

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический  
центр психического здоровья»

## ДОСТИЖЕНИЯ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ОТ ИСТОКОВ ДО СОВРЕМЕННОСТИ

Сборник материалов республиканской  
научно-практической конференции с международным участием,  
посвященной 100-летию РНПЦ психического здоровья  
(Минск, 14 декабря 2018 г.)

Минск  
«Профессиональные издания»  
2018

УДК [619.89+159.9:616] (082)

ББК 56.14я43

Д 70

Достижения психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: от истоков до современности: материалы респ. научн.-практ. конф., посвящ. 100-летию Республиканского научно-практического центра психического здоровья / Республиканский научно-практический центр психического здоровья; сост.: А.И. Старцев, Т.В. Докукина, Т.С. Голубева. – Минск, : Профессиональные издания, 2018. – 412 с.

**ISBN 978-985-7177-20-2**

В сборнике отражены результаты научной и практической деятельности государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Освящены актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации психических и поведенческих расстройств, вопросов организационно-методического сопровождения деятельности психиатрической и наркологической службы Республики Беларусь.

Опубликованные работы представляют ценность для специалистов, занимающихся проблемами оказания психиатрической помощи населению: врачей-психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения, преподавателей медицинских образовательных учреждений, научных работников.

**УДК [619.89+159.9:616] (082)**

**ББК 56.14я43**

ISBN 978-985-7177-20-2

© ГУ «РНПЦ психического здоровья», 2018

© УП «Профессиональные издания», 2018

---

Важенин М.М., Голубева Т.С., Григорьева И.В., Захаревич О.Ю.  
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,  
Минск, Беларусь

## Зависимость от азартных игр среди населения Республики Беларусь (диагностика, распространенность, факторы риска, психологические и социально-демографические особенности)

### **ВВЕДЕНИЕ**

Патологическая страсть к игре отмечается во всех возрастных группах населения, все более превращаясь в своеобразную игровую эпидемию. Патологический гемблинг является одной из наиболее распространенных форм поведенческой зависимости и по своим клиническим проявлениям более всего напоминает аддикции химические [2].

Актуальность проблемы патологической зависимости от игры рассматривается в связи с тремя основными причинами:

1. Возникновение социальных и финансовых проблем у патологических игроков: 23% игроков имеют финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке [5].
2. Распространенность противоправных действий – до 60% среди зависимых от азартных игр совершают правонарушения [8, 11].
3. Высокий суицидальный риск – от 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32–70% отмечаются суицидальные мысли [6, 7, 10, 11].

Объект исследования: в исследовании участвовали 2480 респондентов, в том числе 1550 мужчин (62,5%) и 930 женщин (37,5%), в возрасте от 18 до 40 лет, жителей различных городов и регионов республики и 181 пациент с зависимостью от азартных игр.

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучение распространенности зависимости от азартных игр среди населения Республики Беларусь. Определение факторов риска возникновения зависимости от азартных игр, психологические и социально-демографические особенностей лиц, зависимых от азартных игр.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для объективизации полученных данных использовались: разработанный метод диагностики игровой зависимости, клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и клинико-статистический методы исследования.

---

Изучение распространенности зависимости от азартных игр среди населения республики проводилось анонимно с применением разработанных диагностических анкет, адаптированного канадского теста проблемного гемблинга, используемого в компьютерном варианте для опроса населения республики, письменного диагностического интервью, метода диагностики игровой зависимости, который использовался для лиц, зависимых от азартных игр. Для определения личностных особенностей лиц, зависимых от азартных игр, использовался тест СМИЛ и социо-демографический опросник.

**Канадский показатель проблемного гемблинга (CPGI)** (перевод, адаптация, апробация – А.А. Карпов, В.В. Козлов)

Назначение: канадский показатель проблемного гемблинга (CPGI) был разработан Феррисом и Уинном (2001) в качестве инструмента, который может быть использован в общественных исследованиях распространенности проблемного гемблинга (Феррис, 2001). Он позволяет разделить выборку на три категории: низкого риска, умеренного риска и проблемных групп.

