**Факультет журналистики, социологии, психологии**

# Кафедра психологии

## Дипломная работа

**Тема: Особенности прогностической и эмоционально-волевой деятельности лиц с девиацией в форме гемблинга**

**Введение**

В современных условиях расширения коммуникаций, налаживания связей и отношений России со странами зарубежья, постоянного обмена опытом в различных сферах деятельности в России растет численность и популярность регулярно открывающихся казино, игорных домов, залов игровых автоматов. Легализация и практически бесконтрольное развитие игорного бизнеса в нашей стране не могли не способствовать появлению и распространению патологической склонности к азартным играм, что и послужило **проблемой** нашего исследования.

**Актуальность** проблемы очевидна, т.к. число людей, зависимых от азартных игр, увеличивается с каждым днем. Так, если в 1996 г. в отделение внебольничной психиатрии института имени В.М.Бехтерева в связи с патологическим пристрастием к азартным играм обратилось только 3 пациента, то в 1997-1998 г.г. - уже 26 пациентов, причем характер расстройств 6 из них потребовал терапии в стационарных условиях. Тяжесть проблемы усугубляется тем, что тот, кто оказывается в плену игорного азарта, не менее нацелен на совершение правонарушения, чем страдающий от неимения «дозы» наркоман.

**Объектом** работы послужила личность человека с девиацией в форме гемблинга, т.е. патологической склонности к азартным играм.

**Предмет** исследования - прогностическая и эмоционально-волевая деятельность лиц с девиантным поведением в форме гемблинга.

**Целью** работы является выявление особенностей прогностической и эмоционально-волевой деятельности лиц, подверженных гемблингу, а также сравнение гемблинга с другими негативными зависимостями на примере зависимости от наркотических веществ.

В исследовательской работе мы выдвигаем **2** **гипотезы**: 1) у лиц с девиантным поведением в форме гемблинга прогностическая и эмоционально-волевая деятельность отличается от прогностической и эмоционально-волевой деятельности гемблинг-независимых лиц; 2) прогностическая и волевая деятельность патологических игроков и лиц с наркотической зависимостью не имеет достоверных различий.

В работе ставятся следующие **задачи**:

1. Раскрыть суть проблемы гемблинга;
2. Выявить особенности антиципационной состоятельности у лиц, подверженных гемблингу;
3. Изучить специфичность механизмов эмоционально-волевой регуляции гемблинг-зависимых;
4. Установить локализацию уровня субъективного контроля деятельности гемблеров;
5. Сопоставить показатели антиципационной состоятельности и волевой регуляции гемблеров и наркоманов;
6. Провести анализ взаимосвязей параметров в выборках;

**Методологические и теоретические основы**. Базу исследовательской работы составила концепция прогностической компетентности В.Д. Менделевича, работы В.В. Зайцева, Ц.П. Короленко.

Мы старались использовать комплексный подход к изучению явления гемблинга. В экспериментальной части **диагностические процедуры** включили метод устного опроса, письменного тестирования и анкетирования. Исследование включило в себя **три выборки**. Первая выборка составила 40 человек, имеющих сверхценное увлечение азартными играми. Вторая выборка представляет собой контрольную группу из 25 человек, не имеющих подобную форму девиации. Третья выборка составила 28 человек с наркотической зависимостью. В исследовании были использованы следующие **методики**: тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) В.Д.Менделевича, тест волевой регуляции Пережогина, опросник УСК (уровень субъективного контроля - Роттера) и сокращенный вариант теста Кэттелла (105 вопросов).

Для обработки полученных данных были применены такие **количественные методы** как анализ средних значений параметров и степени их вариативности в различных выборках, статистическое сравнение показателей по t-критерию Стьюдента для независимых выборок, линейная корреляция по Пирсону, дивергентный анализ, а также **качественный метод** анализа корреляционных плеяд.

**Теоретическая значимость** (новизна) полученных результатов несомненна, т.к. проблема гемблинга нова и в отечественной психологии и психиатрии очень мало научных исследований и публикаций на данную тему. Исследование имеет и **практическую ценность**, т.к. предоставляет новые данные для понимания деятельности и поведения лиц с девиацией в форме гемблинга и использования их в консультативной и терапевтической работе.

**Структура и объем исследования**. Работа включает в себя введение, теоретическую (5 глав) и экспериментальную (2 главы) части, заключение, изложенных на 60 страницах машинописного текста. Список литературы включает 39 наименований. Приложение содержит 5 диаграмм, 2 рисунка и таблицы статистической обработки результатов.

**1. Теоретическая часть**

**1.1 Гемблинг – патологическая склонность к азартным играм**

Аддиктивное поведение - это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу из реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций [1]. Из определения следует, что мы можем отнести гемблинг к серии расстройств аддиктивного поведения.

Гемблинг – патологическая склонность к азартным играм относится к аддикции, не связанной с приемом каких-либо веществ, изменяющих психическое состояние. Имеется точка зрения, что аддиктивные расстройства лучше изучать на примерах аддикций, не связанных с приемом химических веществ, которые оказывают токсическое воздействие на организм человека и, тем самым, осложняют понимание основных механизмов аддикции в чистом виде [1].

Психологический подход рассматривает девиантное поведение в связи с внутриличностным конфликтом, деструкцией и саморазрушением личности. Имеется в виду тот факт, что сутью девиантного поведения следует считать блокирование личностного роста и даже деградацию личности, являющихся следствием, а иногда и целью отклоняющегося поведения. Девиант в соответствии с данным подходом осознанно или неосознанно стремится разрушить собственную самоценность, лишить себя уникальности, не позволить себе реализовать имеющиеся задатки.

 В рамках психиатрического подхода девиантные формы поведения рассматриваются как преморбидные (доболезненные) особенности личности, способствующие формированию тех или иных психических расстройств и заболеваний. Под девиациями зачастую понимаются не достигшие патологической выраженности в силу различных причин отклонения поведения, т.е. те "как бы психические расстройства", которые не в полной мере соответствуют общепринятым критериям для диагностики симптомов или синдромов. Несмотря на то, что эти отклонения и не достигли психопатологических качеств, они все же обозначаются термином расстройства [33].

Для более точного понимания мы считаем необходимым разграничить понятия социальное увлечение азартными играми и гемблинг, как сверхценное увлечение азартными играми, когда игрок теряет контроль над своим поведением, и потребность играть становится доминирующим мотивом деятельности. Т.е. гемблинг мы будем рассматривать на уровне девиации. Тем не менее, мы будем принимать во внимание тот факт, что девиация не есть болезнь и что она не в полной мере соответствует критериям болезни (расстройства).

В России проблема, к сожалению, исследовалась до сих пор явно недостаточно, а потому нет никаких статистических данных. Но есть статистика европейская. По данным, которые приводит сотрудник НИИ им. В.М. Бехтерева из 60% играющего населения в зависимость попадает нее более 1-1,5% игроков. В МКБ-10 указывается, что распространенность расстройства в индустриально развитых странах составляет предположительно 2-3% населения, и хотя лица разного пола равномерно участвуют в азартных играх, среди больных преобладают лица мужского пола. В проведенном нами исследовании в выборку гемблеров из 40 человек вошли лишь три представительницы женского пола. Расстройство достоверно чаще встречается у отцов мужского пола и матерей больных женского пола. Также достоверно чаще встречается алкоголизм у родителей больных обоего пола. Больные женского пола достоверно чаще имеют алкоголизирующегося супруга, склонного к отлучкам из дома [4], [5].

Патологическая склонность к азартным играм входит в раздел МКБ-10 «Расстройства привычек и влечений» наряду с пироманией и клептоманией. Для диагностики патологической склонности к азартным играм состояние должно отвечать следующим критериям:

1. Повторные (два и более) эпизоды азартных игр на протяжении года;
2. Возобновление эпизодов, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушения социальной и профессиональной ориентации
3. Невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием;
4. Постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всего, что с ней связано.

Для дифференциации патологического гемблинга приведем следующие факты. Обычное социальное участие в азартных играх в отличие от патологического происходит среди определенных друзей и знакомых, ограничено временем и суммой возможного проигрыша. При азартном состоянии на фоне маниакального состояния, аффекта, поведение выходит за пределы игровой ситуации. Кроме того, аффективные реакции патологического игрока, в отличие от маниакального больного, более четко и адекватно привязаны к выигрышу или проигрышу. Диссоциальное расстройство личности помогает отличить свойственная ему более широкая картина агрессивности; если состояние соответствует критериям обоих расстройств, выставляются оба диагноза [4].

Изначальная, первичная потребность играть в азартные игры может быть обусловлена:

* естественным любопытством и интересом к незнакомому и привлекательному виду деятельности;
* желанием получить острые ощущения (повышение адреналина в крови);
* желанием легких денег - получение материальных средств «по пути наименьшего сопротивления»;
* ориентацией на удачу, фортуну, «халяву», «шару», нежели на собственные способности и возможности;
* возможностью приобщения к определенной социальной группе;
* потребностью расслабления и релаксации.

Но не каждый из тех, кто когда-либо пробовал играть, втягивается в игровую деятельность и становится зависимым от нее. Из этого можно сделать вывод, что существует определенный тип людей, представляющих группу риска подобной девиации или определенный комплекс черт, характерных для структуры личности гемблера. Но поиски «структуры личности гемблера», а также попытки выявить «специфический профиль» личности предрасположенной к гиперактивации потребности играть в азартные игры, являются чрезвычайно сложными задачами.

Характерной чертой гемблера является постоянный оптимизм относительно ожидаемого выигрыша и невозможность извлечь уроки из цепи прошлых проигрышей. Остановиться при проигрыше всегда еще труднее, чем при выигрыше. Мотивация к аддиктивному поведению, помимо, собственно, денег, которые могут быть выиграны, поведенчески всегда подкрепляется субэйфорическим ощущением, испытываемым между ставкой и исходом игры. Очень важно, что деньги здесь играют подчиненную роль - компульсивный игрок будет продолжать игру вне зависимости от партнеров и длительности проигрыша [3].

Согласно американскому диагностическому и статистическому руководству по классификации психических расстройств основной чертой патологического гемблинга является «хроническая и прогрессирующая неспособность сопротивляться желанию участвовать в азартных играх и участие в азартных играх, которое компрометирует, разрушает или повреждает личные, семейные и профессиональные интересы. Участие в азартных играх, стремление к нему и активность в этом направлении усиливаются в периоды стресса. Проблемы, возникающие как результат гемблинга ведут к интенсификации участия в азартных играх». В справочнике обращается внимание на наиболее частые проблемы, связанные с участием в азартных играх. Типичными проявлениями социальной дезадаптации являются: финансовая несостоятельность, долги, правонарушения, конфликты с супружеским партнером, снижение профессиональной продуктивности. Наиболее тяжелыми последствиями являются увязание в криминальной среде и суицидное поведение. Т.е. кроме того, что гемблеры – это потенциальные преступники, они и потенциальные жертвы, жизнь которых часто «висит на волоске» [18].

Характерен внешний рисунок поведения: больные выглядят самоуверенными, независимыми, энергичными, несколько грубоватыми и широко тратят деньги, в особенности в периоды стресса, при наличии очевидных тревожно - депрессивных проявлений. Они не пытаются как-то организовать бюджет, копить деньги, предпочитая сначала занимать их, а затем доставать незаконным образом. Среди незаконных средств добывания денег преобладают ненасильственные (аферы, хищения) [4].

