані у рамках реалізації першої стратегічної лінії дослідження, а отримані нами результати апробації авторської психокорекційної програми узгоджуються та ще раз підтверджують достовірність запропонованої моделі зв'язку алекситимії та гемблінгу.

Таким чином, мету дисертаційного дослідження досягнуто, а його завдання повністю вирішено.

ВИСНОВКИ

Можна констатувати, що у рамках дисертаційного дослідження теоретичним та емпіричним шляхом було успішно досліджено ряд психологічних ефектів, що лежать в основі кореляційного зв'язку алекситимії та проблемного гемблінгу, а також було розроблено та апробовано новітню модель медико-психологічного консультування пацієнтів зі сформованим патологічним потягом до азартних ігор, спровокованих алекситимією. Досягнення поставленої мети та завдань дослідження дозволяють зробити ряд важливих узагальнень та висновків.

1. Патологічна залежність від азартних ігор – це прогресуюче захворювання, що характеризується пристрасстю до азартних ігор, патологічним потягом до ігрової активності та втратою контролю щодо періодів власної ігрової зайнятості, стрімкими матеріальними втратами внаслідок ігрової активності, що не спонукає ігromана позбавитись від залежності (Л. Юр'єва, Т. Больбот). Встановлено, що патологічна схильність до азартних ігор як нехімічний (поведінковий) адиктивний розлад висококоморбідна з афективними розладами, але пусковим механізмом її формування є переважно соціально-психологічні чинники. Алекситимію визначають як специфічну психологічну характеристику індивіда, що виражається у значних труднощах або повній нездатності точно описати актуальні емоційні переживання, а також розуміти почуття іншої людини, труднощах у диференціації відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями, фіксації на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням (Дж. Тейлор). На користь можливості зв'язку патологічної ігрової залежності та алекситимії говорить виражена коморбідність цих порушень, тобто їх поєднання у загальній клінічній картині з іншими психічними недоліками, психопатологіями, несприятливими індивідуально-психологічними властивостями та соматичними захворюваннями.

2. Алекситимія переважає у пацієнтів, що мають схильність до азартних ігор. Знання логіки перебігу ігроманії та алекситимії та їх сутнісних

характеристик, дозволяють з впевненістю стверджувати, що первинною у зв'язці «алекситимія-ігрова адикція» є саме алекситимія. У пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор наявність алекситимії проявляється особливо яскраво у таких характеристиках: кумулятивне накопичення дисфоричних емоційних станів, приховане переживання малоусвідомлюваних емоційних станів, схильність до появи інтенсивних афективних реакцій, надмірна конкретність, ригідність та в'язкість мислення, схильність до чуттєвих задоволень, екстернальний локус-контролю, недостатньо тверезе та реалістичне сприйняття своєї актуальної життєвої ситуації.

3. Розроблено деталізовану модель формування ігроманії під впливом алекситимії, суголосно якій ігрова залежність формується як компенсаторна відповідь / реакція) на стан емоційного неблагополуччя, що притаманний носію алекситимічного радикалу та проявляється у вигляді вираженого стану хронічного, інтенсивного та разом з цим малоусвідомлюваного емоційного дискомфорту, значного переважання негативної афективності над позитивною. Запропонована модель яскраво та у повній мірі реалізує ідею про високу значущість алекситимії як чинника формування патологічного потягу до азартних ігор.

4. Ефективна психологічна допомога пацієнтам зі сформованою патологічною залежністю від азартних ігор, зумовлених алекситимією, можлива за умови одночасного застосування по відношенню до них цих двох варіантів клініко-психологічних інтервенцій, а саме медико-психологічного консультування та корекції. Комплекс засобів, психотехнік та прийомів є загальним для консультативної, психокорекційної та психотерапевтичної практики, з тією тільки різницею, що консультування має більш синтетичний та інтегративний характер та дозволяє використовувати ці засоби в різних варіаціях та поєднаннях, творчо змінюючи їх глибину та кількість. Медико-психологічне консультування передбачає органічне поєднання консультативної та психокорекційно-терапевтичної роботи, що надає право використовувати у його рамках увесь накопичений арсенал прийомів та технік, які були розроблені

у царині тієї чи іншої психологічної теорії. Установча діяльність, психоедукація, психокорекційний вплив у просторі інтегративно-еклектичного підходу, а також контроль-но-ревізійна діяльність медичного психолога органічно входять до складу розробленої моделі медико-психологічного консультування пацієнтів з коморбідним поєднанням алекситимічного розладу з ігровою адикцією. Створена у рамках нашого дисертаційного дослідження програма психокорекції ігрової адиктивної поведінки пацієнтів з алекситимією враховує виділені концептуальні умови досягнення психотерапевтичного ефекту у цієї категорії хворих та базуються на визначених найбільш ефективних психотехнологіях.

5. У результаті реалізації першої стратегічної лінії емпіричного дослідження було доведено, що алекситимічне порушення сприяє формуванню проблемного гемблінгу. Виявлено статистично достовірні кореляційні зв'язки між рівнем вираженості алекситимії та ступенем сформованості проблемного гемблінгу. В основі цього лежить здатність алекситимії призводити до хронічного переживання особистістю тривоги та депресії, а також імпліцитної незадоволеності якістю свого життя. Підтвердженням цього є статистично достовірний прямий кореляційний зв'язок між алекситимією та тривогою, між алекситимією та депресією, а також статистично достовірний зворотний зв'язок між алекситимією та оцінкою респондентами якості власного життя. Гіпотеза про наявність зворотного кореляційного зв'язку між алекситимією та порушеннями когнітивної сфери не знайшла підтвердження.

Встановлено, що усереднений діагностичний показник депресії серед вибірки пацієнтів з діагнозом «патологічний потяг до азартних ігор» перевищує аналогічний показник тривоги, що дозволяє стверджувати наявність в основі поєднання алекситимії та гемблінгу емоцій тужливо-депресивного та тривожного спектру з перевагою саме тужливо-депресивного компоненту. гемблери з алекситимічним радикалом у структурі особистості мають труднощі практично у всіх сферах життя. Одні з них явно вказують на хронічний емоційний дискомфорт, що виступає важливою пов'язуючою ланкою між залежністю від азартних ігор та алекситимією, а інші виступають прямими

наслідками деструктивної ігрової поведінки. Враховуючи отримані профілі вираженості основних компонентів, що визначають якість життя, була ще раз емпірично підтверджена схильність ігromанів з алекситимією до дисфоричного емоційного фону. Було переконливо підтверджено припущення про те, що серед пацієнтів з алекситимією кількість осіб з патологічною залежністю від азартних ігор на статистично достовірному рівні вища, ніж серед здорових осіб.

6. Після проведення психокорекційного впливу на досліджуваних основної групи у них: 1) суттєво зменшилась інтенсивність потягу до азартних ігор; 2) помітно знизилась маніфестація алекситимічного радикалу; 3) зменшився рівень вираженості тривоги та депресії; 4) покращились оцінки якості життя, що говорить про наявність об'єктивних змін способу життя на краще. Показники якості когнітивного функціонування після психокорекційного втручання не змінилися, що пояснюється відсутністю зв'язку між алекситимією та грубими порушеннями перебігу пізнавальних психічних процесів.

Шляхом проведення регресійного аналізу встановлено, що отримані після психокорекційної роботи зміни мають значний прогностичний потенціал, а зменшення рівня алекситимії після психокорекційного втручання з високою часткою ймовірності буде призводити до усунення потягу до азартних ігор, до зменшення імпліцитної тривоги та депресії, а також до підвищення якості життя. Після реалізації психокорекційних заходів когнітивні та емоційні компоненти резилієнсу у пацієнтів основної групи мають високу прогностичну цінність.

Отримані емпіричні докази впливу алекситимії на формування ігрової залежності повністю узгоджуються та підтверджують дані інших дослідників.

У результаті експериментальної апробації розробленої моделі медико-психологічного консультування та авторської програми психокорекції алекситимії у пацієнтів з патологічним потягом до азартних ігор, було доведено їх високу дієвість та ефективність, що дозволяє впроваджувати запропоновані заходи у широку клінічну практику.

Мету дисертаційного дослідження досягнуто, усі завдання вирішено, а теоретичну та експериментальні гіпотези підтверджено.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальших дослідження феноменології та генези алекситимічного розладу та його глибинних індивідуально-психологічних корелятив; у подальшому розкритті та деталізації психологічних механізмів коморбідного зв'язку алекситимії з патологічним потягом до азартних ігор; перспективним уявляється також створення алгоритмів медико-психологічної та психокорекційної роботи з пацієнтами, які мають яскраві маніфестації ігрової залежності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика : монографія. Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ, 2006. 336 с.
2. Асеева Ю. О. Психологічна засади кіберадикцій в підлітковому та юнацькому віці : дис. ... доктора психол. наук : 19.00.07 / Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського. Одеса, 2021. 390 с.
3. Асонов Д. О. Психокорекція резилієнсу ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку у віддаленому періоді: протокол дослідження та результати оцінки методології. *Медична психологія*. 2021. Випуск 16. С. 43-49.
4. Афанасьєва Н. Є. Психологія консультування фахівців екстремального профілю діяльності : дис. ... доктора психол. наук : 19.00.01 / Національний університет цивільного захисту України. Київ, 2018. 380 с.
5. Байкенов Є. Б., Бікетова Л. О. Методи діагностики та профілактики розповсюдження ігроманії (комп'ютерної залежності): методичні рекомендації. Міністерство охорони здоров'я республіки Казахстан. Павлодар, 2014. 56 с.
6. Берн Е. Люди, які грають в ігри. Київ : Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля», 2021. 512 с.
7. Брошура шкал і тестів для оцінки стану пацієнта. Основні шкали клінічної оцінки – від гострого інсульту до нейрореабілітації. *Церебролізін* : веб-сайт. URL: https://cerebrolysin.com.ua/fileadmin/user_upload/stroke/addition/Cerebrolysin-Scales-21.pdf (дата звернення: 16.06.2022).
8. Бурда, Г. (2017). Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі». *Психосоматична медицина та загальна практика*, Т. 2, №1 (Лютий 13, 2017), e020117. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/17> (дата звернення: 31.03.2023)
9. Бурлачук Л. Ф., Грабська І. А., Кочарян А. С. Основи психотерапії. Київ : Ніка-Центр, 1999. 320 с.
10. В Україні протягом трьох років зареєстрували 739 осіб із залежністю від

- азартних ігор. *Ліга. Life* : веб-сайт. URL: <https://life.liga.net/all/news/v-ukraine-za-tri-goda-zaregistrirovali-739-chelovek-s-zavisimostyu-ot-azartnyh-igr#>.
11. Варій М. Й. Загальна психологія : підр. Для студ. вищ. Навч. закл. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 1007 с.
12. Васильєва Г. В. Прояви алекситимії у структурі нарцистичної особистості. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. №6. Т. 1. С. 106-109.
13. Видра О. Г. Вікова та педагогічна психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 112 с.
14. Голованова Т. М. Вплив Інтернет-залежності на самоактуалізацію осіб юнацького віку : дис. ... к-та психол. наук : 19.00.07 / Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих ім. Івана Зязюна. Київ, 2020. 168 с.
15. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Київ : Видавництво «Фенікс», 2012. Т. XII. Психологія творчості. Вип. 15. Ч. II. С. 113-120.
16. Дубравська Д. М. Основи психології: навч. посіб. Для вузів. Львів: «Світ», 2001. 280 с.
17. Епідеміологічні, діагностичні та терапевтичні аспекти патологічної пристрасті до азартних ігор / Казаков В. М., Табачников С. І. та ін. *Актуальні питання сучасної психіатрії та наркології* : Збірник наукових робіт Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні №3 (Сабурової дачі), присвячений 210-річчю Сабурової дачі / під заг. ред. П. Т. Петрюка, О. М. Бачерікова. Київ-Харків, 2010. Т. 5. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper044.htm> (дата звернення: 16.07.2022).
18. Завгородня О. В., Степура Є. В., Шаталіна В. В. Алекситимія в «умовно здорових» людей: труднощі та можливості корекції. *Психологія і особистість*. 2020. № 2(18). С. 247-262.
19. Завязкіна Н., Ведмеденко А. Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2020. №50. С. 11–30. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-50.11-30>

(дата звернення: 20.02.2023).

- 20.Завязун Т. В. Вплив ігрової діяльності на всебічний розвиток дитини-дошкільника. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2018. Випуск 64. С. 93-96.
- 21.Занюк С. С. Психологія мотивації. Теорія і практика мотивування. Мотиваційний тренінг. Київ : Ельга-Н; Ніка-Центр, 2001. 352 с.
- 22.Зв'язок алекситимії з індивідуально-типологічними властивостями, емоційною сферою та психічними станами особистості / Вашека Т. В., Тукаєв С. В., Паламар Б. І., Долгова О. М., Федорчук С. В. *Клінічна та профілактична медицина*. 2019. № 3-4(9-10). С. 100-107. DOI: 10.31612/2616-4868.4(10).2019.04.
- 23.Іванцанич В. В. Психологічні особливості розвитку стресостійкості учнівської молоді з релігійним світоглядом : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені І. А. Зязюна. Київ, 2021. 185 с.
- 24.Ісакова Т. О. Інтернет-залежність як новий феномен сучасного світу: сутність і проблеми / за заг. ред. Д. В. Дубова. Київ : НІСД, 2011. 47 с.
- 25.Климчук В. О. Математичні методи у психології : навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. Київ : Освіта України, 2009. 288 с.
- 26.Коваль С. М., Мисниченко О. В., Літвінова О. М., Барановська Г. В. Когнітивні порушення та деменція у хворих на артеріальну гіпертензію. *Артеріальна гіпертензія*. 2020. Том 13. № 4. DOI: 10.22141/2224-1485.13.4.2020.211957.
- 27.Колісник Л. О. Вплив емоційного здоров'я на гармонійний розвиток особистості студента. *Освіта і здоров'я: формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчального закладу*: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Суми, 2010. С. 71-80.
- 28.Коробіцина М. Б. Клініко-психологічні аспекти алекситимічної психалгії. *Наука і освіта*. 2010. №9. С. 74-78.
- 29.Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості : навчальний посібник. Київ: Либідь, 2007. 256 с.

30. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навчальний посібник. Суми : Університетська книга, 2020. 304 с.
31. Кучманіч І. М., Мороз Р. А. Психологічний механізм виникнення та функціонування психологічної травми особистості. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського університету ім. І. Огієнка, Національного інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. Випуск 36. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2017. С. 146-159.
32. Магдисюк Л. І. Методичні рекомендації до курсу «Медико-психологічне консультування». Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2020. 28 с.
33. Магдисюк Л., Павлова Б., Гнатойко І. Медико-психологічне консультування осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Збірник наукових праць РДГУ. Психологія: реальність і перспективи*. 2020. Випуск 14. С. 144-149.
34. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування : навчально-методичний посібник. Луцьк : Вежа-Друк, 2020. 332 с.
35. Макаров С. О. Характеристика когнітивної дисфункції у хворих на системний червоний вовчак. *Український журнал медицини, біології та спорту*. Клінічна медицина. 2021. Том 6. № 5(33). С. 199-203.
36. Максименко С. Д., Носенко Е. Л. Експериментальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 360 с.
37. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки : навчальний посібник. Київ : «Либідь», 2011. 516 с.
38. Мартенс Й.-У. Мистецтво керувати своїм життям: розпізнавання, вплив та зміна настанов. Харків : Вид-во «Гуманітарний Центр», 2013. 208 с.
39. Мателега М. М., Азізов С. С. Психологічні особливості залежності як девіантної поведінки особистості. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2015. Вип. 7. С. 146-160. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pnpz_2015_7_12 (дата звернення: 20.02.2023).
40. Медицина третього тисячоліття: збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків, 17-18 січня 2012 р.) / за ред. проф. В. М. Лісового. Харків, 2012. 286 с.

41. Міжнародний класифікатор хвороб 10-го перегляду – МКХ-10. *Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова* : веб-сайт. URL: <https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkKh10> (дата звернення: 09.03.2023).
42. Міжнародний класифікатор хвороб 11-го перегляду – МКХ-11. *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information* : веб-сайт. URL: <https://icd.who.int/en> (дата звернення: 09.03.2023).
43. Монреальський тест на когнітивну оцінку (MoCA). *M-ALMAHDI – поради щодо здоров'я* : веб-сайт. URL: <https://uk.m-almahdi.com/alzheimers-and-montreal-cognitive-assessment-moca-0d862a8e-4b0d66> (дата звернення: 18.08.2022).
44. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA). *Здоров'я України*. Тематичний номер. Березень 2011 р. с. 44-45. URL: https://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2011_Nevro_1/44-45.pdf (дата звернення: 18.08.2022).
45. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 236 с.
46. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів : Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.
47. М'ясоїд П. А. Загальна психологія. Київ : Вища школа, 2000. 480 с.
48. Олейник Н. О., Бенківська А. М. Психологічні особливості алекситимічного радикалу в структурі особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Випуск 3. Том 1. С. 94-99.
49. Основи психологічного консультування (лекційний курс) / уклад. Якимчук Б. А., Якимчук І. П. Умань : ПП Жовтий О. О., 2013. 204 с.
50. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник / Царенко Л., Вебер Т., Войтович М., Гриценюк Л., Кочубей В., Гридковець Л. Том 2. Київ : б/в, 2018. 240 с.
51. Особистість в екстремальних умовах : матеріали X Всеукраїнської науково-практичної конференції, 21 травня 2021 р., м. Львів. Львів, 2021. 216 с.

52. Особистість у кризових умовах та критичних ситуація життя : матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, 22-23 лютого 2018 р. Суми : Вид-во Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, 2018. 428 с.
53. Пирог Г. В., Куранова К. О. Психологічний аналіз мотиваційної сфери геймерів. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. №4. С. 29-32.
54. Пихтіна Н. П., Яковець Н. І. Педагогічна профілактика адиктивної поведінки учнів : навчальний посібник. Ніжин : Вид-во Ніжинського педагогічного університету ім. Миколи Гоголя, 2003. 116 с.
55. Про державне регулювання діяльності щодо організації та проведення азартних ігор : Закон України від 14.07.2020 р. № 768-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/768-20#Text> (дата звернення: 28.06.2023).
56. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. 207 с.
57. Психологічна допомога у клініці : навчально-методичний посібник / Федоренко Р. П., Хлівна О. М., Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І., Борцевич С. В. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 224 с.
58. Психологія особистості на сучасному ринку праці : монографія / за заг. ред. Г. А. Пріба, Є. М. Калюжної; колектив авторів. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. 380 с.
59. Пушкар В. А. Психологія адиктивної поведінки : методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів : Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2010. 84 с.
60. Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2012. № 4 (39). С. 40-45.
61. Руденко М. Д. Алекситимія та природа її виникнення. *Репозитарій Національного авіаційного університету*: веб-сайт. URL: <https://er.nau.edu.ua/bitstream/NAU/>

39224/1/%D0%A0%D1%83%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE %20%D0%9C.%D0%94.%20.pdf (дата звернення: 16.04.2022).

62. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2005. 360 с.
63. Сальнікова А. Алекситимія та лудоманія: посередницька роль стресу. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2022. Т. 6. №4. С. 51-53. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/1%28132%29/pages-51-53/aleksitimiya-ta-ludomaniya-poserednicka-rol-stresu#gsc.tab=0> (дата звернення: 10.09.2022).
64. Саннікова О. П. Феноменологія особистості: Вибрані психологічні праці. Одеса: СМІЛ, 2003. 256 с.
65. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету*. Серія «Психологічні науки». 2020. Випуск 6. С. 108-114.
66. Сокол Л., Фокс М. Г. Когнітивно-поведінкова терапія. Практичне керівництво. Київ : Діалектика. 2021. 384 с.
67. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. та ін; за наук. ред. Титаренко Т. М. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
68. Стасюк М. М. Психолого-педагогічні умови розвитку емоційного інтелекту у студентів ІТ-спеціальностей : дис. ... доктора філософії : 053 / Львівський національний університет імені Івана Франка. Львів, 2020. 175 с.
69. Торонтська алекситимічна шкала. *PsyLab – енциклопедія психодіагностики* : веб-сайт. URL : https://psylab.info/%D0%A2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%88%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0 (дата звернення: 26.05.2022).
70. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. Київ : ДП «Вид. дім «Пер-

сонал», 2017. 160 с.

71. Уркаєв В. С. Адиктивна поведінка осіб юнацького віку в мережі Інтернет. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка. 2009. Т. 3. Вип. 6. С. 268-276.
72. Уркаєв В. С. Зміст феномену ігрової залежності: особливості та специфіка. *Технології розвитку інтелекту*. 2019. Т. 3. № 3(24). URL : https://psytir.org.ua/upload/journals/3.24/authors/2019/Urkaev_V_S_Zmist_fenomenу_іhrovoi_zalezhnosti_osoblyvosti_spetsyfika.pdf (дата звернення: 08.03.2023).
73. Уркаєв В. С. Психокорекція ігрової адиктивної поведінки в осіб раннього юнацького віку : дис. ... к-та психол. наук : 19.00.04 / Інститут психології імені Г. С. Костюка. Київ, 2021. 204 с.
74. Уркаєв В. С. Соціально-психологічні чинники формування ігрової адиктивної поведінки юнаків. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. 2011. Т. 13. Ч. 1. С. 400-406.
75. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології. Луцьк : Східноєвропейський Національний Університет ім. Лесі Українки, 2012. 237 с.
76. Федосєєва І. Психологічні аспекти гемблінгу в підлітковий період онтогенезу. *Гуманітарний вісник*. 2014. №34. С. 205-214.
77. Фролова О. Психоедукація як метод соціально-психологічної профілактики психічного та психологічного здоров'я студентів. *IQХолдинг* : веб-сайт. URL: <http://iqholding.com.ua/articles/psikhoedukatsiya-yak-metod-sotsialno-psikhologichnoi-profilaktiki-psikhichnogo-ta-psikhologichnogo-zdorov%E2%80%99ya-studentiv> (дата звернення: 29.04.2023).
78. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс : навчальний посібник. Київ : ВД «Професіонал», 2005. 656 с.
79. Чабан О. С., Хаустова О. О., Безшейко В. Г., Москаленко О. В. Валідизація «Шкали оцінки якості життя». *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 1. С. 159-160. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_179

(дата звернення: 25.09.2022).

80. Чабан О. С. Якість життя пацієнта з позицій медичної психології. *МЛ*. 2008. №5(51). С. 41-43. URL: <https://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2008-06-15/40-43.pdf> (дата звернення: 18.10.2022).
81. Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Київський Національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 561 с.
82. Шеленкова Н. Л. Поняття алекситимії. *Електронний інституційний репозитарій Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини*: веб-сайт. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/7114/1/PONYaTTYa_ALEKSY%60TY%60MIYI.pdf (дата звернення: 08.03.2023).
83. Шнайдер О. В. Психологічні особливості емоційного вигорання працівників сфери інформаційних технологій. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія і педагогіка». Випуск 26. С. 144-148.
84. Шпак М. М. Психологічні основи розвитку емоційного інтелекту молодших школярів : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2018. 396 с.
85. Шульженко Д. І., Шульженко О. Є. Емоційна стабільність як чинник фахової готовності студентів-спеціальних психологів. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Серія : Соціальна педагогіка. 2013. Вип. 23(2). С. 122-131.
86. Юрценюк О. С. Гендерні відмінності рівня алекситимії у студентів з непсихотичними психічними розладами. *Психіатрія, наркологія*. 2019. Вип. 11. С. 25-29.
87. Юр'єва Л. М., Ботьбот Т. Ю. Комп'ютерна залежність: формування, діагностика, корекція та профілактика : монографія. Дніпропетровськ : «Пороги», 2006. 196 с.
88. Ягенський А. В., Січкарук І. М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. *Внутрішня медицина*. 2007. №3(3). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/418> (дата звернення: 12.06.2023).

89. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: активне соціально-психологічне навчання : навчальний посібник. Київ : «Вища школа», 2004. 679 с.
90. Aasved M. The sociology of gambling. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 2003. 120 p.
91. Abbott M., Stone C. A., Billi R., Yeung K. Gambling and problem gambling in Victoria, Australia: Changes over 5 years. *Journal of Gambling Studies*. 2016. №32(1). P. 47-78. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9542-1>.
92. Adolphe A., Khatib L., van Golde C. et al. Crime and gambling disorders: a systematic review. *Journal of gambling studies*. 2018. №35 (2). P. 395-414. DOI : <https://doi.org/10.1007/s10899-018-9794-7>
93. Anthony W. A. Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist*. 1997. Vol. 32. P. 632-662.
94. Apfel R., P. E. Sifneos. Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy. Psychosomatics*. 1979. Vol. 32(1-4). P. 180-191.
95. Bach M., Bach D., Bohmer F., Nutzinger D. Alexithymia and somatization Relationship to LSM-III-R Diagnoses. *Journal of Psychosomatic research*. 1994. Vol. 38. № 6. P. 150-152.
96. Baumann U., Perrez M. Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Aufl.-Bern, Göttingen, Totonto, Seattle : Verlag Hans Huber. 1998. 1107 p.
97. Barker J. C., Miller M. Aversion therapy for compulsive gambling. *Lancet*. 1966. №1. P. 491-492.
98. Barriers and facilitators of screening for problem gambling: perspectives from Australian mental health services / Rodda S., et al. *The University of Auckland. New Zealand* : website. URL: <https://researchspace.auckland.ac.nz/> (date of appeal: 22.06.2022).
99. Beck A. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York : American Library Trade, 1993. 352 p.
100. Beck J. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York : Guilford, 1995. 226 p.
101. Ben-Tovim D., Esterman A., Tolchard B., Battersby M. The Victorian Gambling

- Screen : Project Report. Melbourne : Victoria 3001, 2001. 157 p. DOI: 10.13140/RG.2.2.32829.10722.
102. Benchmarking gambling screens to health-state utility: the PGSI and the SGHS estimate similar levels of population gambling-harm / Browne M., et al. *BMC Public Health*. 2022. №22(839). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13243-4>
103. Bergler E. The psychology of the gambler. New York : International University Press, 1957. 321 p.
104. Blanco C, Moreyra P., Nunes E.V., Saiz-Ruiz J., Ibanez A. Pathological gambling: addiction or compulsion? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. 2001. Vol. 6. №3. P. 167-176.
105. Blaszczynski A. Overcoming compulsive gambling: a self help guide using cognitive behavioural techniques. London : Robinson Publishing Ltd., 1998. 323 p.
106. Blaszczynski A., Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002. Vol. 97. №5. P. 487-499.
107. Blaszczynski A., Silove D. Cognitive and behavioural therapies for pathological gambling. *Journal of gambling studies*. 1995. №11(2). P. 195-220.
108. Bonnaire C., Barrault S., Aïte A., Cassotti M. Relationship between pathological gambling, alexithymia, and gambling type: Gambling, Alexithymia, and Gambling Type. *American Journal on Addictions*. 2017. № 26(2). DOI: 10.1111/ajad.12506. URL: https://www.researchgate.net/publication/313830926_Relationship_between_pathological_gambling_alexithymia_and_gambling_type_Gambling_Alexithymia_and_Gambling_Type (дата звернення: 10.09.2022).
109. Bonnaire C., Bungener C., Varescon I. Alexithymia and Gambling: A Risk Factor for All Gamblers? *Journal of Gambling Studies*. 2013. № 29(1). P. 83-96. DOI:10.1007/s10899-012-9297-x. URL: https://www.researchgate.net/publication/221863853_Alexithymia_and_Gambling_A_Risk_Factor_for_All_Gamblers (дата звернення: 12.06.2022).
110. Bonnaire C., Bungener C., Varescon I. Pathological gambling and sensation

- seeking—How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addiction Research and Theory*. 2009. № 14(6). P. 619-629. DOI:10.1080/16066350600964296. URL: https://www.researchgate.net/publication/232054503_Pathological_gambling_and_sensation_seeking-How_do_gamblers_playing_games_of_chance_in_cafes_differ_from_those_who_bet_on_horses_at_the_racetrack (дата звернення: 20.02.2023).
111. Born K., Amsler F., Gross T. Prospective evaluation of the Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI) score: minor differences in patients with major versus no or mild traumatic brain injury at one-year follow up. *Health Qual Life Outcomes* 16. 2018. №136. URL: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0966-z> <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0966-z> (date of appeal: 20.08.2022).
112. Bouchard S., Robillard G., Girouxet I. et al. Using virtual reality in the treatment of gambling disorder: the development of a new tool for cognitive behavior therapy. *Frontiers in psychiatry*. 2017. Vol. 8. Article 27. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00027>
113. Brabban A., Byrne R., Longden E., Morrison A. (2016). The importance of human relationships, ethics and recovery-orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis. *Psychosis. Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2016. Vol. 8 pp. 1-10. <http://doi:10.1080/17522439.2016.1259648> (дата звернення: 12.06.2023).
114. Breyer J. L., Botzet A. M., Winters K. C. Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of gambling studies*. 2009. Vol. 25. Iss. 2. P. 227-238.
115. Brown R. I. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. *Gambling behavior and problem gambling*. 1993. P. 241-272.
116. Campbell D. T. Methods for the Experimenting Society. *Evaluation Practice*. 1991. №12(3). P. 223-260. <https://doi.org/10.1177/109821409101200304>
117. Cavedini P., Riboldi G., Keller R. Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biological Psychiatry*. 2002. Vol. 51. №4. P. 334-341.

118. Ciarrocchi J. W. Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy. New York : Academic Press, 2002. 264 p.
119. Cheung N. W. Social strain, couple dynamics and gender differences in gambling problems: evidence from Chinese married couples. *Addict behavior*. 2015. №41. P. 175-184.
120. Chretien M., Giroux I., Goulet A. Cognitive restructuring of gambling-related thoughts: a systematic review. *Addict Behavior*. 2017. № 75. P. 108-121. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.001>
121. Coman G. J., Burrows G. D., Evans B. J. Stress and anxiety as factors in the onset of problem gambling: implication for treatment. *Stress Medicine*. 1997. Vol. 13. P. 72-89.
122. Counseling Psychology. *American Psychological Association* : website. URL: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/counseling> (date of appeal: 12.03.2023).
123. Cox B. J., Kuch K., Parker J. D., Shulman I. D., Evans R. J. Alexithymia in somatoform disorder patient with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. Vol. 38. № 6. P. 523-527.
124. Cunningham-Williams R. M., Cottler L. B., Compton W. M. et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis epidemiologic catchment area study. *American journal of public health*. 1998. Vol. 88. №7. P. 1093-1096.
125. Custer P., Lirmoil M., Loren V., Ro A. Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989. V. 80. № 1. P. 37-39.
126. Custer R. L. Profile of the pathological gambler. *The journal of clinical psychiatry*. 1984. Vol. 45. №12. Pt 2. P. 35-38.
127. Darbyshire P., Oster C., Carring H. Children of parent(s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches. *Health and Social Care in the Community*. 2001. Vol. 9(4). P. 185-193.
128. Di Nicola M. Gender differences and psychopathological features associated with addictive behaviors in adolescents. *Frontiers in psychiatry*. 2017. Vol. 8. P. 256.

129. Di Trani M., Renzi A., Vari C., Zavattini G. C., Solano L. Gambling Disorder and Affect Regulation: The Role of Alexithymia and Attachment Style. *Journal of Gambling Studies*. 2017. № 33(2). P. 649-659. DOI: 10.1007/s10899-016-9637-3. PMID: 27553207.
130. Dickson L. M., Derevensky J. L., Gupta R. The Prevention of gambling problems in youth: a conceptual framework. *Journal of gambling studies*. 2002. Vol. 18. № 2. P. 24-32.
131. Diener E., Lucas R. E., Oishi S. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. *The handbook of positive psychology*. New York : Oxford University Press, 2002. P. 63-73.
132. Ejova A., Delfabbro P. H., Navarro D. J. Erroneous gambling-related beliefs as illusions of primary and secondary control: a confirmatory factor analysis. *Journal of gambling studies*. 2015. Vol 31. Issry 1. P. 133-160.
133. Ellis A. *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer, 1985. 384 p.
134. Ellis A. *Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. New York: Brunner/Mazel, 1995. 155 p.
135. Ellis A., Dryden W. *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer, 1996. 354 p.
136. Freedy J. R., Hobfoll S. E. Stress inoculation for reduction of burnout: A conversation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping*. 1994. Volume 6, Issue 4. P. 311-325.
137. Freeman D., Dunn G., Startup H., Pugh K., Cordwell J., Mander H., Kingdon D. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomized controlled trial with a mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2015. Vol. 2. Issue 4. P. 305-313. [http://doi:10.1016/s2215-0366\(15\)00039-5](http://doi:10.1016/s2215-0366(15)00039-5) (дата звернення: 31.03.2023).
138. Gladding S. T. *Counseling: A comprehensive profession*. Upper Saddle River, New Jersey Columbus, Ohio : Merrill Prentice Hall, 2012. 736 p.
139. Gottlieb J. D., Gidugu V., Maru M., Tepper M. C., Davis M. J., Greenwold J.,

- Barron R. A., Chiko B. P., Mueser K. T. Randomized controlled trial of an internet cognitive behavioral skills-based program for auditory hallucinations in persons with psychosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2017. Vol. 40. Issue 3. P. 283– 292. <https://doi.org/10.1037/prj0000258> (дата звернення: 28.04.2023).
140. Greco R., Curci A. Does the General strain theory explain gambling and substance use? *Journal of gambling studies*. 2017. №33. P. 919-936. DOI : <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9654-2>.
141. Griffiths M. D. Internet addiction – time to be taken seriously? *Addiction Research*. 2000. Vol. 8. №5. P. 413-419.
142. Griffiths M. D. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*. 1995. V. 76. P. 14-19.
143. Griffiths M. D. The role of parents in the development of gambling behavior in adolescents. *Education and health*. 2010. Vol. 28. № 3. P. 51-54.
144. Halliday J., Fuller P. The psychology of gambling. London : Allen Lane, 1974. 352 p.
145. Harrison G. W., Lau M., Ross D. The Risk of Gambling Problems in the General Population: A Reconsideration. *Journal of Gambling Studies*. 2020. №36(4). P. 1133-1159. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09897-2>
146. Hazell C. M., Hayward M., Cavanagh K., Jones A.-M., Strauss C. Guided self-help cognitive-behaviour Intervention for VoicEs (GiVE): Results from a pilot randomized controlled trial in a transdiagnostic sample. *Schizophrenia Research*. 2018. Vol. 195. P. 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.004> (дата звернення: 28.03.2023).
147. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989. 44(3). P. 513-524.
148. Hobfoll S. E. Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Oxford University Press, 2011. P. 127-147.
149. Hollander E., Buchalter A. J., DeCaria C. M. Pathological gambling. *Psychiatric Clinics Of North America Journal*. 2000. V. 23. № 3. P. 629-642.
150. Ibaser A., Blanco C., de Castro I. P. Genetics of pathological gambling. *Journal*

- of gambling studies*. 2003. V. 19(1). P. 11-22.
151. Johnstone L. Psychological Formulation as an Alternative to Psychiatric Diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*. 2017. Vol. 58. Issue 1. P. 30-46. <https://doi.org/10.1177/0022167817722230> (дата звернення: 19.04.2023).
152. Krystal H. Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. 1983. № 9. P. 353-378.
153. Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C. Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of nervous and mental disease*. 2001. 189. P. 774-780.
154. Langewisch M. W. J., Frisch G. R. Gambling behavior and pathology in relation to impulsivity, sensation seeking, and risky behavior in male college students. *Journal of gambling studies*. 1998. Vol.14. Iss. 3. P. 245-262.
155. Leeman R. F., Potenza M. N. Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012. №219(2). P. 469-490. Doi: 10.1007/s00213-011-2550-7.
156. Lesieur H. R., Blume S. B. The South Oaks Gambling Screen (SOGS) : a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 1987. №144. P. 1184-1188.
157. Linder R. M. The psychodynamics of gambling. *Ann. American Acad. Pol. Soc. Science*. 1950. №269. P. 93-107.
158. Lumley M. A., Roby K. J. Alexithymia and pathological gambling. *Psychother Psychosom*. 1995. № 63(3-4). P. 201-206. DOI: 10.1159/000288960. PMID: 7624467. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7624467/> (дата звернення: 11.03.2023).
159. Maniaci G. et al. Psychodiagnostic Assessment of Pathological Gamblers: A Focus on Personality Disorders, Clinical Syndromes and Alexithymia. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2015. № 13(6). DOI:10.1007/s11469-015-9550-5
160. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions. *British journal about addiction* 1990. Vol. 85. P. 1389-1394.
161. McComb J. L., Sabiston C. M. Family influences on adolescent gambling

- behavior. *Journal of gambling studies*. 2010. Vol. 26. P. 503-520.
162. McConaghy N., Armstrong M. S., Blazczynski. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*. 1983. №142. P. 366-372.
163. Mcmillen J., Wenzel M. Measuring Problem Gambling: Assessment of Three Prevalence Screens. *International Gambling Studies*. 2006. №6(2). P. 147-174. DOI: 10.1080/14459790600927845.
164. McTiernan K., Jackman L., Robinson L., Thomas M. A thematic analysis of the multidisciplinary team understanding of the 5P team formulation model and its evaluation on a psychosis rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal*. 2020. №57. P. 579-588. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00684-7> (дата звернення: 16.04.2023).
165. Methodological Factors in Determining Risk of Dementia After Transient Ischemic Attack and Stroke / Pendlebury S. T., Phil D. et al. *Stroke Journal of the American Heart Association*. 2015. Vol. 46. Issue 6. P. 1494-1500. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.009065>.
166. Miller W. R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford : AST. 1991. 224 p.
167. Mitrovic D. V., Brown J. Poker mania and problem gambling: a study of distorted cognitions, motivation and alexithymia. *Journal of Gambling Studies*. 2009. № 25(4). P. 489-502. DOI: 10.1007/s10899-009-9140-1.
168. Mordeno I. G., et al. Examining the Factor Structure of the Victorian Gambling Screen in Chinese Casino Workers. *Current Psychology*. 2019. Vol. 38. №5. Pp. 1382+. URL: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=HRCA&u=googlescholar&id=GALE|A600290484&v=2.1&it=r&sid=google-scholar&asid=6f14afae> (date of appeal: 20.04.2021).
169. Mordeno I. G., Nalipay M. J. N., Coteriano C. et al. Examining the Factor Structure of the Victorian Gambling Screen in Chinese Casino Workers. *Curr Psychol*. 2019. №38. P. 1382-1391. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9699-0>
170. Naeem F., Johal R., McKenna C., Rathod S., Ayub M., Lecomte T., Farooq S. Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help (CBTp-GSH)

- delivered by frontline mental health professionals: Results of a feasibility study. *Schizophrenia Research*. 2016. Vol. 173. Issue 1-2. P. 69-74. <https://doi:10.1016/j.schres.2016.03.003> (дата звернення: 31.03.2023).
171. Nelson-Jones R. *The Theory and Practice of Counseling Psychology*. London: Holt, Rinehar&Winston, 1981. 520 p.
172. Nemiah J. C., Sifneos P. E. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* / ed. O.W. Hill. London : Butterworth, 1970. P. 26-34.
173. Parker J. D., Bagby R. M., Taylor G. J. Toronto Alexithymia scale, EPQ and self – report measures of somatic complaints. *Personality and Individual Differences*. 1989. Vol. 10. № 6. P. 509-604.
174. Parker J. D., Wood L. M., Bond B. J., Shaughnessy P. Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychother Psychosom*. 2005. № 74(1). P. 51-55. DOI: 10.1159/000082027. PMID: 15627857. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15627857/> (дата звернення: 08.03.2023).
175. Pendlebury S. T., Cuthbertson F. C., Welch S. J., Mehta Z., Rothwell P. M. Underestimation of cognitive impairment by mini-mental state examination versus the Montreal Cognitive Assessment in patients with transient ischemic attack and stroke: a population-based study. *Stroke Journal of the American Heart Association*. 2010. №41. P. 1290-1293. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.579888.
176. Petry N. M., Kiluk B. D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal Nervous Ment. Dis.* 2002. Vol. 190. №7. P. 462-469.
177. QOLIBRI Overall Scale: a brief index of health-related quality of life after traumatic brain injury / von Steinbuechel N., et al. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2012. №83. P. 1041-1047. URL: <https://jnnp.bmj.com/content/83/11/1041> (date of appeal: 22.06.2022).
178. Quality of life after brain injury (QOLIBRI) – English Version. *CENTER-Traumatic Brain Injury (TBI)* : website. URL: https://www.center-tbi.eu/files/approved-translations/English/ENGLISH_QOLIBRI.pdf (date of appeal: 20.02.2021).

179. Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI) Overall Scale for patients after aneurysmal subarachnoid hemorrhage / Wong G. K. C., et al. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2014. Volume 21. Issue 6. P. 954-956. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24373816/> (date of appeal: 16.06.2021).
180. Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): scale development and metric properties / von Steinbüchel N., et al. *Journal of neurotrauma*. 2010. №27(7). P. 1167-1185. <https://doi.org/10.1089/neu.2009.1076>.
181. Reference Values of the Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI) from a General Population Sample in Italy / Krenz U., et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2023. №12. P. 491-518. <https://doi.org/10.3390/jcm12020491>
182. Rosental R. The pathologic gambler's system of self-deception. *Journal of gambling behavior*. 1986. №2. P. 108-112.
183. Ryff C., Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1996. №65. P. 14-23.
184. Saling J. Guide to Psychiatry and Counseling. *WebMD*: website. URL: <https://www.webmd.com/mental-health/guide-to-psychiatry-and-counseling> (date of appeal: 20.02.2023).
185. Salnikova A., Чабан О. Особливості формування патологічного потягу до азартних ігор в залежності від алекситимії, в умовах стресогенності пандемії COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2020. №5(3). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/250> (дата звернення: 10.03.2023).
186. Sagristano M., Trope Y., Liberman N. Time-Dependent Gambling. Odds Now, Money Later. *Journal of Experimental Psychology*. 2002. No. 3. P. 364-376.
187. Sharpe L., Tarrrier N. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British journal of psychiatry*. 1993. Vol. 162. P. 407-412.
188. Skokauskas N., Satkeviciute R., Burba B. Psychiatric comorbidity in pathological gambling. *Medicina*. 2003. №9. P. 838-844.
189. Steel Z., Blaszczynski A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*. 1998. № 93(6). P. 895-905.

190. Stone C., Yeung K., Billi R. The Victorian Gambling Study: a longitudinal study of gambling and health in Victoria 2008-2012, Technical report two – Social determinants and co-morbidities: univariate analysis of gamblers. Victorian Responsible Gambling Foundation, Melbourne, 2016. 59 p.
191. Sylvain C., Ladouceur R., Boisvert J. M. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997. Vol. 65. P. 727-732.
192. Tai S. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*. 2009. Vol. 35. Issue 5. P. 865-873.
193. Tarrier N., Calam R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: an integrative approach. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*. 2002 Vol. 30. Issue 3. P. 311-328. <https://doi.org/10.1017/S1352465802003065> (дата звернення: 26.03.2023).
194. Taylor G. J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *Journal of Psychiatry*. 1984. Vol. 141. № 6. P. 725-732.
195. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge : Cambridge University Press, 1999. 359 p.
196. 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. V. 6. № 3. P. 195-204.
197. The Montreal cognitive assessment: A brief screening tool for mild cognitive impairment / Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bedirian V. et al. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005. №53. P. 695-699. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
198. Tolchard B., Battersby M. W. The Victorian Gambling Screen: reliability and validation in a clinical population. *Journal of gambling studies*. 2010. №26(4). P. 623-638. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9172-6>
199. Tolchard B., Delfabbro P. The Victorian Gambling Screen: Validity and Reliability in an Adolescent Population. *International Journal of Mental Health and*

- Addiction. 2013. №11(5). P. 514-525. DOI: 10.1007/s11469-013-9441-6.
200. Toneatto T, Lecce J., Bagby M. Alexithymia and pathological gambling. *Journal of Addictive Diseases*. 2009. № 28(3). P. 193-198. DOI: 10.1080/10550880903014775. PMID: 20155587. URL: https://www.researchgate.net/publication/41429972_Alexithymia_and_Pathological_Gambling (дата звернення: 12.06.2022).
201. Validation of the Victorian Gambling Screen. *The Centre for Gambling Research Australian National University*. Melbourne, Victoria : Gambling Research Panel, 2004. 69 p. URL: https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/45190/3/WholeVicGamScr_03.pdf (date of appeal: 09.05.2021).
202. Velligan D. I., Tai S., Roberts D. L., Maples-Aguilar N., Brown M., Mintz J., Turkington D. A. Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Adaptation Training, Their Combination and Treatment as Usual in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2014. Vol. 41. Issue 3. P. 597- 603. <http://doi:10.1093/schbul/sbu127> (дата звернення: 31.03.2023).
203. What is the QOLIBRI? *Qolibri* : website. URL: <https://qolibrinet.com/> (date of appeal: 20.02.2021).
204. Winters K., Bengstone P., Dorr D., Stinchfield R. Prevalence and risk Factors of Problem Gambling Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1998. №2. P. 127-135.
205. Wunderlich U., Wiedemann G., Buchkremer G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? *Eine Metaanalyse*. 1996. Vol. 6. Issue 1. P. 4-13.
206. Urkaev V., Pleskach B. Theoretical fundamentals of psychocorrection program for gambling behaviors among college students and empirical data about its efficiency. *American journal of fundamental, applied and experimental research*. 2021. Vol. 21. № 2. P. 34-38. URL : <https://www.academia.edu/61696830> (дата звернення: 16.04.2022).
207. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67(6). P. 361-370.

208.Zou Z. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Substance and Non-substance Addiction*. Singapore : Springer, 2017. P. 21-41.

ДОДАТКИ

Додаток А

Зміст занять програми психокорекції ігрової адикції у пацієнтів з алекситимією

I. МОДУЛЬ КОРЕКЦІЇ Я-КОНЦЕПЦІЇ ТА САМООЦІНКИ

Заняття №1

Мета: оптимізація самооцінки.

1. Знайомство.

Учасники групи представляються та висловлюють очікування від роботи за психокорекційною програмою.

2. Вправа «Емоційне коло».

Кожний учасник групи по колу озвучує свій актуальний психоемоційний стан та ключові емоції, які він переживає тут і зараз.

4. Гештальт-техніка «Антикварний магазин».

Клієнтам дається завдання якомога яскравіше намагатися уявляти те, про що буде говорити психолог. Учасники закривають очі та уявляють як вони прогулюються по старовинному місту та натрапляють на покинутий антикварний магазин з різноманітними речами. Потрібно серед багатьох речей обрати одну, яка найбільше сподобається та спробувати відтворити її історію: як вона була створена, кому вона належала, як використовувалася та ін. Потім потрібно розказати історію від імені даної речі. Після виконання вправи слідує обговорення.

5. Когнітивний диспут «Мене можна поважати...».

Учасники по черзі намагаються перерахувати все те, за що їх можна поважати (риси характеру, досягнення, здібності та ін.). Після виконання вправи слідує обговорення.

Вправа «Я – реальний, я – ідеальний».

Учасникам пропонується протягом 5-7 хв. Намалювати 2 малюнки: перший – яким він себе бачить на сьогоднішній день; другий – яким він бачить себе

у майбутньому.

6. Рефлексія.

Психолог коротко підводить підсумки заняття. Бажаючі висловлюються з приводу того, що сподобалося / не сподобалося, в чому виникали труднощі, задають питання.

Заняття №2

Мета: покращення ставлення до себе, позитивна реконструкція «Я-образу».

1. Вправа «Емоційне коло».

Див. заняття №1.

2. Вправа «Хто Я?».

У кожної людини є власна теорія про те, що робить її унікальною, відрізняє її від інших людей. При цьому виникає питання «Чи згодні інші з моєю точкою зору?». Учасникам групи пропонується розділити аркуш паперу на три вертикальні графи. У 1-й графі написати 10 слів-епітетів, що відповідають на питання: «Хто Я?». Писати потрібно в тому порядку, в якому слова приходять у голову. У 2-й графі написати, як би на це питання відповіли б ваші батьки, знайомі (будь-яка значуща людина). У 3-й графі на це ж запитання відповідає хто-небудь з психокорекційної групи. Для цього всі кладуть підписані аркуші на стіл, вони перемішуються, потім кожен, не дивлячись, бере аркуш зі столу та пише про ту людину, чий аркуш йому дістався. Потім аркуші знову складаються на стіл, і кожний забирає свій.

При обговоренні результатів даної процедури потрібно звернути увагу на наступні аспекти:

- чи повторюється будь-яка якість у всіх 3-х графах;
- про що це може говорити?;
- наскільки добре людина сама себе знає (кількість слів у 1-й графі);
- ставлення до самого себе (співвідношення позитивних та негативних епітетів);
- узгоджується або не узгоджується Я-концепція та уявлення інших про цю людину;

- з чого складаються уявлення інших про людину (тут можна обговорити питання відповідальності людини за представлення себе іншим людям).

3. Вправа «Самопрезентація».

Психолог пропонує кожному з учасників розповісти про себе та про важливі для нього події з позиції того, що викликало:

- подив;
- інтерес;
- радість.

Дана процедура здійснюється по колу та може включати оцінку самопрезентації попереднього учасника за тією ж схемою «подив – інтерес – радість».

Після завершення процедури можна обговорити в групі результати самопрезентації.

4. Вправа «Прокурор і адвокат»

Обирається один з учасників, який хоче дізнатися думку інших членів групи про себе. При цьому вся група ділиться на дві підгрупи: перша грає роль прокурорів, звинувачуючи того, хто оцінюється, та підкреслюючи його недоліки; друга – захищає.

5. Техніка порожнього стільця «Звернення до себе»

Учасники групи ставлять перед собою порожній стілець та уявляють, що на ньому сидять вони самі. За сигналом психолога вони починають говорити все, що вони хотіли б сказати самі собі: про щось попередити, дати пораду, похвалити, покритикувати.

6. Вправа «Скульптура»

Учасникам необхідно виліпити «скульптуру» людини з почуттям власної гідності. Фігура «ліпиться» із одного з учасників, яком інші по черзі надають певної пози, вираз обличчя та ін. Кожний автор розповідає, що і як скульптура виражає.

7. Рефлексія.

Див. заняття №1.

II. МОДУЛЬ ІНТЕРНАЛІЗАЦІЇ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ

Заняття №3

Мета: формування готовності до прийняття відповідальності за своє життя, інтерналізація локусу контролю.

1. Привітання
2. Вправа «Комісійний магазин»

Вправа проводиться для формування навичок самоаналізу, саморозуміння та самокритики, а також для поглиблення знань один про одного через розкриття якостей кожного учасника.

