

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ  
Кафедра загальної психології і психологічного консультування

**Кваліфікаційна робота**  
**на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**  
**Залежність від азартних ігор у осіб з оптимістичним атрибутивним**  
**стилем**

**Gambling addiction in individuals with an optimistic attributional style**

Виконала здобувачка заочної форми  
навчання  
спеціальність 053 Психологія  
освітня програма Психологія  
Вакар Ірина Сергіївна  
Керівник професор, доктор  
психологічних наук,  
Кіреєва З.О. \_\_\_\_\_  
Рецензент професор, доктор  
психологічних наук Ю.О.Асєєва

Рекомендовано до захисту:  
Протокол засідання кафедри  
№ 3 від 1.11.2024р.  
Завідувач кафедри

Захищено на засіданні ЕК № \_  
протокол № \_ від \_\_\_\_ 2024 р.  
Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Голова ЕК

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(ППП)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(ППП)

Одеса – 2024

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ІГРОМАНІЇ, ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ ГРАВЦІВ.....	7
1.1. Патологічна залежність від азартних ігор: причини, класифікації.....	7
1.2. Характеристики осіб, що залежні від азартних ігор та фази розвитку залежності.....	18
1.3. Атрибутивний стиль і азартні ігри.....	33
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ.....	29
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР У ОСІБ З ОПТИМІСТИЧНИМ АТРИБУТИВНИМ СТИЛЕМ.....	35
2.1. Обґрунтування проведення дослідження.....	35
2.2. Етапи дослідження і методи .....	37
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ.....	43
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР У ОСІБ З ОПТИМІСТИЧНИМ АТРИБУТИВНИМ СТИЛЕМ.....	44
3.1. Вивчення і порівняння особливостей залежності від азартних ігор у осіб з різними атрибутивними стилями.....	44
3.2. Програма тренінгу з усунення ігрової поведінки та сприяння іншим альтернативам, які сприяють формуванню нового способу життя.....	51
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....	64
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Залежності - одна з головних проблем сучасного світу. Їх види різноманітні, і ними займаються різні галузі науки. Одним із явищ, яке може стати залежністю, є азартна гра. Це ставки на певні події, результат яких важко передбачити і залежить лише від фортуни. Явище азартних ігор саме по собі не є проблемою, але може призвести до значних проблем, що мають руйнівний вплив на життя окремих людей та суспільства в цілому.

Зі збільшенням доступу до гральних закладів через казино, Інтернет та інших закладів, ігрова залежність стає проблемою психічного здоров'я, яка швидко зростає. Цей розлад контролю імпульсів, як правило, є коморбідним із широким спектром інших розладів і, як повідомляється, пов'язаний з високим рівнем самогубств. Для більшості азартних гравців азартні ігри є формою розваги, але для багатьох людей ця діяльність призводить до далекосяжних руйнувань сім'ї та роботи. Особисті та суспільні фінансові наслідки є серйозними, і багато людей із ігровою залежністю потрапляють до системи кримінального правосуддя.

Ігроманія (лудоманія, ігрова залежність), або патологічний потяг до азартних ігор (F63.0), характеризується втратою контролю під час гри, хибною ідеєю стосовно ступеня своєї залученості до гри, нехтуванням сім'єю та роботою, крадіжками та інш. Незважаючи на високу поширеність, така залежність часто не піддається лікуванню, при цьому згідно зі звітом Національної комісії з вивчення впливу азартних ігор за останні роки, 97% ігроманів у США не звертаються по допомогу. Дослідження також показують, що більшість дорослих, які вирішили грати в азартні ігри, здатні робити це відповідально. Отже, патологічна схильність до азартних ігор є значною проблемою для людини. Так, 2,5 мільйона дорослих американців (1%) відповідають критеріям серйозних проблем з азартними іграми в

певний рік. Ще 5-8 мільйонів (2-3%) мають легкі або помірні проблеми з азартними іграми; іншими словами, вони не відповідають повним діагностичним критеріям ігрового розладу, але відповідають одному або декільком критеріям і відчувають проблеми через свою ігрову поведінку.

У 2023 році обіг грального бізнесу в Україні становив 12-15 млрд грн на місяць (тобто орієнтовно 144-180 млрд грн за увесь рік). Користувачі щодня витрачали в онлайн-казино близько 400 млн грн (<https://dou.ua/forums/topic/48145/>). В Україні немає чіткої статистики щодо реальної кількості людей з ігровою залежністю. Але про те, що їх кількість збільшується з року в рік, свідчить реєстр лудоманів. Якщо в 2021 році, за даними Комісії з регулювання азартних ігор та лотерей (КРАІЛ), до нього було внесено лише 195 осіб, то у 2022-му — 450, а минулоріч — 3871 особу. Наприкінці минулого року парламент ухвалив закон, який забороняє видавати банківські позички внесеним до реєстру лудоманам). Враховуючи вищезазначене, вважаємо, що тема дослідження «Залежність від азартних ігор у осіб з оптимістичним атрибутивним стилем» є актуальною.

**Мета дослідження:** теоретичний аналіз і емпіричне вивчення особливостей залежності від азартних ігор у осіб з оптимістичним атрибутивним стилем

**Завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз залежностей, зокрема ігрової залежності, надати діагностичні критерії та фази розвитку в патологічній залежності від азартних ігор
2. Розглянути становлення поглядів на атрибутивний стиль.
3. Емпірично вивчити прояви ігрової залежності від азартних ігор у осіб з оптимістичним атрибутивним стилем та розробити програму тренінгу з усунення ігрової поведінки.

**Об'єкт дослідження:** психологічна залежність, патологічний потяг до азартних ігор

**Предмет дослідження:** особливостей залежності від азартних ігор у осіб з оптимістичним атрибутивним стилем

**Методи дослідження:** В дослідженні використовувалися наступні методи і методики:

*теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури щодо вивчення ресурсів стійкості особистості в складних ситуаціях життя);

*емпіричні:* опитувальник оптимізму (Life Orientation Test – LOT), розроблений С.Carver та М.Scheier для вимірювання оптимізму як риси; Діагностичний скринінг на розлади залежності від азартних ігор (NODS-CLiP), Problem Gambling Self Quiz, в якому зібрані всі ці симптоми і критерії компульсивної азартної гри, Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)

Математично-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою Microsoft Office World (2007) та комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows (версія 13.0.).

**Репрезентативну вибірку** склали 45 чоловіків в віці від 17 до 45 років

Дослідження проводилося в онлайн форматі, за допомогою Google форми.

**Практична значущість дослідження.** Результати дослідження можуть застосовуватися психологами соціально-психологічних служб у діагностичній і психокорекційній роботі з жінками. Узагальнені теоретико-емпіричні результати роботи можуть бути використаними в процесі викладання навчальних курсів «Вікова психологія», «Психологія травми» та вибіркової дисципліні « Психологічні ресурси людини»

**Апробація дослідження.** Основні результати дослідження обговорювалися на Круглому столі: «Особливості наукової діяльності під час війни» (жовтень 2024). Тема доповіді: «Лудоманія у осіб під час війни»

**Структура роботи** складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел (81 найменування, з них – 81 іноземними мовами). Загальний обсяг роботи складає 70 сторінок. Робота містить 5 таблиць.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ІГРОМАНІЇ, ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ ГРАВЦІВ**

### **1.1. Патологічна залежність від азартних ігор: причини, класифікації**

Однією з найважливіших проблем, які впливають на окрему людину або ціле суспільство, є залежність. Психологія та медицина мають справу з багатьма видами залежності, включаючи залежність від алкоголю, наркотиків, інших хімічних речовин, сексу, шопінгу, Інтернету тощо.

Залежність можна описати як ситуацію, коли людина відчуває себе змушеною брати участь у різних ризикованих і неконтрольованих патернах поведінки (Зімбардо, [81] с. 31). Це часто називають поведінковою залежністю. Серед багатьох згаданих у цій групі є наркоманія, яка була присутня в історії людства з незапам'ятних часів. Дослідження в галузі залежності вивчали вплив на дітей залучення сім'ї до певних наркотиків та поведінки, зокрема тютюнопаління (Melchior та ін., 2010), вживання канабісу (Hill та ін., 2018), розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (Yule та ін., 2013), та вживання алкоголю (Cranford та ін., 2010). Набагато менше досліджень присвячено азартним іграм, як порівняно новій галузі досліджень. Однак нещодавнє поширення легалізованих азартних ігор у поєднанні з можливостями безперервної гри на мобільних телефонах і планшетах посилило потребу в дослідженні факторів ризику для тих, хто має проблеми з надмірною залежністю від азартних ігор, у тому числі впливу азартних ігор у сім'ях (Irie & Kengo, 2022) [27].

Сьогодні, ігрова залежність у зв'язку зі зростаючою доступністю, стає все більшою проблемою і зачіпає все більше і більше людей.

Гра в казино, ставки на результат спортивних змагань, рулетка, заповнення лотерейного квитка, гра на скачках чи інші подібні патерні

поведінки в принципі не є чимось злим і хворим. Багато людей ставляться до цього як до форми розваги та способу проведення дозвілля. Але варто зазначити, що нерідко безневинне на вигляд проведення часу може призвести до великої проблеми, з якою людина не може впоратися самотійно.

Азартні ігри можуть викликати залежність, як і інші подібні проблеми. Багато хто розглядають вживання алкоголю як форму розслаблення, спосіб провести час в компанії. І хоча вживання алкоголю, яке ми іноді називаємо культурним або вживанням в помірних кількостях, не обов'язково призводить до великих проблем, але ніхто не сумнівається, що в певних ситуаціях воно може призвести до драми для самої людини і тих, хто з нею пов'язаний. Так само і з азартними іграми. Азартні ігри самі по собі є певною аналогією до вживання алкоголю.

Визначення ігрового розладу у діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів (п'яте видання): Ігроманія (лудоманія, ігрова залежність), або патологічний потяг до азартних ігор (F63.0), характеризується втратою контролю під час гри, хибною ідеєю стосовно ступеня своєї залученості до гри, нехтуванням сім'єю та роботою, крадіжками та інш. Незважаючи на високу поширеність, така залежність часто не піддається лікуванню. Отже, ігроманія це постійна та проблематична модель поведінки, пов'язана з азартними іграми, що призводить до значного дистресу або погіршенням здоров'я. До 2013 року проблеми з азартними іграми, які раніше називали патологічною азартною поведінкою, вважалися розладом контролю над імпульсами, а в DSM-5 класифікуються як адиктивні розлади. Це зробило ігрову залежність першою і поки що єдиною визначеною поведінковою залежністю в клінічному розділі DSM-5 (з деякими натяками на те, що в кінцевому підсумку може з'явитися розлад від відеоігор) [3]. Як і залежність від

алкоголю та наркотиків, ігрова залежність характеризується зростаючою толерантністю, яка вимагає все більшої кількості азартних ігор, щоб відчутти задоволення. Люди з розладом також можуть відчувати синдром відміни, який викликає дратівливість, коли вони намагаються кинути.

Люди можуть грати в азартні ігри цілодобово, з будь-якого місця і все частіше в різному віці, включаючи підлітків і навіть маленьких дітей, які набагато молодші за встановлений законом вік для азартних ігор. Оскільки доступ до азартних ігор розширився, психологи та інші експерти занепокоєні не лише тим, що все більше людей спробують спробувати, але й тим, що у більшій кількості з'являться проблеми з азартними іграми. І хоча ще занадто рано говорити про те, якими будуть довгострокові наслідки, з'являється все більше доказів того, що молодь, особливо хлопці та чоловіки, є однією з найбільш вразливих до ігрової залежності - саме ця демографічна група найчастіше бере участь у новітніх формах азартних ігор: спортивних ставках та азартних іграх на основі відеоігор.

Згідно з останніми дослідженнями, люди у віці до 20 років є найбільш швидкозростаючою групою гравців. Майже дві третини підлітків у віці від 12 до 18 років заявили, що грали в азартні ігри або ігри, схожі на азартні, протягом попереднього року, згідно з канадським опитуванням 2018 року, в якому взяли участь понад 38 000 молодих людей, профінансованим урядом Британської Колумбії (Understanding the Odds, McCreary Centre Society, 2021 [цит за 58]). Початок життя в юному віці пов'язаний з відносно високим тягарем психологічного стресу та підвищеним ризиком розвитку проблем. Зараз дослідники працюють над уточненням свого розуміння психологічних принципів, які лежать в основі потягу до азартних ігор, а також неврологічних основ того, що відбувається в мозку гравців, які намагаються зупинитися. Всупереч спрощеним припущенням про роль нейромедіатора дофаміну в залежності (Nutt, D. J., et al., Nature Reviews Neuroscience, [51].),

дослідження показують зміни в обсязі та активності певних ділянок мозку, пов'язаних з навчанням, управлінням стресом і обробкою винагород, які можуть сприяти виникненню проблемної азартної гри.

Розглядаючи питання, пов'язані з ризиками, які можуть бути пов'язані з азартними іграми, виокремлюють 3 поняття:

- азартна гра, що є формою розваги та веселощів. Згідно з визначенням Словника іноземних слів, азартна гра - це слово, що походить з французької мови і означає так само, як гра в кості. Це "ризикована справа, результат якої залежить виключно від випадку, ризик, наражати себе на небезпеку, йти на ризик.

-проблемна азартна гра, це означає, що людина багато грає в азартні ігри, але не є залежною від азартних ігор і здатна припинити грати. Однак, людина відчуває ряд проблем, пов'язаних з азартними іграми, йдеться про втягнутість у ризиковану ігрову поведінку, яка негативно впливає на благополуччя людини, на її сімейну ситуацію.

- патологічна азартна гра, або називається компульсивний гемблінг (compulsive gambling), який визначається як "прогресуючий розлад, що характеризується постійною або тимчасовою втратою контролю над азартними іграми - заклопотаністю азартними іграми та отриманням грошей для гри - ірраціональним мисленням і продовженням поведінки, незважаючи на несприятливі наслідки" (Розенталь) [цит по 17].

Американська організація Gamblers Anonymous називає патологічну залежність від азартних ігор "хворобою, що прогресує за своєю природою, яку неможливо вилікувати, але можна зупинити"[3]. Патологічна залежність від азартних ігор або компульсивна гра - це аналогія з алкоголізмом. Це хвороба і залежність, яка призводить до багатьох проблем особистого, сімейного та професійного характеру. Дуже часто компульсивні гравці, як і

компульсивні алкоголіки ігромани, як і компульсивні алкоголіки мають фінансові проблеми.

Щоб зрозуміти, чому у деяких людей розвивається залежність від азартних ігор, деякі вчені досліджували мозок. Дослідження пов'язують ігрові розлади з варіаціями в різних ділянках мозку, зокрема в смугастому тілі та префронтальній корі, які беруть участь в обробці винагороди, соціальних та емоційних проблемах, стресі тощо. Деякі з цих відмінностей можуть бути пов'язані з генетикою. Методом близнюків і моделювання припускають, що гени пояснюють половину або більше індивідуальних відмінностей, зокрема, в азартних іграх. Мета-аналіз показав, що у людей з ігровими розладами, а також розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, представлена менша активність у вентральному стріатумі під час очікування грошової винагороди (Luijten, M., et al.[45]). Разом з іншими висновками, ці результати свідчать про те, що ця частина мозку сприяє імпульсивній поведінці людей з ігровою залежністю.