Этот инструмент содержит девять пунктов, которые оцениваются с помощью четырехбалльной шкалы, где ноль соответствует ответу «никогда», 1 – «иногда», 2 – «чаще всего да» и 3 – «почти всегда». Невысокое количество баллов свидетельствует о менее серьезных проблемах; чем больше набранных баллов, тем более серьезные проблемы испытывает игрок от азартных игр. Подсчет баллов: 1–2 – низкий риск игроков, 3–7 – умеренный риск игроков, 8 и выше – проблемный игрок. Этот инструмент имеет хорошую ретестовую надежность (0,90) и высокие корреляции с другими измерительными процедурами, в том числе SOGS (0,83) и DSM-IV (0,83) (Нил и др., 2005).

Метод диагностики зависимости от азартных игр при индивидуальном анонимном обращении состоял из следующих этапов:

1. Первичное интервью с пациентом с применением клинических критериев для диагностики зависимости от азартных игр.
2. Психологическое тестирование с использованием разработанных ГУ «РНПЦ психического здоровья» тестов, составляющих основную часть инструкции по применению «Метод диагностики игровой зависимости».
3. Анализ полученных при тестировании данных. Заключение о наличии или отсутствии игровой зависимости, стадии ее формирования, степени тяжести зависимости от азартных игр. Предоставление пациенту необходимых рекомендаций.

При проведении первичного интервью с пациентом учитывались следующие клинические диагностические признаки:

1. Поглощенность игрой: постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту гемблинга, предвкушение и готовность к реализации очередной

---

возможности гемблинга, обдумывание способа достать денежные средства для игры.

2. Продолжение игры при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.
3. Наличие в прошлом неоднократных, но безуспешных попыток контролировать свое пристрастие к игре, играть реже или совсем прекратить.
4. Появление беспокойства и раздражительности при попытке играть реже или совсем отказаться от игры.
5. Обращение к игре связано с желанием уйти от проблем или снять проявления депрессии (чувство вины, тревоги, ощущение беспомощности).
6. Возвращение к игре на следующий день после проигрыша, чтобы отыграться (мысль о проигрыше не дает покоя).
7. Лживость по отношению к семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.
8. Наличие криминальных действий, таких как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества, с целью обеспечения средств для игры.
9. Зависимый от азартных игр ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста.
10. В ситуации отсутствия денег из-за игры перекладывает решение проблем на других людей.
11. Игровая зависимость не связана с маниакальным эпизодом.

Наличие пяти и более клинических критериев из предложенного списка позволяет установить диагноз игровой зависимости (зависимости от азартных игр). Если у пациента выявлено 5 и более диагностических клинических критериев, он направляется на дальнейшее психологическое исследование.

Психологическое исследование позволяет объективно обосновать мнение специалиста по поводу наличия зависимости от азартных игр и дать первичную информацию для направления на лечение. По желанию пациента обследование, направление и лечение следует проводить анонимно и согласно постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 01.02.2010 № 142 «О внесении изменений и дополнений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 10 февраля 2009 г. № 182», пункт 3 и 4.

Психологическое исследование состояло из трех этапов:

Заполнение пациентом канадского теста показателя проблемного гемблинга.

Канадский тест показателя проблемного гемблинга содержит 9 пунктов, которые оцениваются с помощью четырехбалльной шкалы, где «ноль» соответствует ответу «никогда», 1 – «иногда», 2 – «чаще всего да» и 3 – «почти всегда».

Пациенту предлагается подчеркнуть наиболее подходящий для него ответ. Баллы за все 9 вопросов суммируются. Сумма баллов от 0 до 8 свидетельствует об отсутствии игровой зависимости. Сумма баллов от 10 до 27 характеризует различную тяжесть игровой зависимости. Минимально возможный балл – 0, максимально возможный – 27.