Гемблинг - сверхценное увлечение, когда все характеристики обычного увлечения усиливаются до гротеска, объект увлечения или деятельность становятся определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую иную деятельность. Классическим примером параксизмального увлечения и «гиперувлечения» является состояние влюбленности, когда человек может быть полностью сосредоточен на объекте и субъекте эмоционального переживания, утрачивать контроль за временем, посвященным ему, игнорировать любые иные стороны жизнедеятельности. Существенными признаками сверхценных психологических увлечений считаются:

- глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения;

- пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения;

- утрата чувства контроля за временем, затрачиваемым на увлечение;

- игнорирование любой иной деятельности или увлечения.

Психологическое увлечение в отличие от психопатологического, не выходит за границы традиционных для общества или отдельных его групп. Поэтому одно и то же групповое или коллективное увлечение может включать как людей с обычными интересами к такому виду деятельности, так и увлеченных и гиперувлеченных, захваченных идеей фикс [2].

Предикторами расстройства являются следующие психосоциальные факторы: утрата родителей в возрасте до 15 лет в результате смерти или развода, неадекватный родительский стиль воспитания (безразличие, непоследовательность, чрезмерная строгость), неадекватное отношение к деньгам в семье (фетишизация денег или отсутствие планирования бюджета), ситуативная доступность азартных игр для подростка. Для больных мужского пола характерен эмансипационный конфликт с родителями в подростковом возрасте, в дальнейшем - неприятие авторитарных фигур.

Высокая коморбидность с аффективными расстройствами, а также то, что больные в состоянии абстиненции сохраняют субдепрессивный фон, позволяет предположить, что азартная игра может выступать своего рода антидепрессантом, смягчая дисфорические проявления. Обращает на себя внимание сходство стереотипов течения расстройства и личностных черт гемблеров с признаками, наблюдаемыми при алкоголизме, однако природа этого сходства неясна [4].

В последнее время проблема азартных игр приобрела значительно большее значение в связи с включением в ее сферу все более распространяющихся денежных игровых автоматов. Разнообразные, привлекающие внимание своим красивым видом, мелькающими огоньками, приятными акустическими эффектами, игровые автоматы оказывают сильное суггестивное влияние на многих людей. Имеет немаловажное значение кажущаяся легкой возможность выиграть значительную сумму денег в течение очень короткого времени. Известно, что механизм запоминания опыта человека таков, что из памяти вытесняются негативные воспоминания, а позитивные, подкрепленные положительными эмоциями остаются в ней. Этот факт применен в устройстве игровых автоматов. У человека, играющего на игровом автомате, в памяти откладываются именно немногочисленные выигрышные ситуации, чему способствует «подкрепление» автоматом выигрыша морганием разноцветных лампочек, приятными звуковыми сигналами и звоном металлических жетонов о металлический поддон автомата. При проигрыше автомат безмолвен, изменяются лишь маленькие цифры в углу экрана. Таким образом автомат воздействует на несколько сенсорных систем человека [28].

Mejer (1984) приводит данные о том, что уже в 17 городах организованны группы «самозащиты» от азартных игр, образованные по принципу общества анонимных алкоголиков. Проблема усугубляется тем, что в процессе игры с игровыми автоматами в ряде случаев возникает расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем, и игра рассматривается, как приятное проведение времени. По этому механизму постепенно наступает втягивание и развивается зависимость. Короленко Ц.П., Донских Т.А. выделяют следующие признаки, характерные для азартных игр, как одного из видов аддиктивного поведения:

1. Постепенная вовлеченность, увеличение времени проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотивов игровыми, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.
3. «Потеря контроля», выражающееся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.
4. Состояние временного дискомфорта, раздражение, беспокойство, развивающееся через сравнительно короткие промежутки времени, после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания.
5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление к все более высокому риску.
6. Периодически возникает состояние напряжения, сопровождающееся игровым «драйвом», т.е. порывом, все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.
7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну, что выражается в том, что лица, решившие раз и навсегда покончить с играми, при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми по игре, разговор на эту тему, участие в обычной, не в азартной, игре и др.), как правило, возобновляют участие в азартных играх.

Следует отметить, что в случаях участия в азартных играх бывает довольно трудно определить начало становления аддиктивного процесса, т.к. аддикция развивается постепенно, исподволь, и к ней полностью отсутствует критическое отношение.

Человек, склонный уходить от реальности в мир игр, выбирает данный вид поведения в связи с неприспособленностью к действительности, обыденности, которая перестает его удовлетворять и радовать. Он ищет в игре азарта и риска, бурных запредельных эмоций, которых не находит в повседневной жизни. Основой аддиктивного поведения в виде гемблинга является феномен «жажды острых ощущений» и, как следствие, высокой степени риска, игре «на грани фола», когда за секунду можно потерять все, что имеешь, или приобрести «весь мир». В подобный вид аддиктивного поведения включается карточные игры, рулетка, тотализатор (игра на деньги на скачках), игровые автоматы.

Азартные игры не всегда связаны с денежным риском. Азарт может быть связан с вымышленным риском при идентификации себя с участниками игр, к примеру компьютерных. Идеями фикс могут становиться спортивные игры, лотереи, разгадывание кроссвордов, сексуальные игры. Однако игра без денег или на малые ставки для большинства гемблеров теряет привлекательность, т.к. если деньги большие, человек рискует, испытывая при этом гамму соответствующих чувств и переживаний, а без денег или при малых суммах риск становится бездумным, поскольку проигрыш совершенно не обременителен. Подобные игры не представляют такой серьезной опасности, как игры, связанные с вкладом и получением денег [2].

В руководстве для психиатров, основанном на МКБ-10(2) упоминается о том, что начало расстройства приходится, как правило, на подростковый возраст у мужчин и вторую половину жизни у женщин. В инициальной стадии типичен относительно крупный выигрыш, формирующий последующую зависимость от влечения. Затем начинается вторая стадия, когда постепенно весь уклад жизни структурируется вокруг игры с прогрессирующим снижением как социального приспособления, так и навыков в игре (появление нерасчетливых ходов, неоправданного риска). Последнее является главной причиной дезадаптации, поскольку в отличие от общепризнанного мнения патологические игроки, в принципе, обладают высоким техническим мастерством в игре. В течение 10-15 лет может наступить третья стадия полной декомпенсации, сопровождающаяся полной финансовой несостоятельностью и криминальным поведением.

Существует проблема трудновыявляемости и скрываемости зависимости от азартной игры. Осознавая патологичность своего поведения, больные стараются скрыть от окружающих интенсивность своей вовлеченности в игру, т.к. быть гемблером - значит носить социальное клеймо и потерять авторитет в глазах общества. В результате игроки не посвящают никого в свои проблемы и избегают профессиональной помощи [4].

Азартные игры становятся наиболее важной частью жизни человека, подавляя чувство ответственности к семье, работе, и всему остальному. Человек думает об игре даже когда не играет, думает о том, где достать деньги на игру, и эти мысли могут пересилить любую другую важную часть его жизни.

Можно предположить, что у игрока в процессе игры развивается состояние аффекта. Аффект – это стремительно и бурно протекающий эмоциональный процесс взрывного характера, который может дать не подчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии. Аффективное состояние выражается в заторможенности сознательной деятельности. В состоянии аффекта человек теряет голову. Поэтому в аффективном действии в той или иной мере может быть нарушен сознательный контроль в выборе действия. Действие в состоянии аффекта, т.е. аффективное действие, как бы вырывается у человека, а не вполне регулируется им. Аффективные взрывы вызываются обычно конфликтом противоположно направленных тенденций, сверхтрудным торможением – задержкой какой-нибудь навязчивой тенденции или вообще сверхсильным эмоциональным возбуждением. Роль конфликта противоположно направленных тенденций или задержки какой-нибудь навязчивой тенденции в качестве механизма аффекта выявило на обширном и разнообразном экспериментальном материале посвященное аффектам исследование А.Р. Лурия [6].

Когда привычка играть перерастает в сверхценное увлечение азартными играми можно говорить о том, что формируется страсть к игре. Страсть – это сильное, стойкое длительное чувство, которое, пустив корни в человеке, захватывает его и владеет им. Характерным для страсти является сила чувства, выражающаяся в соответствующей направленности всех помыслов личности, и его устойчивость; страсть может давать вспышки, но сама не является вспышкой. Страсть представляет собой единство эмоциональных и волевых моментов. Страсть полонит, захватывает человека; испытывая страсть, человек является как бы страдающим, пассивным существом, находящимся во власти какой-то силы, но эта сила, которая им владеет, вместе с тем от него же и исходит [6].

Известно, что гемблер не может прекратить свою игровую деятельность вовремя. Почему волевое действие не достигает цели? Для этого необходимо разобраться в природе волевых действий. Сознательный человек, приступая к действию, отдает себе отчет о последствиях, которые повлечет за собой осуществление стоящей перед ним цели, а также о мотивах, которые его к этому действию побуждают. В результате может обнаружиться расхождение между желанной целью и нежелательными последствиями или трудностями, с которыми в силу объективных внешних условий связана ее реализация. Действие, совершающееся в условиях такого конфликта внутренне противоречивых тенденций, - это волевое действие. Там, где этот конфликт противоречивых тенденций оказывается сверхтрудным, непосильным человеку, волевое действие переходит в аффективное или импульсивное действие – разрядку. Т.е. волевое действие – это в итоге сознательное, целенаправленное действие, посредством которого человек планово осуществляет стоящую перед ним цель, подчиняя свои импульсы сознательному контролю и изменяя окружающую действительность в соответствии со своим замыслом. У каждого человека имеется некоторый характерный для него в обычных условиях нейротонус, обусловленный зарядкой его подкорки, или, точнее, динамическим соотношением коры и подкорки. Связанная с этим отношением большая или меньшая заторможенность коры отражается на волевых качествах личности. Нормальный волевой акт предполагает некоторую оптимальную – не слишком слабую и не слишком сильную – импульсивность. Если интенсивность импульсов оказывается ниже определенного уровня, как это имеет место в патологической форме, при так называемой абулии, нормальный волевой акт невозможен. Точно так же при повышенной импульсивности, когда отдельное, только возникшее желание дает стремительную разрядку в действии, как это бывает, например, в состоянии аффекта, сознательный учет последствий и взвешивание мотивов становятся неосуществимыми – действие теряет характер сознательного, избирательного, т.е. волевого акта [6].

**1.2 Подход к гемблингу с точки зрения пяти теоретических моделей**

Патологическое влечение к азартным играм рассматривается с точки зрения пяти теоретических моделей:

1. Наследственно-биологической, в рамках которой имеются указания на особенность у этих пациентов DRD-2 гена (определяющего функцию допаминовых рецепторов)
2. Поведенческой
3. Когнитивной
4. Психодинамической
5. Социальной
6. F. Skinner, рассматривая феномен патологической склонности к азартным играм в рамках поведенческой модели, считал, что в ее основе лежат появляющиеся в процессе взаимодействия индивидуума и среды аддиктивные паттерны поведения.

Когнитивная теория связывает патологическую игру с когнитивными ошибками, иррациональными убеждениями и так называемой «иллюзией контроля». Типичны следующие когнитивные ошибки игроков, приводимые M.D. Grifiths: персонификация игрового автомата («игровой автомат похож на меня») или типичное объяснение проигрыша (« я проиграл, потому, что я был невнимательным»). К иррациональным убеждениям относят следующие четыре стержневые характеристики:

1. Нетерпеливость и неспособность к длительным усилиям («я должен выиграть это в следующей ставке»);
2. Низкая фрустрационная толерантность («это ужасно, если я не выиграю»);
3. Искажение самооценки («я - ничто, если я не играю и не выигрываю»);
4. Преувеличение (« я не могу существовать, если я не играю»).