Серед інших нових відкриттів, люди з ігровою залежністю також мають менший об'єм мигдалеподібного тіла та гіпокампу - двох областей, пов'язаних з емоційним навчанням та регуляцією стресу. Дослідження мозку можуть допомогти пояснити, чому підлітки особливо сприйнятливі до азартних ігор, каже Potenza, включаючи спостереження, що різні частини мозку дозрівають з різною швидкістю, що схиляє підлітків до азартних ігор та іншої ризикованої поведінки. Префронтальна кора головного мозку, яка регулює імпульсивність і прийняття рішень, розвивається особливо пізно, особливо у хлопчиків. Наприклад, Potenza і його колеги стимулювали префронтальну кору у людей з проблемною ігровою поведінкою і виявили поліпшення в їх здатності регулювати потяги та емоції [цит за 11]. За словами Potenza, управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США почало схвалювати нейромодуляторні

підходи до використання цілеспрямованої стимуляції мозку для лікування психіатричних станів, у тому числі залежностей, що в кінцевому підсумку може допомогти людям з проблемами в азартних іграх [цит за 11].

Одним з напрямків вивчення виникнення залежності є родинні стосунки. У кількох дослідженнях вивчався вплив азартних ігор батьків на початок азартних ігор і виникнення проблемних ігор у молоді (Felsher та ін., 2003), а також вплив азартних ігор батьків, родичів і друзів на збільшення частоти азартних ігор (Gupta і Derevensky, 1997, Langhinrichsen-Rohling та ін., 2004, Nower та ін., 2004). Когніції та поведінка батьків щодо азартних ігор, як правило, позитивно корелюють з поведінкою їхніх дітей (Oei і Raylu, 2004, Vachon та ін., 2004), а низький рівень контролю з боку батьків і сім'ї збільшує ризик залучення до азартних ігор (Molinaro та ін., 2014, Situ і Мо, 2016, Vachon та ін., 2004) [цит за 53]. Азартні ігри вдома також пов'язані з вищим рівнем жорстокого поводження з дітьми, що є ще одним важливим фактором ризику виникнення проблемної залежності від азартних ігор, з вищими показниками емоційного, фізичного чи сексуального насильства або нехтування, а також з іншими проблемами, такими як фізичне насильство з боку інтимного партнера, психічні захворювання, розлучення батьків, надзвичайні фінансові труднощі в сім'ї або контакт з поліцією (Black та ін., 2012, Bristow та ін., 2021, Dowling та ін., 2021, Lotzin та ін., 2018, Poole та ін., 2017) [цит за 9]. За оцінками одного австралійського дослідження, 13,7 % сімей із залежними дітьми наражалися на певний рівень ігрового ризику через азартні ігри батьків, а майже 4 %, або 200 000 дітей, були схильні до помірного ризику або проблемної залежності від азартних ігор (Suomi et al., 2022).

Кілька досліджень висвітлюють потенційний вплив на молодь братів і сестер, які грають в азартні ігри. Дослідження підлітків у віці від 9 до 14 років показало, що 50 % тих, хто регулярно грав в азартні ігри, робили це зі

своїми братами та сестрами, а також з батьками та старшими родичами (Gupta & Derevensky, 1997) [цит за 33]. Аналогічно, Діксон та його колеги (2008) повідомили, що тяжкість проблемної залежності від азартних ігор у підлітків була значно вищою серед підлітків, які вважали, що хтось із їхніх братів чи сестер має проблеми з азартними іграми. Інше дослідження показало, що наявність брата чи сестри, які грають в азартні ігри, збільшує шанси стати проблемним гравцем більше, ніж вплив однолітків; однак наявність обізнаних батьків була достатньою, щоб врівноважити вплив поведінки брата чи сестри (Canale та ін., 2017). У сукупності результати цих та інших досліджень свідчать про те, що ранній вплив ігрової поведінки в сімейній системі має значний вплив на розвиток ігрової поведінки в молодіжному віці, що, в свою чергу, може призвести до більш високого рівня вираженості проблеми.

В науковій літературі існує модель шляхів розвитку проблемної азартної гри (Blaszczynski and Nower, 2002, Nower та ін., 2022) [цит за 10], яка стверджує, що несприятливі події в дитинстві, такі як жорстоке поводження з дітьми, в поєднанні з пов'язаними з ними депресією та/або тривогою, спонукають деяких людей до азартних ігор як способу втечі або модулятора стресу, а потім особи продовжують грати в азартні ігри, незважаючи на суму, яку вони можуть дозволити собі витратити, аби вгамувати свій настрій. Імпульсивність та інші особистісні змінні, також поширені серед тих, хто грає в азартні ігри до надмірності, характерні для іншої підгрупи людей, які мають проблеми з азартними іграми. Ці етіологічні фактори ризику поєднуються з хибними уявленнями про шанси на виграш, які можуть мати коріння в сімейній системі, де азартні ігри були прийнятними і поширеними, і посилюються ефектом оперантного обумовлення, що виникає внаслідок наполегливості та звикання. Тому стратегії профілактики та втручання повинні враховувати індивідуальне

сприйняття ігрової поведінки між поколіннями та всередині покоління, а також інших видів адиктивної поведінки в сім'ї.

У патологічній залежності від азартних ігор, як і в багатьох інших хворобах, є певні симптоми, які говорять про те, що людина залежна від азартних ігор. На думку дослідників цієї проблеми, не всі перераховані критерії повинні бути присутніми в одній і тій ж людині. Поява цих симптомів (навіть деяких з них) свідчить про те, що людина залежна від азартних ігор або, в кращому випадку, має проблеми з азартними іграми.

R. Rosenthal та H. Lesieur розробили каталог, де перелічили діагностичних критеріїв патологічної залежності від азартних ігор [43]. Згідно з цим переліком, про хворобу може свідчити:

- те, що людина постійно думає тільки про азартні ігри, або про способи отримання грошей на азартні ігри.

- те, що лудоман, для того, щоб задовольнити свої емоційні потреби, робить все більше і більше ставок на азартні ігри (він прагне збільшити розмір і частоту ставок, щоб отримати бажане збудження).

- те, що азартні ігри та ставки виходять з-під контролю і залежний не в змозі зупинитися. Навіть якщо бувають періоди утримання, людина неспокійна і схильна до гніву.

- те, що азартні ігри та ставки є своєрідною втечею від повсякденних проблем, наприклад це є спосіб впоратися з почуттям безнадійності, провини і різного роду депресіями.

- те, що постійне повернення до азартних ігор необхідно щоб компенсувати попередні програші(спроба відігратися).

- те, що у залежного все більше погіршується контакт з навколишнім середовищем. Це проявляється в тому, що гравець намагається брехати про свою пристрасть до азартних ігор. Він дуже часто послаблює або руйнує

свої стосунки з сім'єю та друзями, а також має проблеми в професійній сфері [43].

- те, що залежний скоює проступки чи злочини, щоб отримати кошти для азартних ігор. Нерідко трапляються крадіжки, розтрата довірених грошей, підробка документів та інші протиправні дії. Відомі крайні випадки побиття або навіть вбивства залежними, щоб отримати гроші на азартні ігри.

- те, що залежний розраховує на те, що його близькі допоможуть йому вирішити складну фінансову ситуацію, спричинену неконтрольованою грою [43, р. 393 – 401].

Додатково існують ще симптоми на які наголошують науковці: людина з ігровою залежністю намагатиметься позичити гроші у друзів і знайомих, приховуючи при цьому справжні причини позики, бере кредити під заставу свого житла, вивозить і продає все цінне, що є у нього або у членів його сім'ї, здана скористатися будь-якою можливістю, щоб отримати гроші, необхідні для азартних ігор та збільшує не тільки суму ставок але й присвячує азартним іграм все більше часу.

Залежність розвивається, що впливає на зміни особистості хворого, а саме він стає злим, дуже критичним до оточуючих, саркастичним, сперечальливим і депресивним. Людина не хоче визнавати той факт, що вона залежна від азартних ігор і наполягає на тому, що це не є небезпечним заняттям, а лише формою релаксації. Вона робить великий акцент на своїх виграшах, водночас замовчує або ігнорує свої програші. На пізніх стадіях гравці перестають говорити з ким-небудь про свою азартну гру і грають наодинці. Залежний проводить все менше часу вдома а також спостерігаються незрозумілі та безпричинні прогули на роботі або нехтування своїми обов'язками. Компульсивний гравець, як і алкоголік постійно зайнятий грою. Навіть якщо він не грає в даний момент, його або її думки часто зайняті плануванням гри або тим, як організувати засоби для

гри. Інша аналогія полягає в тому, що гравець відчуває психічний і фізичний дискомфорт, коли позбавлений доступу до азартних ігор. Те ж саме стосується і компульсивного алкоголіка - коли його позбавляють доступу до алкоголю, він не п'є, то відчуває себе погано і не може багато чого робити. Й найголовніше, гравець відмовляється прийняти ідею, що єдиний спосіб вирішити фінансові проблеми це припинити грати в азартні ігри.

Отже, всі перераховані вище симптоми свідчать про виникнення патологічної або компульсивної азартної гри.

Щодо розвинутості цієї проблеми, А. М. Banaszak та В. Badora [цит за 7] сказали, що в Польщі, «серед усіх тих, хто грав за останній рік, лише близько 1% має серйозні проблеми з азартними іграми, і менше 4% з них мають проблеми з азартними іграми на помірному рівні ризику звикання. Це означає, що в національному масштабі понад 50 тис поляків мають сильну залежність від азартних ігор, а ще майже 200 тис. загрожує залежність» [7].

Окрім психологічних проблем гравців існують технології, що заставляють грати і грати. Так, дослідження показують, що до підліткового віку близько 40% людей грали в симулятори азартних ігор. Ці ігри часто передбачають більший виграш, ніж їхні реальні еквіваленти. І це ігрове знайомство без фінансових ставок може викликати інтерес. Робота його групи та інших дослідників показала, що підлітки, які грають в імітаційні азартні ігри на очки, мають вищий ризик мати проблеми з азартними іграми в майбутньому (Hing, N.[35]).

Так, в останні часи для тих, хто грає в відеоігри з'явилися лут-бокси - це цифрові контейнери, які гравці можуть придбати за невелику суму грошей. Після купівлі в ящику може виявитися особлива шкіра або зброя, яка покращує зовнішній вигляд персонажа або дає гравцеві конкурентну перевагу. Або ж вона може виявитися марною. За даними дослідження 2022

року (Spicer, S. G., Fullwood, C., Close, J., Nicklin, L. L., Lloyd, J., and Lloyd, H [61],[62],[63]), в одному з опитувань 1 102 дорослих у Великій Британії близько 20% гравців сказали, що лутбокси були їхнім першим знайомством з азартними іграми і що їхній досвід з ігровими винагородами змусив їх подумати, що інші форми азартних ігор можуть бути цікавими (Spicer, S. G., Fullwood, C., Close, J., Nicklin, L. L., Lloyd, J., and Lloyd, H [61],[62],[63]),). Понад 80% з них почали купувати лутбокси до того, як їм виповнилося 18 років. Нещодавно канадські дослідники опитали сотні молодих дорослих відеоігроків у два моменти часу з різницею в 6 місяців. Серед тих, хто не був гравцем на початку дослідження, десятки почали грати в азартні ігри протягом дослідження, повідомили вони у 2023 році, припускаючи, що лутбокси відкрили шлюзи для азартних ігор (Brooks, G. A., & Clark, L., , [12]).

Спостереження за тим, як батьки, брати, сестри або інші члени сім'ї грають в азартні ігри, також нормалізує азартні ігри для дітей, що робить їх більш схильними до азартних ігор та іншої ризикованої поведінки, включаючи вживання алкоголю та наркотиків, як виявила у своєму дослідженні Науер (). Дослідження показують, що чим раніше діти стикаються з азартними іграми через онлайн-ігри та інші способи, тим серйознішими будуть їхні проблеми з азартними іграми пізніше (Rahman, A. S., et al., [57]). "Дітей, починаючи з дошкільного віку, засипають проханнями купити речі у відеоіграх, - каже Науер. "Багато дітей переходять від ставок на скриньки зі здобиччю у відеоіграх до безкоштовних ігор у соціальних казино, а потім переходять на платні сайти. Ви більше не можете відрізнити азартні ігри від відеоігор. Вони дуже сильно перетинаються".

Таким чином, розглянуто визначення ігроманії, модель шляхів розвитку проблемної азартної гри та дослідження щодо вивчення витоків ігроманії.

## 1.2. Характеристики осіб, що залежні від азартних ігор та фази розвитку залежності.

В підпункті 1.1. ми навели симптоми ігроманії, далі спробуємо, спираючися на джерела наукової літератури окреслити профіль людини з ігровою залежністю. Зауважемо, що не існує такого поняття, як схильність або особливі умови для того, щоб стати компульсивним гравцем. Вчені вважають, що будь-хто, хто грає в азартні ігри, може стати патологічним гравцем, якщо він не усвідомлює ризиків, пов'язаних з азартними іграми, і якщо він грає безвідповідально. Якщо існує конфлікт між ігровою поведінкою та фінансами, стосунками з іншими людьми та професійним становищем, це означає, що вже існує серйозна проблема з азартними іграми".

Попри те, що будь хто може стати лудоманом. Опис гіпотетичного ігромана базуватиметься на дослідженнях D. Hulen [цит за 37]. Вчений запропонував характеристики патологічних або компульсивних гравців.

D. Hulen розділив людей, залежних від азартних ігор, на дві групи людей, залежних від азартних ігор.

- гравці з компульсивним потягом до дії (action compulsive gamblers)
- гравці з компульсивним втечею (escape compulsive gamblers).

За словами D. Hulen [цит за 37]. ігромани з компульсивними діями (action compulsive gamblers) є традиційною формою гравців, вони є переважно чоловіками, з дуже низькою самооцінкою, але яка хоче мати контроль над іншими, намагається керувати своїм оточенням. Як правило, вони напористі, енергійні і часто є великими егоїстами. Їхній середній рівень інтелекту - IQ понад 120. Вони найчастіше починають грати в азартні ігри в підлітковому віці. До їхніх улюблених видів азартних ігор належать усі види карткових ігор, ігри в кості, ставки на результати спортивних

змагань або кінських перегонів. Цей тип людей не хоче покладатися виключно на сліпий випадок, але вірить, що може виграти в азартних іграх через те, що розвивають системи та навички, які дозволять їм досягти успіху. Люди цієї групи потребують азартних ігор, щоб задовольнити свої потреби в домінуванні та перемоги [цит за 37].