Если пациент по тесту набрал более 8 баллов, ему предлагается дополнительно заполнить следующий тест – письменное интервью. Каждый положительный ответ письменного интервью оценивается одним баллом. Оценка: до 17 баллов – стадия увлеченности, 18–53 балла – различная степень тяжести зависимости от азартных игр. Чем больше набранных баллов, тем тяжелее зависимость от азартных игр.

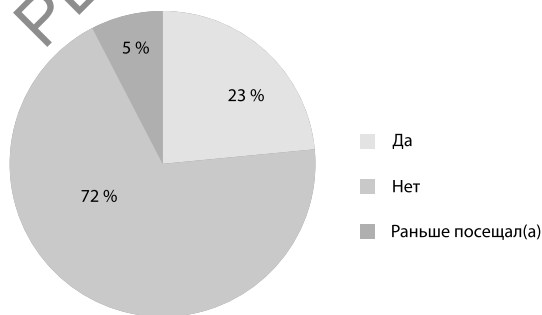
После определения зависимости от азартных игр пациентам предъявляется тест СМИЛ и социально-демографический опросник для определения психологических и социально-демографических характеристик.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

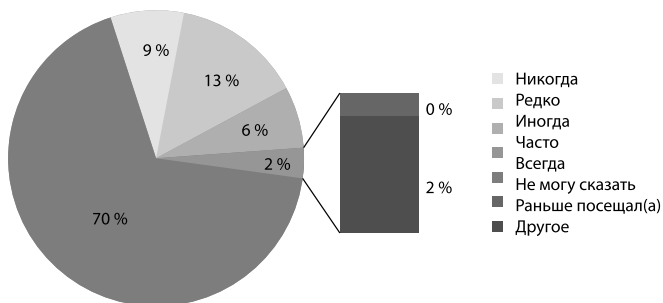
По результатам анкетирования 2480 человек игорные заведения в настоящее время посещают 23% опрошенных (570 человек), 72% (1786 человек) не посещали данных заведений никогда и 5% (124 человека) ранее посещали (рис. 1).

Анализируя полученные результаты, можно увидеть, что часто посещают игорные заведения 3% опрошенных (74 человека), 13% посещают иногда (322 человека) и 9% (223 человек) – редко. Данные по частоте представлены на рис. 2.

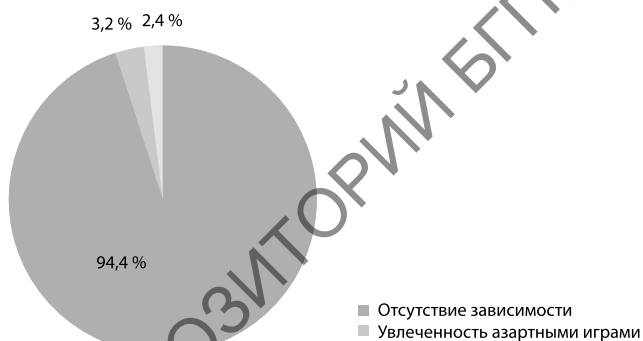
По результатам проведенного исследования из общего числа 2,4% имели различную тяжесть зависимости от азартных игр (рис. 3).



**Рис. 1. Посещение респондентами игорных заведений**



**Рис. 2. Частота посещения игорных заведений**



**Рис. 3. Распространенность зависимости от азартных игр среди всего населения республики**

По регионам республики и годам был проведен анонимный опрос населения в возрасте от 18 до 40 лет с использованием разработанных диагностических инструментов. По результатам опроса получены данные о распространности зависимости от азартных игр и увлеченности азартными играми по регионам Республики Беларусь (рис. 3, таблица). Предварительно все респонденты были разделены на три группы согласно результатам применения методики исследования канадского показателя проблемного гемблинга. В первую группу вошли 94,4% респондентов (2341 человек) без зависимости и со слабой степенью риска ее появления, во вторую группу вошли 3,2% респондентов (79 человек) группы риска с увлеченностью, в третью – 2,4% (60 человек) с зависимостью от азартных игр.