«Иллюзия контроля», описанная R. Ladouceur и M. Mayrand предполагает, что игрок верит, что может контролировать случайные события посредством различных способов ритуального поведения, например, скорости нажатия на кнопки игрового автомата.

Существует два типа азартных игр:

1. Игры, вероятность выигрыша в которых во многом зависит от интеллектуальных способностей, технических навыков и умений игроков.
2. Игры, где выигрыш не зависит от игрока

Но многие гемблеры, предпочитающие второй тип не осознают невозможность контроля за игрой, они обладают иллюзией управляемости процессом игры. Такие игроки не могут прогнозировать ее реальные последствия. Вероятно, у них нарушена способность делать прогнозы - прогностическая компетентность. Нами не было обнаружено исследований гемблеров по этому параметру, поэтому представляется интересным выявить особенности антиципационной состоятельности лиц, склонных к гемблингу.

Психодинамическая концепция расстройства исходит из того, что за нелогичной постоянной уверенностью больного в выигрыше скрываются инфантильные фантазии всемогущества, ожидание неограниченного удовлетворения своих желаний. Постоянное возвращение к игре означает протест, агрессивное бессознательное отношение к реальной действительности, не желающей подчиняться этим фантазиям. При этом проигрыш не возвращает к реальности, а наоборот бессознательно воспринимается как неправомерный отказ в удовлетворении желания и обоснованный повод для протеста, т. е. очередной ставки. При наличии глубинной неуверенности в себе и зависимых черт личности существенную роль в поддержании патологического влечения может играть неосознаваемое снятие с себя ответственности с возложением ее на фортуну. Психодинамически ориентированные терапевты объясняют компульсивное поведение игрока доминирующими психологическими защитами, присущими обсессивно-компульсивной личности, которые в условиях стресса и повышенных нагрузок преобразуются в симптоматическое поведение, приобретающее характер ритуала или компульсии. Наибольшее значение имеют такие защиты, как «уничтожение сделанного», «фантазии о всемогущественном контроле» и «реактивное образование».

Игровое поведение также связывают с нарушением в семейных и сексуальных отношениях, при этом большое значение уделяется решению вопроса о том, почему игроки не хотят возвращаться после работы домой - из-за нежелания встречаться с супругами или нежелания погружаться в скучную атмосферу обыденного семейного существования. Нарушение семейных отношений, которое возникает практически у всех игроков, проходит через ряд характерных стадий.

В начальной стадии супруг (чаще это жена) верит, что все не так уж плохо. В этот период возникает конфронтация супруга с игроком, связанная с ожиданием положительной трансформации «слишком увлеченного» игрой супруга. В конце концов, такие ожидания игроков нивелируются. Этот период часто называют периодом « открытия» проблемы. Во второй, стрессовой стадии, супруга игрока переживает чувство вины за мужа и обвиняет себя в том, что не может ему помочь. В этот период у нее могут появиться различные невротические симптомы, для снятия которых она может начать злоупотреблять алкоголем. Третья стадия чаще завершается разводом, но иногда приводит супругов к тяжелым нервным срывам, а иногда к суицидам [5].

**1.3 Стадии игровой зависимости, фазы игрового цикла**

В своем развитии игровая зависимость проходит характерные **стадии**, основные диагностические критерии которых подробно описаны R.L.Custer и представлены в таблице 1.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия выигрышей | Стадия проигрышей | Стадия отчаяния |
| Случайная игра  Частые выигрыши  Возбуждение предшествует и сопутствует игре  Более частые случаи игры  Увеличение размера ставок  Фантазии об игре  Очень крупный выигрыш  Беспричинный оптимизм | Игра в одиночестве  Хвастовство выигрышами  Размышления только об игре  Затягивающиеся эпизоды проигрышей  Неспособность остановить игру  Одалживание денег на игру  Ложь и сокрытие от других своей проблемы  Уменьшение заботы о семье или супруге  Уменьшение рабочего времени в пользу игры  Отказ платить долги  Изменения личности – раздражительность, утомляемость, необщительность  Тяжелая эмоциональная обстановка дома  Очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами  Неспособность оплатить долги  Отчаянные попытки прекратить играть | Потеря профессиональной и личной репутации  Значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размер ставок  Удаление от семьи и друзей  Угрызение совести, раскаяние  Ненависть к другим  Паника  Незаконные действия  Безнадежность  Суицидальные мысли и попытки  Арест  Развод  Злоупотребление алкоголем  Эмоциональные нарушения  Уход в себя |

По данным В.В. Зайцева в психоневрологическом НИИ им. В.М. Бехтерева наблюдалось 26 человек с патологической склонностью к азартным играм, и было отмечено, что патологические игроки имеют конституционально обусловленный высокий уровень психической активности, низкий уровень контроля над импульсами, низкую фрустрационную толерантность и периодическую потребность в аффективной разрядке. При этом в игровой ситуации пациенты в течение длительного времени не способны контролировать игровой импульс, чему в немалой степени способствуют сформированные в процессе жизненного опыта неадекватные по отношению к азартным играм когнитивные схемы.

Феноменологический анализ особенностей поведения и субъективных переживаний пациентов позволил прийти к выводу, что контроль над игровым импульсом теряется при условии, когда:

* на предсознательном уровне («автоматических мыслей и представлений» по A.Beck) решение играть уже принято;
* импульс к игре представляется игроку как доступный контролю: «если мне это действительно не надо, то я не буду играть», «на холодный рассудок проиграть невозможно», и цель игры рассматривается им как рациональная, например, «решить финансовые проблемы»;
* выраженность эмоционального аккомпанемента, которая для «Я» игрока могла бы свидетельствовать о наличии азартного желания, тем или иным способом (отвлечение, нагрузка или в результате бессознательных механизмов вытеснения) подавляется.

Т.о. создаются условия для возникновения ситуации, когда пациент совершенно беззащитен от импульса, возникающего как взрыв при определенных ситуациях (чаще всего это наличие денег и свободного времени).

Проведенный В.В. Зайцевым анализ динамики игровых срывов позволил обнаружить развитие фаз в поведении игроков, что дает возможность говорить об определенном игровом цикле, понимание которого важно для формулирования психотерапевтических задач в работе с такими пациентами [5].

**Фазы игрового цикла.**

Фаза воздержания. Характеризуется воздержанием от игры главным образом из-за отсутствия денег, давления микросоциального окружения или выраженного депрессивного состояния из-за очередной игровой неудачи, связанной с неспособностью проконтролировать свой игровой импульс.

Фаза «автоматических фантазий». Главной характеристикой является учащение спонтанных фантазий об игре, причем пациент проигрывает в своем воображении, как правило, состояние азарта и предвкушение выигрыша, сопровождающее начало игры, и вытесняет эпизоды проигрышей. Название «автоматические» отражает, что они возникают или совершенно спонтанно или под воздействием косвенных стимулов.

Фаза нарастания эмоционального напряжения. Главная черта этого этапа – нарастание эмоционального напряжения, которое в зависимости от индивидуальных личностных и физиологических особенностей, может иметь тоскливо-депрессивный, дистимический или смешанный характер, сочетающий в себе повышенную, но целенаправленную активность с нервозностью и раздражительностью. Иногда такое настроение сопровождается учащением фантазий об игре. В других случаях оно воспринимается пациентом как совершенно бессодержательное и даже направленное в сторону от игрового импульса (повышение сексуального влечения или стремление к интенсивным физическим и и6нтеллектуальным нагрузкам).

Фаза принятия решения играть. Как правило, здесь существует два пути:

А) пациент под действием нарастающих фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Обычно это какой-нибудь «очень вероятный для выигрыша», по мнению пациента, вариант игрового поведения. Такой способ принятия решения играть характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую;

Б) Решение играть приходит сразу же после игрового эпизода и в его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм принятия решения характерен для второй и третьей стадий заболевания, когда промежуток между игровыми эпизодами заполнен отчаянными попытками остановиться, а каждый срыв воспринимается как нечто фатальное и необъяснимое.

Фаза вытеснения принятого решения. Этот этап обусловливает беззащитность сознательного «Я» по отношению к желанию играть. Суть этой фазы заключается в том, что интенсивность осознаваемого больным желания играть начинает уменьшаться, и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением, что, как правило, является отражением иррациональных когнитивных схем. Это приводит к тому, что пациент без осознаваемого для себя риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (получение большой суммы денег на руки, прием алкоголя, попытка сыграть ради развлечения и отдыха).

Фаза реализации принятого решения. Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Очень часто игроки описывают этот период как состояния «суженного сознания», «транса», заявляют, что они становятся как «зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента в этот период появляются конструктивные контраргументы, они очень быстро нейтрализуются всем набором описанных выше иррациональных схем мышления. В большинстве случаев, пока не проигрываются все деньги, пациент не прекращает играть независимо от того, выигрывает ли он на каком-нибудь этапе игры или проигрывает [5].

**1.4 Психотерапия гемблинга**

Одни источники сообщают о высокой эффективности психоаналитической психотерапии и о меньшей успешности поведенческой психотерапии, в которой более результативны не аверсивные методы, а техника имажинативной десенситизации [4].

В других источниках наиболее эффективным способом помощи и реабилитации игроков считается привлечение их к деятельности обществ «Анонимных игроков», созданных (по типу обществ «Анонимных алкоголиков») в 1957 году в США двумя отчаявшимися вылечиться игроками. По данным представителей этого общества, ремиссии достигаются в 70-80% случаев. Однако существенной и часто непреодолимой проблемой является необходимость перманентной поддержки индивидуумом контакта с обществом «Анонимных игроков» практически на протяжении всей жизни. Только при этом условии наблюдается стабильность достигнутого эффекта.

Большинство специалистов, работающих с патологическими игроками, используют главным образом когнитивно-поведенческие методы психотерапии [5].

Приведем краткое содержание этапов психотерапевтической работы, проводимой В.В. Зайцевым в НИИ им. В.М. Бехтерева.

1. **Диагностический этап**

Устанавливался диагноз патологической склонности к азартным играм, выявлялась возможная коморбидность (особенно с алкоголизмом и наркоманией), определялась стадия игровой зависимости, и выяснялись индивидуальные феноменологические особенности фаз игрового цикла, уточнялись особенности личности пациента.

1. **Психообразовательный этап**

Цель данного этапа состояла в том, чтобы добиться осознания пациентом невозможности вернуть свое преморбидное отношение к игре. Пациент сталкивался с необходимостью осознания того, что поиск путей реставрации, способности «играть как все» является самообманом. Фундаментальным для такого понимания являлось признание пациентом своего пристрастия к игре как болезни, а не дурной привычки, которую можно заменить чем-то аналогичным, но безвредным. В связи с этим единственным выходом для пациента, который он должен был сформулировать и принять для себя, оставался полный отказ от игры навсегда. При решении обозначенных выше задач моделировалась эмоционально насыщенная проблемная ситуация, которая приводила к формулированию новой субъективной модели проблемы.

Цели этого этапа достигались с помощью психообразовательных занятий и специальных психотерапевтических упражнений, цель которых – осознание неконтролируемости импульса к игре. На индивидуальных психообразовательных занятиях пациент получал информацию о заболевании, причинах возникновения, характерных симптомах, стадиях развития и фазах игрового цикла, способах лечения, ситуациях, провоцирующих ухудшения и т.д. Психотерапевтические упражнения состояли в том, что пациенту предлагалось представить его будущую жизнь, «в которой никогда не будет азартной игры», и постараться концентрироваться на ощущении внутреннего сопротивления этому представлению. Для провокации этих представлений использовались также прямые и косвенные суггестивные техники. При осознании дилеммы – играть до полного социального падения или не играть вообще и невозможностью компромиссного решения «играть как все» желание играть резко усиливалось. Соответственно увеличивалось критическое отношение к сложности проблемы и осознание доминирования желания играть над всеми другими мотивами. Кроме этого, пациента подготавливали к пониманию того, что отказ от игры влечет за собой период эмоционального напряжения, который ему придется пережить.