Пропонується пограти в комісійний магазин. Товари, які приймає продавець – це людські якості, наприклад: доброта, відкритість, організованість. Учасники записують на картках риси свого характеру, як позитивні, так і негативні. Потім потрібно торгуватися, в результаті чого кожен з учасників може позбутися від якої-небудь непотрібної якості, або її частини, та придбати щось необхідне. Наприклад, комусь не вистачає для повноцінного життя красномовності, і він може запропонувати за неї якусь частину свого спокою та рівноваженості.

Після закінчення завдання підводяться підсумки та обговорюються враження.

3. Вправа «Лінія життя».

На аркуші паперу учасники групи креслять горизонтальну лінію, яка символізує їх життя. Початок лінії – це дата народження. На лінії життя члени групи знаходять місце сьогоденного дня та проводять через дану точку вертикальну лінію, яка фактично відділяє майбутнє від минулого. В результаті виходять осі координат. У верхній лівій частині учасники пишуть все, чого їм вдалося досягти в минулому (успіхи), у нижній лівій частині – ключові помилки в минулому (невдачі), у правій верхній частині – плани та цілі на близьку та далеку перспективи, у правій нижній частині – конкретні способи та шляхи їх досягнення.

4. Вправа «Подолання».

Слово психолога: «Життя – це боротьба. Цю формулу ви, безумовно, чули

багато разів. З нею можна не погоджуватися та сперечатися. Дійсно, краще жити у мирі та згоді з собою та оточуючими. Але життя часто ставить перед нами серйозні проблеми, створює труднощі, які потрібно долати».

Учасники діляться на 3 групи. Кожна група визначає проблему, над подоланням якої вона буде працювати. Після цього у групі створюється перелік кроків для вирішення даної труднощі.

Потім проводиться презентація розробок кожної групи та складається загальний перелік кроків під назвою «Подолання». Приблизний перелік кроків на визначення життєвих труднощів: 1) орієнтація у проблемі; 2) визначення та формулювання проблеми; 3) генерація альтернатив; 4) прийняття рішення; 5) виконання рішення та перевірка.

У кожного з нас у скрутну хвилину буде під рукою наш загальний досвід успішного подолання труднощів.

5. Вправа «Мапа майбутнього».

Уявлення свого майбутнього у вигляді мапи місцевості дозволить більш чітко усвідомити свої цілі. Метафоричне вираження цілей у вигляді пунктів на мапі, а шляхів їх досягнення у вигляді вулиць та доріг допомагає створити в уяві наочну картину свого майбутнього.

Після створення такої мапи кожен зможе співвіднести цілі між собою та зрозуміти, наскільки вони поєднуються між собою, які перепони зустрічаються на шляху до них, які нові можливості відкриваються.

Інструкція психолога: «Накресліть мапу вашого майбутнього. Ваші глобальні цілі позначте як пункти місцевості, в яких ви б хотіли опинитися. Позначте також проміжні, великі та маленькі цілі на шляху до них. Придумайте та напишіть назви для «пунктів-цілей», до яких ви прагнете у вашому особистому та професійному житті. Намалуйте також вулиці та дороги, по яким ви будете йти. Як ви будете добиратися до своїх цілей? Самим коротким шляхом або можливо в обхід? Які перешкоди вам потрібно буде подолати? На яку допомогу ви зможете розраховувати. Які місцевості вам доведеться пересікти на своєму шляху: квітучі та мальовничі краї, пустелі, глухі та покинуті місця? Будете ви прокладати шляхи та стежки один або з ким-небудь? У вас є 30 хв. А тепер за-

пишіть свої роздуми з приводу вашої мапи майбутнього. Де знаходяться найближчі цілі? Наскільки вони поєднуються між собою? Де вас може чекати небезпека? Звідки ви будете черпати сили для того, щоб досягти бажаного? Які почуття викликає у вас ця картина?».

6. Робота з психологічними думками та афоризмами

Спочатку зачитуються, а потім обговорюються мудрі висловлювання. Проводиться групова дискусія. Приклади афоризмів: «Я краще, що у мене є», «Хто від дрібниць приходить у захват, того будь-який дріб'язок може засмути-ти» (Талмуд), «Кожен бачить, чим ти здаєшся, лише деякі відчувають, хто ти посправжньому» (Н. Макіавеллі).

Заняття №4

Мета: формування готовності до прийняття відповідальності за своє життя, інтерналізація локусу контролю.

1. Вправа «В чому мені пощастило у цьому житті»

Вправа проводиться для підвищення рівня життєвого оптимізму, створення гарного настрою на роботу. Учасники психокорекційної групи працюють в парах. Психолог пропонує наступне завдання: «Протягом 3-х хвилин розкажіть своєму партнеру про те, в чому вам пощастило у житті. Через 3 хв. Поміняйтеся ролями». Після вправи проводиться короткий обмін враженнями.

2. Арт-техніка «Найщасливіший день»

Психолог пропонує розпочати заняття з малюнку найщасливішого дня у житті. Бажаючі будуть мати змогу висловитися та пояснити, що вони зобразили на малюнку.

3. Вправа «Драбина».

Молодим людям пропонується скласти драбину найбільш значущих подій в їхньому житті з того часу, коли вони почали себе усвідомлювати. Наприклад, 1991 р. – мені подарували залізну дорогу і т. д.

Потім учасникам пропонується «піднятися по драбині» - визначити головні події свого життя у майбутньому. Після визначення головних подій життя учасники пояснюють, які якості їм будуть необхідні для подальшого просування по

драбині життя.

4. Вправа «Все в твоїх руках»

Психолог розповідає учасникам групи східну притчу.

Давним-давно в старовинному місті жив Майстер, в якого було багато учнів. Самий здібний з них одного дня замислився: «Чи є питання, на яке найМайстер не зміг би дати відповіді?». Він пішов на квітучий луг, спіймав самого гарного метелика та сховав її між долонями. Метелик чіплявся лапками за його руки, і учню було лоскотно. Посміхаючись, він підійшов до Майстра та спитав: «Скажіть, що в мене в руках: живе чи мертво?»

Він міцно тримав метелика у зімкнутих долонях та був готовий в будь-який момент сильно прижати їх заради своєї істини. Не дивлячись на руки учня, Майстер відповів: «Усе в твоїх руках».

Після прослуховування притчі слідує обговорення.

5. Дискусія на тему «Сфери відповідальності».

Під керівництвом психолога учасники групи обговорюють, які повсякденні обов'язки вони повинні виконувати, відповідають на питання один одного, складають перспективний план їх виконання в майбутньому.

6. Робота з психологічними думками та афоризмами

Див. заняття №3.

III. МОДУЛЬ КОРЕКЦІЇ МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ

Заняття №5

Мета: налагодження міжособистісних стосунків з оточуючими та їх реалістичне сприйняття.

1. Вправа «Еміграція».

Слово психолога: «Давайте уявимо, що ви захотіли поїхати назавжди з цієї країни. Подумайте, хто з оточуючих вас людей, з якими ви спілкувалися тут, може висловити вам свої слова вдячності: скільки їх, які відносини у вас з ними?». Обговорення в групі.

2. Вправа «Розмова по телефону».

Мета: розвиток уміння по рухах, позі, міміці визначати почуття іншої лю-

дини.

Учасники групи сідають півколом. Перед ними в центрі стоїть стілець.

Інструкція: «Зараз на цей стілець по черзі будуть сідати деякі з нас і «говорити» по уявному телефону. При цьому вони не будуть вимовляти жодного слова вголос. Наша задача – постаратися зрозуміти, з ким і про що йде розмова».

Попередньо психолог домовляється з 3-4 учасниками групи. Одного з них психолог просить «поговорити» по телефону з дитиною, іншого – з начальником, третього – із другом або з коханою людиною і т. д.

Кожна розмова триває біля хвилини. Після цього психолог просить тих членів групи, які спостерігали, висловити припущення, з ким і про що говорили виступаючі. На наступному етапі обговорення ведучий може поставити запитання: «На які ознаки ви орієнтувалися, визначаючи, з ким розмовляла, наприклад, Таня?». З цим питанням краще звернутися до тих учасників групи, що дали правильні відповіді на першому етапі обговорення. Під час обговорення, як правило, виявляється, що основним орієнтиром для визначення того, з ким «розмовляє» людина, були його стани, ідентифіковані за допомогою спостереження за невербальними, насамперед, мімічними проявами.

3. Вправа «Тренування емоційної стійкості у спілкуванні»

Інструкція. Учасники розбиваються по парах і сідають обличчям один до одного якнайближче.

Вправа виконується в три етапи:

1) Учасники закривають очі. Їм оголошується правило: забороняються будь-які рухи тілом і навіть головою. Психолог каже: «Налаштуйтеся на тишу і спокій у вашій душі й у вашому тілі».

2) Після того, як емоційна стійкість на попередньому етапі досягнута, завдання ускладнюється: «Тепер ви будете нерухомо сидіти, але з відкритими очима. При цьому дивіться в очі свого партнера і намагайтеся зберігати свій спокій».

3) Після цих підготовчих вправ у кожній парі один з учасників вибирає собі роль ведучого. Задача ведучого – розсмішити або якось ще похитнути емо-

ційну рівновагу. Якщо йому це вдається, він замовкає і чекає, поки партнер не відновить втрачену рівновагу. Потім вправа продовжується, при цьому важливо, щоб ведучий знову повторив те, що вивело його партнера з рівноваги. Багаторазове повторення формує стійкість до цього подразника. Потім учасники міняються ролями, і так – кілька разів.

4. Рефлексія.

Див. заняття №1.

Заняття №6

Мета: налагодження міжособистісних стосунків з оточуючими та їх реалістичне сприйняття.

1. Вправа «Я така, ти такий...».

Мета: розвиток уміння знаходити загальне для всіх і відмінне.

Учасники групи розбиваються на пари і сідають один навпроти одного.

Інструкція: «Ця вправа складається з двох етапів. На першому етапі партнери по черзі говорять один одному фразу, що починається зі слів: «Ти такий (така) же, як я, у тебе...». Один з вас починає, потім – інший, потім знову перший і т.д. При цьому треба дивитися один одному в очі, намагатися говорити тим же голосом, що і партнер, підбудовуючи під його темп, тембр, висоту голосу, інтонацію.

На другому етапі вправи (через 7 хвилин після початку роботи), ви будете також по черзі говорити один одному по одній фразі, що починається зі слів: «Я дуже відрізняюся від тебе, бо я...».

Після завершення роботи в парах учасники сідають по колу і діляться своїми враженнями. Психолог може задати такі питання: «Які почуття виникали у вас у ході роботи?», «Які почуття у вас виникали на першому етапі вправи, а які на другому?».

2. Вправа «Коло спілкування».

На аркушах паперу всі учасники групи малюють 4 концентричних кола у порядку зростання: спочатку маленьке, навколо нього – трошки більше і т. д. У найменше коло члени групи вписують своє ім'я. В наступне коло вписують

найближчих для себе людей; в третє коло вписуються люди, з якими контакти підтримуються в силу зовнішніх обставин (колеги по роботі, сусіди); в четвертому колі розміщуються люди, до яких учасники групи відчуваються антипатію, не бажають спілкуватися. На наступному етапі проводиться обговорення виконання вправи.

3. Вправ «Контакти»

Вправа призначена для встановлення емоційного та психологічного контакту; формування комунікативних навичок.

Слово психолога: «Уміння встановлювати контакти дозволяє людині почуватися більш упевненою».

Члени групи утворюють два кола (внутрішнє – нерухоме і зовнішнє – рухоме). За сигналом учасники із зовнішнього кола переміщуються так, що кожен опиняється щоразу перед новим партнером.

Партнери розігрують різні ситуації:

- людина, яку ви добре знаєте, але давно не бачили;
- незнайома людина, з якою потрібно познайомитися;
- маленька дитина чогось злякалася і зараз заплаче, а ви маєте заспокоїти її;
- вас дуже штовхнули в автобусі – озирнувшись, ви побачили літню людину.

Після вправи проводиться рефлексія за питаннями: «З ким вдалося встановити гарний контакт?», «Що ви відчували в кожній новій ситуації, поставши перед новою людиною?».

4. Рефлексія.

Див. заняття №1.

IV. МОДУЛЬ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

Заняття №7

Мета: формування навичок емоційної саморегуляції.

1. Вправа «Емоційне коло».

Див. заняття №1.

2. Вправа «Колір емоцій»

Серед членів групи обирається ведучий. За сигналом він заплющує очі, а інші учасники тихенько загадують між собою який-небудь колір, для початку краще один із основних: червоний, зелений, синій, жовтий. Коли ведучий відкриє очі, всі учасники своєю поведінкою, в першу чергу, демонстрацією емоційного стану, намагаються зобразити цей колір, не називаючи його. Ведучий повинен здогадатися, що це за колір. Якщо він назвав колір правильно, то обирається інший ведучий, якщо ні – залишається той же самий. Після закінчення гри слідує обговорення.

3. Мозковий штурм «Методи та прийоми управління своїм настроєм».

Психолог питає в учасників, яким чином вони справляються з інтенсивними емоціями. Всі варіанти записуються на дошці. З них обираються найкращі та за можливістю конспектуються.

4. Вправа «Царівна Несміяна».

Посеред класу стоїть стілець – трон Царівни Несміяни. Учасник, який на ньому сидить, ні в якому разі не повинен сміятися. Інші члени колекційної групи намагаються його розсмішити. Виграє той, хто більшу кількість часу зможе стримати себе та не розсміятись.

5. Психотехніка «Вентиляція емоцій».

Інструкція психолога: «Уявіть, що на місці вашої грудної клітини утворився отвір відкритої двері, в якому гуляє вітер. Вдих – вітер дує від грудей до спини, – видох в зворотному порядку. Досягніть відчуття легкості та пустоти у грудях. Тепер уявіть, що вас хтось сильно ображає і в даний момент ви чуєте образливі слова. Але тепер, як тільки у вас з'являються неприємні відчуття, ви відкриваєте дверцята для вітру, що гуляє, який легко уносить образливі слова. Вони вже не прилипають до душі, не залазять в неї скалками, а видуваються вітром. Вдих – вітер, видих – вітер.

Заняття №8

Мета: формування навичок емоційної саморегуляції.

1. Вправа «Прогноз вчинку».

Двом учасникам групи пропонується вийти за двері і під час їх відсутності зачитується будь-яка проблемна ситуація. Наприклад: «Ви бачите, як підлітки знущаються над тваринами». Бажано, щоб проблемна ситуація була певним чином пов'язана з вживанням психоактивних речовин. Члени групи висловлюють прогнози, як двоє відсутніх в даний момент повели б себе в цій ситуації. Дана процедура повторюється 5 раз, щоразу за двері виходять різні учасники. Після цього слідує обговорення.

2. Вправа «Лист від свого Я».

Слово психолога: «В момент кризи або самотності, в ситуації втрати або життєвих змін – у всіх цих випадках ми маємо унікальну можливість звернутися до свого внутрішнього «Я» та отримати допомогу, зцілення та втіху з глибин власного несвідомого. Дуже важливо мати досвід внутрішньої роботи зі своїми проблемами.

Іноді ми всі потребуємо схвалення та мудрого керівництва. Я хочу показати, що можна зробити в такій ситуації. Сядьте якомога зручніше та заплющте очі. Ви знаходитесь в долині. Повітря свіже, небо голубе, навкруги вас зеленіє трава, ростуть квіти. Вранішній вітерець ніжно пестить ваше обличчя, ваші ноги впевнено стоять на землі. Не поспішаючи прислухайтеся до своїх відчуттів та уважно роздивитесь навколо. Ось ви побачили поблизу якусь гору. Коли ваш погляд зупиняється на її вершині, ви відчуваєте, що ви самі виростили. Ви починаєте підніматися на цю гору та помічаєте, що це доволі складна робота: ноги втомлюються, доводиться глибоко дихати, але при цьому ви відчуваєте, як усе тіло наповнюється життєвою силою та жвавістю, ви відчуваєте тепло своєї енергії.

Повітря стає прохолоднішим, звуки поступово змовкають... Іноді ви вже проходите скрізь хмари. Ви йдете повільно, іноді обережно проходите вузькою стежиною, чіпляючись руками за якісь виступи. Поступово ви виходите із зони хмар. Ви знову бачите небо та соковиті кольори скальних порід. Сонце яскраво світить. Ваше тіло здається легким. І ось ви на вершині. Ви відчуваєте радість від того, що можете спостерігати прекрасну панораму: вершини сусідніх гір, долини та розкидані серед них села. Ви стоїте на вершині гори в глибокому

мовчанні.

Вдалині ви побачили когось. Спочатку це зовсім маленька яскрава крапка. Ви передчуваєте, що це буде якась виключна зустріч. Вам зустрінеться мудра та доброзичлива людина, яка вислухає вас та зможе сказати саме те, що ви хочете дізнатися... Ви помітили одне одного та йдете назустріч один одному. Присутність цієї людини наповнює вас радістю та силою. І ось ви вже можете зазирнути йому в очі, а він по-дружньому усміхається вам. Ви відчуваєте, що з ним можна говорити про все і на все отримати відповідь. Поговоріть з цією людиною. В декілька хвилин ви можете вмістити довгу, дуже довгу розмову.

А тепер прийшов час прощатися. Якщо захочете, ви зможете ще раз зустрітися з цією мудрою людиною. Поступово повертайтеся назад... Для того, щоб отримати можливість обміркувати все, що ви взнали на вершині, уявіть, що спустившись з гори та повернувшись додому, ви знаходите лист від цієї мудрої людини. У вас зараз є півгодини для того, щоб написати цей лист».

3. Вправа «Створення мандали».

Учасникам групи роздаються аркуші, на якому зображене пусте коло або візерунок у вигляді кола (т. з. мандала). Спонтанна художня діяльність, спрямована на заповнення простору у колі різноманітними кольорами та формами, може супроводжуватися ефектами зцілення та розширенням системи самосвідомості, а також вести до особистісного зростання. Інструкція психолога: «Заповніть зображенням коло, починаючи з його центру».

4. Вправа «Розслаблення за Джекобсоном».

Метою даної вправи є зняття втоми та напруження, формування навички регулювання свого самопочуття та настрою.

Інструкція психолога: «Сядьте зручно, розслабтеся. Можна заплющити очі. Тепер зосередьте всю свою увагу на пальцях ніг, напружте їх, а потім розслабте. Зробіть те саме ще два рази. Тепер зосередьтеся на щиколотках, напружте їх, а потім розслабте. Тепер напружте і розслабте по черзі всі інші частини тулуба: ноги, живіт, груди, спину, руки від кистей до ліктя, від ліктя до плечей, плечі, шию, нижню щелепу, щоки, чоло, а тепер потягніться».

Психолог пояснює учасникам, що, якщо правильно виконувати цю просту

вправу, то можна швидко усунути напруження й відновити сили.

Непогані результати також, якщо виконувати не всю вправу, а лише її частину. Наприклад, стиснути пальці в кулак, а потім розслабити й повторити й повторити так три рази.

В кінці вправи психолог запитує про самопочуття учасників, звертаючи особливу увагу на випадки його поліпшення. Члени групи можуть і не відзначати поліпшення настрою, в цьому випадку психолог пояснює, що добре освоївши техніку розслаблення, учасники навчаться самостійно регулювати своє самопочуття та настрій.

V. МОДУЛЬ ПІКЛУВАННЯ ПРО СЕБЕ

Заняття №9

Мета: розвиток вміння самостійно піклуватися про себе

1. Мозковий штурм «Навички самопіклування»

Психолог питає в учасників, яким чином вони можуть піклуватися самі про себе. Всі варіанти записуються на дошці. З них обираються найкращі. Після виконання цієї роботи психолог може навести висловлювання Ф. Перлза про те, що особистісно зріла людина – це та, яка змогла стати батьком сама для себе.

2. Притча «Формування діаманту».

Алмази цінуються завдяки своїй міцності та надійності. При цьому сам алмаз утворюється з менш міцного вуглецю. Здатність алмазу протистояти зовнішнім впливам формується завдяки тривалому знаходженню під високим тиском глибоко під землею. В процесі цього у нього змінюється внутрішня структура, він отримує міцність та стійкість. В результаті алмаз здатен протистояти тиску інших речовин, а при відповідній обробці перетворюється на діамант.

Так і психіка людини, тренованої та сильною, має стійкість по відношенню як до зовнішніх подразників, так і внутрішніх конфліктів. Будь-які труднощі, з якими людина стикається у своєму житті, вона може спрямувати на своє укріплення або руйнування.

Далі психолог пропонує членам групи подискутувати на тему ролі складних ситуацій в житті людини. Члени групи намагаються відповісти на запитан-

ня: «Чому не всі люди використовують таку можливість розвитку?». На наступному етапі робиться висновок про те, що складні ситуації можуть здійснювати розвиваючи вплив на людину.

3. Вправа «Переписана автобіографія».

В минулому кожної людини можна знайти сумні або неприємні події, в яких при всьому бажанні складно знайти позитив. Часто погляд, спрямований в минуле, затьмарює радощі сьогоdnішнього дня. На перший погляд проста та ефективна рекомендація жити сьогоdnішнім днем, враховуючи уроки минулого та плануючи майбутнє щасливе життя, нерідко опиняється дуже складною для виконання. Допомогти слідувати цьому правилу можуть вправи, спрямовані на «примирення з минулим». Задача цих вправ полягає в тому, щоб перерозподілити відповідальність за минулі нещастя між собою та обставинами життя та взяти на себе самого відповідальність за сьогоdnішнє життя та своє власне майбутнє.

За виключенням особливих екстремальних випадків, біографія кожної людини включає як труднощі та нещастя, так і щасливі події, радощі та щастя. Наша задача полягає в тому, щоб розповісти власну біографію, залишивши в ній тільки позитивні моменти, тобто такі події та обставини, які вам доставили задоволення, радощі або інші приємні почуття. Будь ласка, опишіть ці почуття якомога детальніше, використовуючи відчуття різних модальностей. Учасники відповідають на питання: «Що для вас було самим приємним?», «Який момент особисто для вас був найбільш щасливим?».

Тепер, коли ви привели до порядку своє минуле, спробуємо пофантазувати та зазирнути в наше позитивне майбутнє. Ви повністю вільні у фантазіях та напишіть свою біографію на найближчі 5-10 років, включивши до неї мрії та плани, а також події та обставини, які обов'язково викличуть у вас задоволення та радість. Будь ласка, опишіть ці почуття якомога детальніше, використовуючи відчуття різних модальностей.

Заняття №10

Мета: розвиток вміння самостійно піклуватися про себе.

1. Дискусія «Життєві труднощі та їх подолання».

Психолог організовує дискусію, залучаючи учасників групи в обговорення понять: життєві події, життєві труднощі, подолання, способи вирішення проблем.

Інструкція членам групи: «Згадайте, будь ласка, основні проблеми, які виникали у вас протягом останніх шести місяців, а також те, як ви поводити себе в цих ситуаціях».

Психолог пропонує пацієнтам назвати різні складні ситуації в їх житті. Це можуть бути конфліктні ситуації з батьками або однолітками, невлаштованість особистого життя, проблеми зі здоров'ям, невдачі на шляху подолання хімічної залежності. Потім психолог повідомляє, що є два основних типових стиля реагування на складну ситуацію: активний та пасивний. Він пропонує учасникам наповнити їх змістом стосовно тих ситуацій, які вони згадали. Наприклад, невлаштованість особистого життя може спонукати людину «опустити руки», усіма силами намагатися забути про це, переключитися на інші справи, а може мобілізувати на нові пошуки та знайомства. Психолог знайомить членів групи з поняттям копінг-стратегії та наводить приклади їх застосування.

2. Вправа «Три бажання».

Інструкція психолога: «Уявіть, що ви знайшли стару закупорену пляшку, яку викинуло хвилями на берег. Ви відкрили її, звідти вилетів джин та пообіцяв виконати три ваших бажання. Коли будете обмірковувати, що загадати, пам'ятайте, що бажання повинні залишатися у межах людських можливостей. Вони повинні бути амбітними і в той же час реалістичними.

1. Напишіть ваші три бажання.
2. Оберіть одне, найбільш важливе для вас.
3. Напишіть про своє бажання чітко та детально як про головну життєву мету.
4. Що ви робите або збираєтесь зробити для досягнення цієї мети?
5. Які перешкоди для її досягнення?
6. Повторіть таку ж процедуру для інших двох бажань».

На наступному етапі члени групи обговорюють те, що вийшло в резуль-

таті, відповідають на питання про почуття, які виникали по ходу виконання вправи.

3. Вправа «Виявлення внутрішніх ресурсів».

Всі без виключення люди володіють певними ресурсами – це навички, здібності, інтереси, позитивні риси характеру та ін. Вони можуть бути в тій чи іншій мірі використані для вирішення життєвих проблем. Однак ці ресурси можуть залишитися непоміченими, якщо ми спеціально не звернемо на них увагу. Психолог задає учасникам групи прямі запитання: «Чи є щось таке, що у вас добре виходить? Як можна було б використати це вміння для вирішення даної проблеми?». Техніка подібних питань дозволяє виявити, яким чином людині вдається впоратися зі своїми проблемами, протистояти їх тиску. В кінці виконання вправи робиться індивідуальний або колективний малюнок внутрішніх і зовнішніх ресурсів членів групи.