**Результаты распространенности зависимости от азартных игр по регионам и республике в целом**

Регион	Показатель	Опрошено всего	Отсутствие зависимости	Увлеченность азартными играми	Зависимость от азартных игр
Брестская область	человек	427	406	12	9
	%	100	95,1	2,8	2,1
Витебская область	человек	392	371	12	9
	%	100	94,6	3	2,4
Гомельская область	человек	418	392	14	12
	%	100	93,7	3,5	2,8
Гродненская область	человек	389	364	15	10
	%	100	93,6	3,8	2,6
Могилевская область	человек	395	374	12	9
	%	100	94,7	3	2,3
Минск и Минская область	человек	459	434	14	11
	%	100	94,5	3,1	2,4
Республика Беларусь	человек	2480	2341	79	60
	%	100	94,4	3,2	2,4

Оценка достоверности полученных результатов проведена согласно стандартной методике оценки средней ошибки выборочной доли,  $m = \hat{p} \cdot (1-p) / n$ , где  $n$  – объем выборки, и предельной (доверительной) ошибки выборочной доли  $\delta = m \cdot t$ , где  $t_{0,96}$  – коэффициент Стьюдента при доверительной вероятности 0,95.

Таким образом, по предварительным данным, распространенность зависимости от азартных игр среди населения Республики Беларусь составила  $2,4 \pm 0,7\%$ , увлеченности азартными играми –  $3,2 \pm 0,8\%$ , в Брестской области – к обучению, отсутствие социально одобряемой активности и социально значимых установок; узкий круг и неустойчивость интересов, отсутствие увлечений и духовных запросов; неопределенность –  $2,1 \pm 1,7\%$  и  $2,8 \pm 1,9\%$  соответственно, в Витебской области –  $2,4 \pm 2,3\%$  и  $3,0 \pm 2,5\%$  соответственно, в Гомельской области –  $2,8 \pm 1,6\%$  и  $3,5 \pm 1,8\%$  соответственно, в Гродненской области –  $2,6 \pm 2,0\%$  и  $3,8 \pm 2,4\%$  соответственно, в Могилевской области –  $2,3 \pm 1,7\%$  и  $3,0 \pm 1,9\%$  соответственно, Минске и Минской области –  $2,4 \pm 1,4\%$  и  $3,1 \pm 1,6\%$  соответственно.



---

### **Основные факторы риска формирования зависимости от азартных игр**

При клиническом, экспериментально-психологическом, социально-демографическом исследовании 181 пациента, зависимого от азартных игр, были выделены четыре основные группы факторов, способствующих развитию зависимости от азартных игр.

1. Нравственная незрелость личности: отрицательное отношение в вопросах профессиональной ориентации, отсутствие установки на трудовую деятельность, дефицит мотивации достижений, уход от ответственных ситуаций и решений; утрата «перспективы жизни», видения путей развития своей личности.
2. Нарушенная социальная микросреда – неполная семья; сильная занятость родителей; отсутствие братьев и сестер; искаженные семейные отношения, приводящие к неправильному освоению социальных ролей, неправильное воспитание; раннее (12–13 лет) начало самостоятельной жизни и преждевременное освобождение от опеки родителей; легкий и неконтролируемый доступ к деньгам и непонимание того, как они достаются; алкоголизм или наркомания у кого-либо из близких родственников или близких людей; низкий образовательный уровень родителей.
3. Индивидуально-биологические особенности личности – наследственная отягощенность в отношении психических заболеваний и алкоголизма, тяжелые соматические заболевания и нейроинфекции в раннем детстве; органические поражения мозга, умственное недоразвитие и психологический инфантилизм.
4. Индивидуально-психологические особенности и нервно-психические аномалии личности: низкая устойчивость к эмоциональным нагрузкам, повышенная тревожность, импульсивность, склонность к рискованному поведению, недостаточная социальная адаптация, особенно в сложных условиях, различной выраженности акцентуации характера.

Наиболее угрожающими в отношении формирования зависимости от азартных игр считаются неустойчивый, эпилептоидный, истероидный, гипо- и гипертимный, конформный типы личности.

Неустойчивый тип характеризуется отсутствием нравственного стержня, страстью к бездумным попойкам и любым другим увеселениям.