**3. Этап создания стратегий контроля над импульсом к игре**

Данный этап терапии начинался с анализа индивидуальных особенностей стадий игровой зависимости и фаз игрового цикла, который был направлен на понимание пациентом того обстоятельства, что, во-первых, с момента игрового срыва он не в состоянии проконтролировать свое поведение, и, во-вторых, что отсутствие осознаваемого желания играть и возможность контроля над игровым импульсом прямолинейно не связаны. Т.е. пациент должен был осознать, что независимо от осознаваемого им отсутствия или наличия желания играть, он постоянно находится в «предигровой лихорадке» и не может контролировать внутренние и внешние обстоятельства, которые предшествуют игровому срыву.

В результате пациент обучался осознавать и различать следующие компоненты своего компульсивного влечения: 1) постоянное желание играть; 2) резкое ситуационное усиление игрового импульса под действием внешних обстоятельств; 3) когнитивное сопровождение игрового поведения, о которых упоминалось ранее.

На этом этапе контроль над игровым поведением осуществлялся за счет сознательного отказа пациента от решения играть и предотвращение вытеснения этого решения из сознания в соответствующих фазах игрового цикла. Это достигалось, во-первых, благодаря обучению пациента навыкам сознательной фиксации момента принятия решения играть и, во-вторых, благодаря изменению иррациональных когнитивных схем, связанных с игрой.

Чаще были представлены два типа иррациональных когнитивных установок у игроков:

1. «идеологические ошибки» - установки пациента относительно контроля над своим поведением и азартных игр в целом («любое поведение находится под сознательным контролем», «я поступаю так, как хочу и не поступаю так, как не хочу», «я могу повлиять на случайный ход событий во время игры», «если я в чем-то участвую, значит, я на это влияю», «я проигрывал, когда был недостаточно внимателен»)
2. «уловки мышления» - псевдорациональное самооправдание пациента, приступающего к игре («мне нужны деньги», «я остановлюсь, когда начну проигрывать», «я могу сыграть, как обычный человек», «я придумал очень удачный способ, как обмануть автомат»).

Эффективность терапии и наличие у пациента душевного комфорта часто не сопутствовали друг другу, так как полный отказ от участия в азартных играх нередко сопровождался неприятными эмоциональными переживаниями, часто возникал период апатии и пустоты, связанный с нарастающим экзистенциальным вакуумом. Такое «разочарование» пациента, сопровождающееся снижением эмоционального напряжения, могло свидетельствовать о принятии подсознательного решения продолжить играть. Чтобы не допустить этого, терапевт должен был активно побуждать больного к усилиям, направленным на пробуждение конструктивных мотивов его личности.

**4. Этап создания поддерживающей семейной среды**

Проводилась психообразовательная и поддерживающая работа с членами семьи. Задачей психотерапевта было донести до членов семьи правдивую информацию о заболевании, стремиться разрешить длительно существующие семейные конфликты и выработать адекватные стратегии нивелирования ситуаций, провоцирующих игровое поведение пациента (например, сохраняющиеся укоры со стороны семьи за потерянные в результате игры деньги). Подобные высказывания провоцировали у пациентов чувство вины, что снижало их самооценку и контроль над эмоциями, способствовало напряжению в аффективной сфере и приводило к поиску аффективной разрядки. В результате этого «пробуждались» автоматические когнитивные схемы, провоцирующие очередной игровой срыв.

**5. Решение проблем, созданных в результате игровой зависимости**

На этом этапе терапевт вместе с пациентом создавал план поэтапной реабилитации в профессиональной сфере, отношениях с родственниками и друзьями. Выявлялись также возможные жизненные препятствия и способы их разрешения, для чего использовались приемы тренинга проблемно-решающего поведения.

В результате можно сказать, что помимо описанных в зарубежной литературе стадий игровой зависимости, огромное значение при лечении и реабилитации гемблеров имеет знание в какой фазе «игрового цикла» находится пациент в каждый момент терапии. Это позволяет не только повысить эффективность когнитивно-поведенческого метода терапии, но и обеспечить пациента с помощью психообразования навыкам самопрофилактики рецидивам заболевания [5].

**1.5 Сравнение аддикций: гемблинг и наркомания**

Ранее проведенное теоретическое исследование и анализ литературы по проблеме аддиктивных девиаций поведения позволил сделать сравнительный анализ аддикций: гемблинга и наркомании. Приведем полученные результаты.

Гемблинг и наркомания - производные девиации, называемой аддиктивное поведение, т.е. для обеих форм отклонения от нормы характерно изменение своего психического состояния, которое при наркомании достигается посредством употребления химически активных веществ, а при гемблинге переживанием запредельных эмоций, которые испытываются во время игры. Уход от реальности может выступать как причиной, так и следствием в обеих девиациях.

По общей оценке специалистов, поведение патологических игроков очень сходно с поведением алкоголиков и наркоманов. Возбуждение, получаемое от игры, представляет собой своего рода интоксикацию: повышение размеров ставок отражает соответствующую фазу привыкания. То же происходит и с алкоголиками или наркоманами, которым необходимы все большие дозы для получения удовлетворения. Подобно алкоголикам и наркоманам игроки могут целыми сутками обходиться без еды и сна, когда они захвачены игрой. Они часто берут взаймы, чтобы расплатиться с долгами, в обмен на обещание прекратить играть. Точно так же, как у алкоголиков или наркоманов, объясняющих любые свои чувства потребностью в "дозе", толчком к игре могут стать практически любые эмоции или впечатления. При вынужденном прекращении у игроманов происходит что-то вроде "ломки" или похмелья. Иногда у патологических игроков возникают ощущения раздвоения личности во время игры, случаются провалы в памяти, как это бывает при наркотическом или алкогольном опьянении. Кроме того, у игроков часто наблюдаются приступы панического страха, признаки общей депрессии, суицидальные попытки. Патологическая страсть к игре очень плохо поддается лечению: американские врачи говорят, что из обратившихся за лечением игроманов доводят его до конца 30-70%, а из прошедших курс не играют в течение года 20-50%. Вообще, поиск методов помощи азартным игрокам еще только начинается [30].

Н.Ю.Максимова [10], исследуя феномен наркомании, говорит о существовании психологической готовности к употреблению психотропных веществ, т.е. психологических особенностей подростков, которые являются своего рода «слабым звеном» в процессе социализации личности. Именно эти психологические особенности провоцируют их на «уход от реальности» при первом же столкновении с трудностями. Подобные образования представляется возможным выделить и у патологических игроков, поскольку далеко не все из тех, кто хотя бы один раз пробовал играть в азартные игры, становятся зависимыми от них, т.е. «от реальности уходят» лишь некоторые, обладающие потенциальной готовностью к этому. Т.е. в обоих случаях мы наблюдаем преломление различных объективных факторов в психике человека. И если «слабое звено» присутствует, то велика вероятность возникновения тяги к наркотикам или зависимости от игры.

Зарубежными учеными было установлено, что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем. В частности, это слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; низкая устойчивость к всевозможным неблагоприятным воздействиям, неумение преодолевать трудности; эмоциональная неустойчивость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Анализ литературы по проблеме гемблинга дает основание утверждать, что некоторые из перечисленного комплекса черт характерны и для гемблеров (низкий самоконтроль, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации и т.д.).

Отсутствие психологической готовности к употреблению психоактивных веществ (к сверхценному увлечению азартной игрой, в том числе, на наш взгляд) дает своеобразный «запас прочности», обеспечивающий возможность противостоять неблагоприятному влиянию среды (привлекательному действию игры). Употребление психотропных веществ подростками, не имеющими к этому психологической готовности (увлечение азартной игрой) проходит «само собой», без вмешательства медиков и применения каких-либо мер воздействия.

Актуализацию психологической готовности к употреблению психотропных веществ обуславливают следующие внутренние и внешние причины:

1. Неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации, затрудненности удовлетворения актуальных жизненно важных потребностей;
2. Несформированность или неэффективность способов психологической защиты подростка, позволяющей ему хотя бы временно снять состояние эмоционального напряжения;
3. Наличие психотравмирующей ситуации, из которой подросток не находит конструктивного выхода [10].

Для выявления причин актуализации психологической готовности при гемблинге необходимо отдельное исследование.

Среди многочисленных подходов и программ психотерапии гемблинга существует программа, функционирующая наподобие программы «12 шагов». За рубежом созданы Общества Анонимных Игроков, образованные по типу Обществ Анонимных Алкоголиков или Наркоманов.

Из этого можно сделать вывод, что существуют сходные психические проявления при гемблинге и наркомании. Подход к коррекции и терапии девиаций практически одинаков, хотя специфика не отрицается.

**2. Экспериментальная часть**

**2.1 Организация исследования**

Организация исследования.

Целью исследования является выявление особенностей прогностической и эмоционально-волевой деятельности лиц с девиацией в форме гемблинга. Гипотеза предполагает, что прогностическая и эмоционально-волевая деятельность гемблеров отличается от прогностической и эмоционально-волевой деятельности гемблинг-независимых личностей. При проведении исследования мы использовали метод сравнения двух независимых выборок: гемблеров и контрольной группы. Для проверки второй гипотезы об отсутствии существенных различий в прогностической и волевой деятельности гемблеров и наркоманов в исследование была включена 3 выборка, состоящая из лиц с наркотической зависимостью. Исследование проводилось в залах игровых автоматов, казино, а также в кругу друзей и знакомых. Тестирование наркоманов было проведено в реабилитационном центре для наркозависимых «Надежда», а также в республиканском наркологическом диспансере.

При формировании выборок проводился предварительный опрос, где выяснялось, имеет ли субъект сверхценное увлечение азартными играми. После этого ему выдавался пакет тестов в приложении с составленной нами анкетой. По результатам устного опроса и данным анкеты субъект включался в определенную выборку или не включался. Затем проводилась обработка тестов, статистический анализ и интерпретация результатов исследования.

Приведем использованную анкету.

# Анкета

1. Возраст
2. Пол
3. Семейное положение
4. Профессия
5. Как часто вы играете (играли)?
6. Какой вид азартных игр вы предпочитаете?
7. Что заставляет вас играть:
8. мотив денежного выигрыша
9. острые ощущения (азарт)
10. эмоциональная насыщенность игрового времяпрепровождения
11. возможность ухода от реальной жизни
12. что-то еще
13. Контролируете ли вы свое увлечение азартными играми?
14. Ощущаете ли вы эмоциональный комфорт и нормальный фон настроения вне игры?

10.Способны ли вы остановить игру сразу после большого выигрыша или большого проигрыша?

Качественный анализ анкет нашел отражение в описании выборок исследования.

Описание выборок исследования.

*Первую выборку* составили 40 человек, имеющих сверхценное увлечение азартными играми или патологическую склонность к азартным играм. При включении субъектов в данную выборку мы ориентировались на критерии, представленные в МКБ-10[3]:

1. Повторные (два и более) эпизоды азартных игр на протяжении года;
2. Возобновление эпизодов, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушения социальной и профессиональной ориентации
3. Невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием;
4. Постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всем, что с ней связано.