У групі гравців з компульсивною втечею (*escape compulsive gamblers*) переважають жінки-залежні, але є й чимало чоловіків. Цю групу часто називають "новими гравцями", яка з'явилася завдяки новим видам азартних ігор, наприклад, ігровим автоматам. До цієї групи належать люди, яких протягом більшої частини їхнього життя можна охарактеризувати як відповідальними, турботливими та безкорисливими. Протягом свого життя вони пережили одну або кілька складних ситуацій. Їм часто завдавали шкоди в різний спосіб фізично чи психологічно. Ще однією особливістю цих людей є те, що вони самі не змогли впоратися з проблемами, з якими вони зіткнулися, незважаючи на неодноразові спроби знайти рішення. Психологи відзначають, що такі люди схильні шукати забуття своїх проблем у наркотиках, переїданні, сексі, алкоголі або просто в азартних іграх. Коли траплялося так, що людина обирала азартні ігри як спосіб втечі від життєвих проблем, тоді вона усвідомлювала, що це їй допомагає, людина відчувала себе краще. Тобто, серед багатьох характеристик, притаманних цьому типу гравців найголовнішою є те, що людина втікає в азартні ігри від своїх життєвих проблем.

Близьким до розподілу D. Hulen є сучасні дослідження Nower. В них запропоновано три основні шляхи, які можуть призвести до проблем з азартними іграми [цит за 37]. Одну групу людей звична азартна гра підштовхує до гонитви за виграшем, поки у них не розвинеться проблема. Друга група походить з історії травми, насильства або нехтування, і азартні

ігри пропонують втечу від стресу, депресії та тривоги. Третя група може мати антисоціальну або імпульсивну поведінку, схильну до ризику

Фази розвитку ігрового розладу.

Патологічна залежність від азартних ігор - це хвороба, і, як було показано раніше, це хвороба, яка розвивається. Тому вона не є однорідним станом, а має певні фази розвитку. Загалом виділяють чотири фази [1]:

1. Ця фаза виграшу або перемоги (фаза виграшу). Особи грають в азартні ігри час від часу. В них бувають виграші, іноді навіть досить значні. У цей період характерним є те, що гравець фантазує про потенційні виграші. Реальний виграш викликає сильний стимул, що призводить до почастишання азартних ігор і до того, що людина починає грати в азартні ігри частіше і з усе більш високими ставками. Людина на цій стадії переконана, що вона завжди буде вигравати. D. Hulen додає, що іноді ці гравці звикають з першого разу. Мотивація цих осіб зводиться до того, щоб вирішити свої фінансові проблеми, стати фінансово незалежними або заробити додаткові гроші. Азартні ігри для них це емоційна втеча від життєвих проблем. Виграш грошей має значення для того, що вони можуть продовжувати грати, й тікати від життєвих проблем. Вигравши вони здобувають незалежність від інших, особливо в ситуаціях, коли їхні стосунки з іншими базуються на домінуванні та залежності від партнерів і оточення».

2. Цей період триває зазвичай до п'яти років. Гравець робить все більші ставки і, таким чином, зазнає програшів. Однак він стверджує, що невдачі - це тимчасова відсутність щастя і перемога повинна прийти в кінці кінців. Це призводить до ситуації залежності намагається зіграти, часто програючи все більше і більше. Щоб отримати кошти для азартних ігор, він позичає гроші, і будь-який виграш йде на погашення цих боргів. На цій фазі

ігри відбуваються за рахунок сім'ї та роботи. На цій фазі лудоман брешить і спробує приховати свою залежність»

3. Третя фаза розвитку азартної хвороби - фаза відчаю. Цей період триває від кількох місяців до кількох років. Родинні та дружні зв'язки руйнуються. У цій фазі захворювання людина не може думати ні про що інше як про ігри та як отримати гроші за ігри. Він перестає піклуватися про інших (включаючи свою сім'ю та будинок). Сім'я, друзі та знайомі йому потрібні лише як можливе джерело фінансових ресурсів, за які він міг би грати. У такої людини зазвичай вже є значні фінансові проблеми і борги. Тоді він впадає в паніку, а тиск кредиторів на нього може призвести навіть до спроб вчинення злочину з метою отримання грошей для погашення боргів. Ця напруга може призвести до психічного виснаження, почуття безпорадності та депресії. Виникає відчуття почуття провини, каяття, а також перші суїцидальні думки»

4. Четверта фаза – це фаза втрати надії. Залежного більше нічого не хвилює. Йому байдуже чи буде він жити чи ні. Фінансово він взагалі розорений, найчастіше його сім'я вже розпалася, а друзі та знайомі від нього роз'їхалися. На цьому етапі можуть відбуватися втечі від азартних ігор до інших залежностей (алкоголь, наркотики) або спроби самогубства. Що ж з людиною може стати далі. Трапляється, що азартного гравця садять за вчинення злочинів у в'язницю. Іншим поширеним рішенням є смерть людини через самогубство або, що все частіше трапляється, від руки кредиторів. Останнім і найдоцільнішим рішенням є звернення залежної людини за допомогою. В цій фазі захворювання особа не здатна сама собі допомогти. Тому необхідна професійна допомога терапевта і спеціалізоване лікування. Також можна отримати допомогу від спеціальних груп підтримки, таких як анонімні гравці.

На думку Тосе-Gerstein et al на ранніх і середніх стадіях проблем азартні гравці приховують масштаби азартних ігор, грають в азартні ігри, щоб уникнути несприятливих настроїв і захопитися грою. Далі вони відчувають толерантність, замкнутість і втрату контролю. На найважчих стадіях азартні гравці вчиняють незаконні дії, щоб підтримати свою азартну гру.

Ігроманія - це клінічний феномен (Hunt & Blaszczynski, [36]), який характеризується втратою контролю над поведінкою, що призводить не лише до витрачання надмірних сум грошей, але й до змін в емоційній адаптації та міжособистісних стосунках. Цей розлад є адиктивним за своєю природою (APA, 2013; ВООЗ, 2018), оскільки гра активує ті ж шляхи винагороди, що й наркотики, індукуючи дофамінергічну активність. Однак, щоб зрозуміти появу цього розладу, необхідно враховувати кілька факторів, що змінюють вразливість людини до цього психічного розладу:

- психологічні (Navas та ін., 2019),
- біологічні (Limbrick-Oldfield та ін., 2020)
- соціальні (Rintoul та ін., 2013).

Ритуалізоване повторення азартних ігор (що характерно для всіх видів залежності) призводить до:

➤ асоціації між фізичними та психологічними подіями, пов'язаними з азартними іграми. Ці події стають умовними подразниками (Carey et al., 2014).

➤ Підкріплення ігрової поведінки в разі отримання грошової винагороди. Програма підкріплення на випадок непередбачуваних обставин закріплює ігрову поведінку (Weiss, 2010).

Отже, вчені стверджують, що чим частіше пацієнт робить ставки, тим більше закріплюється його поведінка (ефекти обумовлення) і тим більшими

є втрати гравця, оскільки азартні ігри організовані таким чином, що в довгостроковій перспективі компанія завжди виграє. Цей цикл звикання є особливо серйозним в азартних іграх в Інтернеті, оскільки азартні ігри в Інтернеті викликають більшу залежність, ніж традиційні азартні ігри, а екологічні та соціальні умови, в яких вони відбуваються, сприяють надмірному захопленню азартними іграми (Chóliz et al., 2019).

Ігровий розлад (ІР) визнається як стійка та рецидивуюча проблемна поведінка в азартних іграх, що призводить до клінічно значущих порушень або дистресу [1]. На сьогоднішній день когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найбільш емпірично підтвердженим методом лікування і є найуспішнішим протоколом лікування ігрового розладу.

КПТ поєднує поведінкові втручання з аспектами когнітивної терапії. Її застосовують окремо або в поєднанні з мотиваційними втручаннями.

Когнітивно-поведінкова терапія є золотим стандартом лікування ігрового розладу. Її ефективність залишається під питанням, зокрема, через рецидиви та труднощі у здійсненні когнітивної реструктуризації для деяких клієнтів. З огляду на ці спостереження, поведінкові втручання при ігровому розладі, такі як експозиційна терапія, спрямована на зменшення потягу до азартних ігор, можуть бути ефективними як доповнення або альтернатива когнітивно-поведінковій терапії.

Таким чином, розглянуто фази гри, характеристики ігроманів та ключові емпірично підтверджені методи лікування.

### **1.3. Атрибутивний стиль і азартні ігри.**

Теорія атрибуції займається тим, як звичайні люди пояснюють причини поведінки та подій. Формальне визначення надають Фіске і Тейлор (1991, с. 23): "Теорія атрибуції має справу з тим, як соціальний сприймач

використовує інформацію, щоб дійти до причинних пояснень для подій. Вона вивчає, яка інформація збирається і як вона комбінується для формування причинного судження". Heider вважав, що люди є наївними психологами, які намагаються знайти сенс у соціальному світі. Люди схильні бачити причинно-наслідкові зв'язки навіть там, де їх немає! Хайдер не стільки розробляв теорію сам, скільки підкреслював певні теми, які підхопили інші. Він висунув дві основні ідеї, які стали впливовими: диспозиційні (внутрішні причини) та ситуаційні (зовнішні причини) атрибуції.

Weiner та Jones його колеги розробили теоретичну основу, яка стала основною дослідницькою парадигмою соціальної психології [78], [79]. Теорія атрибуції припускає, що люди намагаються визначити, чому вони роблять те, що вони роблять, тобто приписують причини поведінці. Людина, яка намагається зрозуміти, чому інша людина щось зробила, може приписати їй одну або кілька причин такої поведінки. В основі атрибуції лежить триступеневий процес:

- 1) людина повинна сприйняти або спостерігати поведінку,
- 2) потім вона повинна повірити, що поведінка була здійснена навмисно,
- 3) потім людина повинна визначити, чи вважає вона, що інша людина була змушена здійснити таку поведінку (в цьому випадку причина приписується ситуації), чи ні (в цьому випадку причина приписується іншій людині).

Вайнер зосередив свою теорію атрибуції на досягненні (Weiner, [78]). Він визначив здібності, зусилля, складність завдання і везіння як найважливіші фактори, що впливають на атрибуцію досягнень.

Атрибуції класифікуються за трьома каузальними вимірами: локус контролю, стабільність і контрольованість. Вимір локусу контролю має два

полюси: внутрішній та зовнішній локус контролю. Вимір стабільності фіксує, чи змінюються причини з часом, чи ні. Наприклад, здібності можна класифікувати як стабільну, внутрішню причину, а зусилля - як нестабільну і внутрішню. Контрольованість протиставляє причини, які можна контролювати, такі як навички/ефективність, причинам, які ми не можемо контролювати, таким як здібності, настрої, дії інших людей та везіння.

Існує теорія Джонса і Девіса, яка допомагає зрозуміти процес внутрішньої атрибуції[21]. Вчені стверджують, що людина схильна робити щось, коли бачить відповідність між мотивом і поведінкою. Наприклад, коли людина бачить відповідність між тим, що хтось поводить себе дружньо, і тим, що він є дружньою людиною. Диспозиційні (тобто внутрішні) атрибуції надають інформацію, на основі якої можна робити прогнози про майбутню поведінку людини. Теорія кореспондентного висновку описує умови, за яких приписуються диспозиційні атрибути поведінці, яку сприймаємо як навмисну. Девіс використовував термін «відповідний висновок» для позначення випадку, коли спостерігач робить висновок, що поведінка людини відповідає її особистості. Це альтернативний термін до диспозиційної атрибуції. Що ж спонукає робити відповідний висновок? Джонс і Девіс кажуть, що людина спирається на п'ять джерел інформації [21]:

- Вибір: якщо поведінка вільно обрана, вважається, що вона зумовлена внутрішніми (диспозиційними) факторами.
- Випадкова та навмисна поведінка: Навмисна поведінка, швидше за все, пов'язана з особистістю людини, а випадкова поведінка, швидше за все, пов'язана з ситуацією/зовнішніми причинами.
- Соціальна бажаність: Поведінка з низьким рівнем соціальної бажаності (неконформна) змушує нас робити (внутрішні) диспозиційні висновки більше, ніж соціально небажана поведінка. Наприклад, якщо

людина спостерігає, як інша особа заходить в автобус і сідає на підлогу замість одного з сидінь. Така поведінка має низьку соціальну бажаність (нонконформізм) і, ймовірно, відповідає індивідуальності людини.

- Гедоністична релевантність: Якщо поведінка іншої людини безпосередньо спрямована на те, щоб принести нам користь або завдати шкоди.

- Персоналізм: якщо поведінка іншої людини має на меті вплинути на нас, ми припускаємо, що вона є «особистою», а не просто побічним продуктом ситуації, в якій ми обидва перебуваємо.

Атрибутивний стиль відноситься до способів, за допомогою яких люди пояснюють причини подій у своєму житті. Коли люди переживають позитивні чи негативні події, вони часто задаються питанням, чому це сталося. Щоб відповісти на це питання, люди роблять причинно-наслідкові атрибуції на основі трьох основних вимірів: внутрішній-зовнішній, стабільний-нестабільний і глобальний-специфічний. Внутрішня-зовнішня сфера стосується того, хто або що відповідальне за подію - зокрема, чи спричинило подію щось унікальне в людині (внутрішнє), чи щось у ситуації (зовнішнє). Стабільність-нестабільність стосується сприйняття постійності причини. Іншими словами, причину події можна розглядати як постійну і таку, що, ймовірно, повториться (стабільну), або як мінливу

Коваріаційна модель Келлі є найвідомішою теорією атрибуції. Він розробив логічну модель для визначення того, чи слід приписувати певну дію певній характеристиці (диспозиційній) людини або середовищу (ситуаційній). Термін "коваріація" просто означає, що людина має інформацію з численних спостережень у різний час і в різних ситуаціях і може сприймати коваріацію спостережуваного ефекту та його причин.

Зокрема, вони беруть до уваги три види доказів:

Консенсус: ступінь, до якого інші люди поведуться так само в подібній ситуації. Наприклад, Елісон курить сигарету, коли йде поїсти з подругою. Якщо її подруга курить, її поведінка має високий рівень консенсусу. Якщо курить лише Елісон, то низький.

Відмінність: ступінь, до якого людина поводиться однаково в схожих ситуаціях. Якщо Елісон курить тільки тоді, коли вона зустрічається з друзями, її поведінка має високий рівень відмінності. Якщо вона курить у будь-який час і в будь-якому місці, то її поведінка має низький рівень виразності.

Послідовність: ступінь, до якого людина поводиться так щоразу, коли виникає подібна ситуація. Якщо Елісон курить тільки тоді, коли зустрічається з друзями, то її послідовність висока. Якщо вона курить лише в одному особливому випадку, послідовність низька.

З часом концепція атрибутивного та пояснювального стилів перетворилася на всеосяжну теоретичну основу, ставши основною дослідницькою парадигмою в психології, що впливає на схильність людей до оптимізму чи песимізму і, в свою чергу, на подальші позитивні чи негативні психічні стани та результати. У психології термін "атрибуція" має два домінуючих значення. Перше стосується пояснення поведінки, друге - висновків (наприклад, приписування провини). "Спільним для цих двох значень є процес приписування: при приписуванні як поясненні поведінка приписується її причині; при приписуванні як висновку якість або атрибут приписується агенту на основі спостережуваної поведінки" (Malle, 2011, р.3). Аналогічно, Фіске і Тейлор (1991, с. 23) вважають, що теорія атрибуції "має справу з тим, як соціальний сприймач використовує інформацію, щоб дійти до причинного пояснення подій. Вона вивчає, яка інформація збирається і як вона комбінується, щоб сформулювати причинно-наслідкове судження".