Зразки питань:

- Якби вам прийшлося знову пройти через те, через що ви пройшли, то можливо вас не було б серед живих. Як вам вдалося вижити? Звідки у вас взялися сили?
- Вам так довго вдавалося уникати цієї проблеми. Які ресурси ви для цього використовували?
- Чи є щось таке, що вам добре вдається? Як можна було б використовувати це вміння для вирішення даної проблеми?
- Яка у вас сама гарна риса характеру? Як ви використовували цю рису характеру для вирішення проблеми, що вас хвилює? Що ще можна зробити, що дозволило б вам застосувати цю вашу сильну сторону для вирішення проблеми?
- Чи існують схожі проблеми, які вам доводилося вирішувати до цього? Чи могли б ви подумати про те, як використати аналогічне рішення в даному випадку?
- Хто, на вашу думку, зміг би вирішити дану проблему? Що б ця людина зробила у даному випадку?

4. Рефлексія роботи за програмою.

Учасники діляться враженнями про роботу в групі, висловлюються про те, наскільки виправдалися їх очікування, чи вдалося чомусь навчитися в результаті роботи за психокорекційною програмою та як вони збираються реалізувати придбані вміння та навички для досягнення позитивних змін в житті. В якості ритуалу прощання використовується техніка «Чемодан в дорогу»: учасники пишуть побажання один одному та складають у заздалегідь підготовлені валізи (з паперу або картону), що призначаються для кожного з членів групи.

Опис біостатистичної моделі дослідження

Пункт	Питання	Зміст (тлумачення Дослідника)
1)	Визначення головних змінних дослідження	<p><i>Незалежні змінні:</i> вік, стать, рівень освіти.</p> <p><i>Залежні змінні:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> оцінка патологічного потягу до азартних ігор (SOGS - South Oaks Gambling Screen; VGS –Вікторіанський опитувальник) рівень алекситимії (кількість балів за шкалою TAS -Торонтська шкала алекситимії). вираженість тривоги та депресії (кількість балів за шкалою Госпітальної тривоги та депресії HADS); якість життя (кількість балів за шкалою QOLIBRI та шкалою якості життя Чабана О.С.); когнітивне функціонування (кількість балів за Монреальською шкалою когнітивної оцінки MoCA)
2)	Оцінка об'єму вибірки	<p>Розрахунок об'єму вибірки оцінюється із використанням формули порівняння двох середніх</p> $n = (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 * (S_1^2 + S_2^2) / d^2$ <p>n=розмір вибірки для кожної групи S_1 S_2 =дисперсії ознак в обох групах. d= мінімальна (клінічно значима величина відмінності, яку необхідно визначити) Z_{α} Z_{β} = критичні значення нормального стандартного розподілу для заданих α і β (односторонній або двосторонній тест в залежності від формулювання альтернативної гіпотези). Орієнтовна потужність дослідження складає 90, рівень значимості – 5%</p> <p>Згідно з літературними даними середнє квадратичне відхилення $d = 7,789$. Клінічно-значущий ефект складає 5%(мінімальний бажаний ефект). Для досягнення оптимальної статистичної потужності дослідження, достатня величина вибірки повина становити 120 пацієнтів. Мінімальний об'єм вибірки , достатній для визначення наявності ефекту становить 86 пацієнтів, 45 пацієнтів в основній групі, 44 пацієнти скаладатимуть контрольну групу. Мінімальний об'єм вибірки становить 86.</p>
3)	Статистичні методи аналізу	<p><i>Методи статистичного аналізу, що будуть використані:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Методи описової статистики (визначення середнього значення та середньоквадратичного відхилення при нормальному розподілі ознак, медіани та інтерквартильного розмаху при розподілі ознак, відмінному від нормального, мінімальних та максимальних значень кількісних показників). При оцінці якісних ознак розраховуватиметься частота %.

	<ul style="list-style-type: none"> • Для перевірки нормальності розподілу ознак буде використано критерій Шапіро-Уїлка. • Для вивчення зв'язку між кількісними ознаками буде використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена або коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. • Для вивчення мінливості залежних змінних під впливом психокорекції буде використано дисперсійний аналіз. • При вивченні прогностичної цінності змін когнітивних та емоційних компонентів резилієнсу в процесі реабілітації буде використано регресійний аналіз. <p>В усіх випадках порівнянь визначатиметься рівень значущості (p-рівень), як статистично значуще враховується $p \leq 0,05$.</p> <p><i>Для кількісної оцінки клінічного ефекту будуть використані показники, отримані за допомогою психодіагностичних шкал:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • оцінка патологічного потягу до азартних ігор (кількість балів за шкалою SOGS - South Oaks Gambling Screen та VGS –Вікторіанський опитувальник) • рівень алекситимії (кількість балів за шкалою TAS -Торонтська шкала алекситимії). • вираженість тривоги та депресії (кількість балів за шкалою Госпітальної тривоги та депресії HADS); • якість життя (кількість балів за шкалою QOLIBRI та шкалою якості життя Чабана О.С.); • когнітивне функціонування (кількість балів за Монреальською шкалою когнітивної оцінки MoCA) <p>При аналізі буде використано статистичні пакети IBM SPSS Statistics Base v.22, EZR V1.40 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University), MedStat v 5.2.</p>
--	---

Методика скринінгу гемблінгу SOGS (South Oaks Gambling Screen)

1. Будь ласка, вкажіть якими з наступних видів азартних ігор ви займалися у своєму житті. Для кожного типу відзначте одну відповідь: «зовсім ні», «рідше одного разу на тиждень» або «раз на тиждень чи частіше».

	Зовсім ні	Рідше одного разу на тиждень	Раз на тиждень чи частіше
Граю у карти на гроші			
Роблю ставки на коней, собак або інших тварин (на ОТБ, на треку або в букмеке-ра)			
Роблю ставки на спорт (експрес-картки, у букмекерській конторі або в Jai Alai)			
Граю в кості на гроші (включаючи такі види гри у кості як «крепс», «над і під» або інші)			
Ходжу до казино (легальне або інше)			
Граю у числа або роблю ставки у лоте-реях			
Граю у бінго на гроші			
Граю на ринку акцій, опціонів та/або то-варів			
Граю на комп'ютерних ігрових автома-тах, автоматах для покеру або інших іг-рових автоматах			
Граю у боулінг, більярд, гольф або іншу гру на гроші			
Граю у паперові ігри, витягаю жереб (крім, лотерей)			
Займаюся іншими видами азартних ігор, що не вказані вище (будь ласка, уточ-ніть)			

2. На яку найбільшу суму грошей ви коли-небудь грали в азартні ігри в один день?

a. Ніколи не грав в азартні ігри

b. \$1 або менше

c. Від \$1 до \$10

d. Від \$10 до \$100

e. Від \$100 до \$1000

f. Від \$1000 до \$10 000

g. Більше 10 000 доларів

3. Чи є у ваших батьків проблеми з азартними іграми?

___ і мій батько, і моя мати занадто багато грають в азартні ігри (або грали в азартні ігри);

___ мій батько занадто багато грає (або грав в азартні ігри);

___ моя мати занадто багато грає (або грала в азартні ігри);

___ ніхто не грає (або не грав) занадто багато.

4. Коли ви граєте в азартні ігри, як часто ви повертаєтеся в інший день, щоб повернути програні гроші?

___ ніколи;

___ деяку частину часу (менше половини часу) я втратив;

___ більшість часу я програвав;

___ кожного разу, коли я програвав.

5. Ви коли-небудь стверджували, що виграєте гроші в азартних іграх, але насправді цього не було? Чи правда, що ви програєте?

___ ніколи (або ніколи не граєте в азартні ігри);

___ так, я втратив меншу частину часу;

___ так, я втратив більшу частину часу.

6. Чи відчували ви коли-небудь проблеми з азартними іграми?

___ ні;

___ так, у минулому, але не зараз;

___ так.

	Ні	Так
Ви коли-небудь грали в азартні ігри більше, ніж планували?		
Чи критикували люди вас за те, що ви граєте в азартні ігри?		
Ви коли-небудь відчували себе винним за те, що граєте в азартні ігри або за те, що відбувається, коли ви граєте в азартні ігри		
Ви коли-небудь відчували, що хотіли б припинити азартні ігри, але не думали, що можете це зробити?		
Ви коли-небудь приховували квитанції про ставки, лотерейні квитки, азартні гроші або інші ознаки азартних ігор від свого чоловіка (дружини), дітей або інших важливих людей у вашому житті?		
Ви коли-небудь сперечалися з людьми, які вам подобаються, щодо вашого поведіння з грошима?		
<i>(Якщо ви відповіли «так» на запитання 12): Чи суперечки про гроші коли-небудь стосувалися вашої азартної гри?</i>		
Ви коли-небудь позичали в когось і не повертали йому в результаті своєї азартної гри?		
Ви коли-небудь втрачали час на роботі (або в школі) через ставки або азартні ігри?		

16. Якщо ви позичали гроші, щоб грати в азартні ігри або сплачувати борги, у кого або де ви позичали?

	Ні	Так
З домашніх грошей		

Від вашої дружини (чоловіка)		
Від інших родичів чи свекра		
Від банків, кредитних компаній або кредитних спілок		
З кредитних карток		
Від лихварів		
Ви перевели у готівку акції, облігації чи інші цінні папери		
Ви продали особисте або сімейне майно		
Ви позичили на свій розрахунковий рахунок (пройшли нена- лежну перевірку)		
Ви маєте (мали) кредитну лінію в букмекера		
Ви маєте (мали) кредитну лінію в казино		

Підрахунок результатів та тестові норми за методикою SOGS

Оцінки за SOGS визначаються шляхом додавання кількості запитань, які мають відповідь, що свідчить про загрозу наявності гемблінгу. Двадцять питань оцінюються 0 або 1.

Запитання 1, 2, 3, 12, 16j і 16k не оцінюються.

Запитання 4: С або D = 1

Запитання 5: В або С = 1

Запитання 6: В або С = 1

Запитання 7 – 11, 13 – 15 і 16 а – 16і так = 1

Отже, у результаті проходження тестування респондент може набрати від 0 до 20 балів.

Інтерпретаційні рекомендації

0-2 бали = немає проблем з гемблінгом

3-4 бали = помірна вираженість гемблінгу (наявність певних проблем)

5 балів або більше = ймовірний патологічний гравець

Вікторіанський опитувальник (Victorian Gambling Screen)

Інструкція: вам пропонується 21 питання та декілька варіантів відповіді на них. Уважно прочитайте питання та варіанти відповіді на нього. Оберіть, будь ласка, один із запропонованих варіантів відповідей, що відображає вашу думку, та обведіть колом обрану відповідь. Дотримуйтесь наступних правил:

- Відповідайте на питання, спираючись на останні 12 місяців вашого життя;
- Не витрачайте багато часу на розмірковування над відповідями, давайте ту відповідь, що першим приходить у голову;
- Не пропускайте питання – на кожен з них необхідно дати відповідь;
- Відповідайте якомога щиріше: не потрібно намагатися справити гарне враження своїми відповідями, вони мають відповідати дійсності;
- Намагайтесь уникати варіантів відповіді «Не можу сказати», «Немає відповіді».

Будь ласка, приступайте до роботи.

Опитувальник

	За останні 12 місяців:	Ні ко ли	Рід ко	Іно ді	Ча сто	Зав жд и	Не мо жу ска зати	Немає відпо віді
	Азартні ігри були для вас цікавим хобі?	0	1	2	3	4	8	9
	Вам гра до сих пір приносить задоволення?	0	1	2	3	4	8	9
	Ви вміло грали?	0	1	2	3	4	8	9
	Зараз, коли ви граєте, ви відчуваєте себе так, нібито котитесь з гори та не можете стати на ноги?	0	1	2	3	4	8	9

	Ваше бажання грати було настільки сильним, що ви були не в змозі його контролювати?	0	1	2	3	4	8	9
	Азартні ігри були самою головною частиною вашого життя?	0	1	2	3	4	8	9
	У вас виникало бажання якомога швидше відігратися після програшу?	0	1	2	3	4	8	9
	Ви постійно думали про азартні ігри?	0	1	2	3	4	8	9
	Наскільки часто за останні 12 місяців вам доводилось обманювати самого себе із-за свого захоплення?	0	1	2	3	4	8	9
	Наскільки часто за останні 12 місяців ви звертались до азартних ігор, щоб забути свої проблеми та позбутися неспокою?	0	1	2	3	4	8	9
	Наскільки часто за останні 12 місяців ви відчували почуття провини та тривоги, пов'язані з вашим захопленням?	0	1	2	3	4	8	9
	Наскільки часто за останні 12 місяців ви думали про те, що вам не варто грати взагалі або слід грати менше?	0	1	2	3	4	8	9
	Наскільки часто за останні 12 місяців хто-небудь з ваших близьких скаржився на ваше захоплення азартними іграми?	0	1	2	3	4	8	9
	Наскільки часто за останні 12 місяців ви брехали, намагаючись приховати ступінь своєї захопленості азартними іграми?	0	1	2	3	4	8	9
	Наскільки часто за останні 12 місяців ви приховували квитанції за ставками, лотерейні квитки, ігрові гроші або інші докази вашого захоплення від свого партнера, чоловіка (дружини), дітей або інших значущих для вас осіб?	0	1	2	3	4	8	9
<p>Наступні питання призначені тільки для респондентів, у яких є чоловік (дружина) / партнер. Згадуючи останні 12 місяців, відповідайте «Так» або «Ні». Якщо відповідаєте «Так» переходьте до відповіді, позначеною літерою «б», а якщо відповідаєте «Ні» - переходьте до наступного питання з літерою «а».</p>								
16а	Ви відмовлялись від сумісного виконання яких-небудь дій з вашим шлюбним партнером / партнером?				Так (1)		Ні (2)	Немає відповіді (9)

16б	Якщо ви відповіли «Так», то чи було захоплення азартними іграми причиною відмови?	Так (1)	Частково (2)				Ні (3)		Немає відповіді (9)
17а	Ви та ваш партнер засуджували / критикували один одного?	Так (1)	Частково (2)				Ні (3)		Немає відповіді (9)
17б	Якщо ви відповіли «Так», то чи було захоплення азартними іграми причиною засудження та критики?	Так (1)	Частково (2)				Ні (3)		Немає відповіді (9)
18а	Ваш чоловік (дружина) / партнер довіряв вам?	Так (1)	Частково (2)				Ні (3)		Немає відповіді (9)
18б	Якщо ви відповіли «Так», то чи було захоплення азартними іграми причиною розриву довірливих стосунків?	Так (1)	Частково (2)				Ні (3)		Немає відповіді (9)
		Ні ко ли	Рід ко	Іно ді	Ча сто	Зав жд и	Не мо жу ска зат и	Немає відпо віді	
19	Наскільки часто за останні 12 місяців ви витрачали на гру більше грошей, ніж могли собі дозволити?	0	1	2	3	4	8	9	
20	Наскільки часто за останні 12 місяців вам не вистачало грошей на життя між зарплатами із-за захоплення азартними іграми?	0	1	2	3	4	8	9	
21	Наскільки часто за останні 12 місяців ви брали гроші у борг на гру?	0	1	2	3	4	8	9	

Обробка та інтерпретація результатів

Шкала задоволення від азартних ігор. Рахуються відповіді на питання 1, 2, 3. Якщо відповіді на ці питання відповідають 8, 9 питанням або відповідь не отримана, то дані питання не рахуються. При інших відповідях підраховується сума балів, де 0 балів – відсутність задоволення і 12 балів – величезне задоволення від азартних ігор.

Шкала шкоди, що наноситься чоловіку (дружині) / партнеру. Рахуються

відповіді на питання 16, 17, 18. Якщо на питання 16а/16б, 17а/17б або 18а/18б не отримано відповіді, то шкоду, що наноситься шлюбному або громадянському партнеру, підрахувати неможливо.

Відповіді на питання 16б, 17б та 18б необхідно підрахувати наступним чином: «Ні» - 0, «Частково» - 1, «Так» - 2.

Підраховується сумарний бал з цими питанням, де 0 означає відсутність шкоди, що наноситься шлюбному або громадянському партнеру, а 6 – висока шкода, що наноситься шлюбному або громадянському партнеру.

Шкала шкоди, що наноситься собі. Підраховуються відповіді на питання 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21.

Якщо на 4 або більше із цих питань дані відповіді зі значенням 8 або 9, то загальна сума за даною шкалою не підраховується і шкала вважається втраченою. Якщо відповіді 8 та 9 дані на 3 або менше з усіх питань за шкалою, т ці бали враховуються під час підрахунку загальної суми.

Підраховується сумарний бал за цими питаннями, де 0 означає відсутність шкоди, що наноситься собі, а 60 балів – висока шкода, що наноситься собі.

Інтегральна шкала: 21 бал та вище, що набрані за шкалою шкоди та іншим шкалам, дозволяє віднести респондента до групи проблемних гравців. Загальний результат за опитувальником може коливатися від 0 до 78 балів.

Необхідно підрахувати суму балів за усіма питаннями.

Тестові норми:

0-4 бали – немає проблем з грою;

5-8 балів – низький рівень проблем, пов'язаних з грою;

9-14 балів – прикордонний стан між соціальним та проблемним гравцем;

15 та більше балів – проблемний гравець.

Торонтська алекситимічна шкала

Інструкція: Вам буде запропоновано деяку кількість питань; на питання слід відповідати по черзі, не повертаючись до попередніх відповідей. Не потрібно витрачати час на обдумування. Пропускати питання не можна. Давайте тільки одну відповідь на кожне твердження.

Бланк опитувальника

№ з/п	Питання	Абсолютно незгоден	Скільки не згоден	Ні, ні інше	Скільки згоден	Абсолютно згоден
	Коли я плачу, я завжди знаю, чому					
	Мрії — це втрата часу					
	Я хотів би бути не таким сором'язливим					
	Мені часто важко визначити, які почуття я переживаю					
	Я часто мрію про майбутнє					
	Мені здається, що я здатний заводити друзів так само легко, як і інші					
	Знати, як вирішувати проблеми, більш важливо, ніж розуміти причини цих рішень					
	Мені важко знаходити правильні слова для моїх почуттів					
	Мені подобається доводити до відома інших людей свою позицію з тих чи інших питань					
	У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям					

№ з/п	Питання	Абсолютно незгоден	Скільки не згоден	Ні, ні інше	Скільки згоден	Абсолютно згоден
	Мені недостатньо знати, що щось привело до такого результату, мені необхідно знати, чому і як це відбувається					
	Я здатний з легкістю описати свої почуття					
	Я вважаю за краще аналізувати проблеми, а не просто їх описувати					
	Коли я засмучений, я не знаю, точно, чи я засмучений, переляканий чи злий					
	Я часто даю волю уяві					
	Я проводжу багато часу в мріях, коли не зайнятий нічим іншим					
	Мене часто спантеличують відчуття, що з'являються в моєму тілі					
	Я рідко мрію					
	Я вважаю за краще, щоб все йшло само собою, чим розуміти, чому відбулося саме так					
	У мене бувають почуття, яким я не можу дати цілком точне визначення					
	Дуже важливо уміти розбиратися в емоціях					
	Мені важко описувати свої почуття стосовно інших людей					
	Люди мені говорять, щоб я більше виражав свої почуття					
	Слід шукати більш глибокі пояснення тому, що відбувається					
	Я не знаю, що відбувається у мене всередині					
	Я часто не знаю, чому я серджуся					

Оцінка результатів

За відповіді нараховуються наступні бали:

Абсолютно не згоден – 1 бал

Скоріше не згоден – 2 бали

Ні те, ні інше – 3 бали

Скоріше згоден – 4 бали

Абсолютно згоден – 5 балів

З тим же цифровим значенням, але з негативним знаком, оцінюються наступні питання: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24.

Оцінка рівня алекситимії проводиться шляхом додавання балів, отриманих за відповіді на питання.

Рівень алекситимії:

у здорових людей – до 62 балів,

63-73 бали – зона ризику,

понад 74 бали – наявність алекситимії.

Нижче подано дані про середній рівень алекситимії у хворих з психосоматичними розладами, хворих невротиками і здорових осіб ($p < 0,01$):

Психосоматичні захворювання:

бронхіальна астма 71,8+1,4

гіпертонічна хвороба 72,6+1,4

виразкова хвороба 71,1+1,4

Невротиками 70,1 + 1,3

Контрольна група здорових 59,3+1,3

Шкала Госпітальної тривоги та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Текст опитувальника

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі

- a) весь час;
- b) часто;
- c) час від часу;
- d) зовсім не відчуваю.

2. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно

- a) практично весь час;
- b) часто;
- c) іноді;
- d) зовсім немає.

3. Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння

- a) зовсім не відчуваю;
- b) іноді;
- c) часто;
- d) дуже часто.

4. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке

- a) безумовно, це так;

- b) мабуть, це так;
- c) лише дуже мало це;
- d) це зовсім не так.

5. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися безперечно, це так, і страх дуже сильний

- a) так, це так, але страх не дуже сильний;
- b) іноді, але це мене не турбує;
- c) зовсім не відчуваю.

6. Я не стежу за своєю зовнішністю

- a) безумовно, це так;
- b) я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно;
- c) можливо, я став менше приділяти цьому уваги;
- d) я стежу за собою так само, як і раніше.

7. Я відчуваю непосидючість, ніби мені постійно потрібно рухатися

- a) безумовно, це так;
- b) мабуть, це так;
- c) лише певною мірою це так;
- d) зовсім не відчуваю.

8. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне

- a) безумовно, це так;
- b) мабуть, це так;
- c) лише дуже мало це;
- d) зовсім не здатний.

9. Стурбовані думки круяться у мене в голові

- a) постійно;
- b) більшу частину часу;
- c) іноді і не так часто;
- d) тільки іноді.

10. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення

- a) так само, як і зазвичай;
- b) так, але не такою мірою, як раніше;
- c) значно менше, ніж зазвичай;
- d) зовсім так не вважаю.

11. У мене буває раптове почуття паніки

- a) дуже часто;
- b) досить часто;
- c) не так часто;
- d) зовсім не буває.

12. Я відчуваю бадьорість

- a) зовсім не відчуваю;
- b) дуже рідко;
- c) іноді;
- d) практично весь час.

13. Я легко можу сісти та розслабитися

- a) безумовно, це так;

- b) мабуть, це так;
- c) лише зрідка це так;
- d) зовсім не можу.

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або теле-програми

- a) часто;
- b) іноді;
- c) рідко;
- d) дуже рідко.

Усі твердження шкали обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Шкала якості життя після ураження головного мозку (Quality of Life after Brain Injury, QOLIBRI)

У першій частині цієї анкети ми хотіли б знати, наскільки ви задоволені різними аспектами вашого життя після травми головного мозку. Для кожного запитання виберіть відповідь, яка ближче до того, як ви відчуваєте себе зараз (включно з минулим тижнем) і позначте хрестиком. Якщо у вас виникли проблеми із заповненням анкети, зверніться за допомогою.

ЧАСТИНА 1

А. Ці запитання стосуються особливостей вашого мислення зараз (включаючи минулий тиждень).

№ з/п	Твердження	Зовсім ні	Злегка	Помірно	Цілком	Дуже
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю зосереджуватися, наприклад, коли читаете або слідуєте за розмовою?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю висловлюватися та розуміти інших у розмові?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю запам'ятовувати повсякденні речі, наприклад, куди ви поклали речі?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю планувати та приймати рішення щодо повсякденних практичних проблем, наприклад, що робити, коли ви втрачаєте ключі?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю приймати рішення?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю орієнтуватися?					
	Наскільки ви задоволені своєю швидкістю мислення?					

В. Ці запитання стосуються ваших емоцій і погляду на себе зараз (включаючи минулий тиждень).

№ з/п	Твердження	Зовсім ні	Злегка	Помірно	Цілком	Дуже
	Наскільки ви задоволені своїм рівнем енергії?					
	Наскільки ви задоволені своєю самооцінкою, наскільки цінними ви почуваетесь?					
	Наскільки ви задоволені тим, як виглядаєте?					
	Наскільки ви задоволені тим, чого досягли після травми головного мозку?					
	Наскільки ви задоволені тим, як ви сприймаєте себе?					
	Наскільки ви задоволені своїм рівнем мотивації робити щось?					
	Наскільки ви задоволені тим, як бачите своє майбутнє?					

С. Ці запитання стосуються вашої незалежності та того, як ви функціонуєте в повсякденному житті зараз (включаючи минулий тиждень).

№ з/п	Твердження	Зовсім ні	Злегка	Помірно	Цілком	Дуже
	Наскільки ви задоволені ступенем своєї незалежності від інших?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю виходити на вулицю?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю займатися домашніми справами, наприклад, готувати чи ремонтувати речі?					
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю управляти особистими фінансами?					

	Наскільки ви задоволені своєю участю в роботі чи навчанні?					
	Наскільки ви задоволені своєю участю в соціальних і дозвільних заходах, наприклад, спорт, хобі, вечірки?					
	Наскільки ви задоволені тим, якою мірою ви самі керуєте своїм життям?					

D. Ці запитання стосуються ваших соціальних стосунків зараз (включаючи минулий тиждень).

№ з/п	Твердження	Зовсім ні	Злегка	Помірно	Цілком	Дуже
	Наскільки ви задоволені своєю здатністю відчувати прихильність до інших, наприклад до свого партнера, родини, друзів?					
	Наскільки Ви задоволені своїми стосунками з членами Вашої родини?					
	Наскільки ви задоволені своїми стосунками з друзями?					
	Наскільки ви задоволені своїми стосунками з партнером або тим, що не маєте партнера?					
	Наскільки ви задоволені своїм сексуальним життям?					
	Наскільки Ви задоволені ставленням інших людей до Вас?					