Но необходимо отметить, что для формирования выборки не учитывались стадии игровой зависимости (инициальная стадия - стадия выигрышей, стадия социальной дезадаптации - стадия проигрышей и стадия полной декомпенсации - стадия отчаяния). Предположительно, исследованные гемблеры находятся на 1 стадии, т.к. они не испытывают субдепрессивного фона настроения в состоянии абстиненции, а также другие сферы жизнедеятельности игроков (профессия, семья, друзья и т.д.) не подвергаются пока негативным последствиям пристрастия к игре или подвергаются, но в малой степени. Хотя можно говорить и о проблеме скрываемости тяжести своего расстройства, т.к. осознавая патологичность своего поведения, больные стараются скрыть от окружающих интенсивность своей вовлеченности в игру. Состав выборки по полу включает 37 лиц мужского пола и 3 лица женского пола. Возраст гемблеров составляет в среднем 26 лет и колеблется в диапазоне от 18 до 39 лет. Длительность расстройства от 1 года до 10 лет. Что касается социальных характеристик, то в данной группе 29 не состоящих в браке, 10 состоящих и 1 разведенный. Профессиональный разброс очень велик (от студента до директора ООО). Определенную информацию дают следующие противоречивые утверждения: невозможность остановить игру волевым усилием, но в то же время декларирование наличия контроля за своим пристрастием к игре, что подтверждает вероятность сокрытия факта истинного положения вещей.

*Вторую выборку* составили 25 человек, не имеющих патологической склонности к азартным играм (либо не игравших вообще, либо не возобновлявших игровую деятельность после первичной игры). Гендерный состав включил 21 лицо мужского пола и 4 лица женского пола. Средний возраст контрольной группы 23 года. В выборке представлены лица в возрасте от 18 до 36 лет. По социальным характеристикам выборка составила 15 не состоящих в браке, 1 разведенного и 9 состоящих в браке. Профессиональная принадлежность также очень различна.

*Третью выборку* составили 28 человек, имеющих наркотическую зависимость. 85% исследуемых мужского пола, возраст колеблется в диапазоне от 16 до 30 лет.

Описание диагностических процедур.

Пакет использованных методик включил в себя 4 теста:

1. Тест общей антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) (пока неопубликованная модификация практического руководства «Клиническая и медицинская психология» Менделевич В.Д.) – ТАС (ПК);
2. Тест волевой регуляции («Социальная и клиническая психиатрия» Пережогин Л.О., Шостакович Б.В., Горинов В.В.);
3. Опросник «Уровень субъективного контроля» («Психология управления» Самыгин С.И., Столяренко Л.Д.) - (УСК);
4. Тест Кэттелла (сокращенный вариант 105 вопросов) («Психологические тесты» под ред. А.А.Карелина).

Анализ литературы по проблеме гемблинга показал, на наш взгляд, недостаточное раскрытие роли такого компонента, как прогностическая функция. Известно, что для гемблеров характерны когнитивные ошибки, в связи с этим представляется интересным выявить, насколько развита у данной группы лиц способность к антиципации. Под антиципацией в психологии понимается способность (в самом широком смысле) действовать, принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых событий. (Б. Ф. Ломов).

Прошлый опыт и наличная ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается определенная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка-подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящая с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели. Мы считаем, что гемблеры либо не делают прогнозов относительно последствий игрового поведения, либо делают их некорректно, впадая в когнитивные ошибки.

**ТАС (ПК)** дает возможность выявить и оценить количественные показатели антиципационных (прогностических) способностей по трем составляющим: личностно-ситуативной, пространственной и временной, что выгодно отличает его от других опросников и модифицированного теста Розенцвейга. Личностно-ситуативная составляющая отражает коммуникативный уровень антиципации, т.е. способность прогнозировать жизненные события и ситуации. Среди наиболее информативных вопросов-утверждений, оценивающих данный параметр, выделяются такие, как: «В своей жизни я часто сталкиваюсь (сталкивался) с невообразимым стечением неблагоприятных обстоятельств», «Я склонен обращаться к врачам только тогда, когда уже невмоготу» и т.д. Пространственная демонстрирует способности предвосхищать движение предметов в пространстве, упреждать их координировать собственные движения, проявляя моторную ловкость. К наиболее информативным вопросам-утверждениям относятся: «Я часто бываю неуклюжим и неловким», «Мне нравится или нравилось участвовать в играх, требующих ловкости движений» и т.д. Временная презентует хроноритмологические особенности человека - способности прогнозировать течение и точно распределять время. Информативными по этому параметру являются следующие вопросы-утверждения: «Нередко я опаздываю на работу (учебу), деловые или личные встречи из-за непредвиденных случайностей в пути» и т.д. Тест содержит 4 шкалы:

1. Общая антиципационная состоятельность (ПК). Граница нормы: 241 балл (меньше 241 - ант. несостоятельность);

1. Личностно-ситуативная. Граница нормы: 166 баллов (меньше 166 - ант. несостоятельность);
2. Пространственная. Граница нормы: 52 балла (меньше 52 - моторная неловкость (двигательная антиципационная несостоятельность));
3. Временная. Граница нормы: 42 балла (меньше 42 – хроноритмологическая антиципационная несостоятельность).

Для прямых вопросов баллы подсчитываются прямо: «5»-5. Для обратных вопросов - наоборот: «5»-1. Шкалам соответствует определенный перечень вопросов, в результате подсчитывается сумма баллов по каждой шкале.

Важным фактором для понимания механизмов формирования гемблинг-зависимости, по нашему мнению, является волевая регуляция. При теоретическом анализе литературы мы столкнулись с неопределенностью специфики волевой регуляции деятельности лиц с девиацией в форме гемблинга. Мы предполагаем, что какие-то аспекты волевой деятельности гемблеров изменены по сравнению с людьми, не подверженными гемблингу. На выбор теста повлияла многоаспектность волевой регуляции деятельности, предложенная в данном тесте, т.к. чем многограннее рассматривается волевая деятельность, тем более объективно и полно может выявиться специфика волевой деятельности исследуемых лиц.

**Тест волевой регуляции** включает в себя 7 шкал, призванных оценить наличие или отсутствие расстройства волевой деятельности.

1. Волевые действия (ВД) - для оценки действий, совершаемых без актуально переживаемой потребности в самом действии либо в его результатах, но за которыми стоит решение, направленное на удовлетворение потребности в отдаленном будущем, создание объективных ценностей на пользу общества или отдельных людей, удовлетворение требований коллектива, ближайшего окружения (при отсутствии собственной заинтересованности), подчинение нормам морали, принятым в обществе.
2. Преодоление препятствий (ПП) - для оценки показателя преодоления физических помех, сложности действия, новизны обстановки, выполнение социально заданных действий, преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость), преодоление конкурирующих мотивов и целей.
3. Преодоление конфликта (ПК) - для выявления особенностей преодоления конфликта при выборе из двух и более несовместимых действий, целей, обусловленных разными мотивами и/или приводящих к разным последствиям, предпочтение личным или социальным мотивам, оценка собственно цели и ее возможных последствий.
4. Преднамеренная регуляция (ПР) - для раскрытия регуляции параметров действия (силы, скорости, темпа), торможение неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, организации психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способности оказывать сопротивление рефлекторным действиям).
5. Автоматизм и навязчивости (АН) - для выявления легкости выработки навыков автоматизированных действий с утратой контроля за ними, наличия навязчивых действий, мыслей, которые воспринимаются без отчуждения, либо как чуждые личности.
6. Мотивы и влечение (МВ) - для выявления переживания первичного, ненаправленного влечения, переживания естественного инстинктивного побуждения.
7. Прогностическая функция (ПФ) - для оценки переживания собственно волевого акта, имеющего осознанную цель и сопровождаемое осознанным представлением о средствах и последствиях достижения цели, осознания свободы воли.

При обработке данных ответы «Да» и «Пожалуй да», а также «Нет» и «Пожалуй нет» суммируются. За каждый несовпадающий с нормой ответ начисляется один балл. Сумма баллов, умноженная на коэффициент (К) позволяет получить нормированные показатели. Приводятся нормативные ответы и коэффициент К по каждой шкале. К тесту прилагается таблица оценки степени выраженности волевых расстройств по шкалам.

Известно, что в азартной игре люди надеются на удачу, фортуну, счастливый случай, они уверены, что везение будет на их стороне, в том случае, если они будут ставить на «свой» цвет или число или придерживаться других ритуальных действий, то выигрыш будет им гарантирован. Вероятно, что и в других сферах жизнедеятельности гемблеры делегируют ответственность внешним факторам.

Необходимо ввести понятие «локус контроля» (амер. психол. Д. Роттер) - качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам и обстоятельствам или же, напротив, - собственным усилиям и способностям. Когда люди склонны приписывать причины своего поведения и своих поступков внешним факторам (сложившимся обстоятельствам, случаю, судьбе и т.п.), говорят о внешней, экстернальной локализации контроля.

В исследованиях показано, что для лиц с экстернальной локализацией контроля характерна неуверенность в своих способностях, неуравновешенность, стремление откладывать реализацию своих намерений на неопределенный срок, безответственность, тревожность, подозрительность, агрессивность, конформность.

Лица с внутренней, интернальной, локализацией контроля, как правило, принимают ответственность за свои поступки на себя. Выявлено, что люди, обладающие внутренней локализацией контроля увереннее в себе, последовательней и настойчивей в достижении поставленной цели, они склонны к самоанализу, уравновешены, общительны, доброжелательны, независимы и т. д.

Внешняя или внутренняя локализация волевой деятельности, как считает А.В. Петровский, имеет свои как положительные, так и отрицательные социальные последствия, и является устойчивым качеством личности. Локализация контроля формируется в процессе воспитания.

Мы предполагаем, что у лиц с девиацией формы гемблинга, скорее всего, экстернальный локус контроля.

Обоснованием для выбора теста УСК явился тот факт, что данный тест непосредственно раскрывает локализацию контроля деятельности.

**Опросник УСК** состоит из 44 предложений-утверждений, касающихся экстернальности-интернальности в межличностных, производственных и семейных отношениях, а также в отношении собственного здоровья. Опросник содержит 7 шкал:

1. Интернальность общая
2. Интернальность достижений
3. Интернальность неудач
4. Интернальность семейная
5. Интернальность производственная
6. Интернальность межличностная
7. Интернальность здоровья.

В соответствии с ключом подсчитывается сумма баллов по каждой из 7 шкал, далее эти суммарные баллы переводятся в стены (стандартные оценки). Стены представлены в 10-ти балльной шкале и дают возможность сравнивать результаты различных исследований. Также, для наглядности полученных результатов, предлагается построить «профиль УСК», для чего нужно отложить стены на 7 10-ти балльных шкалах. Норме соответствует 5,5 стенов. Смещение профиля вправо от нормы свидетельствует об интернальном типе контроля (УСК) в соответствующих ситуациях; смещение влево свидетельствует об экстернальном типе УСК.

Для выяснения специфики эмоциональных характеристик волевой деятельности гемблеров мы считаем необходимым изучить эмоциональную уравновешенность (стабильность, устойчивость), способность к подавлению собственных желаний ради соблюдения социальных норм, а также внутренний самоконтроль, т.е. способность к торможению импульсов (неадекватных). Для изучения интересующих нас параметров был выбран **тест Кэттелла**, с помощью которого определяется степень развития личностных качеств испытуемого по 16 биполярным факторам. Обоснованием для выбора данного теста является тот факт, что кроме интересующих нас параметров, он дает многогранную дополнительную информацию об индивидуальности.

Тест содержит 16 первичных факторов (шкал) и 4 вторичных, расчет которых производится по определенным формулам.

Приведем лишь те факторы, которые будут для нас представлять интерес.