Атрибутивний стиль відноситься до пояснень, які люди надають причинам позитивних і негативних подій з точки зору їх стабільності, глобальності та інтернальності (Петерсон та ін., 1982). Оскільки передбачається, що ці пояснення впливають на поведінку та настрій, зокрема на депресію, вони мають як клінічне, так і теоретичне значення (Buchanan & Seligman, 1995; Peterson & Steen, 2009).

Розрізняють оптимізм і песимізм як атрибутивні стилі тобто «атрибутивний оптимізм і песимізм» - спосіб, у який людина розуміє причини стресових або несприятливих життєвих подій (Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord, 2000) [49]. Оптимізм у широкому розумінні означає надію людини та/або її віру в те, що відбудеться щось позитивне чи бажане - «очікування добра» та позитивний погляд на минуле, тоді як песиміст очікує найгіршого (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Seligman, 2000) [16], [64]. Порівняно з реалістами та песимістами, оптимістично налаштовані люди пов'язують негативні події із зовнішніми причинами, короточасними ситуаціями та конкретними впливами, в той час як песимісти пояснюють їх більш глобально та всеохоплююче (Avvenuti, Baiardini, & Giardini, 2016; Saunders, 2000) [цит за 20]. Песимізм характеризується тим, що людина розглядає негативні події як фіксовані та постійні, а також вірить, що її дії мало впливають на результати (Seligman, 2000).

Оптимізм і песимізм можна вважати реалістичними або нереалістичними. Реалістичний оптимізм і песимізм характеризуються очікуванням позитивних (оптимізм) або негативних (песимізм) результатів, а також врахуванням відповідних обставин, які можуть вплинути на ймовірність настання результатів (Avvenuti et al., 2016) [цит за 20]. Реалістичний оптимізм асоціюється з кращим психологічним і фізичним благополуччям (Davis & Asliturk, 2011). Нереалістичний оптимізм визначається як помилка в оцінці ймовірності події, коли деякі ризики

переоцінюються, а інші недооцінюються (Avvenuti et al., 2016) [цит за 20]. Нереалістичний оптимізм може мати негативні наслідки, в тому числі негативно впливати на здоров'я, якщо людина очікує, що позитивного результату можна досягти з мінімальними зусиллями, або що вона має імунітет до певних загроз - так зване оптимістичне упередження (DuBois et al., 2012).

В дослідженнях показано, що оптимісти зосереджуються на успішних результатах, а також практикують здорову поведінку (E.S. Kim et al., 2019), включаючи фізичну активність (Progovac et al., 2017), повноцінне харчування (Hingle et al., 2014), утримання від куріння та помірне вживання алкоголю (Stephoe, Wright, Kunz-Ebrecht, & Iliffe, 2006). Оптимізм також пов'язаний з активними стратегіями подолання, які можуть покращити здоров'я, включаючи проблемно-орієнтоване подолання, планування та пошук соціальної підтримки (E.J. Giltay, Kamphuis, Kalmijn, Zitman, & Kromhout, 2006); а в подальшому житті прогнозує зниження ризику хронічних захворювань і покращення когнітивних та фізичних функцій. (E.S. Kim та ін., 2019; Steptoe та ін., 2006). З іншого боку, песимістичне ставлення прогнозує ймовірність атеросклерозу, підвищений ризик депресії та підвищення рівня кортизолу, а також неадаптивні стратегії подолання труднощів і вищий рівень психологічного дистресу (Das & O'Keefe, 2006; Serlachius et al., 2015). Хоча в попередніх дослідженнях було продемонстровано, що оптимізм є фактором, що захищає здоров'я, також було висловлено припущення, що низький песимізм, а не високий оптимізм, може мати позитивний вплив (Robinson-Whelen et al., 1997).

У психологічній літературі існує консенсус щодо того, що диспозиційний оптимізм є дуже вигідною рисою. Здається, як натякав Черчілль, у кожній труднощі є переваги бачити можливість. Велика кількість досліджень вказує на те, що оптимісти досягають ряду переваг,

пов'язаних зі здоров'ям, порівняно з песимістами. Було встановлено, що оптимізм є прогностичним показником загального фізичного самопочуття (Scheier & Carver, [63]); нижчий ризик смертності хворих на рак (Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier, & Williamson, 1996); швидше відновлення після аортокоронарного шунтування (Scheier et al., 1989); поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, як для чоловіків, які мають ризик захворіти на СНІД (Taylor et al., 1992), так і для жінок під час вагітності (Park, Moore, Turner, & Adler, 1997; див. Scheier & Carver, 1992, для огляду). Оптимісти також, здається, отримують психологічні переваги в порівнянні з песимістами. Оптимістично налаштовані жінки рідше страждають від післяпологової депресії (Carver & Gaines, 1987) і рідше страждають від симптомів депресії після стресової події (Bromberger & Matthews, 1996). Нарешті, пристосуванню до важких життєвих подій сприяє оптимізм. Наприклад, оптимісти легше пристосувалися до коледжу (Aspinwall & Taylor, 1992), до аборту (Cozzarelli, 1993) і до невдачі в досягненні бажаної вагітності (Litt, Tennen, Affleck, & Klock, 1992). Таким чином, у психічному та фізичному здоров'ї оптимісти виграють від свого позитивного світогляду.

Існує низка змінних, які можуть опосередковувати цей зв'язок між оптимізмом і позитивними результатами. Наприклад, дослідження, що вивчають стратегії подолання, припускають, що оптимісти, замість того, щоб зіткнутися зі стресовою подією з надією, що вона сама собою врегулює, схильні більше займатися проблемами. Цілеспрямоване подолання, ніж песимізм, особливо коли стресова подія сприймається як контрольована (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Fontaine, Manstead, & Wagner, 1993; Scheier et al., 1989; Scheier, Weintraub, & Carver, 1986). . Песимісти, навпаки, більш схильні справлятися зі стресовими подіями, використовуючи заперечення або відсторонення від стресової ситуації [цит за 64].

Крім того, навіть стикаючись з явно негативною інформацією, оптимісти схильні переосмислювати цю інформацію в позитивному ключі (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1996; Park, 1998). Таким чином, увага оптимістів до позитивних стимулів і переосмислення негативних ситуацій може призвести до наполегливості перед лицем негативної інформації. Різна увага до позитивної та негативної інформації та наступний вибір стратегій подолання оптимістів і песимістів частково пояснюють, чому оптимісти загалом здоровіші, щасливіші та краще пристосовані, ніж песимісти. Тенденція більше звертати увагу на негативні аспекти певної ситуації, а потім відмежовуватися від них і заперечувати їх, дозволяє проблемам, з якими стикаються песимісти, зберігатися. Навпаки, увага до позитивних аспектів ситуації та орієнтоване на вирішення проблеми оптимістів збільшує ймовірність того, що негаразди будуть вирішені та подолані (Aspinwall & Taylor, 1992; Scheier et al., 1989). Різний підхід до проблем песимістів і оптимістів також допомагає пояснити більш позитивні погляди оптимістів на майбутнє. Оптимісти можуть очікувати хороших речей, тому що вони успішно справлялися в минулому

Три дослідження вивчали зв'язок між диспозиційним оптимізмом і азартними іграми. У дослідженні 1 оптимісти частіше, ніж песимісти, мали позитивні очікування від азартних ігор і повідомляли про збереження цих очікувань після програшу. Вони також частіше вказували, що виграш грошей був основною мотивацією для їх азартних ігор. Дослідження 2 показало, що песимісти, але не оптимісти, зменшують свої ставки та очікування після поганої ігрової продуктивності. Дослідження 3 відтворило цей ефект за допомогою більш контрольованого експерименту та показало, що після програшу оптимісти повідомляють, що запам'ятовують більше близьких перемог, ніж песимісти. Таким чином, усі три дослідження показують, що оптимісти, а не песимісти, зберігають позитивні очікування

та продовжують грати в азартні ігри після негативних результатів гри. Автори припускають, що, незважаючи на численні переваги оптимізму, існують загальні ситуації, в яких песимістична тенденція відмежуватися є корисною.

Оптимізм, як особистісний конструкт, вимірювався двома основними способами: як набір очікувань щодо ймовірності позитивних і негативних результатів і подій та як метод пояснення позитивних і негативних результатів. Перше визначення, яке зазвичай називають диспозиційним оптимізмом, найкраще характеризується тестом життєвих орієнтацій (LOT) Шейєра і Карвера [цит за 20]; друге визначення ґрунтується переважно на опитувальнику атрибутивного стилю (ASQ) (Peterson et al., 1982) та інших більш спеціалізованих методиках, які використовують загальний формат ASQ. Ця методика вимірювання просить респондентів надати пояснення негативним та/або позитивним подіям, а потім оцінити надане пояснення за такими вимірами: локус, стабільність та глобальність.

Таким чином, було розглянуто атрибутивні стилі і зазначено, що концепція оптимізму може бути корисною для здоров'я, оскільки вона може сприяти досягненню благополуччя через позитивне мислення та надію і впевненість у тому, що успіх (у даному випадку - благополуччя) можливий. В дослідженнях доведено, що оптимісти зберігають позитивні очікування та продовжують грати в азартні ігри після негативних результатів гри.

## **ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ**

1. Показано, що ігроманія (лудоманія, ігрова залежність), або патологічний потяг до азартних ігор (F63.0), характеризується втратою контролю під час гри, хибною ідеєю стосовно ступеня своєї залученості до гри, нехтуванням сім'єю та роботою, крадіжками та інш. Незважаючи на високу поширеність, така залежність часто не піддається лікуванню.

2. Відбулися зміни в класифікації: після 2013 року проблеми з азартними іграми, які раніше називали патологічною азартною поведінкою, вважалися розладом контролю над імпульсами, а в DSM-5 класифікуються як адиктивні розлади.

3. Продемонстровано, що люди у віці до 20 років є найбільш швидкозростаючою групою гравців. Майже дві третини підлітків у віці від 12 до 18 років заявили, що грали в азартні ігри або ігри, схожі на азартні, протягом попереднього року.

4. Розглядаючи питання, пов'язані з ризиками, які можуть бути пов'язані з азартними іграми, виокремлюють 3 поняття: азартна гра, проблемна азартна гра патологічна азартна гра.

5. Проаналізовано дослідження, в яких ігрові розлади пов'язані з варіаціями в різних ділянках мозку, зокрема в смугастому тілі та префронтальній корі, які беруть участь в обробці винагороди, соціальних та емоційних проблемах, стресі тощо. Деякі з цих відмінностей можуть бути пов'язані з генетикою. Серед інших нових відкриттів, люди з ігровою залежністю також мають менший об'єм мигдалеподібного тіла та гіпокампу - двох областей, пов'язаних з емоційним навчанням та регуляцією стресу.

6. Показано, що в науковій літературі існує модель шляхів розвитку проблемної азартної гри яка стверджує, що несприятливі події в дитинстві, такі як жорстоке поводження з дітьми, в поєднанні з пов'язаними з ними депресією та/або тривогою, спонукають деяких людей до азартних ігор як способу втечі або модулятора стресу, а потім особи продовжують грати в азартні ігри, незважаючи на суму, яку вони можуть дозволити собі витратити, аби вгамувати свій настрій. Імпульсивність та інші особистісні змінні, також поширені серед тих, хто грає в азартні ігри до надмірності, характерні для іншої підгрупи людей, які мають проблеми з азартними іграми.

7. Надається каталог, де перелічено діагностичні критерії в патологічній залежності від азартних ігор.

8. Продемонстровано, що люди, які залежних від азартних ігор, розподіляються на гравців з компульсивним потягом до дії (action compulsive gamblers) та гравців з компульсивним втечею (escape compulsive gamblers).

9. Надано фази розвитку ігрового розладу, оскільки патологічна залежність від азартних ігор - це хвороба, і, як було показано раніше, це хвороба, яка розвивається.. Загалом виділяють чотири фази:Ця фаза виграшу або перемоги (фаза виграшу), фаза віри у виіграш, фаза відчаю і фаза втрати надії.

10. Узагальнено, що ігроманія - це клінічний феномен (Hunt & Blaszczynski, 2019), який характеризується втратою контролю над поведінкою, що призводить не лише до витрачання надмірних сум грошей, але й до змін в емоційній адаптації та міжособистісних стосунках. Ігровий розлад (IP) визнається як стійка та рецидивуюча проблемна поведінка в азартних іграх, що призводить до клінічно значущих порушень або дистресу [1]. На сьогоднішній день когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найбільш емпірично підтвердженим методом лікування

11. Розглянуто атрибутивні стилі і зазначено, що концепція оптимізму може бути корисною для здоров'я, оскільки вона може сприяти досягненню благополуччя через позитивне мислення та надію і впевненість у тому, що успіх (у даному випадку - благополуччя) можливий. В дослідженнях доведено, що оптимісти зберігають позитивні очікування та продовжують грати в азартні ігри після негативних результатів гри.

## **РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР У ОСІБ З ОПТИМІСТИЧНИМ АТРИБУТИВНИМ СТИЛЕМ**

### **2.1. Обґрунтування проведення дослідження**

Проблемна азартна гра ("ігрова залежність" або "ігровий розлад") - це поведінка в азартних іграх, яка завдає шкоди людині або її родині, часто порушуючи їхнє повсякденне життя та кар'єру. Будь-хто, хто грає в азартні ігри, може бути в групі ризику розвитку ігрового розладу. Ігровий розлад є визнаним діагнозом психічного здоров'я. До деяких тривожних ознак ігрової залежності відносять:

- Постійні думки про азартні ігри.
- Відчуття потреби ставити більше грошей і частіше.
- Повернення до спроб відіграти свої гроші ("гонитва за програшем").
- Почуття неспокою або роздратованості при спробі зупинитися або скоротити ставку.
- Відчуття, що ви не можете себе контролювати.
- Грати в азартні ігри, незважаючи на негативні наслідки.

В екстремальних випадках залежність від азартних ігор може призвести до банкрутства, юридичних проблем, втрати роботи або сім'ї, а також до роздумів про самогубство.

Ігроманія - це емоційна проблема, яка має фінансові та інші наслідки. Навіть якщо людина виплачує свої ігрові борги, вона все одно може мати інші проблеми, спричинені азартними іграми. Єдиний спосіб подолати ігрову залежність - змінити шкідливі ігрові звички, а соціальна підтримка та заохочення є важливою частиною цих змін.

Кількість програних або виграних грошей не визначає, коли азартні ігри стають проблематичними. Хоча азартні ігри можуть спричинити фінансові проблеми, це не єдина тривожна ознака проблеми з азартними іграми. Якщо азартні ігри заважають стосункам, роботі, психічному чи фізичному здоров'ю або будь-якій іншій сфері життя людини, це проблемна поведінка.

Діти та підлітки мають вищий ризик розвитку ігрової залежності, ніж дорослі. Крім того, люди, які починають грати в азартні ігри в ранньому віці, також мають більше шансів розвинути ігрову залежність у подальшому житті.