ЧАСТИНА 2

У другій частині ми хотіли б дізнатися наскільки вас турбують різні проблеми. Будь ласка, для кожного запитання оберіть відповідь, яка ближче до ваших почуттів зараз (включно з минулим тижнем), і позначте хрестиком. Якщо у вас виникли проблеми із заповненням анкети, зверніться за допомогою.

Е. Ці запитання стосуються того, наскільки вас турбують ваші почуття зараз (включаючи минулий тиждень).

№ з/п	Твердження	Зовсім ні	Злегка	Помірно	Цілком	Дуже
	Наскільки вас турбує почуття самотності, навіть коли ви перебуваєте з іншими людьми?					
	Наскільки вас турбує відчуття нудьги?					
	Наскільки вас турбує почуття тривоги?					
	Наскільки вас турбує сум або депресія?					
	Наскільки вас турбує почуття злості чи агресивності?					

Ф. Ці запитання стосуються того, наскільки вас турбують фізичні проблеми зараз (включаючи минулий тиждень).

№ з/п	Твердження	Зовсім ні	Злегка	Помірно	Цілком	Дуже
	Наскільки вас турбує повільність і/або незграбність рухів?					
	Наскільки вас турбують наслідки будь-яких інших травм, які ви отримали одночасно з черепно-мозковою травмою?					
	Наскільки вас турбує біль, у тому числі головний?					
	Наскільки вас турбують проблеми із зором або слухом?					
	Загалом, наскільки вас турбують наслідки черепно-мозкової травми?					

Шкала оцінки рівня якості життя О. Чабана (для дорослих; оцінка за останні 3 місяці)

ШКАЛА ОЦІНКИ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ* (для дорослих; оцінка за останні 3 місяці) © Чабан О.С., 2008				
Оцінка себе здоровим	0 – немає здоров'я	1 – погане	2 – добре	3 – чудове
Реалізованість	0 – нереалізований	1 – частково	2 – реалізований в основному	3 – реалізований над-планово
Любов	0 – ніхто не любив і не любить	1 – в минулому любили	2 – люблять лише близькі	3 – люблять рідні, близькі та інші люди
Гедонія	0 – відсутність радості від життя	1 – іноді дещо приносить задоволення	2 – отримує задоволення від життя	3 – постійно задоволений життям
Друзі	0 – не було і немає	1 – були, зараз немає	2 – є, але рідкі зустрічі	3 – є, і зустрічі часті
Соціальна активність	0 – повна відсутність	1 – незначна	2 – активний, але не постійно	3 – активний і постійно
Фінансове благополуччя	0 – значні проблеми	1 – недостатнє	2 – задоволений, але частково	3 – повністю задоволений
Сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями	0 – відсутнє	1 – іноді	2 – доволі часто	3 – дуже часто
Задоволення від роботи	0 – незадоволений	1 – частково	2 – задоволений	3 – дуже задоволений
Соціальний статус	0 – незадоволений	1 – частково	2 – задоволений	3 – дуже задоволений

ОЦІНКА ТЕСТУ	
Рівень	Бали
Дуже високий	25–30
Високий	19–24
Середній	13–18
Низький	7–12
Вкрай низький	0–6

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA)

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій була розроблена як швидкий тест для визначення помірної когнітивної дисфункції. Цей тест оцінює різні когнітивні аспекти: увагу та концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання тесту MoCA – приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат – 30 балів. Результат у 26 балів і вище розглядається як норма.

1. АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК:

Екзаменатор інструктує обстежуваного: *«Будь ласка, намалюйте лінію, що йде від цифри до літери у висхідному порядку. Почніть звідси [вказати на одиницю] і намалюйте лінію, що йде від цифри «1» до літери «А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут [вказати на букву «Д»]».*

Підрахунок: зараховується один бал, якщо обстежуваний успішно намалював наступний шлях: 1–А–2–Б–3–В–4–Г–5–Д без перетину ліній. Бал не зараховується, якщо є будь-яка помилка, що не була негайно самостійно виправлена.

2. ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ НАВИЧКИ (КУБ):

Екзаменатор дає наступні інструкції, вказуючи на куб: *«Нижче у вільному місці скопіюйте цей малюнок так точно, як можете».*

Підрахунок: зараховується один бал за точно виконаний малюнок.

- Малюнок повинен бути тривимірною-просторовий;
- Усі лінії повинні бути скопійовані;
- Не повинно бути зайвих ліній;
- Лінії повинні бути відносно паралельні й однакової довжини (прямокутні призми прийнятні).

Бал не зараховується, якщо не виконаний будь-який із перерахованих вище критеріїв.

3. ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ НАВИЧКИ (ГОДИННИК):

Вкажіть на праву верхню третину аркуша і дайте наступні інструкції:

«Намалюйте годинник. Поставте на циферблаті усі цифри й вкажіть час 10 хвилин на дванадцятку».

Підрахунок: зараховується один бал за кожний із наступних трьох критеріїв:

- **Контур (1 бал):** циферблата повинен виглядати як коло, припустимі тільки незначні викривлення (наприклад, незначний дефект змикання кола);
- **Цифри (1 бал):** повинні бути присутні усі цифри циферблата, не повинно бути додаткових цифр; цифри повинні розташовуватися в правильному порядку й у відповідних квадрантах на циферблаті; римські цифри прийнятні; цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблата.
- **Стрілки (1 бал):** повинно бути дві стрілки, що спільно вказують на вірний час; годинна стрілка повинна бути чітко коротшою, ніж хвилинна; стрілки повинні розміщуватися в центрі циферблата і їхнє з'єднання повинне бути близько до центра годинника.

Бал не зараховується за даний пункт, якщо будь-який із перерахованих вище критеріїв не дотримано.

4. НАЗВИ:

Починаючи зліва, вказуючи на кожний малюнок слід запитати: *«Назвіть цю тварину»*.

Підрахунок: Один бал присуджується за кожну правильну відповідь: (1) лев, (2) носоріг, (3) верблюд або дромедар (одногогорбий верблюд).

5. ПАМ'ЯТЬ:

Екзаменатор читає список із 5 слів з частотою одне слово за секунду, даючи наступні інструкції: *«Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю кілька слів, які Ви повинні запам'ятати. Слухайте уважно. Коли я прочитаю, повторіть стільки слів, скільки Ви запам'ятали. Не має значення, у якому порядку Ви їх назвете»*.

Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова при першій спробі. Коли обстежуваний скаже, що він (вона) закінчив (повторив усі слова) або не може згадати більше слів, прочитайте список другий раз із наступними інструкціями: *«Я прочитаю ті ж кілька слів другий раз. Спробуйте їх запам'ятати й назвати мені стільки слів, скільки Ви можете, включаючи слова, які Ви назвали перший раз»*. Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова після другої спроби.

Після закінчення другої спроби проінформуйте обстежуваного про те, що Ви попросите його (її) повторити ці слова знову: *«Наприкінці тесту я попрошу Вас повторити ці слова знову»*.

Підрахунок: У цьому завданні бали не присуджуються ні за першу, ні за другу спробу.

6. УВАГА:

Тест на пряму послідовність цифр: дайте наступні інструкції: *«Я збираюся назвати декілька цифр. Після того як я їх назву, повторіть ці цифри в тому ж порядку»*. Прочитайте п'ять цифр із частотою одна цифра за секунду.

Тест на повторення цифр у зворотному порядку:

Дайте наступні інструкції: *«Тепер я збираюся назвати ще декілька цифр, але Ви повинні повторити їх у зворотному порядку».*

Прочитайте три цифри із частотою одна цифра за секунду.

Підрахунок: Додайте один бал за кожне вірно виконане завдання (NB: вірна відповідь для завдання з повторення цифр у зворотному порядку 2–4–7).

Пильність: Екзаменатор читає список літер із частотою одна літера за секунду після наступних інструкцій: *«Я збираюся прочитати ряд літер. Щоразу, коли я назву літеру «А», вдарте долонею по столу один раз. Якщо я назву іншу літеру, не треба ударяти долонею».*

Підрахунок: Додається один бал, якщо немає помилок або є тільки одна помилка (помилкою вважається удар долонею при називанні іншої літери або відсутність удару при проголошенні літери «А»).

Послідовне лічіння:

Екзаменатор дає наступну інструкцію: *«Тепер я попрошу Вас відняти 7 від 100, потім віднімайте 7 від Вашої відповіді й так доти, поки я Вас не зупиню».* За необхідності прочитайте цю інструкцію двічі.

Підрахунок: За це завдання може бути максимально дано три бали. Бали не присуджуються, якщо не було дано жодної правильної відповіді. Один бал присуджується за одну правильну відповідь, два бали — за дві або три правильні відповіді і три бали, якщо пацієнт дав чотири або п'ять правильних відповідей. Рахуйте кожне правильне віднімання 7, починаючи від 100. Кожне віднімання оцінюється незалежно; якщо пацієнт відповів неправильно, але потім правильно відняв 7 від неправильної відповіді, надайте 1 бал за кожну правильну відповідь. Наприклад, обстежуваний може відповісти «92 – 85 – 78 – 71 – 64», де «92» неправильна відповідь, але всі інші вирахування зроблені правильно. Це одна помилка, й у цьому випадку необхідно надати 3 бали за це завдання.

7. ПОВТОРЕННЯ РЕЧЕНЬ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Я прочитаю Вам речення. Повторіть його з точністю так, як я скажу [пауза]: Я упевнений, що тільки Джон може сьогодні допомогти».*

Після відповіді скажіть: *«Тепер я прочитаю Вам інше речення. Повторіть його з точністю, як я скажу [пауза]: Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті».*

Підрахунок: Дайте 1 бал за кожне точно повторене речення. Повторення повинне бути абсолютно точним. Не повинно бути пропусків слів (наприклад: пропуск слів «тільки», «завжди») і заміни/додавання (наприклад: «Джон — це той, хто допоможе сьогодні», заміни «ховається» замість «ховався», вживання множини та ін.).

8. ВЕРБАЛЬНА ШВИДКІСТЬ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Назвіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з певної літери алфавіту, яку я зараз Вам запропоную. Ви можете називати будь-які слова, крім власних імен (наприклад: Боб або Бостон), чисел і слів, які мають однаковий корінь, але різні суфікси (наприклад: дружба, дружити, друг). Я скажу, коли Вам зупинитись, через 1 хвилину. Ви готові? [Пауза] Тепер назвіть мені стільки слів, скільки можете, які починаються з літери «Ф» [60 секунд]. Стоп, хвилинка закінчилась».*

Підрахунок: Додається один бал, якщо обстежуваний назвав за одну хвилину 11 або більше слів. Позначте у відповідному полі кількість названих слів.

9. АБСТРАКЦІЯ:

Екзаменатор просить обстежуваного пояснити, що спільного є між двома словами, починаючи з прикладу: *«Скажіть, що спільного між апельсином і бананом?»* Якщо обстежуваний не дає конкретну відповідь, скажіть ще один раз: *«Скажіть, що ще спільного між ними?»*. Якщо обстежуваний не дає правильну відповідь (фрукти), скажіть: *«Так, ще вони обидва – фрукти»*. Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень. Після цього прикладу, скажіть: *«Тепер назвіть, що спільного між поїздом і велосипедом»*. Після відповіді дайте наступне завдання: *«Тепер скажіть, що спільного між лінійкою й годинником»*. Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Підрахунок: Оцінюються лише два останні порівняння. Дається 1 бал за кожну правильну відповідь.

- Наступні відповіді прийнятні:
 - поїзд – велосипед = мається на увазі транспорт, засоби пересування, на обох можна їздити.
 - лінійка – годинник = вимірювальні інструменти, використовуються для виміру.
- Наступні відповіді неприйнятні:
 - поїзд – велосипед = обидва мають колеса;
 - лінійка – годинник = на обох намальовані цифри.

10. ПАМ'ЯТЬ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Кілька хвилин назад я прочитав Вам декілька слів і попросив їх запам'ятати. Назвіть мені стільки слів, скільки Ви запам'ятали»*. Позначте правильно названі слова у відповідному полі, без будь-яких підказок.

Підрахунок: Дається 1 бал за кожне назване слово без будь-яких підказок.

Необов'язково (вибірково):

Після спроби згадати слова використовуйте семантичні категоріальні підказки, наведені нижче, для кожного неназваного слова. Позначте правильно названі слова у відповідному полі, якщо обстежуваний згадав слово з допомогою категоріальних підказок або підказок множинного вибору. Таким чином підкажіть усі неназвані слова. Якщо обстежуваний не зміг згадати слова після категоріальних підказок,

зробіть підказку множинного вибору, що складається зі списку слів для вибору, використовуючи наступну інструкцію: *«Яке із цих трьох слів, на Ваш погляд, було названо НІС, ОБЛИЧЧЯ, РУКА?»*

Використовуйте наступні категоріальні підказки й/або підказки множинного вибору:

ОБЛИЧЧЯ:	категоріальна підказка: частина тіла підказка множинного вибору: ніс, обличчя, рука
ОКСАМИТ:	категоріальна підказка: вид тканини підказка множинного вибору: бавовна, катон, оксамит
ЦЕРКВА:	категоріальна підказка: вид будинку підказка множинного вибору: церква, школа, лікарня
МАРГАРИТКА:	категоріальна підказка: квітка підказка множинного вибору: троянда, маргаритка, тюльпан
ЧЕРВОНИЙ:	категоріальна підказка: колір підказка множинного вибору: червоний, синій, зелений

Підрахунок: За відповіді з підказками бали не надаються. Підказки використовуються тільки для одержання клінічної інформації й можуть дати екзаменаторові додаткову інформацію про тип розладу пам'яті. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням відтворення інформації, результат може бути поліпшений за допомогою підказок.

11. ОРІЄНТАЦІЯ:

Екзаменатор дає наступні інструкції: *«Назвіть мені сьогоднішню дату»*. Якщо обстежуваний не дає повної відповіді, дайте відповідну підказку: *«Назвіть рік, місяць, точну дату і день тижня»*. Після чого скажіть: *«Тепер назвіть мені назву місця, де ми зараз перебуваємо, і назву міста»*.

Підрахунок: Дається один бал за кожну правильну відповідь. Обстежуваний повинен назвати точну дату й точне місце, де він перебуває (назва лікарні, відділення). Бал не нараховується, якщо обстежуваний зробив будь-яку помилку при відповіді на це питання.

Сумарна кількість балів: Сума балів за кожне завдання підраховується на правому боці аркуша. Додайте 1 бал, якщо обстежуваний має 12 чи менше років формальної освіти. Максимальний результат за цим тестом — 30 балів. Остаточна сума балів 26 і більше розглядається як норма.

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

Ім'я:

Освіта:

Стать:

Дата народження:

ДАТА:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		Скопіюйте куб		Намалюйте ГОДИННИК (10 хвилин на дванадцяті) (3 бали)		БАЛИ:			
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Контури Цифри Стрілки		___/5			
НАЗВИ								___/3	
ПАМ'ЯТЬ		Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.		ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ	Бали не додаються
		1 спроба							
		2 спроба							
УВАГА		Прочитайте список цифр (1 цифра/сек)		Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку		[] 2 1 8 5 4		___/2	
				Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку		[] 7 4 2			
		Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А.		Бали не додаються, якщо є дві або більше помилок.		[] ФБАСМНААЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ		___/1	
		Серійне віднімання 7, починаючи зі 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
				4 або 5 правильних віднімань: 3 бали , 2 або 3 прав, відн.: 2 бали , 1 прав, відн.: 1 бал , 0 прав, відн.: 0 балів					
МОВА		Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген - це той, хто може сьогодні допомогти []		Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті []				___/2	
		Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н [] _____ (N ≥ 11 слів)						___/1	
АБСТРАКЦІЯ		Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти []		поїзд і велосипед []		лінійка й годинник		___/2	
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ		Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ		ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ	Бали присуджуються тільки за названі слова без підказок
				[]	[]	[]	[]	[]	
ОПЦІЙНО		Категоріальна підказка							
		Список слів для вибору							
ОРІЕНТАЦІЯ		[] Дата	[] Місяць	[] Рік	[] День тижня	[] Місце	[] Місто	___/6	
© Z. Nasreddine MD Версія 7.1		www.mocatest.org		Норма ≥ 26 / 30		Сума балів:			
Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD						Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12			
Тестування проводив:									

Монреальський когнітивний тест (МОСА)
Версія 7.1 Оригінальна версія

ПІБ:
Освіта:
Стать:

Дата народження:
Дата тесту:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ/ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		Скопійуйте куб		Намалюйте годинник (десять хвилин на дванадцять) (3 бали)		БАЛИ:			
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Контур Цифри Стрілки		___/5			
НАЗВИ									
						___/3			
ПАМ'ЯТЬ		Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.		обличчя	оксамит	церква	маргаритка	червоний	Бали не додаються
		1 спроба							
		2 спроба							
УВАГА		Прочитайте список цифр (1 цифра/1 секунда)		Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 2 1 8 5 4 Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 7 4 2				___/2	
		Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні літери А.		Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.		[] ФБАСМНААЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ		___/1	
		Серійне віднімання 7, починаючи зі 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 або 5 правильних віднімань — 3 бали; 2 або 3 правильних віднімань — 2 бали; 1 правильне віднімання — 1 бал; 0 правильних віднімань — 0 балів		___/3	
МОВА		Повторть: Я упевнений, що тільки Джон може сьогодні допомогти. [] Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті. []						___/2	
		Вербальна швидкість / Назвати за 1 хвилину максимальну кількість слів, що починаються з літери Н [] ___ (норма ≥ 11 слів)						___/1	
АБСТРАКЦІЯ		Спільне між словами банан-апельсин = фрукти []		поїзд-велосипед []		лінійка-годинник []		___/2	
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ		Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ		обличчя	оксамит	церква	маргаритка	червоний	Бали присуджуються за названі слова без підказок
		Категоріальна підказка		[]	[]	[]	[]	[]	
		Список слів для вибору							
ОРІЕНТАЦІЯ		[] Дата [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце знаходження [] Місто						___/6	

Z. Nasreddine MD

www.mocatest.org

Норма: ≥ 26/30.

Всього ___/30

Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12 років

Лікар, що проводив тестування:

Монреальський когнітивний тест (МОСА)
Версія 7.2. Альтернативна версія

ПІБ:
Освіта:
Стать:

Дата народження:
Дата тесту:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ/ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		Скопіюйте прямокутник	Намалюйте годинник (п'ять хвилин на п'яту) (3 бали)			БАЛИ:
		[]	[]	[]	[]	[]
		Контур	Цифри	Стрілки	_/5	
НАЗВИ						
[]	[]	[]	_/3			
ПАМ'ЯТЬ	Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.	вантажівка	банан	скрипка	парта	зелений
		1 спроба				
		2 спроба				
		Бали не додаються				
УВАГА	Прочитайте список цифр (1 цифра/1 секунда)	Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 3 2 9 6 5			Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 8 5 2	
		Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.				
		[] ФБАСМНААЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ				
		_/1				
		Серійне віднімання 7, починаючи з 90. [] 83 [] 76 [] 69 [] 62 [] 55				
		4 або 5 правильних віднімань — 3 бали; 2 або 3 правильних віднімань — 2 бали; 1 правильне віднімання — 1 бал; 0 правильних віднімань — 0 балів				
		_/3				
МОВА	Повторіть: Пташка може вдаритись об вікно, якщо надворі темно та вітряно. []		Любляча бабуся передала зелень тиждень назад. []			
		_/2				
		Вербальна швидкість / Назвати за 1 хвилину максимальну кількість слів, що починаються з літери В [] ___ (норма ≥ 11 слів)				
		_/1				
АБСТРАКЦІЯ	Спільне між словами морква-картопля = овочі []		діамант-рубін []		пушка-гвинтівка []	
		_/2				
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ	Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ	Вантажівка []	Банан []	Скрипка []	Парта []	Зелений []
		Бали присуджуються за названі слова без підказок				
		_/5				
ОПЦІЙНО	Категоріальна підказка		Список слів для вибору			
		Бали присуджуються за названі слова без підказок				
		_/5				
ОРІЄНТАЦІЯ	[] Дата	[] Місяць	[] Рік	[] День тижня	[] Місце знаходження	[] Місто
		_/6				

Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, www.mocatest.org
H. Chertkow MD

Норма: ≥ 26/30.

Всього ___/30

Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12 років

Лікар, що проводив тестування:

Монреальський когнітивний тест (МОСА)
Версія 7.3. Альтернативна версія

 ПІБ:
 Освіта:
 Стать:

 Дата народження:
 Дата тесту:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ/ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		Скопіюйте циліндр		Намалюйте годинник (десять хвилин на десятку) (3 бали)		БАЛИ:						
				<input type="checkbox"/> Контур <input type="checkbox"/> Цифри <input type="checkbox"/> Стрілки		___/5						
НАЗВИ												
						___/3						
ПАМ'ЯТЬ		Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.		поїзд	яйце	шапка	стілець	синій	Бали не додаються			
				1 спроба								
				2 спроба								
УВАГА		Прочитайте список цифр (1 цифра/1 секунда)		Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 5 4 1 8 7		Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 1 7 4		___/2				
Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні літери А.		Бали не додаються, якщо є дві та більше помилки.		[] ФБАСМНААЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ		___/1						
Серійне віднімання 7, починаючи з 80.		[] 73		[] 66		[] 59		[] 52		[] 45		___/3
4 або 5 правильних віднімань — 3 бали; 2 або 3 правильних віднімань — 2 бали; 1 правильне віднімання — 1 бал; 0 правильних віднімань — 0 балів												
МОВА		Повторіть: Вона чула, що він єдиний адвокат, який може допомогти. []		У маленької дівчинки, якій дали багато цукерок, боліли зуби. []		___/2						
Вербальна швидкість / Назвати за 1 хвилину максимальну кількість слів, що починаються з літери Б [] ___ (норма ≥ 11 слів)						___/1						
АБСТРАКЦІЯ		Спільне між словами банан-апельсин = фрукти []		око-вухо []		труба-піаніно []		___/2				
ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ		Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ		Поїзд []	Яйце []	Шапка []	Стілець []	Синій []	Бали присуджуються за названі слова без підказок	___/5		
ОПЦІЙНО		Категоріальна підказка										
		Список слів для вибору										
ОРІЕНТАЦІЯ		[] Дата	[] Місяць	[] Рік	[] День тижня	[] Місце знаходження	[] Місто	___/6				
Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD		www.mocatest.org		Норма: ≥ 26/30.		Всього ___/30		Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12 років				
Лікар, що проводив тестування:												

	90	94	93
	27,4	22,1	16,2
	2,2	3,1	4,8
	25,9–29,6	19,0–25,2	21,0–11,4
	>26	<26	<26Y

Хоча середній бал тесту МОСА для групи пацієнтів із хворобою Альцгеймера значно нижчий, ніж у групі пацієнтів з помірними когнітивними порушеннями, між ними є певне перекриття. Запропоновані мінімально допустимі показники тесту МОСА однакові для обох груп пацієнтів. Різниця між групами пацієнтів із хворобою Альцгеймера і пацієнтів з помірними когнітивними порушеннями в основному залежить від наявності пов'язаних функціональних порушень, а не від конкретного результату тесту МОСА.

Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики вибірок досліджуваних за Торонтською алекситимічною шкалою TAS

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії
1	112	Високий	1	58	Низький
2	107	Високий	2	62	Середній
3	105	Високий	3	35	Низький
4	52	Низький	4	48	Низький
5	99	Високий	5	50	Низький
6	117	Високий	6	53	Низький
7	92	Середній	7	66	Середній
8	119	Високий	8	32	Низький
9	97	Високий	9	53	Низький
10	65	Середній	10	61	Низький
11	112	Високий	11	61	Низький
12	110	Високий	12	38	Низький
13	114	Високий	13	52	Низький
14	125	Високий	14	67	Середній
15	52	Низький	15	33	Низький
16	128	Високий	16	51	Низький
17	105	Високий	17	29	Низький
18	115	Високий	18	36	Низький
19	120	Високий	19	54	Низький
20	106	Високий	20	37	Низький
21	128	Високий	21	36	Низький

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії
22	115	Високий	22	38	Низький
23	104	Високий	23	43	Низький
24	121	Високий	24	32	Низький
25	112	Високий	25	54	Низький
26	68	Середній	26	61	Низький
27	116	Високий	27	54	Низький
28	102	Високий	28	62	Середній
29	126	Високий	29	29	Низький
30	104	Високий	30	38	Низький
31	78	Середній	31	58	Низький
32	115	Високий	32	45	Низький
33	120	Високий	33	32	Низький
34	114	Високий	34	60	Низький
35	114	Високий	35	29	Низький
36	120	Високий	36	36	Низький
37	114	Високий	37	31	Низький
38	56	Низький	38	37	Низький
39	104	Високий	39	57	Низький
40	101	Високий	40	66	Середній
41	128	Високий	41	66	Середній
42	123	Високий	42	46	Низький
43	121	Високий	43	60	Низький
44	110	Високий	44	37	Низький
45	111	Високий	45	56	Низький
46	108	Високий			

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії
47	115	Високий			
48	110	Високий			
49	109	Високий			
50	55	Низький			
51	103	Високий			
52	123	Високий			
53	116	Високий			
54	65	Середній			
55	105	Високий			
56	121	Високий			
57	104	Високий			
58	70	Середній			
59	106	Високий			
60	52	Низький			
61	116	Високий			
62	116	Високий			
63	124	Високий			
64	130	Високий			
65	65	Середній			
66	115	Високий			
67	105	Високий			
68	85	Середній			
69	124	Високий			
70	124	Високий			
71	102	Високий			

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Рівень алекситимії
72	124	Високий			
73	114	Високий			
74	92	Середній			
75	55	Низький			
76	122	Високий			
77	116	Високий			
78	62	Середній			
79	108	Високий			
80	126	Високий			
81	123	Високий			
82	118	Високий			
83	55	Низький			
84	121	Високий			
85	130	Високий			
86	60	Низький			
87	65	Середній			
88	55	Низький			
89	127	Високий			
\bar{x}	103,57		\bar{x}	47,53	

Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики вибірок досліджуваних за методикою скринінгу гемблінгу SOGS

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат
1	8	Проблемний гемблінг	1	3	Непроблемний гемблінг
2	17	Проблемний гемблінг	2	3	Непроблемний гемблінг
3	11	Проблемний гемблінг	3	3	Непроблемний гемблінг
4	0	Відсутність гемблінгу	4	2	Відсутність гемблінгу
5	6	Проблемний гемблінг	5	1	Відсутність гемблінгу
6	9	Проблемний гемблінг	6	3	Непроблемний гемблінг
7	10	Проблемний гемблінг	7	2	Відсутність гемблінгу
8	12	Проблемний гемблінг	8	3	Непроблемний гемблінг
9	13	Проблемний гемблінг	9	1	Відсутність гемблінгу
10	4	Непроблемний гемблінг	10	2	Відсутність гемблінгу
11	10	Проблемний гемблінг	11	2	Відсутність гемблінгу
12	11	Проблемний гемблінг	12	3	Непроблемний гемблінг
13	9	Проблемний гемблінг	13	1	Відсутність гемблінгу
14	10	Проблемний гемблінг	14	1	Відсутність гемблінгу
15	0	Відсутність гемблінгу	15	2	Відсутність гемблінгу
16	11	Проблемний гемблінг	16	0	Відсутність гемблінгу
17	12	Проблемний гемблінг	17	4	Непроблемний гемблінг
18	12	Проблемний гемблінг	18	4	Непроблемний гемблінг
19	10	Проблемний гемблінг	19	4	Непроблемний гемблінг
20	8	Проблемний гемблінг	20	3	Непроблемний гемблінг
21	16	Проблемний гемблінг	21	4	Непроблемний гемблінг

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат
22	17	Проблемний гемблінг	22	5	Проблемний гемблінг
23	8	Проблемний гемблінг	23	3	Непроблемний гемблінг
24	16	Проблемний гемблінг	24	5	Проблемний гемблінг
25	10	Проблемний гемблінг	25	2	Відсутність гемблінгу
26	3	Непроблемний гемблінг	26	3	Непроблемний гемблінг
27	5	Проблемний гемблінг	27	0	Відсутність гемблінгу
28	11	Проблемний гемблінг	28	3	Непроблемний гемблінг
29	8	Проблемний гемблінг	29	2	Відсутність гемблінгу
30	7	Проблемний гемблінг	30	2	Відсутність гемблінгу
31	3	Непроблемний гемблінг	31	5	Проблемний гемблінг
32	14	Проблемний гемблінг	32	1	Відсутність гемблінгу
33	5	Проблемний гемблінг	33	3	Непроблемний гемблінг
34	16	Проблемний гемблінг	34	2	Відсутність гемблінгу
35	6	Проблемний гемблінг	35	3	Непроблемний гемблінг
36	13	Проблемний гемблінг	36	4	Непроблемний гемблінг
37	6	Проблемний гемблінг	37	3	Непроблемний гемблінг
38	4	Непроблемний гемблінг	38	2	Відсутність гемблінгу
39	6	Проблемний гемблінг	39	2	Відсутність гемблінгу
40	9	Проблемний гемблінг	40	2	Відсутність гемблінгу
41	8	Проблемний гемблінг	41	2	Відсутність гемблінгу
42	7	Проблемний гемблінг	42	1	Відсутність гемблінгу
43	9	Проблемний гемблінг	43	2	Відсутність гемблінгу
44	14	Проблемний гемблінг	44	3	Непроблемний гемблінг
45	5	Проблемний гемблінг	45	4	Непроблемний гемблінг
46	8	Проблемний гемблінг			

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат
47	12	Проблемний гемблінг			
48	6	Проблемний гемблінг			
49	15	Проблемний гемблінг			
50	1	Відсутність гемблінгу			
51	5	Проблемний гемблінг			
52	12	Проблемний гемблінг			
53	17	Проблемний гемблінг			
54	1	Відсутність гемблінгу			
55	5	Проблемний гемблінг			
56	10	Проблемний гемблінг			
57	9	Проблемний гемблінг			
58	4	Непроблемний гемблінг			
59	13	Проблемний гемблінг			
60	1	Відсутність гемблінгу			
61	13	Проблемний гемблінг			
62	7	Проблемний гемблінг			
63	9	Проблемний гемблінг			
64	5	Проблемний гемблінг			
65	2	Відсутність гемблінгу			
66	12	Проблемний гемблінг			
67	7	Проблемний гемблінг			
68	3	Непроблемний гемблінг			
69	9	Проблемний гемблінг			
70	10	Проблемний гемблінг			
71	14	Проблемний гемблінг			

Вибірка пацієнтів			Вибірка здорових осіб		
Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал за методикою	Результат
72	6	Проблемний гемблінг			
73	7	Проблемний гемблінг			
74	4	Непроблемний гемблінг			
75	2	Відсутність гемблінгу			
76	8	Проблемний гемблінг			
77	10	Проблемний гемблінг			
78	2	Відсутність гемблінгу			
79	8	Проблемний гемблінг			
80	13	Проблемний гемблінг			
81	12	Проблемний гемблінг			
82	7	Проблемний гемблінг			
83	1	Відсутність гемблінгу			
84	12	Проблемний гемблінг			
85	12	Проблемний гемблінг			
86	0	Відсутність гемблінгу			
87	3	Непроблемний гемблінг			
88	2	Відсутність гемблінгу			
89	11	Проблемний гемблінг			
\bar{X}	8,30				

**Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики загальної
вибірки пацієнтів за вікторіанським опитувальником VGS (N=89)**

Ідентифікаційний номер досліджу- ваного	Шкали методики				Результат
	Шкода для партнера	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	Загальний бал	
	4	11	44	59	Проблемний гравець
	1	5	56	62	Проблемний гравець
	3	4	15	22	Проблемний гравець
	2	8	10	20	Відсутність гемблінгу
	5	5	54	64	Проблемний гравець
	6	8	44	58	Проблемний гравець
	5	10	34	49	Проблемний гравець
	1	10	28	39	Проблемний гравець
	1	5	51	57	Проблемний гравець
	5	12	4	21	Відсутність гемблінгу
	4	12	16	32	Проблемний гравець
	5	7	52	64	Проблемний гравець
	2	10	13	25	Проблемний гравець
	6	4	26	36	Проблемний гравець
	4	5	10	19	Відсутність гемблінгу
	1	10	53	64	Проблемний гравець
	5	9	49	63	Проблемний гравець
	6	4	57	67	Проблемний гравець
	3	9	13	25	Проблемний гравець
	3	5	58	66	Проблемний гравець
	4	10	32	46	Проблемний гравець

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Шкали методики				Результат
	Шкода для партнера	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	Загальний бал	
	1	4	20	25	Проблемний гравець
	3	6	53	62	Проблемний гравець
	1	9	14	24	Проблемний гравець
	4	4	54	62	Проблемний гравець
	2	5	13	20	Відсутність гемблінгу
	5	11	42	58	Проблемний гравець
	3	7	38	48	Проблемний гравець
	2	11	59	72	Проблемний гравець
	1	8	15	24	Проблемний гравець
	3	6	10	19	Відсутність гемблінгу
	6	6	50	62	Проблемний гравець
	5	6	47	58	Проблемний гравець
	1	7	47	55	Проблемний гравець
	5	10	36	51	Проблемний гравець
	6	4	51	61	Проблемний гравець
	5	8	49	62	Проблемний гравець
	4	4	12	20	Відсутність гемблінгу
	1	6	26	33	Проблемний гравець
	1	12	59	72	Проблемний гравець
	6	8	20	34	Проблемний гравець
	3	11	8	22	Проблемний гравець
	4	12	46	62	Проблемний гравець
	5	5	33	43	Проблемний гравець
	6	12	49	67	Проблемний гравець
	6	10	49	65	Проблемний гравець

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Шкали методики				Результат
	Шкода для партнера	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	Загальний бал	
	5	11	48	64	Проблемний гравець
	2	9	36	47	Проблемний гравець
	6	10	54	70	Проблемний гравець
	1	5	12	18	Відсутність гемблінгу
	3	10	12	25	Проблемний гравець
	3	9	41	53	Проблемний гравець
	2	6	15	23	Проблемний гравець
	1	5	10	16	Відсутність гемблінгу
	5	10	50	65	Проблемний гравець
	6	7	48	61	Проблемний гравець
	6	4	44	54	Проблемний гравець
	1	10	10	21	Відсутність гемблінгу
	2	8	39	49	Проблемний гравець
	6	12	3	21	Відсутність гемблінгу
	1	11	45	57	Проблемний гравець
	3	12	13	28	Проблемний гравець
	2	8	26	36	Проблемний гравець
	4	12	14	30	Проблемний гравець
	2	7	10	19	Відсутність гемблінгу
	5	4	36	45	Проблемний гравець
	4	12	35	51	Проблемний гравець
	3	7	10	20	Відсутність гемблінгу
	3	9	24	36	Проблемний гравець
	6	11	26	43	Проблемний гравець
	5	10	47	62	Проблемний гравець

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Шкали методики				Результат
	Шкода для партнера	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	Загальний бал	
	4	11	16	31	Проблемний гравець
	4	11	15	30	Проблемний гравець
	2	6	10	18	Відсутність гемблінгу
	2	8	9	19	Відсутність гемблінгу
	5	12	54	71	Проблемний гравець
	6	10	45	61	Проблемний гравець
	4	5	10	19	Відсутність гемблінгу
	6	9	55	70	Проблемний гравець
	1	9	35	45	Проблемний гравець
	5	12	58	75	Проблемний гравець
	5	9	60	74	Проблемний гравець
	2	5	12	19	Відсутність гемблінгу
	2	5	20	27	Проблемний гравець
	4	4	58	66	Проблемний гравець
	6	5	10	21	Відсутність гемблінгу
	1	6	13	20	Відсутність гемблінгу
	2	5	12	19	Відсутність гемблінгу
	5	10	55	70	Проблемний гравець

**Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики вибірки
здорових осіб за вікторіанським опитувальником VGS (N=45)**

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Шкали методики	Результат	Шкода для партнера	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	Загальний бал	Результат
2	4	15	21				Відсутність гемблінгу
0	0	4	4				Відсутність гемблінгу
0	0	0	0				Відсутність гемблінгу
2	1	9	12				Відсутність гемблінгу
2	5	12	19				Відсутність гемблінгу
0	0	4	4				Відсутність гемблінгу
1	1	4	6				Відсутність гемблінгу
2	3	9	14				Відсутність гемблінгу
1	2	15	18				Відсутність гемблінгу
0	1	3	4				Відсутність гемблінгу
2	4	14	20				Відсутність гемблінгу
0	3	7	10				Відсутність гемблінгу
2	4	9	15				Відсутність гемблінгу
1	4	10	15				Відсутність гемблінгу
0	2	14	16				Відсутність гемблінгу
1	4	13	18				Відсутність гемблінгу
0	2	16	18				Відсутність гемблінгу
0	5	14	19				Відсутність гемблінгу
0	3	14	17				Відсутність гемблінгу
1	5	8	14				Відсутність гемблінгу
2	1	0	3				Відсутність гемблінгу
2	4	16	22				Проблемний гравець
1	4	10	15				Відсутність гемблінгу
2	5	16	23				Проблемний гравець
0	5	10	15				Відсутність гемблінгу
1	5	1	7				Відсутність гемблінгу
0	1	0	1				Відсутність гемблінгу
1	5	12	18				Відсутність гемблінгу
0	3	15	18				Відсутність гемблінгу
1	2	9	12				Відсутність гемблінгу
5	8	17	30				Проблемний гравець
1	1	9	11				Відсутність гемблінгу
0	3	18	21				Відсутність гемблінгу
1	1	1	3				Відсутність гемблінгу
0	0	3	3				Відсутність гемблінгу
0	3	0	3				Відсутність гемблінгу
2	5	6	13				Відсутність гемблінгу
1	1	15	17				Відсутність гемблінгу
1	1	12	14				Відсутність гемблінгу

2	2	8	12	Відсутність гемблінгу
0	0	15	15	Відсутність гемблінгу
0	5	16	21	Відсутність гемблінгу
1	4	7	12	Відсутність гемблінгу
0	1	4	5	Відсутність гемблінгу
0	1	3	4	Відсутність гемблінгу

 \bar{x}

**Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики загальної
вибірки пацієнтів за шкалою Госпітальної тривоги та депресії HADS**

(N=89)

Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал вираженості тривоги	Рівень тривоги	Бал вираженості депресії	Рівень депресії	Бал
1	13	Середній	15	Високий	
2	18	Високий	16	Високий	
3	17	Високий	14	Середній	
4	6	Низький	5	Низький	
5	15	Високий	21	Високий	
6	10	Середній	17	Високий	
7	15	Високий	14	Середній	
8	15	Високий	17	Високий	
9	19	Високий	15	Високий	
10	5	Низький	7	Низький	
11	14	Середній	20	Високий	
12	20	Високий	15	Високий	
13	9	Середній	13	Середній	
14	11	Середній	19	Високий	
15	8	Середній	2	Низький	
16	8	Середній	18	Високий	
17	15	Високий	12	Середній	
18	16	Високий	14	Середній	
19	18	Високий	16	Високий	
20	17	Високий	17	Високий	
21	13	Середній	13	Середній	
22	20	Високий	12	Середній	
23	9	Середній	12	Середній	
24	20	Високий	16	Високий	
25	18	Високий	17	Високий	
26	6	Низький	9	Середній	
27	18	Високий	20	Високий	
28	21	Високий	13	Середній	
29	19	Високий	16	Високий	
30	12	Середній	16	Високий	
31	8	Середній	8	Середній	
32	16	Високий	19	Високий	
33	16	Високий	20	Високий	
34	8	Середній	14	Середній	
35	16	Високий	21	Високий	
36	13	Середній	16	Високий	
37	10	Середній	15	Високий	
38	6	Низький	7	Низький	
39	16	Високий	14	Середній	

40	9	Середній	12	Середній
41	15	Високий	12	Середній
42	18	Високий	13	Середній
43	15	Високий	13	Середній
44	11	Середній	15	Високий
45	21	Високий	17	Високий
46	21	Високий	18	Високий
47	16	Високий	21	Високий
48	10	Середній	15	Високий
49	12	Середній	19	Високий
50	6	Низький	3	Низький
51	19	Високий	13	Середній
52	12	Середній	12	Середній
53	9	Середній	14	Середній
54	4	Низький	2	Низький
55	10	Середній	16	Високий
56	16	Високий	19	Високий
57	18	Високий	19	Високий
58	8	Середній	9	Середній
59	15	Високий	20	Високий
60	6	Низький	5	Низький
61	21	Високий	20	Високий
62	12	Середній	19	Високий
63	15	Високий	20	Високий
64	16	Високий	20	Високий
65	3	Низький	3	Низький
66	20	Високий	15	Високий
67	13	Середній	15	Високий
68	8	Середній	8	Середній
69	15	Високий	21	Високий
70	8	Середній	18	Високий
71	8	Середній	12	Середній
72	20	Високий	15	Високий
73	18	Високий	21	Високий
74	8	Середній	5	Низький
75	5	Низький	0	Низький
76	16	Високий	19	Високий
77	20	Високий	17	Високий
78	2	Низький	5	Низький
79	9	Середній	14	Середній
80	9	Середній	14	Середній
81	18	Високий	15	Високий
82	17	Високий	16	Високий
83	4	Низький	3	Низький
84	21	Високий	21	Високий
85	8	Середній	15	Високий
86	2	Низький	2	Низький
87	7	Низький	8	Середній

88	1	Низький	4	Низький
89	16	Високий	14	Середній
		\bar{x}	12,87	13,83

**Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики загальної
вибірки пацієнтів за шкалою якості життя QOLIBRI (N=89)**

Ідентифікаційний номер	Когнітивне функціонування			Самосприйняття			Фізичні проблеми	Загальний результат / рівень	
	Повсякденне життя та автономність	Соціальні стосунки	Емоції та почуття	Повсякденне життя та автономність	Соціальні стосунки	Емоції та почуття			
1	11	7	11	13	14	13	69	Низький	
2	15	9	12	6	11	8	61	Низький	
3	7	11	20	10	7	20	75	Низький	
4	17	20	14	15	10	25	101	Середній	
5	18	10	13	10	14	10	75	Низький	
6	17	8	14	12	6	10	67	Низький	
7	5	8	13	10	9	22	67	Низький	
8	14	12	12	11	9	9	67	Низький	
9	18	13	24	9	15	6	85	Низький	
10	23	14	25	14	20	18	114	Середній	
11	14	10	12	13	6	23	78	Низький	
12	16	7	25	11	5	6	70	Низький	
13	18	7	15	13	5	14	72	Низький	
14	8	8	17	8	8	19	68	Низький	
15	25	30	22	25	25	19	146	Високий	
16	12	13	13	6	13	7	64	Низький	
17	9	11	22	12	5	19	78	Низький	
18	10	12	21	12	5	6	66	Низький	
19	16	11	7	7	7	10	58	Низький	
20	13	14	7	10	9	6	59	Низький	
21	12	13	25	8	8	18	84	Низький	
22	16	9	18	14	12	12	81	Низький	
23	16	13	18	12	15	21	95	Середній	
24	13	8	14	14	7	18	74	Низький	
25	12	9	25	6	5	14	71	Низький	
26	16	20	23	10	25	16	110	Середній	
27	10	9	7	6	14	22	68	Низький	
28	8	7	20	6	7	18	66	Низький	
29	7	8	10	15	13	15	68	Низький	
30	8	12	7	15	14	15	71	Низький	
31	8	30	25	9	21	19	112	Середній	
32	18	10	11	10	6	12	67	Низький	
33	17	13	13	9	6	15	73	Низький	
34	10	9	16	11	13	20	79	Низький	
35	10	7	20	11	7	25	80	Низький	
36	8	13	7	12	9	12	61	Низький	
37	18	7	11	12	10	19	77	Низький	
38	15	14	13	13	25	20	100	Середній	
39	9	8	9	14	11	7	58	Низький	

40	15	14	12	14	6	19	80	Низький
41	10	14	9	13	5	10	61	Низький
42	10	8	9	14	12	10	63	Низький
43	10	9	9	10	8	16	62	Низький
44	12	8	10	14	13	9	66	Низький
45	11	7	9	9	9	9	54	Низький
46	8	9	10	9	9	22	67	Низький
47	9	10	7	14	7	10	57	Низький
48	18	10	19	11	5	11	74	Низький
49	11	13	10	13	5	19	71	Низький
50	31	25	30	10	20	21	137	Високий
51	11	8	9	6	9	18	61	Низький
52	10	7	15	13	15	7	67	Низький
53	14	7	17	7	15	7	67	Низький
54	25	30	25	13	25	23	141	Високий
55	7	7	12	9	9	12	56	Низький
56	10	7	9	9	6	13	54	Низький
57	11	11	18	12	13	10	75	Низький
58	19	18	10	13	15	25	100	Середній
59	9	11	9	10	12	6	57	Низький
60	24	25	25	24	20	21	139	Високий
61	10	9	12	6	8	12	57	Низький
62	12	11	19	8	6	5	61	Низький
63	7	12	16	9	6	11	61	Низький
64	10	8	12	12	11	12	65	Низький
65	27	20	21	20	23	25	136	Високий
66	9	10	18	13	13	13	76	Низький
67	12	9	13	6	8	9	57	Низький
68	20	20	18	16	20	19	113	Середній
69	10	10	12	10	7	11	60	Низький
70	10	7	8	9	7	9	50	Низький
71	12	11	11	11	10	8	63	Низький
72	10	9	8	10	11	8	56	Низький
73	10	9	11	8	8	15	61	Низький
74	13	19	20	13	18	15	98	Середній
75	27	28	21	19	22	20	137	Високий
76	14	7	7	11	5	8	52	Низький
77	10	7	13	11	12	8	61	Низький
78	30	25	25	22	18	23	143	Високий
79	10	8	9	9	10	12	58	Низький
80	7	10	14	11	10	11	63	Низький
81	13	10	13	10	15	12	73	Низький
82	7	8	10	10	8	10	53	Низький
83	23	28	30	23	18	20	142	Високий
84	11	7	14	14	5	18	69	Низький
85	15	7	15	11	8	10	66	Низький
86	24	19	24	25	23	25	140	Високий
87	20	15	15	14	21	20	105	Середній

88	29	29	25	24	20	21	148	Високий
89	9	13	16	10	6	6	60	Низький
	\bar{x}	13,74	12,33	15,10	11,87	11,53	14,40	78,97

Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики загальної вибірки пацієнтів за шкалою оцінки рівня якості життя О. Чабана (N=89)

	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал	Рівень оцінки якості життя
1	5	Вкрай низький	
2	11	Низький	
3	12	Низький	
4	19	Високий	
5	7	Низький	
6	2	Вкрай низький	
7	4	Вкрай низький	
8	9	Низький	
9	8	Низький	
10	15	Середній	
11	12	Низький	
12	12	Низький	
13	5	Вкрай низький	
14	7	Низький	
15	22	Високий	
16	0	Вкрай низький	
17	1	Вкрай низький	
18	11	Низький	
19	2	Вкрай низький	
20	5	Вкрай низький	
21	8	Низький	
22	5	Вкрай низький	
23	7	Низький	
24	12	Низький	
25	6	Вкрай низький	
26	15	Середній	
27	5	Вкрай низький	
28	8	Низький	
29	8	Низький	
30	10	Низький	
31	16	Середній	
32	7	Низький	
33	10	Низький	
34	5	Вкрай низький	
35	12	Низький	
36	5	Вкрай низький	
37	9	Низький	
38	13	Середній	
39	8	Низький	
40	3	Вкрай низький	
41	10	Низький	

42	8	Низький
43	7	Низький
44	4	Вкрай низький
45	5	Вкрай низький
46	7	Низький
47	11	Низький
48	5	Вкрай низький
49	9	Низький
50	22	Високий
51	4	Вкрай низький
52	9	Низький
53	8	Низький
54	18	Середній
55	7	Низький
56	10	Низький
57	2	Вкрай низький
58	18	Середній
59	1	Вкрай низький
60	25	Дуже високий
61	0	Вкрай низький
62	10	Низький
63	8	Низький
64	0	Вкрай низький
65	18	Середній
66	3	Вкрай низький
67	5	Вкрай низький
68	16	Середній
69	4	Вкрай низький
70	8	Низький
71	10	Низький
72	10	Низький
73	5	Вкрай низький
74	14	Середній
75	23	Високий
76	12	Низький
77	6	Вкрай низький
78	14	Середній
79	5	Вкрай низький
80	12	Низький
81	2	Вкрай низький
82	0	Вкрай низький
83	17	Середній
84	9	Низький
85	8	Низький
86	23	Високий
87	14	Середній
88	18	Середній
89	2	Вкрай низький

**Протокол емпіричних даних за результатами психодіагностики загальної
вибірки пацієнтів за Монреальським тестом на когнітивну оцінку МоСА**

(N=89)

	Ідентифікаційний номер досліджуваного	Бал	Рівень когнітивного функціонування
1	26	Норма	
2	27	Норма	
3	28	Норма	
4	27	Норма	
5	29	Норма	
6	26	Норма	
7	26	Норма	
8	30	Норма	
9	25	Порушення когнітивного функціонування	
10	27	Норма	
11	26	Норма	
12	28	Норма	
13	25	Порушення когнітивного функціонування	
14	30	Норма	
15	28	Норма	
16	25	Порушення когнітивного функціонування	
17	28	Норма	
18	27	Норма	
19	26	Норма	
20	25	Порушення когнітивного функціонування	
21	29	Норма	
22	27	Норма	
23	25	Порушення когнітивного функціонування	
24	26	Норма	
25	28	Норма	
26	30	Норма	
27	29	Норма	
28	30	Норма	
29	26	Норма	
30	28	Норма	
31	28	Норма	
32	26	Норма	
33	26	Норма	
34	25	Порушення когнітивного функціонування	
35	29	Норма	
36	30	Норма	
37	27	Норма	
38	29	Норма	
39	29	Норма	
40	22	Порушення когнітивного функціонування	

41	27	Норма
42	29	Норма
43	29	Норма
44	27	Норма
45	29	Норма
46	25	Порушення когнітивного функціонування
47	27	Норма
48	29	Норма
49	28	Норма
50	28	Норма
51	26	Норма
52	27	Норма
53	22	Порушення когнітивного функціонування
54	26	Норма
55	26	Норма
56	26	Норма
57	23	Порушення когнітивного функціонування
58	26	Норма
59	23	Порушення когнітивного функціонування
60	29	Норма
61	29	Норма
62	28	Норма
63	27	Норма
64	26	Норма
65	24	Порушення когнітивного функціонування
66	27	Норма
67	29	Норма
68	29	Норма
69	28	Норма
70	23	Порушення когнітивного функціонування
71	27	Норма
72	28	Норма
73	26	Норма
74	27	Норма
75	22	Порушення когнітивного функціонування
76	28	Норма
77	26	Норма
78	30	Норма
79	25	Порушення когнітивного функціонування
80	27	Норма
81	29	Норма
82	26	Норма
83	30	Норма
84	24	Порушення когнітивного функціонування
85	29	Норма
86	27	Норма
87	25	Порушення когнітивного функціонування
88	27	Норма