### Первичные факторы

**С – эмоциональная неуравновешенность – эмоциональная уравновешенность**:

Высокие оценки свойственны лицам эмоционально зрелым, смело смотрящим в лицо фактам, спокойным, уверенным в себе, постоянным в своих планах и привязанностях. Для них характерна высокая эмоциональная устойчивость. На вещи смотрят реалистично, хорошо осознают требования действительности. Не скрывают от себя собственные недостатки, не расстраиваются из-за пустяков. Способны следовать нормам правилам поведения.

Низкие оценки бывают у лиц, неспособных контролировать эмоции и импульсивные влечения. У них снижен эмоциональный контроль, отсутствует чувство ответственности.

По некоторым работам фактор связан с силой нервной системы, лабильностью и преобладанием процессов торможения.

**G – недобросовестность – высокая совестливость:**

Для высоких значений фактора характерны такие черты, как чувство ответственности и долга, стойкость моральных принципов. Наблюдается осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в достижении цели, деловая направленность.

При низких оценках человек непостоянен, подвержен влиянию случая и обстоятельств, не делает усилий по выполнению групповых требований и норм. Он характеризуется беспринципностью, неорганизованностью, безответственностью, гибкими установками по отношению к социальным нормам, что может привести к антисоциальному поведению.

В целом фактор определяет, в какой мере различные нормы и запреты регулируют поведение и отношения человека.

**I – суровость – мягкосердечность:**

Высокая оценка по фактору является показателем чувствительности, мягкости, мечтательности, утонченности, образного, художественного восприятия мира. Можно говорить о развитой способности к эмпатии, сочувствию, сопережванию и пониманию других людей.

При низких оценках свойственна мужественность, самоуверенность, рассудочность, реалистичность суждений, практичность, некоторая жесткость, суровость, черствость по отношению к окружающим.

**L – доверчивость- подозрительность:**

Для лиц с высокими оценками характерна подозрительность, осторожность, мнительность. У них завышенная самооценка, их интересы обращены на самих себя, эгоцентричны.

При низких оценках человек характеризуется откровенностью, доверчивостью, благожелательностью по отношению к другим людям, терпимостью, уживчивостью, человек свободен от зависти, легко ладит с людьми и хорошо работает в коллективе, реалистичная самооценка.

В целом фактор говорит об эмоциональном отношении к людям.

**Q3 – импульсивность – контроль желаний:**

Высокие оценки свидетельствуют об организованности, умении хорошо контролировать свои эмоции и поведение. Такой человек действует планомерно и упорядоченно, не разбрасывается. Высокий самоконтроль основан на четко осознанных целях и мотивах поведения. Начатое дело доводит до конца. Хорошо осознает социальные требования и старается их выполнять. Заботится о своей репутации. Надежные руководители имеют высокие оценки по этому фактору.

При низких оценках наблюдается недисциплинированность, внутренняя конфликтность представлений о себе, человек не обеспокоен выполнением социальных требований. Слабая воля и плохой самоконтроль (особенно над желаниями). Такие люди не умеют организовать свое время и порядок выполнения работы. Нередко оставляют дело незаконченным, без достаточного обдумывания берутся за другое.

В отличие от социальной нормативности поведения (фактор G) этот фактор измеряет уровень внутреннего контроля поведения.

#### Вторичный фактор

**F3 – чувствительность – реактивная уравновешенность:**

Высокие оценки говорят о стабильности, жизнерадостности, решительности, предприимчивости, склонности не замечать тонкостей жизни. Могут возникать трудности из-за слишком поспешных действий без достаточных размышлений.

Низкие оценки свидетельствуют о хрупкой эмоциональности человека, чувствительности, художественной мягкости, спокойствии, вежливости. Иногда возникают трудности из-за избытка раздумий.

Существует еще дополнительная шкала MD (искренности). Обработка результатов тестирования начинается с проверки ответов испытуемого на искренность. При значении показателя MD > 9 баллов результаты тестирования считаются недостоверными; 5-8 баллов – достоверность подвергается сомнению; 1-4 балла характеризуют правдивость обследуемого.

Далее осуществляются последующие этапы тестовой методики: перевод баллов в стены (условные баллы 10-балльной шкалы). Стены условно делятся на уровни: 1-4 стена – низкий уровень; 5-6 стенов – средний уровень; 7-10 стенов – высокий уровень. Далее производится построение личностного профиля испытуемого. Анализ и интерпретация характерологических черт личности производятся, исходя из баллов, полученных по соответствующим факторам и переведенных в стены и профиля личности испытуемых. В различных литературных источниках описываются особенности характерологического профиля личности в зависимости от уровневых показателей стенов.

**2.2 Интерпретация результатов исследования**

Было проведено **статистическое сравнение по t-критерию Стьюдента трех выборок**: гемблеров, контрольной группы и наркоманов.

Приведем список показателей:

1. Общая антиципационная состоятельность (ОАС)
2. Личностно-ситуативная составляющая антиципации
3. Пространственная составляющая антиципации
4. Временная составляющая антиципации
5. Волевые действия
6. Преодоление препятствий
7. Преодоление конфликта
8. Преднамеренная регуляция
9. Автоматизм, навязчивости
10. Мотивы, влечения
11. Прогностическая функция

Рассмотрим **результаты статистического сравнения по ТАС(ПК)** (1-4 показатели) (см. Диаграмма 1 // Приложение).

Статистическое сравнение показало достоверное различие с 1% уровнем надежности (Р=0,01) по параметру ОАС (1): у гемблеров ОАС ниже, чем у контрольной группы. В выборке наркоманов данный показатель также ниже, чем у контрольной группы с тем же уровнем достоверности. Следовательно, общая способность к прогнозированию у гемблеров развита значительно хуже, чем в контрольной группе. Это дает основания предположить, что данная категория лиц действительно не может реально прогнозировать исход игры, прогнозировать последствия своей игровой деятельности, т.к. способность к антиципации развита недостаточно. Дополнительно можно сказать, что уровень развития данной способности у гемблеров и наркоманов не имеет существенных различий.

Достоверное различие с 1% уровнем надежности (Р=0,01) обнаружено по показателю личностно-ситуативная составляющая антиципации (2): у гемблеров данный параметр ниже, чем в контрольной группе. Это означает, что коммуникативный уровень антиципации менее развит у патологических игроков, чем в контрольной группе. Но при этом было обнаружено достоверное различие с 5% уровнем надежности (Р=0,05) между гемблерами и наркоманами по этому параметру: наркоманы имеют более высокие результаты.

По показателю пространственная составляющая антиципации (3) у гемблеров результаты не отличаются существенно от контрольной группы. Но у наркоманов результаты ниже с 1% уровнем надежности по сравнению с контрольной группой и, соответственно, с патологическими игроками. Т.е. наркоманы значительно хуже, чем гемблеры, могут предвосхищать движение предметов в пространстве, упреждать их, координировать собственные движения, проявляя моторную ловкость.

По показателю временная составляющая антиципации (4) ситуация приблизительно та же. У наркоманов результаты ниже, чем у контрольной группы с 5% уровнем достоверности (Р=0,05), но способность прогнозировать и точно распределять время не имеет существенных различий у гемблеров и наркоманов.

Теперь рассмотрим **результаты статистического сравнения по тесту волевой регуляции** (5-11 показатели). Результаты по данному тесту демонстрируют расстройство по параметрам (см. Диаграмма 2 // Приложение).

Достоверное различие с 5% уровнем надежности (Р=0,05) наблюдается по показателю волевые действия (5): у гемблеров расстройство по этому параметру выражено гораздо ярче, чем в контрольной группе. Пилотажные исследования, проведенные нами ранее, не показали достоверных различий по этому параметру, но при увеличении выборки (с 15 до 40 человек), мы наблюдаем различие с 5% уровнем надежности. Т.о. категория лиц, подверженных гемблингу, не может совершить действие (волевое), не испытывая в нем актуальной потребности. Например, действие – подавить, затормозить игровой импульс – не носит характер заведомо необходимого, а лишь направлено на удовлетворение потребности в отдаленном будущем (сохранить некоторую сумму денег, например), не может быть реализовано гемблером в силу нарушения волевых действий. Различие по этому показателю с тем же уровнем достоверности (Р=0,05) наблюдается у наркоманов по сравнению с контрольной группой. Следовательно, поведение гемблеров и наркоманов в этом аспекте также не демонстрирует существенных различий.

По параметру преодоление препятствий (6) обнаружено достоверное различие с 5% (Р=0,05) уровнем достоверности: у гемблеров по отношению к контрольной группе выражено расстройство. Исследование, проведенное нами ранее, также не демонстрировало достоверных различий, в этом случае мы тоже можем говорить о влиянии количественного увеличения выборки. Сознательное преодоление препятствий на пути к цели включает преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость), преодоление конкурирующих мотивов и целей. Вероятно, категория лиц, подверженных гемблингу, испытывает определенные трудности с преодолением препятствий. Невозможность адекватного разрешения возникающих препятствий может быть провокатором очередного игрового срыва. А также в ситуации выбора противоположно направленных целей и мотивов, конфликта конкурирующих тенденций такие лица не могут адекватно преодолевать возникающие трудности, и у них может возникнуть стремление к аффективной разрядке, чему может способствовать игровой процесс. По данному параметру существенные различия между гемблерами и наркоманами не выявлены.

По параметру автоматизм, навязчивости (9) обнаружено достоверное различие с 1% (Р=0,01) уровнем надежности между наркоманами и гемблерами: расстройство более выражено у наркоманов. Т.е. для наркоманов характерна легкость выработки навыков автоматизированных действий с утратой контроля над ними, наличием навязчивых мыслей, действий. Различие по этому параметру лишь с 5% (Р=0,05) уровнем достоверности обнаружено между выборкой наркоманов и контрольной группой, т.е. показатели расстройства по параметру автоматизмы, навязчивости у гемблеров ниже даже в сравнении с контрольной группой. Это можно объяснить тем, что лица со сверхценным увлечением азартными играми контролируют навязчивые действия, мысли или им кажется, что они контролируют, т.е. здесь может иметь место описанная в литературе «иллюзия контроля». Патологическому игроку значительно труднее признать себя больным, зависимым от чего-либо, чем алкоголикам или наркоманам.

По остальным параметрам данного теста достоверных различий не обнаружено. Можно предположить, что при увеличении объема выборки эти различия были бы установлены, т.к. у гемблеров прослеживаются тенденции к нарушению, по сравнению с контрольной группой, остальных параметров волевой регуляции.

Дополнительно было проведено **статистическое сравнение по t-критерию Стьюдента двух выборок**: гемблеров и контрольной группы по другим параметрам для достижения цели исследования и верификации гипотезы. Сравнение было проведено по 24 показателям:

1. Интернальность общая
2. Интернальность достижений
3. Интернальность неудач
4. Интернальность семейная
5. Интернальность производственная
6. Итернальность межличностная
7. Интернальность здоровья
8. Озабоченность – доброжелательность
9. Низкий интеллект – высокий интеллект
10. Эмоциональная неуравновешенность – эмоциональная уравновешенность
11. Зависимость – доминантность
12. Озабоченность – беспечность
13. Недобросовестность – высокая совестливость
14. Робость – смелость
15. Суровость – мягкосердечность
16. Доверчивость – подозрительность
17. Практичность – мечтательность
18. Наивность – проницательность
19. Самоуверенность – склонность к чувству вины
20. Консерватизм – радикализм
21. Социабельность – самодостаточность
22. Импульсивность – контроль желаний
23. Расслабленность – напряженность
24. Чувствительность – реактивная уравновешенность.

Рассмотрим **результаты сравнения по тесту УСК** (см.Диаграмма 3 // Приложение**)**.