Оскільки причиною ігрової залежності є нездатність людини контролювати свою азартну поведінку, будь-який вид азартних ігор може стати проблематичним. Однак деякі види азартних ігор мають певні особливості, які можуть поглиблювати ігрову залежність. Хоча ці фактори ще недостатньо вивчені, окремі повідомлення свідчать про те, що одним із факторів ризику може бути висока швидкість гри. Іншими словами, чим швидше ставка досягає результату, тим більша ймовірність того, що у гравців можуть виникнути проблеми з конкретною грою.

Частота, з якою людина грає в азартні ігри, не визначає, чи має вона ігрову залежність. Навіть якщо людина грає в азартні ігри лише періодично, емоційні та фінансові наслідки все одно будуть помітні в її особистому та сімейному житті.

Хоча людина з ігровою залежністю не вживає жодних речовин, вона отримує від гри такий самий ефект, як і від вживання наркотиків або алкоголю. Подібно до того, як у людини формується толерантність до наркотиків або алкоголю, людина з нездоровою ігровою залежністю виявляє, що їй потрібно все більше і більше ігрового досвіду, щоб досягти

того ж емоційного ефекту, що й раніше. Це створює підвищений потяг до діяльності та ускладнює протистояння.

Як правило, люди з однією залежністю більш схильні до ризику розвитку іншої. Деякі люди, які страждають від ігрової залежності, також мають проблеми з алкоголем або наркотиками. Однак це не означає, що якщо у вас є проблеми з азартними іграми, ви гарантовано станете залежними від інших речей. Деякі люди, які мають проблеми з азартними іграми, ніколи не відчують жодної іншої залежності, тому що жодна інша речовина або діяльність не дає їм таких відчуттів, як азартні ігри. Існують також докази сімейної залежності, оскільки багато людей, які мають проблеми з азартними іграми, повідомляють, що один або обоє батьків мали проблеми з алкоголем та/або азартними іграми.

Таким чином, в зв'язку зі збільшенням осіб, що грають вважаємо що дослідження є обгрунованим і своєчасним.

## **2.2. Етапи дослідження і методи**

Дане емпіричне дослідження проводилося у три етапи: підготовчий, діагностичний та аналітико-інтерпретаційний. На підготовчому етапі було обрано методи та психодіагностичні техніки для оцінки складових особистісної безпеки та рядів досліджуваних рис особистості. Також визначено методи математико-статистичної обробки отриманих даних, репрезентативну вибірку респондентів і бази для проведення емпіричного дослідження. На підготовчому етапі сформований діагностичний етап полягав у зборі даних про вираженість усіх показників щодо ігрової залежності. Під час психодіагностичного обстеження всім респондентам ставилися однакові вимоги, а процедура проведення і обробки результатів була стандартною. Інструкції надавалися письмово, індивідуальні коментарі не робилися;

психодіагностика проходила в однакових умовах. На аналітико-інтерпретаційному етапі здійснювався математико-статистичний аналіз отриманих результатів та їх психологічна інтерпретація. Математико-статистичний аналіз передбачав кількісно-якісний аналіз даних.

В дослідженні використовувалися наступні методи і методики:

*теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури щодо вивчення ресурсів стійкості особистості в складних ситуаціях життя);

*емпіричні*: опитувальник оптимізму (Life Orientation Test – LOT), розроблений С.Carver та М.Scheier для вимірювання оптимізму як риси; Діагностичний скринінг на розлади залежності від азартних ігор (NODS-CLiP), Problem Gambling Self Quiz, в якому зібрані всі ці симптоми і критерії компульсивної азартної гри, Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)

Розглянемо деякі з використаних нами методик докладніше.

NODS-CLiP — це короткий інструмент психологічної оцінки, призначений для виявлення потенційної залежності від азартних ігор. Це стислий опитувальник, який допомагає визначити поведінку, що вказує на проблемну азартну гру. Тест зосереджується на ключових аспектах поведінки в азартних іграх, щоб оцінити ризик залежності з метою швидкого втручання та підтримки. Для окремих осіб або професіоналів, які прагнуть зрозуміти звички до азартних ігор, NODS-CLiP пропонує надійну відправну точку для подальшої оцінки або лікування.

1. Чи були коли-небудь періоди тривалістю 2 тижні або довше, коли ви витрачали багато часу на роздуми про свій досвід азартних ігор або планування майбутніх азартних ігор чи ставок?

2. Чи були коли-небудь періоди, що тривали два тижні або довше, коли ви витрачали багато часу на роздуми про те, як отримати гроші для

гри? 3. Чи брехали ви коли-небудь членам сім'ї, друзям або іншим про те, скільки ви граєте в азартні ігри або скільки грошей ви програли в азартних іграх?

4. Якщо так, чи траплялося це три чи більше разів?

5. Чи намагалися ви коли-небудь припинити, скоротити або контролювати свої азартні ігри?

6. Чи були ви неспокійними або дратівливими один або кілька разів, коли ви намагалися припинити, скоротити чи контролювати свої азартні ігри? 7. Чи намагалися ви коли-небудь припинити, скоротити чи контролювати свої азартні ігри, але не досягли успіху?

8. Це траплялося три чи більше разів?

9. Чи були коли-небудь періоди, коли вам доводилося грати в азартні ігри з більшими сумами грошей або з більшими ставками, ніж раніше, щоб отримати таке ж відчуття азарту?

10. Ви коли-небудь грали в азартні ігри, щоб позбутися від незручних почуттів, таких як провина, тривога, безпорадність або депресія?

11. Ви коли-небудь грали в азартні ігри як спосіб втекти від особистих проблем?

12. Чи був коли-небудь період, коли, якщо ви одного дня програли гроші в азартній грі, ви часто поверталися в інший день, щоб поквитатися?

13. Чи виписували ви коли-небудь поганий чек або брали гроші, які вам не належали, у членів сім'ї чи будь-кого іншого, щоб заплатити за свою азартну гру?

14. Чи спричиняли коли-небудь ваші азартні ігри серйозні або повторювані проблеми у ваших стосунках з кимось із членів вашої родини чи друзів?

15. Чи викликали у вас азартні ігри якісь проблеми в школі, наприклад, пропуски занять або днів у школі, або ваші оцінки погіршилися?

16. Чи коли-небудь через азартні ігри ви втрачали роботу, мали проблеми з роботою або втрачали важливу роботу чи можливість кар'єрного росту?

17. Чи доводилося вам коли-небудь просити членів сім'ї чи будь-кого іншого позичити вам гроші чи іншим чином виручити вас із безвихідної грошової ситуації, яка значною мірою була спричинена вашою грою?

Відповіді. Якщо відповіли "Так" на 0 запитань, це не означає, що у вас є проблеми з азартними іграми.

Якщо відповіли "Так" на 1-2 запитання, цей результат свідчить про незначний ризик виникнення проблеми з азартними іграми, але не відповідає клінічному діагнозу "ігрова залежність".

Якщо відповіли "так" на 3-4 запитання, це свідчить про те, що у вас були проблеми з азартними іграми в минулому або в теперішньому, що, як правило, менш серйозно, ніж клінічний діагноз "ігрова залежність".

Якщо відповіли "Так" на 5 або більше запитань, цей результат відповідає ймовірному діагнозу ігрової залежності.

Вченими, що вивчають ігрову залежність розроблений Тест на самооцінку проблемної азартної гри (Problem Gambling Self Quiz), в якому зібрані всі ці симптоми і критерії компульсивної азартної гри. Обстежуваний може відповісти на ці запитання, а також з'ясувати для себе, чи є у нього ігрова залежність.

1. Чи грали ви коли-небудь в азартні ігри довше, ніж планували?
2. Чи бувало так, що ви програвали всі свої гроші?
3. Чи були у вас коли-небудь проблеми зі сном через думки про азартні ігри?

4. Чи ставили ви коли-небудь гроші зі свого заробітку чи заощаджень, щоб оплатити рахунки?
5. Чи намагалися ви коли-небудь безуспішно кинути грати в азартні ігри?
6. Чи порушували ви коли-небудь закон або думали про те, щоб отримати гроші на азартні ігри таким чином?
7. Чи позичали ви коли-небудь гроші на азартні ігри?
8. Чи відчували ви коли-небудь докори сумління через азартні ігри?
9. Чи грали ви коли-небудь в азартні ігри, щоб отримати кошти щоб виконати свої фінансові зобов'язання?
10. Чи відчували ви коли-небудь депресивні або суїцидальні думки (бажання покінчити життя самогубством) через програш в азартних іграх?

Всі симптоми і фахівці в області ігрової залежності The National Council on Problem Gambling вказують на те, що навіть одна ствердна відповідь на будь-який з перерахованих вище може свідчити про те, що людина має проблему з азартними іграми або що вона залежна від азартних ігор.

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (symptom check list-90-revised - scl-90-r). Методика SCL-90-R створена LR Derogatis на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - методики, що веде свою історію від Cornell Medical Index (Wider, 1948), яка, у свою чергу, спиралася на "Шкалу дискомфорту" розроблену Parloff із співавторами (1953) . З ретроспективного аналізу створення методики можна сказати, що оскільки HSCL показав, що, незважаючи на хороші результати, отримані під час перевірки надійності та валідності шкали, мала місце низка серйозних обмежень при її використанні. По-перше, методика HSCL розроблялася як дослідницький інструмент, призначений до роботи з хворими. По-друге, п'ять спочатку виділених симптоматичних категорій хоч і добре працювали

в тих областях, на які вони були спрямовані, не охоплювали інших важливих областей симптоматики. І по-третє, значна кількість питань не мала відношення до вимірювання п'яти основних симптоматичних конструктів, а були просто «шумом». Нарешті, HSCL не існувало порівняльної клінічної шкали, яка могла б дозволити порівнювати показники психологічного статусу пацієнтів з клінічними даними. Ці міркування були враховані під час створення SCL-90-R. Взявши за основу пункти HSCL для п'яти симптоматичних категорій, визначених раніше, автори опустили кілька старих питань і додали 45 нових, що склали 4 категорії. Все це загалом і утворило методику SCL-90-R, яка історично пов'язана з HSCL, але відмінна від неї.

Шкала SCL містить 90 пунктів, які дозволяють оцінити симптоматику психіатричних пацієнтів та здорових людей (Derogatis, Rickels, Rock, 1976). Кожен із 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім ні», а 4 – «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів підраховуються та інтерпретуються за 9 основними шкалами симптоматичних розладів:

соматизації – Somatization (SOM),

обсесивності – компульсивності – Obsessive – Compulsive (O – C),

міжособистісної сензитивності – Interpersonal Sensitivity (INT ),

тривожності – Anxiety (ANX),

ворожості – Hostility (HOS),

фобічної тривожності – Phobic Anxiety (PHOB),

паранояльних тенденцій – Paranoid Ideation (PAR),

психотизму – Psychoticism (PSY)

та за 3 узагальненими шкалами другого порядку: тяжкості симптомів (GSI), індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD), загальна кількість ствердних відповідей (PST). Індекси другого порядку

запропоновані для того, щоб мати можливість гнучкіше оцінювати психопатологічний статус пацієнта. Результат за шкалою тяжкості симптомів GSI вважається середнє арифметичне значення всього тесту, тобто. сума балів усіх питань, поділена на 90. Загальна кількість ствердних відповідей PST дорівнює просто кількості питань, на які дано неотрицательные відповіді. PSDI - середня тяжкість симптомів, що пред'являються, вчисляється як розподіл загального бала всього тесту на значення PST. Таким чином, при  $PST=90$ , GSI і PSDI дорівнюють один одному, чим менше значення PST, тим більше буде різниця між ними.

Таким чином, розглянуто методи і методики, що використовувалися в дослідженні.

## **ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ**

1. Оскільки причиною ігрової залежності є нездатність людини контролювати свою азартну поведінку, будь-який вид азартних ігор може стати проблематичним і зв'язку зі збільшенням осіб, що грають вважаємо, що дослідження є обгрунованим і своєчасним.

2. Розглянуто етапи, методи і методики, що використовувалися в дослідженні.

3. В роботі використані наступні методи теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури щодо вивчення ресурсів стійкості особистості в складних ситуаціях життя); емпіричні: опитувальник оптимізму (Life Orientation Test – LOT), розроблений С.Carver та М.Scheier для вимірювання оптимізму як риси; Діагностичний скринінг на розлади залежності від азартних ігор (NODS-CLiP), Problem Gambling Self Quiz, в якому зібрані всі ці симптоми і критерії компульсивної азартної гри, Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)

### РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЗАРТНИХ ІГОР У ОСІБ З ОПТИМІСТИЧНИМ АТРИБУТИВНИМ СТИЛЕМ

#### 3.1. Вивчення і порівняння особливостей залежності від азартних ігор у осіб з різними атрибутивними стилями

На першому етапі емпіричного дослідження ми використали методику NODS-CLiP. Результати відображено в таблиці.3.1

*Таблиця 3.1.*

#### Результати на потенційну залежність від азартних ігор

Кількість відповідей «Так»	В %
0	-
1-2	31,1
3-4	46,6
5 і більше	20
відмовилися	2,3

Як бачимо з таблиці, «Так» ніхто не відповів на 0 запитань. 31,1% досліджуваних відповіли "Так" на 1-2 запитання, цей результат свідчить про незначний ризик виникнення проблеми з азартними іграми, але не відповідає клінічному діагнозу "ігрова залежність". На 3-4 запитання відповіли «Так» 46,6% досліджуваних чоловіків, це свідчить про те, що у них були проблеми з азартними іграми в минулому або в теперішньому, що, як правило, менш серйозно, ніж клінічний діагноз "ігрова залежність". "Так" на 5 або більше запитань, відповіли 20% досліджуваних, цей результат відповідає ймовірному діагнозу ігрової залежності.

Таким чином, за допомогою короткого інструменту психологічної оцінки, призначеного для виявлення потенційної залежності від азартних ігор встановлено, що 20% чоловіків імовірно мають ігрову залежність.

Далі ми провели Тест на самооцінку проблемної азартної гри (Problem Gambling Self Quiz), в якому зібрані всі ці симптоми і критерії компульсивної азартної гри серед тих чоловіків, що відповіли ТАК хоча б на 1 питання методики NODS-CLiP. У всіх чоловіків встановлена одна ствердна відповідь на перераховані питання (див. РОЗДІЛ 2), що свідчить про те, що людина має проблему з азартними іграми або що вона залежна від азартних ігор.

Далі ми вивчали переважаючий атрибутивний стиль за методикою LOT-R у досліджуваних.

**Таблиця 3.2**

**Представленість рівнів оптимізму у досліджуваних чоловіків**

Атрибутивний стиль	Група чоловіків
Крайня ступінь песимізму	6,7
Песимісти	15,6
Оптимісти	66,6
Крайня ступінь оптимізму	11,1

Згідно з таблицею 2.2. 66,6% досліджуваних мають виражений атрибутивний стиль – оптимізм. Оптимісти неприємності вважають тимчасовими, причиною яких є зовнішні обставини, в майбутньому швидше відбудуватимуться хороші події, а не погані. Д. Гоулман говорив, що оптимізм - це установка, яка запобігає апатії, безнадійності або депресії перед складними життєвими обставинами..., установка оптиміста породжує надію. Але ще І.І.Мечников говорив, що хронічні хворі часто відрізняються оптимістичним світоглядом.