По мнению ряда авторов, исследующих проблему зависимости, продуктивным является подход, основанный на использовании принципа дополнителности взаимодействия факторов, в большинстве случаев детерминирующими являются личностные факторы, а ситуативные играют роль модулятора (определяя вариативность проявления личностных факторов). Таким образом, факторы риска приобщения к играм не должны рассматриваться изолированно друг от друга.

---

Особое внимание уделяется роли семьи в возникновении и формировании аддиктивного поведения у молодежи, так как семья является первым институтом социализации ребенка.

Один из основных факторов риска – неполный состав семьи. Однако ведущую роль здесь играет не состав семьи, а ее функциональное назначение. Сила семейного воспитания связана с наличием трех основных факторов: интимного доверительного характера психологического климата семьи, многоуровневой структуры семейного социума и наличия естественных условий для включения детей во внутрисемейное взаимодействие и деятельность. Особую значимость приобретает первый фактор, который реализуется в удовлетворении потребности членов семьи в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите.

### **Результаты социо-демографического исследования лиц, зависимых от азартных игр**

Категория лиц, часто посещающих игорные заведения, составила 181 респондент и характеризовалась следующим социально-демографическими особенностями:

- по патологическому влечению к виду азартной игры – игроки в рулетку и карты (31,2%, 56 человек из 181), игроки игровых автоматов (68,8%, 125 человек);
- по возрасту вовлечения в азартные игры: 21–30 лет (44,3%, 80 человек), 31–40 (37,7%, 68 человек), 41–50 (14,9%, 27 человек), 51–65 (3,1%, 6 человек);
- по полу: мужчины (89,7%, 162 человека), женщины – (10,3%, 19 человек);
- с сочетанной зависимостью (78,7%, 142 человека) – азартная игра + алкогольная зависимость (43,2%, 78 человек), азартная игра + наркомания (11,1%, 20 человек), азартная игра + расстройство личности (24,4%, 44 человека);
- без сопутствующей психической патологии (21,3%, 39 человек);
- со специфическими расстройствами личности, отнесенными к типу зависимой личности (F60.7x по МКБ-10) – 31,7%, 57 человек;
- с наследственной отягощенностью алкогольной зависимостью (41,4%, 75 человек), наркоманией (2,7%, 5 человек), психическими заболеваниями (37,4%, 68 человек);
- без наследственной отягощенности химическими, нехимическими зависимостями и психическими расстройствами (18,5%, 33 человека);
- по особенностям поведения: девиантность (21,4%, 39 человек), делинквентность (правонарушения, проступки – 17,3%, 31 человек);
- по уровню образования: высшее (8,7%, 16 человек), незаконченное высшее (11,1%, 20 человек), среднее специальное (19,8%, 36 человек), среднее

(41,7%, 75 человек), незаконченное среднее (15,1%, 27 человек), начальное (3,6%, 7 человек);

- по семейному статусу: женаты/замужем (23,4%, 42 человека), разведенные (29,3%, 53 человека), не состоящие в браке (47,3%, 86 человек, в том числе повторные браки);
- по уровню реабилитационного потенциала: высокий (21,8%, 39 человек), средний (57,7%, 104 человека), низкий (20,5%, 37 человек).

У всех лиц, зависимых от азартных игр отмечается в различной степени выраженности психическая деградация, включающая морально-этические, интеллектуально-мнестические, эмоциональные и поведенческие нарушения на фоне частичной социальной дезадаптации.

#### **Данные экспериментально-психологического исследования лиц с зависимостью от азартных игр**

Проанализировать целостный профиль личности, при интерпретации которого руководствуются степенью выраженности каждого фактора, особенностями их взаимодействия, а также нормативными данными, позволяет тест СМИЛ.

В ходе анализа результатов по тесту СМИЛ были выявлены отличительные особенности в усредненном личностном профиле (рис. 4).