По параметру интернальность общая (12) обнаружено различие с 5% (Р=0,05) уровнем достоверности: гемблеры обладают более низкими результатами по данному параметру, чем контрольная группа, что говорит о низком уровне субъективного контроля. Т.е. патологические игроки не видят свзи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их является результатом случая или действия других людей.

По параметру интернальность неудач (14) выявлено различие с 1% уровнем надежности (Р=0,01): у гемблеров экстернальная локализация контроля по этому параметру. Это является свидетельством того, что патологические игроки склонны приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения. Данный факт подтверждаются тем, что проигрыши действительно воспринимаются игроками как результат невезения (это специфика азартной игры), но постоянная ориентация на внешние силы не дает игрокам возможность извлечь уроки из опыта.

По параметру интернальность семейная (15) обнаружено различие с 5% уровнем достоверности (Р=0,05): патологические игроки имеют низкие показатели в сравнении с контрольной группой. Экстернальность по этому параметру указывает на то, что гемблеры считают своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в семье. Т.е. они и в данной сфере не берут, в основном, ответственность за происходящее на себя, хотя естественно необходимо учитывать ситуативность.

По остальным показателям не выявлено достоверных различий, хотя можно увидеть тенденцию к общей экстернальности профиля (см. диаграмма 4 // Приложение). Единственный параметр, по которому у гемблеров наблюдается интернальность больше, чем у контрольной группы, - межличностные отношения.

Рассмотрим **результаты сравнения по тесту Кэттелла** (см. Диаграмма 5 // Приложение).

По параметру недобросовестность – высокая совестливость (24) гемблеры демонстрируют более высокие показатели в сравнении с контрольной группой, уровень достоверности 5% (Р=0,05).Т.к. фактор в целом определяет, в какой степени различные нормы и запреты регулируют поведение и отношения человека, можно утверждать, что гемблеры обладают чувством ответственности, стойкостью моральных принципов, осознанно соблюдают нормы и правила поведения, настойчивы в достижении цели, т.е. они не склонны к антисоциальному поведению. Эти данные можно прокомментировать следующим образом: данная категория патологических игроков не совершает каких-либо антисоциальных действий, т.к. их зависимость находится в инициальной стадии, т.е. не развита настолько, чтобы страдали другие сферы жизнедеятельности, а свою игровую деятельность они не осознают как неконтролируемую. Здесь имеет место «иллюзия контроля», т.к. в обратном случае результаты были бы противоположными.

По параметру суровость – мягкосердечность (26) выявлено различие с 1% (Р=0,01) уровнем достоверности: у гемблеров наблюдаются более низкие показатели по сравнению с контрольной группой. Т.е. патологических игроков можно охарактеризовать как эмоционально-стабильных, суровых, практичных, реалистичных. Контрольная группа демонстрирует мягкость, мечтательность, утонченность, чувствительность. Исходя из интерпретации фактора, можно сделать вывод, что для азартных игроков характерен практицизм, что их более интересуют материальные ценности, нежели духовные.

По параметру доверчивость – подозрительность (27) результаты гемблеров выше, чем в контрольной группе с 5% (Р=0,05) уровнем надежности. Фактор в целом говорит об эмоциональном отношении к людям. Патологические игроки демонстрируют подозрительность, осторожность, завистливость, эгоцентризм, завышенную самооценку. Т.е. эти люди переоценивают себя, в связи с этим интересно было бы провести отдельное исследование самооценки патологических игроков.

По параметру чувствительность – реактивная уравновешенность (35) у гемблеров наблюдаются более высокие показатели с 5% (Р=0,05) уровнем достоверности, чем в контрольной группе. Это говорит о стабильности, решительности, предприимчивости, возможных трудностях из-за слишком поспешных действий без достаточных размышлений.

По остальным интересующим нас показателям достоверных различий не выявлено, что мы объясняем количественной недостаточностью выборки. Мы также предполагаем, что необходимо посмотреть на эмоциональные характеристики с несколько иной стороны: вероятно о гемблерах нужно говорить не как об эмоционально неустойчивых, а как о лицах, имеющих особенности эмоциональных характеристик волевой деятельности, характерных для азартности, как черты личности. Хотя можно говорить о тенденции к эмоциональной лабильности у гемблеров, основываясь на понижении средних значений по параметрам эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость и импульсивность – контроль желаний по сравнению с контрольной группой.

**Анализ корреляционных плеяд**.

Мы будем рассматривать только межтестовые связи.

Анализ корреляционной структуры **в выборке гемблеров (**см. Рисунок 1 // Приложение).

Одним из системообразующих факторов является эмоциональная неуравновешенность – эмоциональная уравновешенность (21).

Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с общей интернальностью (12) (Р=0,05). Т.е. человек с низким субъективным контролем (склонный считать свои успехи и неудачи следствием обстоятельств) эмоционально неустойчив. Эта корреляция демонстрирует прямую зависимость между локализацией контроля волевой деятельности и эмоциональной лабильностью. Статистическое сравнение не показало достоверных различий особенностей эмоциональности гемблеров в отличие от контрольной группы. Но, тем не менее, мы видим, что склонность приписывать ответственность за происходящее внешним факторам коррелирует с эмоциональной неустойчивостью, которая не осознается патологическими игроками, как присущая им.

Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью неудач (14) (Р=0,05). Нами было установлено с высоким уровнем достоверности, что гемблеры не считают себя ответственными за неудачи, следовательно, их эмоциональная устойчивость (в нашем случае способность не поддаться непреодолимому [компульсивному] игровому импульсу) не столь высока.

Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью производственной (16) (Р=0,05). Низкая эмоциональная устойчивость влечет перекладывание ответственности в профессиональной сфере на внешние факторы.

Эмоциональная уравновешенность прямо коррелирует с интернальностью достижений (13) (Р=0,05), т.е. субъективный контроль над позитивными событиями тем выше, чем выше сила Эго.

Обобщая данные взаимозависимости, можно сказать, что выявленное нами смещение профиля личности гемблеров в сторону экстернальности указывает на видимую тенденцию к эмоциональной неуравновешенности.

Параметр автоматизм, навязчивости (9) обратно коррелирует с ОАС (1) (Р=0,001): чем лучше общая способность к прогнозированию жизненных событий и ситуаций, тем меньше проблем возникает с контролем навязчивых тенденций (мысли, действия и т.д.). Т.к. способность к прогнозированию у патологических игроков достоверно ниже, чем в контрольной группе, то вероятно, навязчивые тенденции далеко не всегда поддаются эффективному контролю у данной категории лиц.

Обратная корреляция установлена между автоматизмом, навязчивостями (9) и личностно-ситуативной составляющей антиципации (2) (Р=0,01), т.е. умение прогнозирования коммуникаций обусловливает хороший контроль над автоматическими действиями и навязчивостями.

Обратная корреляция (Р=0,01) обнаружена между расстройством способности к преодолению конфликта (7) и интеллектом (20), т.е. высокий уровень интеллекта обусловливает умение эффективно преодолевать конфликтные ситуации.

Расстройство по показателю волевые действия (5) обратно коррелирует с фактором социабельность – самодостаточность (32) (Р=0,05). Чем лучше развита способность реализовывать волевые действия, тем больше самодостаточность, независимость от социума. Следовательно, нарушения волевой регуляции гемблеров влекут за собой потребность в социальном одобрении, поддержке, признании, это является значимым для гемблеров. Известно, что азартные игры происходят в атмосфере демонстративности, когда другие игроки и «сочувствующие» видят социальный статус, уровень материальной состоятельности, некоторую «успешность» по ставкам, случайным выигрышам, VIP-залам. Вероятно, это связано с потребностью в социальной оценке, желание «быть на виду» может быть еще одной связью, крепко соединяющей человека с игрой.

Прямая корреляция обнаруживается между волевыми действиями (5) и фактором озабоченность – беспечность (23) (Р=0,05). Т.к. патологический игрок имеет расстройство волевых действий, то он беспечен, легко воспринимает жизнь, верит в удачу, свою счастливую звезду, импульсивен, подвижен.

Прямо коррелирует преднамеренная регуляция (8) и озабоченность – беспечность (23) (Р=0,05). Неумение патологического игрока тормозить неадекватные психические процессы (особенно эмоциональные) находится в непосредственной связи с тем, что он беспечен, импульсивен, верит в удачу.

Преднамеренная регуляция (8) прямо коррелирует с робостью – смелостью (25) (Р=0,05). Слабая способность к торможению импульсов связывается со стрессоустойчивостью, смелостью, решительностью, тягой к риску и острым ощущениям, быстрым забыванием неудач.

Интернальность достижений (13) прямо коррелирует с высокой совестливостью (24) (Р=0,05). Чем более человек считает себя ответственным за свои успехи, тем более можно говорить о его настойчивости в достижении цели, деловой направленности, соблюдении норм и правил.

Производственная интернальность (16) прямо коррелирует с высокой совестливостью (24) (Р=0,01). Внутренняя локализация контроля в производственной сфере обусловливает социальную ответственность, выполнение социальных норм и правил.

Одним из системообразующих факторов является пространственная составляющая антиципационной состоятельности (3). Этот параметр имеет 8 связей, перечислим некоторые.

Установлена обратная корреляция между пространственной антиципацией (3) и расстройством по параметру преодоление препятствий (6) с уровнем достоверности Р=0,01. Это означает, что чем большей пространственной антиципацией обладает гемблер, тем меньше трудностей он испытывает, преодолевая препятствия.

Обратная корреляция с уровнем значимости Р=0,01 установлена между пространственной антиципацией (3) и автоматизмом, навязчивостями (9), т.е. при улучшению способности к пространственному прогнозированию, легче происходит выработка автоматизированных действий и эффективно осуществляется контроль над ними.

Проанализируем корреляционную структуру **в контрольной группе** (см. Рисунок 2 // Приложение).

Одним из системообразующих факторов является преднамеренная регуляция (8), имеет 6 связей.

Обратная корреляция выявлена между преднамеренной регуляцией и озабоченностью – доброжелательностью (19) (Р=0,01; >0,51). В контрольной группе высокая способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям обусловливает доброжелательность, открытость в общении.

Преднамеренная регуляция обратно коррелирует с эмоциональной неравновешенностью (21) (Р=0,05; >0,40). При повышении способности к торможению неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, наблюдается повышение эмоциональной устойчивости.

Преднамеренная регуляция прямо коррелирует с чувствительностью – реактивной уравновешенностью (35) (Р=0,05). В контрольной группе высокая способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям связывается с сензитивностью, спокойствием, т.е. перед тем, как действовать, данная категория лиц проводит тщательный анализ ситуации.

Расстройство преднамеренной регуляции обратно коррелирует с временной составляющей антиципации (4) (Р=0,05). Т.е. высокая способность к торможению импульсов дает возможность прогнозировать, сколько времени займет то или иное действие, в связи с этим становится возможным планирование деятельности.

Расстройство преднамеренной регуляции обратно коррелирует с ОАС (1) (Р=0,05) и пространственной составляющей антиципации (3) (Р=0,01).

Следующий системообразующий фактор – ОАС (1), имеет 6 связей.

Обратная корреляция установлена между ОАС и доверчивостью – подозрительностью (27) (Р=0,05). Поскольку лица данной выборки хорошо прогнозируют события и ситуации, то их характеризует доверчивость, откровенность в отношении к людям, т.к. они предполагают, чего можно ожидать.

ОАС прямо коррелирует с пространственной составляющей антиципации (3) (Р=0,05).

ОАС обратно коррелирует с расстройством прогностической функции (11) (Р=0,01).

ОАС прямо коррелирует с интернальностью достижений (13) (Р=0,05). Т.е. при повышении способности к прогнозированию, локус контроля становится более интернальным., т.е. внутренним.