Крайня ступінь оптимізму представлена у 6,7% досліджуваних чоловіків. Досліджувані не усвідомлюють реальних обставин і більш високо оцінюють свої особистісні шанси щодо позитивних життєвих подій і значно нижче щодо негативних. Так, імовірно програш в грі робить людину з крайнім ступенем оптимізму легковажною, такою, що не визнає або невідповідно зменшує проблему, і він собі говорить «я все одне відіграюся».

Щодо песимістів, 15,6% досліджуваних має атрибутивний стиль песимізм. М.Селігман вважав, що особливою рисою песимістів є їх віра в те, що невдачі триватимуть довго, згублять все, що б вони не робили, і винні в них вони самі, але установка песиміста веде до відчаю, []. Песимістів з крайнім ступенем 11,1%, їх атрибутивний стиль і ставлення до ситуації передбачає використання неконструктивних засобів її подолання.

Далі ми розподілили досліджуваних на 2 групи за критерієм атрибутивного стилю, групи отримали наступні назви: Ігроки з оптимістичним атрибутивним стилем – Оптимісти (34 чоловіків) і ігроки з песимістичним атрибутивним стилем – Песимісти (10 чоловіків).

За останньому етапі дослідження ми провели Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) тому, що відомо що ігрова залежність демонструє високий рівень коморбідності з іншими психічними розладами та залежностями. Результати відображено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

**Результати за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики в двох групах**

Шкали	Показники по групах ігроків			
	Оптимісти		Песимісти	
	М	SD	М	SD
SOM	71	2,1	58	2,9
О – С	79,3	2,4	72	2,7
INT	84,2	2,2	89,1	3,1
DEP	82,3	2,1	74,1	2,9
ANX	74,1	2,8	61,4	3,2
HOS	61,3	1,9	78	3,3
PHOB	37,1	2,4	43,4	3,4
PAR	72	2,2	71	3,0
PSY	51,4	2,8	64	3,1
GSI	78	2,3	73	2,9
PSDI	61,8	2,9	54	2,8
PST	76	2,7	69	

Примітка: SOM – Соматизація, О - С - Обсесивно-компульсивні розлади, INT - Міжособистісна сензитивність, DEP - Депресія, ANX - Тривожність, HOS - Ворожість, PHOB - Фобічна тривожність, PAR -Параноїльні симптоми, PSY - Психотизм, GSI – тяжкість симптомів, PSDI- індекс наявного симптоматичного дистресу, PST - кількість ствердних відповідей GT

За шкалою Соматизація в групі «Оптимісти» високі значення, в групі «Песимісти» в пределах середніх значень. Порушення, які називають соматизацією, які є в наявності в групі «Оптимісти» відображають дистрес,

що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги, фіксовані в кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах. Компонентами розладу є також головний біль, інші болі та загальний м'язовий дискомфорт та на додаток – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми та ознаки можуть вказувати на наявність розладу, хоча вони можуть бути проявом реальних соматичних захворювань.

За шкалою Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive – Compulsive – O – C) в групі «Оптимісти» середньо-високі значення, в групі «Песимісти» в межах середніх значень. Обсесивно-компульсивний розлад має симптоми, які значною мірою тотожні стандартному клінічному синдрому з тією самою назвою. При цьому характерні думки, імпульси та дії, що сприймаються як постійні та непереборні сили, але чужі Его чи небажані.

За шкалою Міжособистісна сензитивність (Interpersonal Sensitivity – INT) в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» середньо-високі. Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності та неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими, що роблять песимісти. Самозасудження, почуття занепокоєння та помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з середньо-високими показниками по INT повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я та негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії та будь-яких комунікацій з іншими людьми.

За шкалою Депресія (Depression – DEP) в групі «Оптимісти» високі зазначення, в групі «Песимісти» середньо-високі. Симптоми цього розладу відбивають широку сферу проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії та такі афективні симптоми, як ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації та втрати життєвої енергії. Крім того,

сюди відносяться почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні та соматичні кореляти депресії.

За шкалою Тривога (Anxiety – ANX) в групі «Оптимісти» високі зазначення, в групі «Песимісти» також високі. Тривожний розлад складається з низки симптомів та ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. Головна ознака тут вільноплавна тривога. Їй відповідає відчуття, що загроза чи предмет страху пронизує все, хоча тривога не прив'язана до чогось конкретного. Досліджувані двох груп відчувають нервозність, напруга, тремор, а також напади паніки та почуття жаху.

За шкалою Ворожість (Hostility – HOS) в групі «Оптимісти» низькі зазначення, в групі «Песимісти» - високі. Думки, почуття чи дії, песимістів є проявами негативного афективного стану агресії. До складу цієї шкали входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів та обурення.

За шкалою Фобічна тривожність (Phobic Anxiety – PNOB) в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» - середньо-високі. Ці високі значення проявляються як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти чи ситуації, яка характеризується як ірраціональна та неадекватна по відношенню до стимулу та тягне за собою унікаючу поведінку. Пункти, що стосуються представленого розладу, спрямовані на найбільш патогномічні та руйнівні прояви фобічної поведінки. Структура даного розладу близько відповідає визначенню агорафобії (Marks, 1969), яка називається також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації (Roth, 1959).

За шкалою Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation – PAR) в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» - також середні. Паранояльна поведінка тут представлена як вид порушень мислення. Його

кардинальні характеристики: проєкції думок, ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії – розглядаються як основні ознаки цього розладу, і питання орієнтовані дані ознаки.

За шкалою Психотизм (Psychoticism - PSY) в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» - середньо-високі. У шкалу психотизму включені питання, що вказують на унікальний, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі, як зорові або звукові галюцинації. Шкала психотизму є континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних ознак психозу.

Далі ми порівняли досліджуваних 2 груп за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики за U-критерієм Манні Вітні. Результати відображено в таблиці 3.4.

**Таблиця 3.4.**

**Значущі розбіжності між групами Оптимістів і Песимістів**

Шкала	U-критерієм Манні Вітні, p
SOM	,043
DEP	,05
ANX	,05
HOS	,04
PSY	,05

Примітка: SOM – Соматизація, DEP - Депресія, ANX - Тривожність, HOS - Ворожість, PSY – Психотизм.

Так, за шкалою Соматизація встановлено статистичні розбіжності між групами на користь оптимістів ( $p < ,043$ ), в групі «Оптимісти» вираженим є дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. За шкалою Депресія встановлено статистичні розбіжності на користь оптимістів ( $p < ,05$ ) в них є більш вираженими є симптоми дисфорії та такі афективні симптоми, як

ознаки нестачі мотивації та втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні та соматичні кореляти депресії. За шкалою Тривога (Anxiety – ANX) встановлено статистичні розбіжності на користь песимістів ( $p < ,05$ ) у песимістів більш вираженою є нервозність, напруга, напади паніки та почуття жаху. За шкалою Ворожість (Hostility – HOS) встановлено статистичні розбіжності на користь песимістів ( $p < ,04$ ). Думки, почуття чи дії, песимістів є проявами негативного афективного стану агресії. За шкалою Психотизм (Psychoticism - PSY) встановлено статистичні розбіжності між групами на користь песимістів ( $p < ,043$ ) в них превалює шизоїдний стиль життя.

Таким чином, можна зазначити, що у ігроків з оптимістичним атрибутивним стилем менше виражена психопатологічна симптоматика.

### **3.2. Програма тренінгу з усунення ігрової поведінки та сприяння іншим альтернативам, які сприяють формуванню нового способу життя**

Ігроманія класифікується як психічний розлад у тій же категорії, що й наркоманія. DSM-5 (APA, 2013) включає залежність від азартних ігор в Інтернеті в глобальну категорію розладів, пов'язаних з азартними іграми, а МКХ-11 (BOOЗ, 2018) виділяє залежність від азартних ігор в Інтернеті як підтип розладів, пов'язаних з азартними іграми. Як і у випадку з іншими залежностями, ігрова залежність може поєднуватися з іншими психічними розладами; серед них переважають афективні та тривожні розлади, а також вживання психоактивних речовин (Lorains та ін., 2011). Багато людей з ігровою залежністю здійснюють незаконні дії, щоб отримати гроші для продовження гри (Potenza та ін., 2000), а деякі з них можуть покінчити життя самогубством через проблеми, викликані азартними іграми (Petry & Kiluk,

2002). Проблема суїциду зустрічається частіше, ніж при більшості психічних розладів, за винятком великої депресії та біполярного розладу.

Взагалі лікування має на меті зменшити або усунути ігрову поведінку та сприяти іншим альтернативам, які сприяють формуванню нового способу життя. Вона базується на принципах навчальної психології та використовує терапевтичні інструменти, які виявилися ефективними в лікуванні адиктивної поведінки.

Аналіз літератури дав нам змогу розробити і представити програму терапевтичних інструментів. Програма складається з 6 модулів, кожен модуль має ціль, описані процедури і пояснення і 18 сесій.

**Перший модуль .** Аналіз ігрової поведінки та клінічного анамнезу (Сесії 1, 2).

Цілі ➤ Оцінка розладу азартних ігор та його клінічних наслідків. Аналіз факторів, що підтримують ігрову поведінку. Переконати пацієнта визнати наявність проблеми, прийняти терапевтичні цілі та взяти на себе зобов'язання щодо виконання заходів.

Інструменти:

➤ Клінічний анамнез. Функціональний аналіз поведінки. Діагностичні опитувальники: NODS або Обсесивно-компульсивна шкала Йельського університету Брауна та SCL-90 та ін.

Щонайменше дві сесії присвячуються повній оцінці ігрової залежності та будь-яких інших пов'язаних з нею розладів. Використовується як поведінкове інтерв'ю, так і спеціальні діагностичні інструменти, щоб визначити, чи потребує пацієнт додаткового втручання для вирішення інших психологічних проблем. Для оцінки клінічних симптомів використовується Контрольний список симптомів-90 (SCL-90) (Derogatis, 1983)

➤ Складення поведінкового контракту.

**Другий модуль "Утримання та подолання дискомфорту"** (Заняття 3, 4, 6).

Мета ➤ Мотивувати гравця припинити робити ставки (утримання від азартних ігор) як засіб зменшення звичної ігрової поведінки. Подолати дискомфорт, викликаний утриманням від азартних ігор. Скласти план погашення боргу. Популяризувати альтернативні азартним іграм види поведінки.

Інструменти:

➤ Методи контролю стимулів. Психотерапевтичні техніки подолання дискомфорту.

➤ Техніки вирішення проблем та юридичні консультації. Навчання альтернативній поведінці та поведінці, несумісній з азартними іграми.

Мета - припинити ігрову залежність. Азартні ігри в Інтернеті стали усталеною звичкою, що призводить до сильної залежності пацієнтів від азартних ігор. За допомогою функціонального аналізу визначають, які пристрої найчастіше використовуються для ставок і які моменти або ситуації є найбільш проблемними для втрати контролю. Для того, щоб змусити пацієнта припинити грати, використовуються дві методики, засновані на обумовлення. Що стосується класичного обумовлення, то всі умовні подразники, які провокують умовну реакцію відміни, що породжує потребу грати, будуть усунені (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2005). Що стосується оперантного обумовлення, то одним із способів зменшити поведінку є підкріплення альтернативних форм поведінки (Wallace & Robles, 2003). Якщо це можливо, така поведінка має бути несумісною з азартними іграми в Інтернеті. Клінічне інтерв'ю надасть терапевту інформацію про те, яку поведінку пацієнт може виконувати, щоб замінити

поведінку, пов'язану з азартними іграми в Інтернеті. Функціональний аналіз використовується для збору інформації про те, коли і як довго їх слід застосовувати. З поведінкового репертуару пацієнта терапевт вибере ті, які не тільки життєздатні та ефективні в зниженні ігрової поведінки, але й ті, які можуть бути підтримані в майбутньому і слугуватимуть просуванню здорового способу життя без азартних ігор.

Процедура. Методи контролю стимулів спрямовані на модифікацію умов навколишнього середовища, які спонукають до азартних ігор або сприяють їм, з метою запобігання азартним іграм у пацієнта (Echeburúa et al., 1996). Найбільш релевантними методами є наступні:

- Уникати наявності готівки. Ко-терапевт повинен керувати грошима пацієнта і давати йому тільки те, що необхідно. Пацієнт повинен обґрунтовувати будь-які витрати квитанціями. Відмовтеся від кредитних та/або дебетових карток і будь-яких інших інструментів для отримання грошей в електронному вигляді (рахунки PayPal тощо). Рекомендації:

- Усунути будь-які умови, що передують поведінці, пов'язаній з азартними іграми в Інтернеті. Виключити себе з азартних веб-сайтів. Не заходьте в казино або ігрові кімнати, які пропонують онлайн-ігри. Не заходьте на веб-сайти з азартними іграми. Відформатуйте комп'ютер, щоб видалити файли cookie від гральних компаній.

Методи подолання дискомфорту: Для подолання дискомфорту можна використовувати багато психотерапевтичних методів. Терапевт повинен знати, які техніки є найбільш підходящими для кожного пацієнта, виходячи з його потреб, як навчити їх пацієнта і як заохотити пацієнта до подальшого застосування. Деякі з найбільш підходящих технік для уникнення дискомфорту, спричиненого депривацією від азартних ігор, є наступними:

➤ Техніки м'язової релаксації (тривалі або скорочені). Дихальні техніки.

➤ Техніки зупинки думок.

➤ Техніки уяви.

➤ Техніки відволікання.

Якщо утримання від азартних ігор не спричиняє значного дискомфорту для даного пацієнта, навчання цим технікам може не знадобитися. Це спростило б лікування, яке і так є досить об'ємним.

Вирішення фінансових проблем. Фінансові проблеми та борги є проблемою, яка спричиняє найбільший дискомфорт і часто призводить до рецидиву (Matthews & Volberg, 2013). З цієї причини необхідно скласти план виплати боргів навіть найближчим родичам, наприклад, батькам. У випадку боргів перед кредиторами або фінансовими установами може знадобитися юридична консультація, щоб розпочати поетапну виплату.

Дуже важливо, щоб пацієнти брали на себе відповідальність за свої борги і брали на себе зобов'язання, щоб азартні ігри набули негативного забарвлення. Це сприятиме зменшенню ігрової поведінки та зміні поглядів, необхідних для терапевтичного покращення.

Підкріплення альтернативної поведінки Ще один спосіб зменшити залежність - підкріплення альтернативної поведінки, якщо це можливо, несумісної з залежністю (Wallace & Robles, 2003). Функціональний аналіз надасть інформацію про те, яку поведінку слід заохочувати, в який час і за яких обставин, щоб одночасно утримати пацієнта від ставок і надати йому альтернативу. Терапевт і пацієнт повинні організувати діяльність за тижневим графіком, завжди вказуючи, що вони збираються робити, як і коли. Поведінка повинна бути операціоналізована, щоб можна було перевірити її виконання: прогулянки, фізична активність, участь у

культурних заходах, читання, прослуховування музики тощо. Якщо проблемна азартна гра відбувається на комп'ютері, доступ до нього має бути обмежений, а всі дії, які можна виконати в режимі офлайн, слід виконувати саме так. Всі дії повинні бути записані на картці самореєстрації, і терапевт буде перевіряти, чи правильно пацієнт їх виконував

**Третій модуль** Декондиціонування та навчання навичкам самоконтролю (Сесії: 8, 10, 12)

Цілі > Згасання умовних реакцій абстиненції

> Набуття навичок подолання у відповідь на умови азартних ігор

Інструменти

> Методи впливу

> Методи самоконтролю Основи Класичне та оперантне кондиціонування, які є важливими для розвитку та підтримки ігрової поведінки, є незамінними в терапевтичному втручанні, спрямованому на декондицію ігрової поведінки (Wallace & Robles, 2003; Weiss, 2010).