Кореляційна матриця, отримана в результаті попередньої комплексної діагностики вибірки пацієнтів

	Алекситимія	Гемблінг (SOGS)	Гемблінг (VGS)	Тривога (HADS)	Депресія (HADS)	Загальна оцінка якості життя (QOLIBRI)	Загальна оцінка якості життя (методика О. Чабана)	Рівень когнітивного функціонування
Алекситимія	Пірсон r	—	—	—	—	—	—	—
	df (ступенів свободи)	—	—	—	—	—	—	—
	p-значення	—	—	—	—	—	—	—
Гемблінг (SOGS)	Пірсон r	0.709	***	—	—	—	—	—
	df (ступенів свободи)	89	89	—	—	—	—	—
	p-значення	< .001	—	—	—	—	—	—
Гемблінг (VGS)	Пірсон r	0.577	***	0.486	***	—	—	—
	df (ступенів свободи)	89	89	89	—	—	—	—
	p-значення	< .001	< .001	—	—	—	—	—
Тривога (HADS)	Пірсон r	0.672	***	0.513	***	0.443	***	—
	df (ступенів свободи)	89	89	89	89	—	—	—
	p-значення	< .001	< .001	< .001	—	—	—	—
Депресія (HADS)	Пірсон r	0.833	***	0.588	***	0.578	***	0.710
	df (ступенів свободи)	89	89	89	89	89	89	89
	p-значення	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Загальна оцінка якості життя (QOLIBRI)	Пірсон r	***	-0.884	***	-0.650	***	-0.611	—
	df (ступенів свободи)	89	89	89	89	89	89	89
	p-значення	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Загальна оцінка якості життя (методика О. Чабана)	Пірсон r	***	-0.758	***	-0.587	***	—	—
	df (ступенів свободи)	89	89	89	89	89	89	89
	p-значення	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Рівень когнітивного функціонування	Пірсон r	0.044	-0.045	-0.142	-0.061	—	—	—
	df (ступенів свободи)	89	89	89	89	89	89	89
	p-значення	0.677	0.185	0.568	0.684	—	—	—

Примітка. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

**Узагальнені описові статистики основної групи та групи порівняння
на етапі попередньої діагностики (до психокорекційного впливу на ос-
новну групу)**

N	Середнє	Стандартне відхилення	Стандартна похибка 95% довір- чий інтервал для середнього		Мінімум	Максимум
			Нижня межа	Верхня межа		
Алекситимія (TAS)	Група порівняння	44	106,0455	19,99530	3,01440	
			99,9663	112,1246	52,00	128,00
	Основна група	45	101,1556	25,55027	3,80881	93,4794
			108,8317	52,00	130,00	
	Всього	89	103,5730	22,97424	2,43526	98,7335
			108,4126	52,00	130,00	
Гемблінг (SOGS)	Група порівняння	44	9,1818	4,22766	,63734	7,8965
			10,4671	,00	17,00	
	Основна група	45	7,4444	4,47496	,66709	6,1000
			17,00		8,7889	,00
	Всього	89	8,3034	4,41692	,46819	7,3729
			8,3034	4,41692	,46819	9,2338
			,00	17,00		
Гемблінг (VGS)	Група порівняння	44	45,6136	18,21731	2,74636	
			40,0751	51,1522	19,00	72,00
	Основна група	45	42,2444	20,30915	3,02751	36,1429
			48,3460	16,00	75,00	
	Всього	89	43,9101	19,26823	2,04243	39,8512
			47,9690	16,00	75,00	
Тривога (HADS)	Група порівняння	44	13,6818	4,51237	,68027	
			12,3099	15,0537	5,00	21,00
	Основна група	45	12,0667	6,05430	,90252	10,2478
			13,8856	1,00	21,00	
	Всього	89	12,8652	5,37923	,57020	11,7320
			1,00	21,00		13,9983
Депресія (HADS)	Група порівняння	44	14,3182	4,15274	,62605	
			13,0556	15,5807	2,00	21,00
	Основна група	45	13,3556	6,40722	,95513	11,4306
			15,2805	,00	21,00	
	Всього	89	13,8315	5,40252	,57267	12,6934
			,00	21,00		14,9695
Оцінка якості життя (QOLIBRI)	Група порівняння	44	76,5227		17,82928	
			2,68786	71,1021	81,9433	58,00
	Основна група	45	81,3556	32,74707	4,88165	71,5172

			91,1939	50,00	148,00		
Всього	89	78,9663	26,40870	2,79932	73,4032		
		84,5293	50,00	148,00			
Оцінка якості життя (методика О. Чабана)				Група порівняння	44	8,4091	
		4,63213	,69832	7,0008	9,8174	,00	22,00
Основна група	45	9,7111	6,69675	,99829	7,6992	11,7230	,00
			25,00				
Всього	89	9,0674	5,77376	,61202	7,8512	10,2837	,00
			25,00				
Когнітивне функціонування (MoCA)				Група порівняння	44	27,2727	
		1,79617	,27078	26,7266	27,8188	22,00	30,00
Основна група	45	26,6444	2,06877	,30839	26,0229		
		27,2660	22,00	30,00			
Всього	89	26,9551	1,95349	,20707	26,5435	27,3666	
			22,00	30,00			

**Узагальнені описові статистики основної групи та групи порівняння
на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на
основну групу)**

N	Середнє	Стандартне відхилення		Стандартна похибка 95% довір- чий інтервал для середнього				
		Мінімум	Максимум	Нижня межа	Верхня межа			
Алекситимія (TAS)	Група порівняння	44	105,0227	19,65456	2,96304			
		99,0472	110,9983	52,00	128,00			
	Основна група	45	95,3778	22,67086	3,37957	88,5667		
		102,1889	51,00	121,00				
Всього	89	100,1461	21,66247	2,29622	95,5828			
		104,7093	51,00	128,00				
Гемблінг (SOGS)	Група порівняння	44	8,4773	4,04905	,61042	7,2462		
		9,7083	,00	16,00				
	Основна група	45	5,7333	3,79832	,56622	4,5922	6,8745	
		13,00						
Всього	89	7,0899	4,13862	,43869	6,2181	7,9617	,00	16,00
Гемблінг (VGS)	Група порівняння	44	43,7955	17,86067	2,69260			
		38,3653	49,2256	15,00	70,00			
	Основна група	45	36,6000	18,67594	2,78405	30,9891		
		42,2109	8,00	70,00				
Всього	89	40,1573	18,53001	1,96418	36,2539			
		44,0607	8,00	70,00				
Тривога (HADS)	Група порівняння	44	12,7273	4,30448	,64892			
		11,4186	14,0360	5,00	20,00			
	Основна група	45	9,1333	3,79354	,56551	7,9936	10,2730	1,00
		17,00						
Всього	89	10,9101	4,41753	,46826	9,9795	11,8407	1,00	
		20,00						
Депресія (HADS)	Група порівняння	44	13,2955	3,97422	,59914			
		12,0872	14,5037	1,00	21,00			
	Основна група	45	9,9333	4,81192	,71732	8,4877	11,3790	,00
		21,00						
Всього	89	11,5955	4,70667	,49891	10,6040	12,5870		
		,00	21,00					
Оцінка якості життя (QOLIBRI)	Група порівняння	44	79,5682	16,67249				
		2,51347	74,4993	84,6371	61,00	142,00		
	Основна група	45	91,7111	28,70589	4,27922	83,0869		
		100,3353	63,00	153,00				
Всього	89	85,7079	24,18922	2,56405	80,6124			
		90,8034	61,00	153,00				

Оцінка якості життя (методика О. Чабана)	Група порівняння	44	10,0909
4,21414	,63531 8,8097 11,3721	1,00	22,00
Основна група	45	14,8444	6,62967 ,98829 12,8527
	16,8362	2,00	30,00
Всього	89	12,4944	6,03046 ,63923 11,2241 13,7647
		1,00	30,00
Когнітивне функціонування (MoCA)	Група порівняння	44	27,0455
1,77783	,26802 26,5049	27,5860	22,00 30,00
Основна група	45	27,0889	1,81937 ,27122 26,5423
	27,6355	23,00	30,00
Всього	89	27,0674	1,78884 ,18962 26,6906 27,4442
		22,00	30,00

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за Торонтською алекситимічною шкалою на етапі попередньої діагностики (до психокорекційного впливу на основну групу)

			Група порівняння			Основна група		
			ІНД	Бал	Рівень	ІНД	Бал	Рівень
1	112	Високий	1	111	Високий			
2	107	Високий	2	108	Високий			
3	105	Високий	3	115	Високий			
4	52	Низький	4	110	Високий			
5	99	Високий	5	109	Високий			
6	117	Високий	6	55	Низький			
7	92	Середній	7	103	Високий			
8	119	Високий	8	123	Високий			
9	97	Високий	9	116	Високий			
10	65	Середній	10	65	Середній			
11	112	Високий	11	105	Високий			
12	110	Високий	12	121	Високий			
13	114	Високий	13	104	Високий			
14	125	Високий	14	70	Середній			
15	52	Низький	15	106	Високий			
16	128	Високий	16	52	Низький			
17	105	Високий	17	116	Високий			
18	115	Високий	18	116	Високий			
19	120	Високий	19	124	Високий			
20	106	Високий	20	130	Високий			
21	128	Високий	21	65	Середній			
22	115	Високий	22	115	Високий			
23	104	Високий	23	105	Високий			
24	121	Високий	24	85	Середній			
25	112	Високий	25	124	Високий			
26	68	Середній	26	124	Високий			
27	116	Високий	27	102	Високий			
28	102	Високий	28	124	Високий			
29	126	Високий	29	114	Високий			
30	104	Високий	30	92	Середній			
31	78	Середній	31	55	Низький			
32	115	Високий	32	122	Високий			
33	120	Високий	33	116	Високий			
34	114	Високий	34	62	Середній			
35	114	Високий	35	108	Високий			
36	120	Високий	36	126	Високий			
37	114	Високий	37	123	Високий			
38	56	Низький	38	118	Високий			
39	104	Високий	39	55	Низький			

40	101	Високий	40	121	Високий
41	128	Високий	41	130	Високий
42	123	Високий	42	60	Низький
43	121	Високий	43	65	Середній
44	110	Високий	44	55	Низький

 \bar{x}

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за Торонтською алекситимічною шкалою на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на основну групу)

			Група порівняння			Основна група		
			ІНД	Бал	Рівень	ІНД	Бал	Рівень
1	111	Високий	1	98	Високий			
2	105	Високий	2	106	Високий			
3	102	Високий	3	102	Високий			
4	52	Низький	4	104	Високий			
5	99	Високий	5	103	Високий			
6	114	Високий	6	51	Низький			
7	92	Середній	7	101	Високий			
8	119	Високий	8	118	Високий			
9	97	Високий	9	110	Високий			
10	63	Середній	10	65	Середній			
11	112	Високий	11	98	Високий			
12	109	Високий	12	115	Високий			
13	112	Високий	13	98	Високий			
14	123	Високий	14	70	Середній			
15	52	Низький	15	100	Високий			
16	128	Високий	16	52	Низький			
17	104	Високий	17	107	Високий			
18	113	Високий	18	106	Високий			
19	120	Високий	19	114	Високий			
20	106	Високий	20	121	Високий			
21	126	Високий	21	65	Середній			
22	113	Високий	22	109	Високий			
23	103	Високий	23	99	Високий			
24	121	Високий	24	85	Середній			
25	112	Високий	25	111	Високий			
26	68	Середній	26	116	Високий			
27	114	Високий	27	94	Середній			
28	102	Високий	28	118	Високий			
29	125	Високий	29	109	Високий			
30	102	Високий	30	88	Середній			
31	78	Середній	31	55	Низький			
32	115	Високий	32	116	Високий			
33	118	Високий	33	108	Високий			
34	113	Високий	34	62	Середній			
35	114	Високий	35	101	Високий			
36	117	Високий	36	120	Високий			
37	114	Високий	37	115	Високий			
38	56	Низький	38	107	Високий			
39	104	Високий	39	55	Низький			

40	100	Високий	40	114	Високий
41	126	Високий	41	120	Високий
42	122	Високий	42	60	Низький
43	118	Високий	43	61	Низький
44	107	Високий	44	51	Низький

 \bar{x}

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за методикою скринінгу гемблінгу SOGS на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на основну групу)

	Група порівняння			Основна група		
	ІНД	Бал	Рівень	ІНД	Бал	Рівень
1	8	Проблемний гемблінг	1	5	Проблемний гемблінг	
2	17	Проблемний гемблінг	2	8	Проблемний гемблінг	
3	11	Проблемний гемблінг	3	12	Проблемний гемблінг	
4	0	Відсутність гемблінгу	4	6	Проблемний гемблінг	
5	6	Проблемний гемблінг	5	15	Проблемний гемблінг	
6	9	Проблемний гемблінг	6	1	Відсутність гемблінгу	
7	10	Проблемний гемблінг	7	5	Проблемний гемблінг	
8	12	Проблемний гемблінг	8	12	Проблемний гемблінг	
9	13	Проблемний гемблінг	9	17	Проблемний гемблінг	
10	4	Непроблемний гемблінг	10	1	Відсутність гемблінгу	
11	10	Проблемний гемблінг	11	5	Проблемний гемблінг	
12	11	Проблемний гемблінг	12	10	Проблемний гемблінг	
13	9	Проблемний гемблінг	13	9	Проблемний гемблінг	
14	10	Проблемний гемблінг	14	4	Непроблемний гемблінг	
15	0	Відсутність гемблінгу	15	13	Проблемний гемблінг	
16	11	Проблемний гемблінг	16	1	Відсутність гемблінгу	
17	12	Проблемний гемблінг	17	13	Проблемний гемблінг	
18	12	Проблемний гемблінг	18	7	Проблемний гемблінг	
19	10	Проблемний гемблінг	19	9	Проблемний гемблінг	
20	8	Проблемний гемблінг	20	5	Проблемний гемблінг	
21	16	Проблемний гемблінг	21	2	Відсутність гемблінгу	
22	17	Проблемний гемблінг	22	12	Проблемний гемблінг	
23	8	Проблемний гемблінг	23	7	Проблемний гемблінг	
24	16	Проблемний гемблінг	24	3	Непроблемний гемблінг	
25	10	Проблемний гемблінг	25	9	Проблемний гемблінг	
26	3	Непроблемний гемблінг	26	10	Проблемний гемблінг	
27	5	Проблемний гемблінг	27	14	Проблемний гемблінг	
28	11	Проблемний гемблінг	28	6	Проблемний гемблінг	
29	8	Проблемний гемблінг	29	7	Проблемний гемблінг	
30	7	Проблемний гемблінг	30	4	Непроблемний гемблінг	
31	3	Непроблемний гемблінг	31	2	Відсутність гемблінгу	
32	14	Проблемний гемблінг	32	8	Проблемний гемблінг	
33	5	Проблемний гемблінг	33	10	Проблемний гемблінг	
34	16	Проблемний гемблінг	34	2	Відсутність гемблінгу	
35	6	Проблемний гемблінг	35	8	Проблемний гемблінг	
36	13	Проблемний гемблінг	36	13	Проблемний гемблінг	
37	6	Проблемний гемблінг	37	12	Проблемний гемблінг	
38	4	Непроблемний гемблінг	38	7	Проблемний гемблінг	
39	6	Проблемний гемблінг	39	1	Відсутність гемблінгу	

40	9	Проблемний гемблінг	40	12	Проблемний гемблінг
41	8	Проблемний гемблінг	41	12	Проблемний гемблінг
42	7	Проблемний гемблінг	42	0	Відсутність гемблінгу
43	9	Проблемний гемблінг	43	3	Непроблемний гемблінг
44	14	Проблемний гемблінг	44	2	Відсутність гемблінгу

 \bar{x}

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за Вікторіанським опитувальником VGS на етапі попередньої діагностики (до психокорекційного впливу на основну групу)

ІНД	Група порівняння			Основна група			Всього	Діагностичний висновок		
	Шкода для партнера	ІНД	Задоволення від азартних ігор	Шкода для партнера	ІНД	Задоволення від азартних ігор				
1	4	11	44	59	Проблемний гравець	1	6	12	49	67
2	1	5	56	62	Проблемний гравець	2	6	10	49	65
3	3	4	15	22	Проблемний гравець	3	5	11	48	64
4	2	8	10	20	Відсутність гемблінгу	4	2	9	36	47
5	5	5	54	64	Проблемний гравець	5	6	10	54	70
6	6	8	44	58	Проблемний гравець	6	1	5	12	18
7	5	10	34	49	Проблемний гравець	7	3	10	12	25
8	1	10	28	39	Проблемний гравець	8	3	9	41	53
9	1	5	51	57	Проблемний гравець	9	2	6	15	23
10	5	12	4	21	Відсутність гемблінгу	10	1	5	10	16
11	4	12	16	32	Проблемний гравець	11	5	10	50	65
12	5	7	52	64	Проблемний гравець	12	6	7	48	61
13	2	10	13	25	Проблемний гравець	13	6	4	44	54
14	6	4	26	36	Проблемний гравець	14	1	10	10	21
15	4	5	10	19	Відсутність гемблінгу	15	2	8	39	49
16	1	10	53	64	Проблемний гравець	16	6	12	3	21
17	5	9	49	63	Проблемний гравець	17	1	11	45	57
18	6	4	57	67	Проблемний гравець	18	3	12	13	28
19	3	9	13	25	Проблемний гравець	19	2	8	26	36
20	3	5	58	66	Проблемний гравець	20	4	12	14	30
21	4	10	32	46	Проблемний гравець	21	2	7	10	19
22	1	4	20	25	Проблемний гравець	22	5	4	36	45
23	3	6	53	62	Проблемний гравець	23	4	12	35	51
24	1	9	14	24	Проблемний гравець	24	3	7	10	20

Відсутність гемблінгу	25	4	4	54	62	Проблемний гравець	25	3	9	24	36
Проблемний гравець	26	2	5	13	20	Відсутність гемблінгу	26	6	11	26	43
Проблемний гравець	27	5	11	42	58	Проблемний гравець	27	5	10	47	62
Проблемний гравець	28	3	7	38	48	Проблемний гравець	28	4	11	16	31
Проблемний гравець	29	2	11	59	72	Проблемний гравець	29	4	11	15	30
Проблемний гравець	30	1	8	15	24	Проблемний гравець	30	2	6	10	18
Відсутність гемблінгу	31	3	6	10	19	Відсутність гемблінгу	31	2	8	9	19
Відсутність гемблінгу	32	6	6	50	62	Проблемний гравець	32	5	12	54	71
Проблемний гравець	33	5	6	47	58	Проблемний гравець	33	6	10	45	61
Проблемний гравець	34	1	7	47	55	Проблемний гравець	34	4	5	10	19
Відсутність гемблінгу	35	5	10	36	51	Проблемний гравець	35	6	9	55	70
Проблемний гравець	36	6	4	51	61	Проблемний гравець	36	1	9	35	45
Проблемний гравець	37	5	8	49	62	Проблемний гравець	37	5	12	58	75
Проблемний гравець	38	4	4	12	20	Відсутність гемблінгу	38	5	9	60	74
Проблемний гравець	39	1	6	26	33	Проблемний гравець	39	2	5	12	19
Відсутність гемблінгу	40	1	12	59	72	Проблемний гравець	40	2	5	20	27
Проблемний гравець	41	6	8	20	34	Проблемний гравець	41	4	4	58	66
Проблемний гравець	42	3	11	8	22	Проблемний гравець	42	6	5	10	21
Відсутність гемблінгу	43	4	12	46	62	Проблемний гравець	43	1	6	13	20
Відсутність гемблінгу	44	5	5	33	43	Проблемний гравець	44	2	5	12	19
Відсутність гемблінгу	\bar{x}	3,48	7,57	34,57	45,61		45	5	10	55	70
Проблемний гравець							\bar{x}	3,67	8,51	30,07	42,24

Додаток Ш

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за Вікторіанським опитувальником VGS на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на основну групу)

ІНД	Група порівняння			Основна група			Всього	Діагностичний висновок		
	Шкода для партнера	ІНД	Задоволення від азартних ігор	Шкода для себе	ІНД	Задоволення від азартних ігор				
1	2	11	43	56	Проблемний гравець	1	6	6	45	57
Проблемний гравець										
2	1	3	54	58	Проблемний гравець	2	6	10	45	61
Проблемний гравець										
3	2	4	15	21	Відсутність гемблінгу	3	1	11	42	54
Проблемний гравець										
4	2	8	10	20	Відсутність гемблінгу	4	2	5	36	43
Проблемний гравець										
5	4	5	54	63	Проблемний гравець	5	6	10	50	66
Проблемний гравець										
6	6	8	44	58	Проблемний гравець	6	1	5	2	8
Відсутність гемблінгу										
7	4	10	31	45	Проблемний гравець	7	3	10	12	25
Проблемний гравець										
8	1	8	28	37	Проблемний гравець	8	3	9	37	49
Проблемний гравець										
9	0	5	51	56	Проблемний гравець	9	2	6	15	23
Проблемний гравець										
10	5	11	4	20	Відсутність гемблінгу	10	1	5	4	10
Відсутність гемблінгу										
11	4	10	14	28	Проблемний гравець	11	5	4	46	55
Проблемний гравець										
12	4	7	49	60	Проблемний гравець	12	6	7	48	61
Проблемний гравець										
13	2	10	13	25	Проблемний гравець	13	0	4	40	44
Проблемний гравець										
14	6	4	25	35	Проблемний гравець	14	1	4	10	15
Відсутність гемблінгу										
15	4	5	8	17	Відсутність гемблінгу	15	2	8	29	39
Проблемний гравець										
16	1	9	53	63	Проблемний гравець	16	6	12	3	21
Відсутність гемблінгу										
17	5	7	48	60	Проблемний гравець	17	1	11	35	47
Проблемний гравець										
18	6	4	56	66	Проблемний гравець	18	3	12	13	28
Проблемний гравець										
19	2	9	13	24	Проблемний гравець	19	2	2	26	30
Проблемний гравець										
20	1	5	57	63	Проблемний гравець	20	4	12	10	26
Проблемний гравець										
21	3	10	30	43	Проблемний гравець	21	2	7	10	19
Відсутність гемблінгу										
22	1	4	19	24	Проблемний гравець	22	5	4	26	35
Проблемний гравець										
23	3	6	53	62	Проблемний гравець	23	0	6	25	31
Проблемний гравець										
24	1	8	14	23	Проблемний гравець	24	3	7	10	20

Відсутність гемблінгу	25	4	4	52	60	Проблемний гравець	25	3	9	20	32
Проблемний гравець	26	1	5	13	19	Відсутність гемблінгу	26	0	5	20	25
Проблемний гравець	27	5	11	39	55	Проблемний гравець	27	5	4	47	56
Проблемний гравець	28	3	6	37	46	Проблемний гравець	28	4	11	12	27
Проблемний гравець	29	2	11	57	70	Проблемний гравець	29	4	11	9	24
Проблемний гравець	30	1	8	15	24	Проблемний гравець	30	2	6	10	18
Відсутність гемблінгу	31	2	4	9	15	Відсутність гемблінгу	31	2	8	9	19
Відсутність гемблінгу	32	6	5	50	61	Проблемний гравець	32	5	8	50	63
Проблемний гравець	33	3	6	47	56	Проблемний гравець	33	6	4	45	55
Проблемний гравець	34	1	7	46	54	Проблемний гравець	34	4	5	6	15
Відсутність гемблінгу	35	5	9	36	50	Проблемний гравець	35	6	9	55	70
Проблемний гравець	36	6	4	50	60	Проблемний гравець	36	1	9	29	39
Проблемний гравець	37	4	7	47	58	Проблемний гравець	37	5	6	54	65
Проблемний гравець	38	4	4	11	19	Відсутність гемблінгу	38	5	9	56	70
Проблемний гравець	39	1	6	26	33	Проблемний гравець	39	2	5	12	19
Відсутність гемблінгу	40	1	10	58	69	Проблемний гравець	40	2	5	20	27
Проблемний гравець	41	6	8	20	34	Проблемний гравець	41	4	4	48	56
Проблемний гравець	42	3	10	5	18	Відсутність гемблінгу	42	6	5	6	17
Відсутність гемблінгу	43	1	11	44	56	Проблемний гравець	43	1	2	7	10
Відсутність гемблінгу	44	5	5	33	43	Проблемний гравець	44	2	5	12	19
Відсутність гемблінгу											

$$\bar{x}$$

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за шкалою Госпітальної тривоги та депресії HADS на етапі попередньої діагностики (до психокорекційного впливу на основну групу)