**Рис. 4. Усредненный профиль лиц, часто посещающих игорные заведения**

---

Значимые повышения профиля отмечаются по основным шкалам 4–8–2–7. Выражены показатели импульсивности или непосредственной реализации побуждений в поведении, индивидуализма или обособленно-созерцательной позиции, явное наличие тревожно-депрессивных тенденций. Причем низкие показатели по 9-й шкале (шкала оптимистичности и активности) подтверждают депрессивную окраску восприятия реальности.

Итак, наряду с актуальностью тревожно-депрессивных реакций профиль отражает также такие особенности пациентов данной группы, как повышенная импульсивность, затруднения самоконтроля, эмоциональная нестабильность со склонностью к преобладанию выраженных и полярных по знаку эмоций.

Два равновысоких пика 2 и 4 выявляют внутренний конфликт, уходящий корнями в изначально противоречивый тип реагирования, в котором сочетаются разнонаправленные тенденции – высокая поисковая активность и динамичность процессов возбуждения, с одной стороны, и выраженная инертность и неустойчивость, с другой.

Психологически это проявляется наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью, что характерно для неврастенического паттерна дезадаптации; при неблагоприятных социальных условиях данная предрасположенность может служить почвой для алкоголизации и, конечно, для развития психосоматических расстройств. Данный рисунок профиля в известной степени отражает черты «типа А».

Также практически равнозначные пики по 8 и 7 шкалам отражают внутреннюю напряженность, тревожность, нервозность, склонность к бесконечному, часто бесплодному обдумыванию каких-либо проблем («умственная жвачка»), отгороженность, хронически существующее чувство душевного дискомфорта, неуверенности, снижение общей продуктивности, комплекс вины и неполноценности. Профиль свидетельствует о наличии астенизации от длительного эмоционального перенапряжения или вероятен для лиц преморбидно (исначально) астенического и психастенического склада.

Лица с зависимостью от азартных игр имеют следующие личностные особенности:

- высокую «социальную смелость» – склонность к риску, расторможенность, аномальный стиль поведения;
- «подверженность чувствам» – склонность к непостоянству, подверженность влиянию случая и обстоятельств, снижение соблюдения общепринятых норм и запретов в поведении и межличностных контактах;
- «экспрессивность» – эмоциональная дезориентация мышления, спонтанная вера в удачу;

- 
- «напряженность» – активная неудовлетворенность стремлений;
  - «неустойчивость самоконтроля» – конфликтность представлений о себе; неадекватность самооценки (независимо от возрастной группы).

Наиболее угрожающими в отношении формирования игровой зависимости считаются неустойчивый, эпилептоидный, истероидный, гипо- и гипертимный, конформный типы личности.

Устойчивые ремиссии в основном отмечались у лиц с высоким реабилитационным потенциалом, благополучным преморбидом, монозависимостью, состоящих в браке, имеющих постоянную работу, участвующих в продолжительных лечебно-реабилитационных программах.

При зависимости от азартных игр развиваются изменения психологического характера:

1. Коридорное мышление – у человека отсутствуют различные варианты выбора в принятии решения, есть только один вариант – играть.
2. Избирательная память – запоминается только приятное, неприятные события «загоняются» глубоко в подсознание.
3. Эмоциональные качели – от эмоциональной холодности к сильным переживаниям.
4. Тяга или одержимое желание играть в азартные игры.
5. Нарушения памяти.
6. Душевные страдания при отсутствии игр.
7. Человек отрицает проблемы, связанные с игроманией, отрицает само расстройство.
8. Нарушается причинно-следственная связь событий и поступков.
9. Отсутствует способность адекватно воспринимать реальный мир.
10. Тотальная ложь, даже самому себе, даже там, где проще сказать правду.

Личность зависимого от азартных игр деформируется в социальном плане, что выражается в отклоняющихся формах поведения: суживается круг интересов, появляется определенная закрытость по отношению к семье, коллективу, товарищам, формируется эгоцентрическое мировоззрение, под воздействием «главного интереса» переориентируются межличностные отношения. Этому способствует повышенная восприимчивость по отношению к негативным образцам поведения (прогулы, уклонения от учебы и работы, воровство, раннее начало половой жизни).