Однією з особливостей адиктивної поведінки є її ритуалізація. Це особливо важливо у випадку залежності від азартних ігор в Інтернеті, в яких ставки здійснюються в певному порядку. Багато стимулів, які присутні під час послідовності азартних ігор в Інтернеті, асоціюються з процесом і його наслідками, і вони стають умовними подразниками. Як і у випадку з іншими залежностями, умовні подразники генерують умовні реакції відміни, які провокують потребу знову грати (Sodano & Wulfert, 2010; Wulfert та ін., 2009). Що стосується оперантного обумовлення, то роль дискримінаційних стимулів є центральною. Поведінковий ланцюжок, який є азартною грою, перебуває під сильним впливом дискримінаційних стимулів (Fantino та ін., 2005). З цієї причини важливо зменшити умовні реакції за допомогою процедур вимирання. Тобто умовний стимул повинен бути присутнім без

безумовного стимулу (азартної гри). Психотерапевтичною технікою, що базується на екстинкції, є експозиція (Ashrafioun та ін., 2012; Riley та ін., 2018).

Але ігрова поведінка також підтримується за рахунок умов підкріплення (Crossman, 1983; Schüll, 2012; Weatherly & Dixon, 2007). Ігри, які забезпечують найкращі умови підкріплення (негайне отримання винагороди, підкріплення високих показників поведінки, зв'язок поведінки з винагородою тощо), посилюють поведінкову консолідацію. Багато структурних характеристик азартних ігор в Інтернеті є дуже сприятливими для оперантного обумовлення; насправді, азартні ігри в Інтернеті асоціюються з надмірною азартністю та вищими показниками розладів, пов'язаних з азартними іграми, ніж в офлайн-іграх (Chóliz та ін., 2019). Доведено, що методи модифікації поведінки є ефективними для зменшення або усунення надмірної поведінки. У випадку ігрової залежності від азартних ігор в Інтернеті пропонується оперантне вимирання та навчання методам подолання (Dowling та ін., 2008).

**Процедура.** Для декондиціонування азартної поведінки пропонується кілька методів, заснованих на класичному та оперантному обумовлення

**Експозиція.** Цей метод заснований на витісненні, але це психотерапевтичний метод лікування. З цієї причини необхідно, наскільки це можливо, щоб втручання було якомога менш аверсивним. Пред'явлення умовних подразників повинно бути поступовим, тобто умовні реакції повинні гаситися в порядку, від найменшої до найбільшої інтенсивності (Echeburúa et al., 1996). Для цього ієрархія умовних подразників повинна бути представлена під час різних сесій у спосіб, подібний до систематичної десенсибілізації (Wolpe, 1961). Для того, щоб зникнення умовного подразника відбулося, умовні реакції, викликані попередніми умовними подразниками в ієрархії, повинні бути суттєво зменшені, щоб викликати

гальмівний умовний процес (Van Holst et al., 2012). Щоб уникнути надмірної довжини ієрархії, пропонується три рівні: низький, середній і високий. На кожному ступені пацієнт повинен проходити сеанси впливу двічі на день протягом щонайменше двох тижнів. Різні ступені впливу (низький, середній і високий) визначені в терапевтичних сеансах (8, 10 і 12). Правильність виконання сеансів буде контролюватися за допомогою самореєстрації під час сеансів з 9 по 13.

Управління в надзвичайних ситуаціях та навчання стратегіям подолання наслідків У гральних компаніях використовують алгоритми, які пропонують підкріплення (виграш грошей) після бажаної поведінки (гри в азартні ігри) (Schüll, 2012; Yücel та ін., 2018). Компанії, що займаються азартними іграми в Інтернеті, контролюють рівень підкріплення, і саме тому слід уникати бажаної поведінки (ставок), тим самим гарантуючи, що вона ніколи не буде підкріплена. Отже, пацієнт повинен навчитися орієнтуватися на веб-сайтах, які пропонують азартні ігри в Інтернеті (ігрові автомати, електронну рулетку, спортивні ставки тощо), не роблячи при цьому ставок. Таким чином, пацієнт повинен мати можливість виконати всі етапи азартної поведінки і в останній момент не зробити ставку. Для цього пацієнт може використовувати техніки відволікання, уяви, техніки контролю імпульсів тощо. На заняттях терапевт навчає пацієнта, як зупинити поведінку і як підкріпити себе за те, що він зміг це зробити (позитивні саморегуляції, оцінки в картці самореєстрації і т.д.). Якщо терапевт вважає за необхідне, може бути реалізована програма управління непередбачуваними ситуаціями (ваучери, жетонна економіка тощо), подібна до тієї, що використовується в лікуванні наркозалежності (Lussier et al., 2006).

**Четвертий модуль** Когнітивно-поведінкове втручання (заняття 5, 9 і 13).

Цілі ➤ Надати профілактичну інформацію про азартні ігри в Інтернеті та ігрову залежність. Підвищити обізнаність про проблеми, спричинені азартними іграми та азартними іграми в Інтернеті. Змінити ставлення до азартних ігор в Інтернеті.

Інструменти ➤ Когнітивна реструктуризація.

➤ Дискусійні групи. Основи Інформація про наслідки ризикованої поведінки необхідна, але її недостатньо для зміни поведінки. Те ж саме стосується і ставлення. Однак точна інформація і сприятливе ставлення до зміни поведінки допомагають пацієнтам зрозуміти сенс своєї поведінки і необхідність змін, а також підтримувати зусилля, яких вимагає поведінкове лікування. Вони також необхідні для того, щоб протистояти розчаруванню в моменти, коли цілі не досягаються або виникають рецидиви. Тому когнітивно-поведінкове втручання необхідне для підвищення ефективності поведінкового лікування

Процедура. Протягом трьох сесій, що чергуються між сесіями контролю стимулів та експозиції (другий і третій модулі), проводиться когнітивно-поведінкова реструктуризація, під час якої інформація подається в достовірний і переконливий спосіб за допомогою 54 карток з інформацією, прес-релізами, свідченнями, прикладами та аудіовізуальними презентаціями. Інформація базується на принципах етичної гри в азартні ігри (Chóliz, 2018):

➤ Заняття 5: Онлайн-гемблінг - це економічна діяльність. Основні теми: масштабність цифр онлайн-гемблінгу; концепція математичного очікування; прибутки компаній від втрат гравців; соціальні та культурні виміри азартних ігор та онлайн-гемблінгу.

➤ Сесія 9: Азартні розлади. Опис критеріїв ігрової залежності; наслідки ігрового розладу на особистому, сімейному, соціальному та робочому рівнях; когнітивні упередження, що лежать в основі азартних ігор

та ігрового розладу. ➤ Сесія 13: Розлад азартних ігор в Інтернеті. Основні теми: чому онлайн-ігри викликають більшу залежність, ніж офлайн; рекламні та маркетингові прийоми, що використовуються в онлайн-іграх; гральна політика та її зв'язок з ігровою залежністю; відмінності та схожість між відповідальною грою та етичною грою в азартні ігри.

**П'ятий модуль.** Профілактика рецидивів (заняття 7, 11 і 14).

Цілі ➤ Вивчити природу рецидивів та їх причини.

➤ Навчитися ідентифікувати ситуації ризику.

➤ Навчання копінг-стратегій у ситуаціях ризику.

Інструменти:

➤ Когнітивна реструктуризація.

➤ Дискусійні групи. Рольові ігри. Основи Рецидиви є дуже поширеним явищем протягом усього процесу зміни залежності (Prochaska et al., 1993). Іноді рецидиви пов'язані з поверненням до попередніх стадій і відкатом у процесі одужання або подолання хвороби. Як і у випадку з розвитком та підтриманням залежності, рецидиви можна аналізувати з точки зору зумовленості, визнаючи їхні передумови та наслідки. Що стосується передумов, то рецидиви, як і адиктивна поведінка, не з'являються у вакуумі, а спричиняються попередніми факторами, які необхідно визнати. Деякі з основних причин є наступними:

➤ Умовні реакції відміни, які не були декондиціоновані, навіть якщо було проведено психотерапевтичне лікування. Повторна поява раніше погашених умовних реакцій відміни (спонтанне відновлення) з плином часу (Baum, 1988; Bouton, 1994). Поява емоційних реакцій, подібних до попередніх умовних реакцій відміни, але викликаних іншими причинами, наприклад, аверсивними ситуаціями (Steiner & Barry, 2011, 2014). Ці ситуації (особисті або навколишні) викликають емоційні реакції, подібні до

тих, які в минулому викликали умовні подразники, пов'язані з адиктивним процесом, і тому вони викликають потребу знову грати в азартні ігри. Якщо пацієнт повертається до гри, обумовленість швидко посилюється, як і в будь-якій перезасвоєній поведінці.

Щодо наслідків, до яких призводять рецидиви:

➤ Перенавчання та закріплення залежності. До лікування азартні ігри в Інтернеті були міцно засвоєною поведінкою, тому повернення до попередніх умов сприяє повторному навчанню, яке відбувається швидше, ніж первинний процес навчання, як і у випадку з іншими видами поведінки, що засвоюються повторно. Чим більше рецидивів було у пацієнта, тим складнішим буде процес декондиціонування. Ефект порушення утримання (Marlatt & Gordon, 1980, 1985). Рецидиви призводять до емоційних та когнітивних реакцій, які сприяють поверненню до азартних ігор. Пацієнти вважають, що їхня ігрова поведінка зумовлена внутрішніми, стабільними та глобальними причинами, які можуть спонукати їх знову зіграти в азартні ігри. Рецидиви також викликають емоційний дискомфорт і почуття провини, які пацієнт вирішує, знову граючи в азартні ігри

Когнітивна реструктуризація Когнітивна реструктуризація наслідків порушення утримання дуже схожа на процедуру когнітивного лікування депресії (Clark, 2014; Jacobson et al., 1996). Дуже важливо аналізувати емоційні реакції, викликані рецидивом (депресія, тривога, почуття провини, фрустрація тощо), оскільки негативні емоційні стани породжують потребу знову грати. Так само дисфункціональні когніції (внутрішній, глобальний і стабільний локус контролю в нездатності припинити гру) можуть знову спонукати до азартних ігор і виправдовувати рецидив, при цьому пацієнт приймає на себе роль хворого.

Рольові ігри Якщо це можливо, описаний вище процес можна проводити в групі, використовуючи такі техніки, як рольові ігри. Буде

корисно, якщо пацієнт візьме на себе роль гравця в азартні ігри, дружини, чоловіка, друга тощо, що може бути дуже корисним для розуміння рецидиву та навчання адекватному реагуванню на ситуації ризику.

**Шостий модуль Закінчення (заняття 15, три наступні заняття)**

Цілі ➤ Постійно утримуватися від азартних ігор в Інтернеті. Набути нового стилю життя. Переконатися, що зміни зберігаються протягом тривалого часу.

Інструменти ➤ Поведінкові інтерв'ю

Терапевтичний баланс

Обзор терапевтичної програми представлений в таблиці 3.5.

*Таблиця 3.5.*

**Основні кроки терапевтичної програми, що направлено для запобігання ігрової залежності**

сесії	Методи, що застосовуються	Зміст прийомов	Примітка
1,2	Клінічний анамнез	Особиста історія ігри, оцінка психічного здоров'я, борги, міжособистісні стосунки в	Інд -но
	Аналіз азартних ігор поведінка	Патерн азартних ігор, передумови і наслідки	
	Психологічні тести	NODS та SCL-90, тривога, депресія, імпульсивність	
3,4	Контроль стимулів	Контроль грошей і електронних пристроїв(компютер, мобільний телефон,	Інд -но

		планшет), заборонити доступ до гральних кімнат	
	Тренінг альтернативної поведінки	Відпочинок, фітнес, культура, наукова діяльність	
	Психотерапевтичні техніки для подолання дискомфорту	Релаксація, відволікання, розумовий контроль, дихання	
	Фінансові консультації	План погашення боргів	
5	Зміна інформації та зміна ставлення 1	Азартні ігри як економічна діяльність	Інд –но або група
6	Контроль стимулів 2	Ослаблений контроль стимулів	Інд -но
	Навчання альтернативній поведінці 2	Новий стиль життя	
7	Профілактика рецидивів 1	Рецидиви та класичне та оперантне кондиціонування% Абстиненція	Інд –но або група
8	Навчання стратегіям впливу і подолання 1	Низький рівень впливу	Інд -но
9	Інформація і зміна ставлення 2	Залежність від азартних ігор як проблема здоров'я	Інд –но або група

10	Навчання стратегіям експозиції та подолання 2	Середній рівень впливу	Інд -но
11	Запобігання рецидивам 2	Навчання розпізнавання ситуацій ризику та стратегіям подолання	Інд –но або група
12	Навчання стратегіям експозиції та подолання	Високий рівень схильності до азартних ігор в інтернеті	Інд -но
13	Інформація і зміна ставлення 3	Залежність від онлайн -ігор	Інд –но або група
14	Запобігання рецидивам 3	Навчання розпізнавання ситуацій ризику та стратегіям подолання	Інд –но або група
15	Закінчення лікування	Аналіз терапевтичного балансу	Інд -но
	Слідування	Контроль рецидиву через 1-3-12 місяців	Інд -но

Таким чином, предствлена програма програма тренінгу з усунення ігрової поведінки.

## **ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ**

1. Вивчено на потенційну залежність від азартних ігор. Встановлено, що 46,6% досліджуваних чоловіків, мають проблеми з азартними іграми в минулому або в теперішньому, у 20% досліджуваних, встановлено ігрова залежність.

2. Вивчено переважаючий атрибутивний стиль за методикою LOT-R у досліджуваних. Встановлено що 66,6% досліджуваних мають виражений атрибутивний стиль – оптимізм. Оптимісти неприємності вважають тимчасовими, причиною яких є зовнішні обставини, в майбутньому швидше відбуватимуться хороші події, а не погані. Крайня ступінь оптимізму представлена у 6,7% досліджуваних чоловіків. 15,6% досліджуваних має атрибутивний стиль песимізм. Песимістів з крайнім ступенем 11,1%, їх атрибутивний стиль і ставлення до ситуації передбачає використання неконструктивних засобів її подолання.

3. Розподілено досліджуваних на 2 групи за критерієм атрибутивного стилю, групи отримали наступні назви: Ігроки з оптимістичним атрибутивним стилем – Оптимісти (34 чоловіків) і ігроки з песимістичним атрибутивним стилем – Песимісти (10 чоловіків).