ОАС обратно коррелирует с импульсивностью – контролем желаний (33) (Р=0,05). Чем выше способность к прогнозированию, тем ниже самоконтроль, особенно над желаниями.

Следующий системообразующий фактор – чувствительность – реактивная уравновешенность (35).

Чувствительность – реактивная уравновешенность прямо коррелирует с расстройством преодоления препятствий (6) (Р=0,05). Т.е. чувствительность, спокойствие обусловливает высокую способность преодолевать конкурирующие цели, мотивы, внутренние состояния.

Чувствительность – реактивная уравновешенность прямо коррелирует с расстройством преодоления конфликта (7) (Р=0,05). Чем человек спокойнее, чем больше времени он затрачивает на размышления перед непосредственным действием, тем лучше данное лицо преодолевает возникающие конфликтные ситуации.

Чувствительность - реактивная уравновешенность обратно коррелирует с общей интернальностью (12) (Р=0,05). Чем больше данная выборка демонстрирует чувствительность, спокойствие, тем интернальнее локус контроля, тем больше человек берет ответственность за происходящее на себя.

Чувствительность – реактивная уравновешенность обратно коррелирует с интернальностью производственной (16) (Р=0,05). Чувствительность, спокойствие обусловливает взятие на себя ответственности в профессиональной сфере.

Дивергентный анализ.

Выявлено различие в коэффициентах корреляции между преодолением препятствий (6) и суровостью – мягкосердечностью (26) с уровнем значимости (Р=0,01) Тф=3,407. В выборке гемблеров данные показатели не демонстрируют взаимозависимости, а в контрольной группе умение преодолевать препятствия (противоположно направленные тенденции, например) обусловливает мягкость, чувствительность, мечтательность.

Выявлено различие в коэффициентах корреляции между преднамеренной регуляцией (8) и озабоченностью – доброжелательностью (19) с уровнем значимости (Р=0,01) Тф=3,381. Эти показатели не взаимосвязаны в выборке патологических игроков, а в контрольной группе высокая способность к торможению неадекватных психических процессов достаточно высоко коррелирует с общительностью, доброжелательностью.

Достоверное различие (Р=0,01) Тф=3,073 в коэффициентах корреляции обнаружено между интернальностью неудач (14) и наивностью – проницательностью (29). В выборке гемблеров эти показатели также не взаимосвязаны, а в контрольной группе внутренний локус контроля волевой деятельности в восприятии неудач говорит об открытости, прямолинейности, наивности.

Выявлено различие в коэффициентах корреляции между производственной интернальностью (16) и недобросовестностью – высокой совестливостью (24) с уровнем достоверности (Р=0,01) Тф=3,441. Высокая взаимозависимость между показателями проявляется в выборке гемблеров. Чем интернальнее локус контроля, тем выше соблюдение норм и правил и наоборот. В контрольной группе эти параметры не взаимосвязаны достоверно.

Различие в коэффициентах корреляции установлено между интернальностью неудач (14) и эмоциональной неуравновешенностью – эмоциональной уравновешенностью (21), уровень значимости (Р=0,05) Тф=2,438. В выборке гемблеров данные показатели взаимосвязаны друг с другом. Списывание ответственности за неудачи на внешние факторы говорит об эмоциональной неуравновешенности, в контрольной группе параметры не взаимосвязаны достоверно.

Общая способность к прогнозированию жизненных событий и ситуаций и личностно-ситуативная составляющая антиципации у гемблеров ниже, чем в контрольной группе, что говорит о невозможности реального прогноза последствий игровой деятельности. Общая способность к прогнозированию, к предвосхищению результатов не отличаются достоверно у гемблеров и наркоманов, хотя пространственная антиципация у наркоманов достоверно ниже, а личностно-ситуативная достоверно выше.

По параметру волевые действия у гемблеров расстройство выражено по сравнению с контрольной группой. Результаты гемблеров и наркоманов не имеют достоверных различий по этому параметру. У патологических игроков наблюдается расстройство преодоления препятствий, результаты наркоманов не отличаются достоверно от результатов гемблеров.

По параметру автоматизм, навязчивости результаты гемблеров достоверно ниже, чем у наркоманов и сравнительно ниже, чем в контрольной группе, что может свидетельствовать о невосприятии азартной игры патологическими игроками как неконтролируемой и существовании «иллюзии контроля».

Наблюдается тенденция к общей экстернальности локуса контроля волевой деятельности у патологических игроков по сравнению с контрольной группой.

Патологические игроки практичны, осторожны, имеют завышенную самооценку, считают, что могут контролировать свои желания ради соблюдения социальных норм.

Наблюдается тенденция к эмоциональной лабильности, но предлагается говорить лишь об особенностях эмоциональных характеристик волевой деятельности.

Смещение профиля личности в сторону экстернальности у гемблеров находится в прямой зависимости с эмоциональной неуравновешенностью.

Расстройство волевых действий влечет за собой потребность в социальной оценке, одобрении, а также беспечность и веру в удачу.

**Заключение**

В теоретической части работы было установлено, что гемблинг относится к аддиктивной форме девиантного поведения. Оно проявляется в изменении психического состояния посредством постоянной фиксации внимания на игровой деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций. Патологическая склонность к азартным играм (гемблинг) входит в раздел МКБ-10 «Расстройства привычек и влечений» (F63.0). В качестве изначальной мотивации игровой деятельности выступает желание получить «легкие деньги», любопытство, стремление принадлежать к определенной социальной группе, мотив ухода от реальности, эмоциональная насыщенность игрового времяпрепровождения.

Были разграничены понятия социальное увлечение азартными играми для развлечения и отдыха и гемблинг, когда от игры сформирована устойчивая зависимость. Суть гемблинга заключается в том, что игра становится самоцелью, а не средством достижения материального благополучия. При этом нарушается целостность личности, происходит уход в одну сферу, что обедняет личность, лишает ее гармоничных отношений с самим собой и с обществом.

Был проведен сравнительный анализ аддикций: гемблинга и наркомании и обнаружены сходные психические проявления, установлена общность подходов к психокоррекции и психотерапии аддикций, хотя специфика не отрицается.

Гипотезы были подтверждены. У лиц с девиантным поведением в форме гемблинга прогностическая и эмоционально–волевая деятельность отличается от прогностической и эмоционально–волевой деятельности гемблинг-независимых лиц.

Антиципационная состоятельность у лиц с патологическим пристрастием к азартным играм снижена по сравнению с контрольной группой, что является свидетельством невозможности (или неэффективности) реального прогнозирования последствий игровой деятельности.

Наблюдается тенденция к эмоциональной лабильности у патологических игроков, но предлагается говорить лишь об особенностях эмоциональных характеристик волевой деятельности. Специфичность механизмов волевой регуляции заключается в нарушении волевых действий и умения преодолевать препятствия (в том числе, противоположно направленные цели и мотивы). Последнее может вызывать стремление к аффективной разрядке и являться провокатором очередного игрового срыва.

В работе выявлена тенденция к общей экстернальности локализации контроля деятельности, получены достоверные отличия показателей от контрольной группы. Снятие с себя ответственности за происходящее в различных сферах жизнедеятельности, возможно, является «слабым звеном», которое обуславливает появление зависимости от игры.

Прогностическая и волевая деятельность патологических игроков и наркоманов не имеет достоверных различий, исключением являются автоматизмы и навязчивости, как аспект волевой регуляции. Игроки демонстрируют достоверно более низкие результаты, чем наркоманы и сравнительно более низкие, чем контрольная группа. Это может свидетельствовать о невосприятии азартной игры патологическими игроками как неконтролируемой и существовании «иллюзии контроля».

Весьма информативной является взаимосвязь экстернальной локализации контроля деятельности с эмоциональной неуравновешенностью в выборке патологических игроков.

Для дальнейшего исследования проблемы представляется интересным изучение самооценки патологических игроков.

**Список литературы**

1. Короленко Ц.П., Донских Т.А. «Семь путей к катастрофе» Новосибирск 1990 г.
2. Менделевич В.Д. «Клиническая и медицинская психиатрия» Москва «Медпресс» 1998 г. МКБ-10.
3. «Современная клиническая психология» Ю.В. Попов, В.Д. Вид Экспертное Бюро 1992 г.
4. «Социальная и клиническая психиатрия» № 3 2000 Москва. ( Том 10).
5. Рубинштейн С.Л. «Основы общей психологии» Санкт – Петербург, Питер, 2002.
6. «Общая психология (Курс лекций)» Москва, «Владос», 1998 г.
7. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.И. «Психологические проблемы изучения и коррекции аномалии личности» уч.-мет. пособие, Изд-во М. Унив. 1998 г.
8. Иванников В.А. «Психологические механизмы волевой регуляции».
9. Максимова И.Ю. «О склонности подростков к аддиктивному поведению» // Психологический журнал, т. 17, №3, 1996 г.
10. Вилюнас В.К. «Психологические механизмы мотивации человека».
11. Фромм Э. «Анатомия человеческой деструктивности» М. 1994 г.
12. Берн Э. «Игры, в которые играют люди и люди, которые играют в игры» Лениздат 1992 г.
13. Психологический словарь, М., Педагогика-пресс, 1997 г.
14. Платонов К.К. «Структура и развитие личности» М. 1986 г.
15. Петровский В.А. «Психология неадаптивной активности», М. 1992.
16. Кулаков С.А. «Особенности формирования аддиктивного поведения у подростков и психокоррекционная работа с ними» автореферат на соискание ученой степени канд. мед.наук, Ленинград, 1989.
17. Строителева Е. «Жизнь, поставленная на кон» // Известия.ru, Yandex, Internet.
18. Самыгин С.И., Столяренко Л.Д. «Психология управления» уч. пособие. Ростов н/Д., Феликс, 1997 г.
19. «Психологические тесты» под ред. А.А. Карелина Москва, Владос, 2002.
20. Мюриэл Джеймс, Дороти Джонгвард «Рожденные выигрывать» трансакционный анализ с гештальтупражнениями, Москва, «Универс», 1995.
21. Дэвид Киппер «Клинические ролевые игры и психодрама» Класс, 1993.
22. Маслоу А.Г. «Мотивация и личность» СПб., Евразия, 1999.
23. Франкл В. «Человек в поисках смысла» М., Прогресс, 1990.
24. «Страшные игры – страшные последствия» // «АиФ. Здоровье» №17, 2002.
25. «Азарт поддается лечению» // «Труд» за 30.03.02.
26. «Кураж» №3 1999 г. (популярный журнал).
27. «Исповедь гемблера» // Yandex, Internet.
28. Леонгард К. «Акцентуированные личности» К., Высшая школа 1989 г.
29. «Игроки. Патологическая страсть» // Yandex, Internet.
30. Шайлукова Л.К. «Привычки, пристрастия, болезни. Популярные беседы» // Родитель.ru, Internet, 12.08.01.
31. Ковалева Л. «Азартная болезнь» // Yandex, Internet, 14.11.00.
32. Менделевич В.Д. «Психология и психотерапия» // Поведенческие расстройства или девиации поведения, Yandex, Internet.
33. Крищенко В.А. асп., Красненкова Е.П. рук. «Анализ ролевых игр» // Yandex, Internet.
34. «Анатомия азарта» // www.Itogy.ru, 2002.
35. Муздыбаев К. «Психология ответственности».
36. Фромм Э. «Бегство от свободы».
37. Эльконин Д.Б. «Психология игры».
38. Ильин Е.П. «Мотивация и мотивы».

**Приложение**



Диаграмма 1



Диаграмма 2



Диаграмма 3



Диаграмма 4



Диаграмма 5