ІНД	Тривога	Група порівняння		Основна група		ІНД	Тривога	Рівень	Депресія
		Рівень	Депресія	Рівень	Депресія				
1	13	Середній	15	Високий	1	21	Високий	17	Високий
2	18	Високий	16	Високий	2	21	Високий	18	Високий
3	17	Високий	14	Середній	3	16	Високий	21	Високий
4	6	Низький	5	Низький	4	10	Середній	15	Високий
5	15	Високий	21	Високий	5	12	Середній	19	Високий
6	10	Середній	17	Високий	6	6	Низький	3	Низький
7	15	Високий	14	Середній	7	19	Високий	13	Середній
8	15	Високий	17	Високий	8	12	Середній	12	Середній
9	19	Високий	15	Високий	9	9	Середній	14	Середній
10	5	Низький	7	Низький	10	4	Низький	2	Низький
11	14	Середній	20	Високий	11	10	Середній	16	Високий
12	20	Високий	15	Високий	12	16	Високий	19	Високий
13	9	Середній	13	Середній	13	18	Високий	19	Високий
14	11	Середній	19	Високий	14	8	Середній	9	Середній
15	8	Середній	2	Низький	15	15	Високий	20	Високий
16	8	Середній	18	Високий	16	6	Низький	5	Низький
17	15	Високий	12	Середній	17	21	Високий	20	Високий
18	16	Високий	14	Середній	18	12	Середній	19	Високий
19	18	Високий	16	Високий	19	15	Високий	20	Високий
20	17	Високий	17	Високий	20	16	Високий	20	Високий
21	13	Середній	13	Середній	21	3	Низький	3	Низький
22	20	Високий	12	Середній	22	20	Високий	15	Високий
23	9	Середній	12	Середній	23	13	Середній	15	Високий
24	20	Високий	16	Високий	24	8	Середній	8	Середній
25	18	Високий	17	Високий	25	15	Високий	21	Високий
26	6	Низький	9	Середній	26	8	Середній	18	Високий
27	18	Високий	20	Високий	27	8	Середній	12	Середній
28	21	Високий	13	Середній	28	20	Високий	15	Високий
29	19	Високий	16	Високий	29	18	Високий	21	Високий
30	12	Середній	16	Високий	30	8	Середній	5	Низький
31	8	Середній	8	Середній	31	5	Низький	0	Низький
32	16	Високий	19	Високий	32	16	Високий	19	Високий
33	16	Високий	20	Високий	33	20	Високий	17	Високий
34	8	Середній	14	Середній	34	2	Низький	5	Низький
35	16	Високий	21	Високий	35	9	Середній	14	Середній
36	13	Середній	16	Високий	36	9	Середній	14	Середній
37	10	Середній	15	Високий	37	18	Високий	15	Високий
38	6	Низький	7	Низький	38	17	Високий	16	Високий
39	16	Високий	14	Середній	39	4	Низький	3	Низький
40	9	Середній	12	Середній	40	21	Високий	21	Високий
41	15	Високий	12	Середній	41	8	Середній	15	Високий
42	18	Високий	13	Середній	42	2	Низький	2	Низький
43	15	Високий	13	Середній	43	7	Низький	8	Середній
44	11	Середній	15	Високий	44	1	Низький	4	Низький
	\bar{x}	13,68	14,32	45	16	Високий	14	Середній	
						\bar{x}	11,86	13,27	

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за шкалою Госпітальної тривоги та депресії HADS на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на основну групу)

ІНД	Тривога	Група порівняння		Основна група		Тривога	Рівень	Депресія	ІНД
		Рівень	Депресія	Рівень	Депресія				
1	10	Середній	14	Середній	1	12	Середній	17	Високий
2	18	Високий	14	Середній	2	17	Високий	13	Середній
3	17	Високий	13	Середній	3	11	Середній	21	Високий
4	6	Низький	5	Низький	4	10	Середній	6	Низький
5	14	Середній	21	Високий	5	8	Середній	10	Середній
6	8	Середній	17	Високий	6	6	Низький	3	Низький
7	15	Високий	13	Середній	7	15	Високий	9	Середній
8	15	Високий	15	Високий	8	7	Низький	12	Середній
9	18	Високий	15	Високий	9	9	Середній	9	Середній
10	5	Низький	7	Низький	10	4	Низький	2	Низький
11	12	Середній	17	Високий	11	10	Середній	12	Середній
12	19	Високий	15	Високий	12	11	Середній	15	Високий
13	8	Середній	12	Середній	13	14	Середній	10	Середній
14	9	Середній	17	Високий	14	8	Середній	9	Середній
15	8	Середній	1	Низький	15	10	Середній	15	Високий
16	6	Низький	17	Високий	16	6	Низький	5	Низький
17	14	Середній	10	Середній	17	12	Середній	15	Високий
18	16	Високий	13	Середній	18	12	Середній	14	Середній
19	17	Високий	16	Високий	19	10	Середній	16	Високий
20	15	Високий	17	Високий	20	11	Середній	11	Середній
21	12	Середній	12	Середній	21	3	Низький	3	Низький
22	20	Високий	10	Середній	22	16	Високий	10	Середній
23	9	Середній	11	Середній	23	8	Середній	11	Середній
24	19	Високий	16	Високий	24	8	Середній	8	Середній
25	16	Високий	16	Високий	25	11	Середній	12	Середній
26	6	Низький	9	Середній	26	8	Середній	14	Середній
27	17	Високий	18	Високий	27	8	Середній	12	Середній
28	19	Високий	12	Середній	28	11	Середній	10	Середній
29	17	Високий	16	Високий	29	13	Середній	17	Високий
30	11	Середній	14	Середній	30	8	Середній	5	Низький
31	8	Середній	8	Середній	31	5	Низький	0	Низький
32	16	Високий	18	Високий	32	11	Середній	15	Високий
33	15	Високий	18	Високий	33	11	Середній	12	Середній
34	8	Середній	14	Середній	34	2	Низький	5	Низький
35	14	Середній	20	Високий	35	9	Середній	9	Середній
36	12	Середній	14	Середній	36	9	Середній	9	Середній
37	10	Середній	14	Середній	37	14	Середній	10	Середній
38	6	Низький	7	Низький	38	12	Середній	12	Середній
39	13	Середній	12	Середній	39	4	Низький	3	Низький
40	9	Середній	11	Середній	40	12	Середній	16	Високий
41	13	Середній	11	Середній	41	3	Низький	11	Середній
42	17	Високий	11	Середній	42	2	Низький	2	Низький
43	13	Середній	12	Середній	43	7	Низький	3	Низький
44	10	Середній	12	Середній	44	1	Низький	4	Низький

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за методикою оцінки якості життя QOLIBRI на етапі попередньої діагностики (до психокорекційного впливу на основну групу)

ІНД	Група порівняння			Основна група			Самосприйняття	Повсякденне життя та фізичні проблеми	Загальний результат	ІНД	Когнітивне функціонування	Самосприйняття
	Когнітивне функціонування	Соціальні стосунки	Емоції та почуття	Когнітивне функціонування	Соціальні стосунки	Емоції та почуття						
1	11	7	11	13	14	13	69	Низький	1	11	7	
			9	9	9	9	54	Низький				
2	15	9	12	6	11	8	61	Низький	2	8	9	
			10	9	9	22	67	Низький				
3	7	11	20	10	7	20	75	Низький	3	9	10	
			7	14	7	10	57	Низький				
4	17	20	14	15	10	25	101	Середній	4	18	10	
			19	11	5	11	74	Низький				
5	18	10	13	10	14	10	75	Низький	5	11	13	
			10	13	5	19	71	Низький				
6	17	8	14	12	6	10	67	Низький	6	31	25	
			30	10	20	21	137	Високий				
7	5	8	13	10	9	22	67	Низький	7	11	8	
			9	6	9	18	61	Низький				
8	14	12	12	11	9	9	67	Низький	8	10	7	
			15	13	15	7	67	Низький				
9	18	13	24	9	15	6	85	Низький	9	14	7	
			17	7	15	7	67	Низький				
10	23	14	25	14	20	18	114	Середній	10	25	30	
			25	13	25	23	141	Високий				
11	14	10	12	13	6	23	78	Низький	11	7	7	
			12	9	9	12	56	Низький				
12	16	7	25	11	5	6	70	Низький	12	10	7	
			9	9	6	13	54	Низький				
13	18	7	15	13	5	14	72	Низький	13	11	11	
			18	12	13	10	75	Низький				
14	8	8	17	8	8	19	68	Низький	14	19	18	
			10	13	15	25	100	Середній				
15	25	30	22	25	25	19	146	Високий	15	9	11	
			9	10	12	6	57	Низький				
16	12	13	13	6	13	7	64	Низький	16	24	25	
			25	24	20	21	139	Високий				
17	9	11	22	12	5	19	78	Низький	17	10	9	
			12	6	8	12	57	Низький				
18	10	12	21	12	5	6	66	Низький	18	12	11	

			19	8	6	5	61	Низький			
19	16	11	7	7	7	10	58	Низький	19	7	12
			16	9	6	11	61	Низький			
20	13	14	7	10	9	6	59	Низький	20	10	8
			12	12	11	12	65	Низький			
21	12	13	25	8	8	18	84	Низький	21	27	20
			21	20	23	25	136	Високий			
22	16	9	18	14	12	12	81	Низький	22	9	10
			18	13	13	13	76	Низький			
23	16	13	18	12	15	21	95	Середній	23	12	9
			13	6	8	9	57	Низький			
24	13	8	14	14	7	18	74	Низький	24	20	20
			18	16	20	19	113	Середній			
25	12	9	25	6	5	14	71	Низький	25	10	10
			12	10	7	11	60	Низький			
26	16	20	23	10	25	16	110	Середній	26	10	7
			8	9	7	9	50	Низький			
27	10	9	7	6	14	22	68	Низький	27	12	11
			11	11	10	8	63	Низький			
28	8	7	20	6	7	18	66	Низький	28	10	9
			8	10	11	8	56	Низький			
29	7	8	10	15	13	15	68	Низький	29	10	9
			11	8	8	15	61	Низький			
30	8	12	7	15	14	15	71	Низький	30	13	19
			20	13	18	15	98	Середній			
31	8	30	25	9	21	19	112	Середній	31	27	28
			21	19	22	20	137	Високий			
32	18	10	11	10	6	12	67	Низький	32	14	7
			7	11	5	8	52	Низький			
33	17	13	13	9	6	15	73	Низький	33	10	7
			13	11	12	8	61	Низький			
34	10	9	16	11	13	20	79	Низький	34	30	25
			25	22	18	23	143	Високий			
35	10	7	20	11	7	25	80	Низький	35	10	8
			9	9	10	12	58	Низький			
36	8	13	7	12	9	12	61	Низький	36	7	10
			14	11	10	11	63	Низький			
37	18	7	11	12	10	19	77	Низький	37	13	10
			13	10	15	12	73	Низький			
38	15	14	13	13	25	20	100	Середній	38	7	8
			10	10	8	10	53	Низький			
39	9	8	9	14	11	7	58	Низький	39	23	28
			30	23	18	20	142	Високий			
40	15	14	12	14	6	19	80	Низький	40	11	7
			14	14	5	18	69	Низький			
41	10	14	9	13	5	10	61	Низький	41	15	7
			15	11	8	10	66	Низький			
42	10	8	9	14	12	10	63	Низький	42	24	19

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за методикою оцінки якості життя QOLIBRI на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на основну групу)

ІНД	Група порівняння						Основна група					
	Когнітивне функціонування			Соціальні стосунки			Самосприйняття			Повсякденне життя та загальний результат		
	ІНД	Когнітивне функціонування	Соціальні стосунки	ІНД	Когнітивне функціонування	Соціальні стосунки	ІНД	Самосприйняття	Емоції та почуття	Фізичні проблеми	Загальний результат	
1	10	8	12	13	14	13	70	Низький	1	15	7	
			13	9	15	9	68	Низький				
2	18	9	10	6	11	8	62	Низький	2	10	9	
			12	13	9	22	75	Низький				
3	7	11	23	10	7	20	78	Низький	3	13	13	
			10	14	11	10	71	Низький				
4	17	20	16	15	9	24	101	Середній	4	18	10	
			19	13	8	11	79	Низький				
5	18	10	13	11	14	10	76	Низький	5	11	17	
			10	13	11	19	81	Низький				
6	17	8	14	12	7	11	69	Низький	6	31	28	
			30	13	23	21	146	Високий				
7	7	8	15	12	11	20	73	Низький	7	11	12	
			14	10	9	18	74	Низький				
8	14	12	12	11	11	9	69	Низький	8	13	7	
			15	13	20	7	75	Низький				
9	18	13	22	10	17	7	87	Середній	9	18	9	
			17	11	18	7	80	Низький				
10	21	14	25	14	20	18	112	Середній	10	25	30	
			25	13	25	23	141	Високий				
11	14	12	13	14	8	25	86	Низький	11	11	10	
			12	15	16	12	76	Низький				
12	16	8	24	11	5	6	70	Низький	12	10	14	
			13	9	10	13	69	Низький				
13	18	7	13	14	5	14	71	Низький	13	11	13	
			21	12	13	10	80	Низький				
14	11	8	20	8	8	20	75	Низький	14	19	18	
			10	16	15	25	103	Середній				
15	25	30	22	24	24	17	142	Високий	15	9	14	
			12	10	12	6	63	Низький				
16	13	14	13	8	13	7	68	Низький	16	24	25	
			25	24	20	21	139	Високий				
17	10	11	22	12	7	19	81	Низький	17	10	12	
			15	9	10	14	70	Низький				
18	10	14	21	13	5	7	70	Низький	18	12	11	

			21	8	6	5	63	Низький			
19	17	11	9	7	7	10	61	Низький	19	7	14
			16	14	9	11	71	Низький			
20	13	13	7	12	11	6	62	Низький	20	14	12
			12	19	16	12	85	Низький			
21	12	16	25	8	12	16	89	Середній	21	27	20
			21	20	23	25	136	Високий			
22	16	9	16	15	12	14	82	Низький	22	12	10
			18	15	13	16	84	Низький			
23	16	15	16	13	15	21	96	Середній	23	16	11
			16	10	11	12	76	Низький			
24	13	8	15	15	8	18	77	Низький	24	20	20
			18	19	20	19	116	Середній			
25	12	9	27	7	5	14	74	Низький	25	10	13
			15	13	7	13	71	Низький			
26	16	19	25	12	24	16	112	Середній	26	13	10
			12	9	12	9	65	Низький			
27	12	9	7	6	16	22	72	Низький	27	12	15
			14	11	10	11	73	Низький			
28	8	8	23	6	7	18	70	Низький	28	13	11
			13	14	15	8	74	Низький			
29	8	9	12	16	13	17	75	Низький	29	13	13
			11	10	11	15	73	Низький			
30	8	12	8	15	15	15	73	Низький	30	13	22
			20	13	18	15	101	Середній			
31	10	30	26	10	21	20	117	Середній	31	27	28
			21	19	22	20	137	Високий			
32	19	10	11	10	7	12	69	Низький	32	17	11
			10	11	11	11	71	Низький			
33	18	15	13	12	8	16	82	Низький	33	14	10
			13	20	12	8	77	Низький			
34	10	9	17	11	14	22	83	Низький	34	30	25
			25	22	23	23	148	Високий			
35	10	7	18	13	7	25	80	Низький	35	10	8
			9	13	12	18	70	Низький			
36	8	13	8	15	9	13	66	Низький	36	10	14
			16	11	13	14	78	Низький			
37	18	8	12	12	10	17	77	Низький	37	13	10
			17	15	19	12	86	Низький			
38	15	16	13	15	26	18	103	Середній	38	10	11
			13	10	11	13	68	Низький			
39	11	10	9	14	11	7	62	Низький	39	26	30
			30	23	20	20	149	Високий			
40	19	12	13	14	6	17	81	Низький	40	15	10
			16	20	7	18	86	Низький			
41	10	14	10	15	6	10	65	Низький	41	15	14
			15	11	15	10	80	Низький			
42	10	8	9	15	15	11	68	Низький	42	24	19

			24	25	25	25	142	Високий				
43	14	11	11	11	9	18	74	Низький	43	20	15	
			20	17	24	23	119	Середній				
44	10	12	10	17	13	9	71	Низький	44	29	29	
			25	24	25	21	153	Високий				
						\bar{x}						

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за методикою оцінки якості життя О. Чабана на етапі попередньої діагностики (до психокорекційного впливу на основну групу)

		Група порівняння			Основна група		
		ІНД	Бал	Рівень	ІНД	Бал	Рівень
1	5	Вкрай низький	1	5	Вкрай низький		
2	11	Низький	2	7	Низький		
3	12	Низький	3	11	Низький		
4	19	Високий	4	5	Вкрай низький		
5	7	Низький	5	9	Низький		
6	2	Вкрай низький	6	22	Високий		
7	4	Вкрай низький	7	4	Вкрай низький		
8	9	Низький	8	9	Низький		
9	8	Низький	9	8	Низький		
10	15	Середній	10	18	Середній		
11	12	Низький	11	7	Низький		
12	12	Низький	12	10	Низький		
13	5	Вкрай низький	13	2	Вкрай низький		
14	7	Низький	14	18	Середній		
15	22	Високий	15	1	Вкрай низький		
16	0	Вкрай низький	16	25	Дуже високий		
17	1	Вкрай низький	17	0	Вкрай низький		
18	11	Низький	18	10	Низький		
19	2	Вкрай низький	19	8	Низький		
20	5	Вкрай низький	20	0	Вкрай низький		
21	8	Низький	21	18	Середній		
22	5	Вкрай низький	22	3	Вкрай низький		
23	7	Низький	23	5	Вкрай низький		
24	12	Низький	24	16	Середній		
25	6	Вкрай низький	25	4	Вкрай низький		
26	15	Середній	26	8	Низький		
27	5	Вкрай низький	27	10	Низький		
28	8	Низький	28	10	Низький		
29	8	Низький	29	5	Вкрай низький		
30	10	Низький	30	14	Середній		
31	16	Середній	31	23	Високий		
32	7	Низький	32	12	Низький		
33	10	Низький	33	6	Вкрай низький		
34	5	Вкрай низький	34	14	Середній		
35	12	Низький	35	5	Вкрай низький		
36	5	Вкрай низький	36	12	Низький		
37	9	Низький	37	2	Вкрай низький		
38	13	Середній	38	0	Вкрай низький		
39	8	Низький	39	17	Середній		

40	3	Вкрай низький	40	9	Низький
41	10	Низький	41	8	Низький
42	8	Низький	42	23	Високий
43	7	Низький	43	14	Середній
44	4	Вкрай низький	44	18	Середній

\bar{x}

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за методикою оцінки якості життя О. Чабана на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на основну групу)

			Група порівняння			Основна група		
			ІНД	Бал	Рівень	ІНД	Бал	Рівень
1	10	Низький	1	11	Низький			
2	11	Низький	2	12	Низький			
3	12	Низький	3	17	Середній			
4	19	Високий	4	5	Вкрай низький			
5	10	Низький	5	15	Середній			
6	4	Вкрай низький	6	27	Дуже високий			
7	7	Низький	7	15	Середній			
8	9	Низький	8	15	Середній			
9	10	Низький	9	13	Середній			
10	18	Середній	10	24	Високий			
11	12	Низький	11	12	Низький			
12	14	Середній	12	21	Високий			
13	5	Вкрай низький	13	2	Вкрай низький			
14	10	Низький	14	24	Високий			
15	22	Високий	15	6	Вкрай низький			
16	5	Вкрай низький	16	30	Дуже високий			
17	1	Вкрай низький	17	5	Вкрай низький			
18	14	Середній	18	21	Високий			
19	4	Вкрай низький	19	8	Низький			
20	8	Низький	20	11	Низький			
21	8	Низький	21	18	Середній			
22	7	Низький	22	9	Низький			
23	7	Низький	23	10	Низький			
24	15	Середній	24	16	Середній			
25	6	Вкрай низький	25	10	Низький			
26	15	Середній	26	13	Середній			
27	7	Низький	27	16	Середній			
28	10	Низький	28	15	Середній			
29	8	Низький	29	11	Низький			
30	10	Низький	30	19	Високий			
31	16	Середній	31	23	Високий			
32	10	Низький	32	18	Середній			
33	10	Низький	33	11	Низький			
34	7	Низький	34	14	Середній			
35	12	Низький	35	11	Низький			
36	8	Низький	36	12	Низький			
37	11	Низький	37	7	Низький			
38	15	Середній	38	6	Вкрай низький			
39	8	Низький	39	22	Високий			

40	8	Низький	40	20	Високий
41	10	Низький	41	14	Середній
42	13	Середній	42	28	Дуже високий
43	12	Низький	43	20	Високий
44	6	Вкрай низький	44	23	Високий
\bar{x}	10,09	45	8	Низький	
				\bar{x}	14,84

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за Монреальським тестом на когнітивну оцінку МоСА на етапі попередньої діагностики (до психокорекційного впливу на основну групу)

			Група порівняння			Основна група		
			ІНД	Бал	Рівень	ІНД	Бал	Рівень
1	26	Норма 1	29	Норма				
2	27	Норма 2	25	Порушення когнітивного функціонування				
3	28	Норма 3	27	Норма				
4	27	Норма 4	29	Норма				
5	29	Норма 5	28	Норма				
6	26	Норма 6	28	Норма				
7	26	Норма 7	26	Норма				
8	30	Норма 8	27	Норма				
9	25	Порушення когнітивного функціонування			9	22	Порушення когнітивного функціонування	
10	27	Норма 10	26	Норма				
11	26	Норма 11	26	Норма				
12	28	Норма 12	26	Норма				
13	25	Порушення когнітивного функціонування			13	23	Порушення когнітивного функціонування	
14	30	Норма 14	26	Норма				
15	28	Норма 15	23	Порушення когнітивного функціонування				
16	25	Порушення когнітивного функціонування			16	29	Норма	
17	28	Норма 17	29	Норма				
18	27	Норма 18	28	Норма				
19	26	Норма 19	27	Норма				
20	25	Порушення когнітивного функціонування			20	26	Норма	
21	29	Норма 21	24	Порушення когнітивного функціонування				
22	27	Норма 22	27	Норма				
23	25	Порушення когнітивного функціонування			23	29	Норма	
24	26	Норма 24	29	Норма				
25	28	Норма 25	28	Норма				
26	30	Норма 26	23	Порушення когнітивного функціонування				
27	29	Норма 27	27	Норма				
28	30	Норма 28	28	Норма				
29	26	Норма 29	26	Норма				
30	28	Норма 30	27	Норма				
31	28	Норма 31	22	Порушення когнітивного функціонування				
32	26	Норма 32	28	Норма				
33	26	Норма 33	26	Норма				
34	25	Порушення когнітивного функціонування			34	30	Норма	
35	29	Норма 35	25	Порушення когнітивного функціонування				
36	30	Норма 36	27	Норма				
37	27	Норма 37	29	Норма				

38	29	Норма 38	26	Норма			
39	29	Норма 39	30	Норма			
40	22	Порушення когнітивного функціонування			40	24	Порушення ко-
		гнітивного функціонування					
41	27	Норма 41	29	Норма			
42	29	Норма 42	27	Норма			
43	29	Норма 43	25	Порушення когнітивного функціонування			
44	27	Норма 44	27	Норма			

 \bar{x}

Матриця результатів контрольної та експериментальної групи досліджуваних пацієнтів за Монреальським тестом на когнітивну оцінку МоСА на етапі контрольної діагностики (після психокорекційного впливу на основну групу)

			Група порівняння			Основна група		
			ІНД	Бал	Рівень	ІНД	Бал	Рівень
1	26	Норма 1	29	Норма				
2	27	Норма 2	26	Норма				
3	28	Норма 3	28	Норма				
4	26	Норма 4	29	Норма				
5	29	Норма 5	28	Норма				
6	25	Порушення когнітивного функціонування			6	28	Норма	
7	26	Норма 7	26	Норма				
8	30	Норма 8	27	Норма				
9	25	Порушення когнітивного функціонування			9	24	Порушення когнітивного функціонування	
10	27	Норма 10	26	Норма				
11	26	Норма 11	26	Норма				
12	28	Норма 12	26	Норма				
13	24	Порушення когнітивного функціонування			13	23	Порушення когнітивного функціонування	
14	29	Норма 14	26	Норма				
15	28	Норма 15	25	Порушення когнітивного функціонування				
16	25	Порушення когнітивного функціонування			16	29	Норма	
17	28	Норма 17	29	Норма				
18	27	Норма 18	28	Норма				
19	26	Норма 19	28	Норма				
20	25	Порушення когнітивного функціонування			20	26	Норма	
21	28	Норма 21	25	Порушення когнітивного функціонування				
22	27	Норма 22	27	Норма				
23	24	Порушення когнітивного функціонування			23	30	Норма	
24	26	Норма 24	29	Норма				
25	28	Норма 25	28	Норма				
26	30	Норма 26	24	Порушення когнітивного функціонування				
27	29	Норма 27	27	Норма				
28	30	Норма 28	28	Норма				
29	26	Норма 29	27	Норма				
30	28	Норма 30	27	Норма				
31	27	Норма 31	23	Порушення когнітивного функціонування				
32	26	Норма 32	29	Норма				
33	26	Норма 33	26	Норма				
34	25	Порушення когнітивного функціонування			34	30	Норма	
35	29	Норма 35	26	Норма				
36	29	Норма 36	27	Норма				
37	27	Норма 37	30	Норма				

38	29	Норма 38	26	Норма			
39	28	Норма 39	30	Норма			
40	22	Порушення когнітивного функціонування			40	25	Порушення ко-
		гнітивного функціонування					
41	27	Норма 41	29	Норма			
42	28	Норма 42	28	Норма			
43	29	Норма 43	26	Норма			
44	27	Норма 44	28	Норма			

 \bar{x}