4. Проведено опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Встановлено, що за шкалою Соматизація в групі «Оптимісти» високі значення, в групі «Песимісти» в межах середніх значень. За шкалою Обсесивно-компульсивні в групі «Оптимісти» середньо-високі значення, в групі «Песимісти» в межах середніх значень. За шкалою Міжособистісна сензитивність в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» середньо-високі. За шкалою Депресія в групі «Оптимісти» високі зазначення, в групі «Песимісти» середньо-високі. За шкалою Тривога в групі «Оптимісти» високі зазначення, в групі «Песимісти» також високі. За шкалою Ворожість в групі «Оптимісти» низькі зазначення, в групі «Песимісти» - високі. За шкалою Фобічна тривожність в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» - середньо-високі. За шкалою Паранояльні симптоми в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» - також середні. За шкалою Психотизм в групі «Оптимісти» середні зазначення, в групі «Песимісти» - середньо-високі.

5. Порівняно досліджуваних 2 груп за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики за U-критерієм Манні Вітні. Встановлено, що за шкалою Соматизація існують статистичні розбіжності між групами на користь оптимістів ( $p < ,043$ ), в групі «Оптимісти» вираженим є дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. За шкалою Депресія встановлено статистичні розбіжності на користь оптимістів ( $p < ,05$ ) в них є більш вираженими є симптоми дисфорії та такі афективні симптоми, як ознаки нестачі мотивації та втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні та соматичні кореляти депресії. За шкалою Тривога (Anxiety – ANX) встановлено статистичні розбіжності на користь песимістів ( $p < ,05$ ) у песимістів більш вираженою є нервозність, напруга, напади паніки та почуття жаху. За шкалою Ворожість (Hostility – HOS) встановлено статистичні розбіжності на користь песимістів ( $p < ,04$ ). Думки, почуття чи дії, песимістів є проявами негативного афективного стану агресії. За шкалою Психотизм (Psychoticism - PSY) встановлено статистичні розбіжності між групами на користь песимістів ( $p < ,043$ ) в них превалює шизоїдний стиль життя. Зазначено, що у ігроків з оптимістичним атрибутивним стилем менше виражена психопатологічна симптоматика.

6. Розроблено програму тренінгу з усунення ігрової поведінки та сприяння іншим альтернативам, які сприяють формуванню нового способу життя. Програма складається з 6 модулів, кожний має ціль, інструменти, проводиться індивідуально або в групі.

## ВИСНОВКИ

1. Проведено теоретичний аналіз залежностей, зокрема ігрової залежності, надано діагностичні критерії та фази розвитку в патологічній залежності від азартних ігор. Показано, що ігроманія (лудоманія, ігрова залежність), або патологічний потяг до азартних ігор (F63.0), характеризується втратою контролю під час гри, хибною ідеєю стосовно ступеня своєї залученості до гри, нехтуванням сім'єю та роботою, крадіжками та інш. Незважаючи на високу поширеність, така залежність часто не піддається лікуванню. Показано, що в науковій літературі існує модель шляхів розвитку проблемної азартної гри яка стверджує, що несприятливі події в дитинстві, такі як жорстоке поводження з дітьми, в поєднанні з пов'язаними з ними депресією та/або тривогою, спонукають деяких людей до азартних ігор як способу втечі або модулятора стресу, а потім особи продовжують грати в азартні ігри, незважаючи на суму, яку вони можуть дозволити собі витратити, аби вгамувати свій настрій. Імпульсивність та інші особистісні змінні, також поширені серед тих, хто грає в азартні ігри до надмірності, характерні для іншої підгрупи людей, які мають проблеми з азартними іграми. Надано каталог, де перелічено діагностичні критерії в патологічній залежності від азартних ігор. Надано фази розвитку ігрового розладу, фаза виграшу або перемоги (фаза виграшу), фаза віри у виграш, фаза відчаю і фаза втрати надії.

2. Розглянуто становлення поглядів на атрибутивний стиль. Розглянуто атрибутивні стилі і зазначено, що концепція оптимізму може бути корисною для здоров'я, оскільки вона може сприяти досягненню благополуччя через позитивне мислення та надію і впевненість у тому, що

успіх (у даному випадку - благополуччя) можливий. В дослідженнях доведено, що оптимісти зберігають позитивні очікування та продовжують грати в азартні ігри після негативних результатів гри.

3. Емпірично вивчено прояви ігрової залежності від азартних ігор у осіб з оптимістичним атрибутивним стилем. Порівняно досліджуваних з різним атрибутивним стилем за U-критерієм Манні Вітні. Встановлено, що вони відрізняються за наступними шкалами: за шкалою Соматизація існують статистичні розбіжності між групами на користь оптимістів ( $p < ,043$ ), за шкалою Депресія встановлено статистичні розбіжності на користь оптимістів ( $p < ,05$ ), за шкалою Тривога (Anxiety – ANX) встановлено статистичні розбіжності на користь песимістів ( $p < ,05$ ), за шкалою Ворожість (Hostility – HOS) встановлено статистичні розбіжності на користь песимістів ( $p < ,04$ ). Зазначено, що у ігроків з оптимістичним атрибутивним стилем менше виражена психопатологічна симптоматика. Розроблено програму тренінгу з усунення ігрової поведінки та сприяння іншим альтернативам, які сприяють формуванню нового способу життя. Програма складається з 6 модулів, кожний має ціль, інструменти, проводиться індивідуально або в групі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abbott, M. W., Volberg, R. A., Bellringer, M., & Reith, G. (2004). A review of research on aspects of problem gambling. Final report. Prepared for the Responsibility in Gambling Trust, London.
2. Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Thousand Oaks, CA: Sage.
3. American Psychiatric Association. (2004). Diagnostic and statistical manual: Fourth edition. Washington, DC: Author
4. Aspinwall, L. G., & Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 993-1003.
5. Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.
6. Barker, T., & Britz, M. (2000). *Jokers wild: Legalized gambling in the twenty-first century*. Westport, CT: Praeger.
7. Badora, B.. (2012). Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych. Projekt badawczy realizowany przez Centrum Badania Opinii Publicznej, współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji ministra zdrowia. Warszawa: CBOS Pobrano.
8. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897

9. Black DW, Shaw M, Blum N. Pathological gambling and compulsive buying: do they fall within an obsessive-compulsive spectrum? *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):175-85
10. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction.* 2002 May;97(5):487-99.
11. Brand, M., Rumpf, H.-J., King, D. L., Potenza, M. N., & Wegmann, E. (2020). Clarifying terminologies in research on gaming disorder and other addictive behaviors: Distinctions between core symptoms and underlying psychological processes. *Current Opinion in Psychology*, 36, 49–5
12. Brooks, G., Ferrari, M., and Clark, L. (2020). Cognitive factors in gambling disorder, a behavioral addiction. In *Cognition and Addiction*, pages 209–219. Elsevier.
13. Bond, N. A. (1974). Basic strategy and expectation in casino black-jack. *Organizational Behavior and Human Performance*, 12, 413-428.
14. Bromberger, J. T., & Matthews, K. A. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychology and Aging*, 11,207-213.
15. Buchanan, G. M., & Seligman, M. E. P. (Eds.). (1995). *Explanatory style*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
16. Carver, C. S., & Gaines, J. G. (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.
17. Comings DE, Gade-Andavolu R, Gonzalez N, Wu S, Muhleman D, Chen C, Koh P, Farwell K, Blake H, Dietz G, MacMurray JP, Lesieur HR, Ruggle LJ, Rosenthal RJ. The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clin Genet.* 2001 Aug;60(2):107-16.
18. Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65,1224-1236.

19. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>.
20. Craig, H, Freak-poli, R, Phyo, AZZ, Ryan, J & Gasevic, D 2021, 'The association of optimism and pessimism and all-cause mortality: A systematic review', *Personality and Individual Differences*, vol. 177, pp. 110788
21. Jones, E. E., & Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in person perception. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2, pp. 219–266). New York: Academic.
22. Dickerson, M. G., & Adcock, S. (1987). Mood, arousal, and cognitions in persistent gambling: Preliminary investigation of a theoretical model. *Journal of Gambling Studies*, 3, 3-15.
23. Dickerson, M. G., Hinchy, J., & Fabre, J. (1987). Chasing, arousal and sensation seeking in off-course gamblers. *British Journal of Addiction*, 82, 673-680.
24. Felton, J., Gibson, B., & Sanbonmatsu, D. M. (in press). Preference for risk in investing as a function of trait optimism and gender. *Journal of Behavioral Finance*.
25. Fontaine, K. R., Manstead, A. S., & Wagner, H. (1993). Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of Personality*, 7, 267-281.
26. ICD-10 (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Pozyskano (17.11.2013) z <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60-F69>.
27. Irie, T., & Kengo, Y. (2022). The impact of problem gambling on families and relationship partners: A scoping literature review. *Journal of Gambling Issues*, 49, 1–43

28. Gibson, B., Sanbonmatsu, D. M., & Posavac, S. S. (1997). The effects of selective hypothesis testing on gambling. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 3, 126-142.
29. Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1110-1126.
30. Gilovich, T., & Douglas, C. (1986). Biased evaluation of randomly determined gambling outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 228-241
31. Gooding P, TARRIER N. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? *Behav Res Ther.* 2009;47(7):592–607.
32. Gupta, R., & Derevensky, J. L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14(4), 319–345
33. Gupta, R., & Derevensky, J. (2008). Gambling practices among youth: Etiology, prevention and treatment. In C. A. Essau (Ed.), *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment and treatment* (pp. 207-230). London, UK: Elsevier.
34. Held, B. S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 965-992.
35. Hing, N., et al., *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 19, No. 17, 2022
36. Hunt, C. J., & Blaszczyński, A. (2019). Gambling disorder as a clinical phenomenon. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, & M. N. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 15–27). Springer Nature Switzerland AG

37. Hulen, D (br.). Differences in Pathological Gamblers (in) Arizona w Arizona Council on Compulsive Gambling, Inc. Pobrano (17.12.2013) z <http://www.azccg.org>
38. Janoff-Bulman, R., & Brickman, P. (1982). Expectations and what people learn from failure. In N. T. Feather (Ed.), *Expectation and action: Expectancy-value models in psychology* (pp. 207-272).
39. Jarvis, B. (2002a). DirectRT (Version 2002.4.0.1) [Computer software]. New York: Empirisoft.
40. Jarvis, B. (2002b). MediaLab (Version 2002.1.4) [Computer software]. New York: Empirisoft.
41. Kalkusch I., Jaggy A.-K., Bossi C. B., Weiss B., Sticca F., Perren S. (2021). Promoting social pretend play in preschool age: is providing role-play material enough? *Early Educ. Dev.* 32, 1136–1152
42. Litt, M. D., Tennen, H., Affleck, G., & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 171-187.
43. Lesieur, H., Rosental, R. (1998). Analysis of pathological gambling. Widiger, T i inni (red.), *DSM-IV Sourcebook*. Volume 4.
44. Langhinrichsen-Rohling, J. (2010). Controversies involving gender and intimate partner violence in the United States. *Sex Roles: A Journal of Research*, 62(3-4), 179–193
45. Luijten M, Schellekens AF, Kühn S, Machielse MW, Sescousse G. Disruption of Reward Processing in Addiction : An Image-Based Meta-analysis of Functional Magnetic Resonance Imaging Studies. *JAMA Psychiatry*. 2017 Apr 1;74(4):387-398
46. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Soc Work Public Health*. 2013;28(3-4)

47. Luthar, S. S., & Goldstein, A. (2004). Children's exposure to community violence: Implications for understanding risk and resilience. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 499-505
48. Marshall, G. N., & Lang, E. L. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 132-139.
49. Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clin Proc*. 2000 Feb;75(2):140-3
50. Meisels, M., & Lane, R. C. (1996). A history of Division 39 (Psychoanalysis). In D. A. Dewsbury (Ed.), *Unification through division, Vol. 1. Histories of the divisions of the American Psychological Association* (pp. 233–264). American Psychological Association
51. Nutt DJ, Lingford-Hughes A, Erritzoe D, Stokes PR. The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. *Nat Rev Neurosci*. 2015 May;16(5):305-12
52. Norem, J. K., & Chang, E. C. (2002). The positive psychology of negative thinking. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 993-1001.
53. Oei, T. P. S., & Raylu, N. (2010). Gambling behaviours and motivations: A cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 23–34.
54. Park, C. L. (1998). Stress related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54, 267-277.
55. Park, C. L., Moore, P. J., Turner, R. A., & Adler, N. E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1061-1074.
- Robbins, A. S., Spence, J. T., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health

and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 755-765.

56. Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The Gambling Urge Scale: Development, Confirmatory Factor Validation, and Psychometric Properties. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 100–105.

57. Rahman, A. S., et al., Application of Machine Learning Methods in Mental Health Detection: A Systematic Review/*Journal of Psychiatric Research*, Vol. 46, No. 5, 2012

58. Smith, A., Poon, C., Jones, G., Thawer, Z., & McCreary Centre Society. (2021). Understanding the odds: Gambling among BC youth aged 12–18. McCreary Centre Society.

59. Spicer, S. G., Fullwood, C., Close, J., Nicklin, L. L., Lloyd, J., and Lloyd, H. (2022a). Loot boxes and problem gambling: Investigating the “gateway hypothesis”. *Addictive Behaviors*, 131:107327.

60. Spicer, S. G., Fullwood, C., Close, J., Nicklin, L. L., Lloyd, J., and Lloyd, H. (2022b). Loot boxes and problem gambling: Investigating the “gateway hypothesis”. *Addictive Behaviors*, 131:107327.

61. Spicer, S. G., Nicklin, L. L., Uther, M., Lloyd, J., Lloyd, H., and Close, J. (2022c). Loot boxes, problem gambling and problem video gaming: A systematic review and metanalysis. *New Media & Society*, 24(4):1001–1022

62. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

63. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

64. Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and

self-esteem): A re-evaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078

65. Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.

66. Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M., & Williamson, G. M. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11, 304-309.

67. Segerstrom, S. C. (2001). Optimism and attentional bias for negative and positive stimuli. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1334-1343.

68. Symptoms of the Compulsive Gamblers (br.). Arizona Council on Compulsive Gambling. Pozyskano (17.12.2013) Режим доступу: <http://www.azccg.org>.

69. Smith, T. W., Pope, M. K., Rhodewalt, F., & Poulton, J. L. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 640-648.

70. Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.

71. Rosenthal R, Lesieur H. Self reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *Am J Addict*. 1992;102:13–18

72. Tennen, H., & Affleck, G. (1987). The costs and benefits of optimistic explanations and dispositional optimism. *Journal of Personality*, 55, 377-393.

73. Tversky, A., & Kahneman, D. (1971). The belief in the law of small numbers. *Psychological Bulletin*, 76, 105-110.
74. Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. (2004). Adolescent gambling: Relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 398-401
75. Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R., & Tremblay, R. E. (2001). Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies*, 17, 171-190.
76. Walker, M. B. (1992). *The psychology of gambling*. New York: Pergamon.
77. Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
78. Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
79. Weiner, B. (1980). *Human Motivation*. NY: Holt, Rinehart & Winston
80. Wood, R. T. A., & Griffiths, M. D. (1998). The acquisition, development and maintenance of lottery and scratchcard gambling in adolescence. *Journal of Adolescence*, 21, 265-273.
81. Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288