### **Выводы**

Было проведено исследование распространенности зависимости от азартных игр среди населения Республики Беларусь с использованием разработанного метода диагностики «Метод диагностики игромании» (инструкции по применению № 159-1214 от 20.01.2015), метода канадского показателя

---

проблемного гемблинга (CPGI), диагностических анкет, письменного диагностического интервью.

Всего с помощью анонимных диагностических анкет обследовано 2480 респондентов, цифры распространенности зависимости от азартных игр составили 2,4% среди всего населения республики, увлеченность составила 3,1% населения республики (группа риска).

Введение в практику диагностических критериев зависимости от азартных игр, методов диагностики и методов профилактики возникновения зависимости от азартных игр поможет своевременно решить проблемы, связанные с зависимостью от азартных игр, и обеспечить значительный социально-экономический эффект от применения.

Проведенные исследования личностных особенностей и социально-демографического статуса лиц, зависимых от азартных игр, помогут определить в перспективе направления психотерапевтической коррекции.

Выделены основные факторы риска развития зависимости от азартных игр, что в свою очередь поможет выбрать мишени для проведения профилактической работы среди населения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

11. Ахрямкина Т.А., Матасова И.Л. Особенности проявления и факторы формирования компьютерной зависимости различных возрастных групп. - Методическое пособие для студентов психологического факультета и практикующих психологов. Самара 2005. - С. 17-23.
12. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор)// Аддиктология. 2005. № 1. С. 65-77.
13. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. - Новосибирск, Наука. - 1990.
14. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 1991. - № 1. С. 8-15.
15. Ciarrocchi, J.W. Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy. New York: Academic Press (2002).
16. Frank ML, Lester D, Wexler A: Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous.// Journal of Gambling Studies 7:249-254, 1991.
17. Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers// Journal of Substance Abuse Treatment. 2003 Dec. V. 25. N 4. P. 263-270.
18. Lesieur HR, Anderson C, Results of a survey of gamblers anonymous members in Illinois. Illinois council on problem of pathological gambling, 1995.
19. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions// British J. Addict. - 1990. - V. 85. - P. 1389-1394.

- 
20. Petry N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers// J. Nerv. Ment. Dis. 2002 Jul. V. 190. N 7. P. 462-469.
  21. Thompson WN, Gazel R, Rickman D: The social costs of gambling in Wisconsin.// Wisconsin Policy Research Institute Report 9(6):1-44, 1996.
- 

Важенин М.М., Голубева Т.С., Мартыненко А.И., Быченко И.В.  
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,  
Минск, Беларусь

## Тревожно-депрессивные расстройства: клиника, диагностика, лечение

В последние десятилетия возрос интерес клинических исследователей к проблеме тревожно-депрессивных расстройств, распространенность которых неуклонно увеличивается [1, 4, 7, 8].

Социально-экономическое значение методов эффективного лечения тревожно-депрессивных расстройств велико, т.к. затраты на лечение, восстановление, производственные потери при снижении трудоспособности и эффективности труда у пациентов данной нозологической группы довольно значительны [9–11, 16].

До сих пор в литературе ведутся споры в отношении самостоятельности нозологической единицы «смешанное тревожно-депрессивное расстройство», есть мнение, что этот диагноз как предварительный адекватен для врачей общей практики, когда они находят у пациента симптомы тревоги и депрессии, представленные в равной степени [4, 5, 8].

Тем не менее диагноз «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» в МКБ-10 существует и требует более четкого установления клинических критериев этого расстройства.

Критерии для постановки диагноза «смешанные тревожные и депрессивные расстройства» (F 41.2 по МКБ-10). Диагноз устанавливается, когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими, или выраженными настолько, чтобы оправдать другой диагноз. Если имеется тяжелая тревога с меньшей степенью депрессии, используется одна из других категорий для тревожных расстройств. Когда присутствуют депрессивные и тревожные симптомы, и они достаточно выражены для отдельной диагностики, тогда должны кодироваться оба диагноза, а настоящая категория не должна использоваться;